Алгоритм выбора тактики лечения ретенированных третьих моляров

Халилова Барчиной Расуловна *— старший преподователь кафедры хирургической стоматологии,*
Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Аннотация. Ретенированные третьи моляры остаются одной из наиболее распространённых патологий челюстно-лицевой области и представляют значительную клиническую проблему современной хирургической стоматологии. По данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости данной патологии среди взрослого населения достигает 20–30%, а необходимость определения рациональной лечебной тактики продолжает оставаться предметом научных дискуссий. Вопрос о целесообразности профилактического удаления бессимптомных ретенированных зубов до настоящего времени не имеет однозначного решения, что обусловливает актуальность разработки унифицированного алгоритма принятия клинических решений.

В статье представлен комплексный подход к выбору тактики лечения ретенированных третьих моляров, основанный на оценке клинических, анатомо-топографических и рентгенологических критериев. Рассмотрены современные классификации ретенции, факторы риска развития осложнений, показания и противопоказания к хирургическому вмешательству, а также особенности динамического наблюдения пациентов. Предложенный алгоритм позволяет дифференцированно подходить к определению показаний к хирургическому удалению либо консервативному ведению, минимизируя риск послеоперационных осложнений и необоснованных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: ретенированные третьи моляры, зубы мудрости, хирургическая стоматология, алгоритм лечения, экстракция, коронэктомия.

Abstract. Impacted third molars remain one of the most common pathologies of the maxillofacial region and represent a significant clinical problem in modern oral surgery. According to epidemiological studies, the prevalence of this condition among the adult population reaches 20–30%, while the choice of the optimal treatment strategy remains a subject of ongoing debate in contemporary dentistry. The issue of prophylactic removal of asymptomatic impacted teeth still lacks a unified approach, which determines the relevance of developing standardized clinical decision-making algorithms.

This article presents a comprehensive approach to selecting the treatment strategy for impacted third molars based on the assessment of clinical, anatomical-topographic, and radiological criteria. Modern classifications of tooth impaction, risk factors for complications, indications and contraindications for surgical intervention, as well as the principles of dynamic patient follow-up are discussed. The proposed algorithm allows a differentiated approach to determining indications for surgical extraction or conservative management, minimizing the risk of postoperative complications and unjustified surgical interventions.

Keywords. Impacted third molars, wisdom teeth, oral surgery, treatment algorithm, surgical extraction, coronectomy.

Введение

\

Ретенция зубов представляет собой патологическое состояние, характеризующееся задержкой прорезывания полностью сформированного зуба за пределы физиологических сроков его появления в полости рта. Среди всех групп зубов наиболее часто ретенции подвержены третьи моляры, что обусловлено анатомо-функциональными и эволюционными особенностями челюстно-лицевой системы человека. В современной стоматологической практике ретенированные третьи моляры рассматриваются не только как локальная стоматологическая проблема, но и как потенциальный источник развития воспалительных, кистозных, неврологических и ортодонтических осложнений.

Высокая распространённость данной патологии объясняется филогенетической редукцией размеров челюстей при сохранении практически неизменных размеров зубов. В результате дефицита пространства в дистальных отделах зубной дуги создаются условия для атипичного прорезывания или полной задержки третьих моляров в костной ткани челюсти. По данным различных авторов, частота встречаемости ретенции третьих моляров варьирует от 18 до 32% в зависимости от возраста, пола, этнической принадлежности и особенностей строения зубочелюстной системы.

Особое клиническое значение имеет ретенция нижних третьих моляров, которые встречаются значительно чаще верхних и характеризуются более высоким риском развития осложнений. Это связано с анатомическими особенностями нижней челюсти, плотностью костной ткани, ограниченным ретромолярным пространством и близостью нижнеальвеолярного нерва. При этом ретенированные зубы могут длительное время сохраняться в бессимптомном состоянии, что существенно затрудняет определение оптимальной тактики ведения пациента.

В современной стоматологии вопрос о необходимости удаления бессимптомных ретенированных третьих моляров остаётся дискуссионным. С одной стороны, профилактическая экстракция позволяет предотвратить развитие потенциальных осложнений, включая перикоронит, кариес дистальной поверхности второго моляра, кистозные изменения и резорбцию корней соседних зубов. С другой стороны, хирургическое вмешательство само по себе сопряжено с риском интраоперационных и послеоперационных осложнений, среди которых особое место занимают повреждение нижнеальвеолярного нерва, альвеолит, кровотечения и инфекционно-воспалительные процессы.

