

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПРОЦЕССЫ, СВЯЗАННЫЕ С ТРЕТЬИМИ МОЛЯРАМИ

Сысолятин С.П., Попов С.Н.

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, кафедра факультетской хирургической стоматологии, г. Москва

В настоящее время большинство клиницистов рассматривают третьи моляры как рудиментарные органы, а болезни прорезывания этих зубов – как результат эволюционного процесса, выражающегося в редукции жевательного аппарата, наиболее выраженной в области ретромолярного расстояния (Руденко А.Г., 1971). В ходе этого процесса распространенность болезней прорезывания, в частности, ретенции и полуретенции, увеличивается, что подтверждают литературные данные (Morris and Jerman, 1971 – 23%; Hugoson A. et al, 1988– 72%; Albert J. Haddad, 2006– 84%). Как результат, возрастает количество кист и опухолей, связанных с нарушением прорезывания: парадентальных кист от 2,1% до 25% (Шейнберг В.М., 1955; Colgan С.М., 2002); фолликулярных кист от 1,6% до 50,96% (Keith D.A., 1973; Rakprasitkul S., 2001); опухолевых процессов от 0,0003% до 0,79% (Shear and Singh, 1978; Guven et al, 2000). Эти проблемы поднимают вопрос о целесообразности превентивного удаления и его оптимальных сроках.

Цель работы: установить показания и оптимальные сроки удаления ретенированных и полуретенированных третьих моляров.

Задачи: 1) изучить распространенность болезней прорезывания третьих моляров среди студентов 3 курса стоматологического факультета ММА им. И.М. Сеченова; 2) на основе анализа ортопантомограмм пациентов различных возрастных групп определить сроки окончательного формирования корней третьих моляров; 3) установить размер перикоронарной тени на рентгеновском снимке, указывающего на развитие патологии; 4) определить возраст, в котором должно приниматься решение о сохранении или превентивном удалении третьих моляров.

Материалы и методы: в ходе работы проведено обследование 75 студентов 3 курса стоматологического факультета с использованием общеклинических и рентгенологических методов; проанализировано 122 ортопантомограммы пациентов кафедры факультетской хирургической стоматологии в возрасте от 18 до 62 лет, из которых 74 человека составили мужчины и 48 человек - женщины.

Результаты и их обсуждение: опухоли и опухолеподобные процессы, связанные с болезнями прорезывания третьих моляров, патогенетически тесно связаны между собой, поскольку эпителиальный компонент кистозных образований и фолликулов третьих моляров обладает высокими потенциальными и высокой пролиферативной активностью.

В настоящее время отсутствует согласие среди клиницистов о корреляции размера тени образования на рентгеновском снимке и наличии кистозных изменений (табл. 1):

Табл. 1 Рентгенологические критерии кистозных изменений перикоронарных тканей, окружающих третий моляр

Исследователь	Размер тени, указывающий на фолликулярную кисту, мм
Д. Сабо, 2005; Robert J. Scholl, 1999	2
С. Scheifele, 2005; Eliasson S, 1989; Glosser JW, 1999; Dachi and Howell, 1961	2,5
Linden W, 1995	3
Chu FC, 2003; CHARLES DUNLAP, 2000	4
Stanley HR, 1988	5

В качестве решения этой проблемы нами предлагается следующее. Поскольку фолликул зуба является источником развития периодонтальных волокон и цемента корня зуба, то следует предположить, что когда корень зуба полностью сформирован, фолликул должен отсутствовать, а наличие перикоронарной тени любого размера около сформированного третьего моляра является патологией.

Проведение операции иссечения капюшона нецелесообразно, поскольку операция носит паллиативный характер, т.к. не устраняется причина обострений перикоронита - воспалительная парадентальная киста, служащая резервуаром для инфекции за счет ее непосредственного сообщения с полостью рта (S. Sousa, 2001). Поэтому, при первых признаках перикоронита и наличия парадентальной кисты на рентгеновском снимке показано удаление 3 моляра. Кроме того, обязательным исследованием в данной ситуации является ортопантомография для исключения наличия нагноившейся амелобластомы, поскольку клинические проявления и возраст наиболее частой встречаемости этих двух заболеваний сходны между собой.

Т.к. патологические морфологические изменения в окружающих третий моляр тканях начинают развиваться чаще всего с 20 лет, в этом возрасте необходимо оценить возможность прорезывания третьего моляра и при

отсутствии таковой рекомендовать превентивное удаление третьего моляра в качестве профилактики дальнейшего развития кист и опухолевых процессов.