В связи с этим особую актуальность приобретает разработка систематизированного алгоритма выбора лечебной тактики, позволяющего объективизировать процесс принятия клинического решения и учитывать совокупность факторов, определяющих прогноз заболевания и риск осложнений.

Этиологические факторы ретенции третьих моляров

Развитие ретенции третьих моляров обусловлено сочетанием локальных и системных факторов. К числу наиболее значимых местных причин относится дефицит ретромолярного пространства, возникающий вследствие несоответствия размеров зубной дуги размерам прорезывающихся зубов. Недостаточное расстояние между дистальной поверхностью второго моляра и передним краем ветви нижней челюсти препятствует физиологическому прорезыванию третьего моляра и способствует его атипичному положению.

Существенную роль играет положение зачатка зуба. Мезиальный, дистальный, горизонтальный либо инвертированный наклон продольной оси третьего моляра создаёт механические препятствия для нормального прорезывания. В ряде случаев причиной ретенции становятся одонтогенные кисты, доброкачественные новообразования, сверхкомплектные зубы или выраженный остеосклероз альвеолярного отростка.

Отдельного внимания заслуживают изменения мягких тканей ретромолярной области. Фиброзная гиперплазия слизистой оболочки, рубцовые изменения после воспалительных

\

процессов и хроническая травматизация десны также могут препятствовать нормальному прорезыванию зуба.

Системные факторы ретенции встречаются значительно реже, однако имеют важное значение при генерализованных нарушениях прорезывания зубов. К ним относятся эндокринные заболевания, включая гипотиреоз и гипопитуитаризм, алиментарные дефициты, нарушения минерального обмена, а также генетически детерминированные синдромы, сопровождающиеся аномалиями развития костной ткани.

Классификация ретенированных третьих моляров

Для оценки сложности клинической ситуации и определения тактики хирургического вмешательства применяются различные классификации ретенции третьих моляров. Наиболее распространённой является классификация Pell и Gregory, основанная на оценке положения ретенированного зуба относительно ветви нижней челюсти и окклюзионной плоскости.

Согласно данной классификации, выделяют три класса по отношению к ветви нижней челюсти. При I классе коронка зуба полностью располагается кпереди от переднего края ветви нижней челюсти, что обеспечивает относительно благоприятные условия для прорезывания и хирургического удаления. При II классе часть коронки перекрыта ветвью нижней челюсти, что повышает техническую сложность вмешательства. III класс характеризуется полным расположением коронки в пределах ветви нижней челюсти и считается наиболее сложным вариантом ретенции.

По глубине залегания различают позиции A, B и C. Позиция A характеризуется расположением окклюзионной поверхности ретенированного зуба на уровне или выше окклюзионной плоскости второго моляра. При позиции B окклюзионная поверхность находится между окклюзионной плоскостью и шейкой второго моляра. Позиция C свидетельствует о глубоком расположении зуба ниже уровня шейки второго моляра.

Широкое распространение получила также классификация Winter, основанная на определении ангуляции продольной оси ретенированного зуба. Наиболее благоприятным считается вертикальное положение, тогда как горизонтальная и инвертированная ретенция существенно повышают риск осложнений и техническую сложность хирургического удаления.

Алгоритм принятия клинического решения

Выбор тактики лечения ретенированных третьих моляров должен основываться на комплексной оценке клинической ситуации. На первом этапе проводится первичная диагностика, включающая сбор анамнеза, клиническое обследование и рентгенологическое исследование.

Особое внимание уделяется наличию жалоб, эпизодов перикоронита, ограничению открывания рта, болезненности при пальпации и признакам воспалительных изменений в ретромолярной области. Клиническое обследование дополняется рентгенологической диагностикой. В качестве скринингового метода наиболее широко используется ортопантомография, позволяющая оценить положение зуба, состояние окружающей костной ткани и взаимоотношение корней с нижнечелюстным каналом.

При подозрении на интимный контакт корней зуба с нижнеальвеолярным нервом показано проведение конусно-лучевой компьютерной томографии, обеспечивающей трёхмерную визуализацию анатомических структур и позволяющей более точно прогнозировать риск неврологических осложнений.

После завершения диагностического этапа проводится анализ факторов риска развития осложнений. К признакам высокого риска относятся рецидивирующий перикоронит, кариозное поражение ретенированного зуба или дистальной поверхности второго моляра, наличие кистозной трансформации фолликула, резорбция корней соседних зубов и признаки хронического воспалительного процесса.

\

Умеренный риск осложнений характерен для пациентов с частичной ретенцией, единичными эпизодами перикоронита и мезиоангулярным положением зуба. Низкий риск отмечается при полной костной ретенции, отсутствии клинической симптоматики и патологических изменений по данным рентгенологического исследования.

На основании полученных данных определяется тактика ведения пациента. При наличии симптомов и осложнений показано хирургическое удаление ретенированного зуба. В случаях острого воспалительного процесса первоначально проводится консервативная терапия, направленная на купирование воспаления, после чего выполняется плановая экстракция.

У пациентов с бессимптомным течением решающее значение имеет оценка вероятности развития осложнений. При высоком риске предпочтение отдаётся профилактическому удалению, особенно у молодых пациентов. При низком риске и отсутствии патологических изменений возможно динамическое наблюдение с регулярным клинико-рентгенологическим контролем.

Показания и противопоказания к хирургическому лечению

Абсолютными показаниями к удалению ретенированных третьих моляров являются рецидивирующий перикоронит, не поддающийся консервативному лечению, одонтогенные воспалительные заболевания, кистозная трансформация фолликула, резорбция корней второго моляра и выраженный болевой синдром, связанный с компрессией нервных структур.

Относительными показаниями считаются необходимость ортодонтического лечения, подготовка к ортогнатическим операциям, планирование имплантации и наличие единичных эпизодов воспаления у молодых пациентов.

При определении тактики лечения необходимо учитывать наличие противопоказаний к хирургическому вмешательству. К абсолютным противопоказаниям относятся декомпенсированные соматические заболевания, острый период инфаркта миокарда или инсульта, тяжёлые нарушения системы гемостаза и злокачественные новообразования в зоне предполагаемого вмешательства.

Относительными противопоказаниями являются беременность, острые инфекционные заболевания, терапия антикоагулянтами и бисфосфонат-ассоциированный остеонекроз челюстей в анамнезе. В подобных клинических ситуациях хирургическое вмешательство может быть временно отложено до стабилизации общего состояния пациента либо проведено после соответствующей медикаментозной коррекции и консультации профильных специалистов.

Особое внимание при планировании хирургического лечения должно уделяться оценке риска развития послеоперационных осложнений. Существенное значение имеют возраст пациента, наличие сопутствующих хронических заболеваний, степень ретенции зуба, характер его расположения относительно нижнечелюстного канала и состояние окружающих тканей. У пациентов старших возрастных групп хирургическое удаление ретенированных третьих моляров, как правило, сопровождается более выраженной травматичностью, замедленным течением репаративных процессов и повышенной вероятностью воспалительных осложнений.

Методы хирургического лечения

Выбор метода хирургического вмешательства определяется анатомо-топографическими особенностями расположения ретенированного зуба, степенью его прорезывания, формой и количеством корней, а также близостью к анатомически значимым структурам. В современной хирургической стоматологии применяются простая экстракция, атипичное удаление и коронэктомия.

Простая экстракция возможна при относительно благоприятных условиях: вертикальном положении зуба, полном или частичном прорезывании коронки, отсутствии выраженного искривления корней и достаточном доступе для хирургических инструментов. Данный метод характеризуется минимальной травматичностью и сравнительно коротким послеоперационным

\

периодом. Операция включает отслаивание круговой связки, люксацию зуба с использованием элеваторов и последующее удаление щипцами.

При глубокой костной ретенции, горизонтальном или дистоангулярном положении зуба, наличии анкилоза либо тесной связи корней с нижнечелюстным каналом выполняется атипичное хирургическое удаление. Этот метод требует более сложного оперативного доступа и включает формирование слизисто-надкостничного лоскута, проведение остеотомии, секционирование зуба и поэтапное удаление его фрагментов. Использование бормашины с постоянной ирригацией позволяет уменьшить перегрев костной ткани и снизить риск послеоперационного некроза.

В последние годы всё более широкое распространение получает методика коронэктомии, которая рассматривается как органосохраняющая альтернатива традиционной экстракции при высоком риске повреждения нижнеальвеолярного нерва. Суть метода заключается в удалении только коронковой части зуба с сохранением корней в костной ткани. Основным показанием к выполнению коронэктомии является интимное прилежание корней ретенированного зуба к нижнечелюстному каналу, подтверждённое данными конусно-лучевой компьютерной томографии.

Несмотря на преимущества метода в отношении профилактики неврологических осложнений, коронэктомия требует тщательного диспансерного наблюдения, поскольку в послеоперационном периоде возможна миграция оставленных корней, развитие воспалительных изменений или необходимость повторного хирургического вмешательства.

Осложнения хирургического лечения

Удаление ретенированных третьих моляров относится к числу наиболее сложных вмешательств в амбулаторной хирургической стоматологии и сопровождается определённым риском осложнений. Их возникновение зависит от степени сложности операции, квалификации хирурга, анатомических особенностей пациента и соблюдения рекомендаций в послеоперационном периоде.

К интраоперационным осложнениям относятся перелом коронки или корней удаляемого зуба, повреждение соседних зубов, травма мягких тканей, перелом альвеолярного отростка и вывих нижней челюсти. При удалении верхних третьих моляров возможно формирование сообщения с верхнечелюстной пазухой вследствие перфорации её дна.

Наиболее распространённым ранним послеоперационным осложнением считается альвеолит, возникающий вследствие нарушения формирования кровяного сгустка в лунке удалённого зуба. Частота развития альвеолита значительно возрастает после травматичных хирургических вмешательств и при несоблюдении пациентом послеоперационных рекомендаций. Клинически данное осложнение проявляется интенсивной болью, неприятным запахом изо рта и замедленным заживлением раны.

К другим ранним осложнениям относятся выраженный отёк мягких тканей, вторичное кровотечение, ограничение открывания рта и нагноение послеоперационной раны. В большинстве случаев указанные состояния носят временный характер и поддаются консервативной терапии.

Особое значение имеют поздние неврологические осложнения, связанные с повреждением нижнеальвеолярного или язычного нерва. Транзиторная парестезия наблюдается сравнительно часто и обычно регрессирует в течение нескольких недель или месяцев. Однако при грубом повреждении нервного ствола возможно формирование стойких нарушений чувствительности, существенно ухудшающих качество жизни пациента.

Заключение

Разработанный алгоритм выбора тактики лечения ретенированных третьих моляров базируется на принципах доказательной медицины и учитывает многофакторность клинической

\

ситуации. Ключевыми детерминантами принятия решения являются: наличие симптоматики, оценка рисков развития осложнений, анатомо-топографические особенности расположения зуба и соматический статус пациента.

Индивидуализированный подход позволяет избежать как необоснованных хирургических вмешательств при бессимптомных ретенированных зубах с низким риском осложнений, так и выжидательной тактики в случаях, когда отсрочка операции приведёт к усугублению патологического процесса.

Перспективным направлением дальнейших исследований представляется разработка предиктивных моделей на основе машинного обучения для стратификации пациентов по группам риска с использованием данных КЛКТ.

Список литературы

1. Dodson TB, Susarla SM. Impacted wisdom teeth. BMJ Clin Evid. 2014;2014:1302.
2. Renton T. Update on coronectomy. A safer way to remove high risk mandibular third molars. Dent Update. 2013;40(5):362-368.
3. Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2007;19(1):1-13.
4. Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. Am J Public Health. 2007;97(9):1554-1559.
5. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classification and modified technique for removal. Dent Digest. 1933;39:330-338.
6. Winter GB. Principles of Exodontia as Applied to the Impacted Mandibular Third Molar. St. Louis: American Medical Book Co.; 1926.
7. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62(12):1447-1452.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Guidance on the extraction of wisdom teeth. London: NICE; 2000.
9. Khalilova B. COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF INFRAORBITAL INFLAMMATORY CONDITIONS: FROM ANATOMY TO CLINICAL SOLUTION //International Journal of Artificial Intelligence. – 2025. – Т. 1. – №. 4. – С. 793-800.
10. Odiljonova N. ALTERNATIVE APPROACHES TO THE TREATMENT OF THE POPOV–GODON PHENOMENON: A CLINICAL PERSPECTIVE AND PRACTICAL JUSTIFICATION //International Journal of Artificial Intelligence. – 2025. – Т. 1. – №. 4. – С. 1566-1570.
11. Rasulovna K. B. DISEASES OF THE PAROTID GLANDS: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS AND TREATMENT //SHOKH LIBRARY. – 2025.
12. Халилова Б. Р. ОРАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО СВЯЗЬ С ОБЩИМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ //MODERN PROBLEMS IN EDUCATION AND THEIR SCIENTIFIC SOLUTIONS. – 2024. – Т. 1. – №. 3. – С. 110-112.
13. Халилова Б. Р. ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ //Научный Фокус. – 2025. – Т. 2. – №. 21. – С. 434-437.
14. Халилова Б. Р. ФЛЕГМОНА ВА АБСЦЕССЛАРНИ ЭНДОСКОПИК ДРЕНАЖ ҚИЛИШ: ЗАМОНАВИЙ МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ЁНДАШУВНИНГ КЛИНИК АФЗАЛЛИКЛАРИ //CONFERENCE OF MODERN SCIENCE & PEDAGOGY. – 2025. – Т. 1. – №. 8. – С. 261-266.

\