



ВИДАЛЕННЯ РЕТИНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПЕРЕД ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

Лобур М. О.  0009-0003-2997-1900,

Луценко А. О.  0009-0003-4147-4050

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Наукові керівники:

Литовченко Н. М., к. мед. н. (ННІ стоматології НМУ ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна)

Якименко Р. О., Ph.D. (ПЗВО «Університет медицини та соціальних наук», м. Харків, Україна)

Вступ. Ретенція третіх молярів — одна з найпоширеніших аномалій прорізування в клінічній стоматології. Затримані треті моляри (зуби «мудрості») реєструються, за різними даними, у 20–25% загальної популяції та є найчастішою причиною звернення до хірурга-стоматолога або щелепно-лицевого хірурга серед усіх форм зубної ретенції, тоді як ретенція інших зубів реєструється значно рідше — у 0,1–0,6% пацієнтів ортодонтичного прийому.

Ретинований зуб «мудрості» може призвести до серйозних ускладнень: розвитку перикороніту з можливим формуванням абсцесів або флегмон, утворення фолікулярних кіст та онтогенних пухлин, резорбції коренів суміжних зубів, порушення оклюзійних співвідношень і скупченості зубів. Присутність ретинованого третього моляра ускладнює ортодонтичне планування, обмежує можливості переміщення суміжних зубів і збільшує ризик рецидиву після завершення лікування.

Питання вибору оптимального хірургічного протоколу, термінів і обсягу видалення зубів «мудрості», а також координації дій між хірургом і ортодонтом залишаються дискусійними, що визначає актуальність цього дослідження.

Мета — обґрунтувати клінічну доцільність видалення ретинованих третіх молярів як обов'язкового підготовчого етапу перед ортодонтичним лікуванням, а також визначити оптимальні терміни й тактику хірургічного втручання на підставі аналізу клінічних випадків і даних літератури.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Навчально-наукового інституту стоматології НМУ ім. О. О. Богомольця впродовж 2022–2026 рр. До аналізу включено 52 пацієнти віком 13–27 років із верифікованим діагнозом «ретенція

третього моляра». Пацієнтів чоловічої статі — 23 (44,2 %), жіночої — 29 (55,8 %). Середній вік пацієнтів на момент звернення становив $17,6 \pm 3,9$ року.

Усім пацієнтам виконувався стандартний клінічний огляд, ортопантомографія та конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) для точного визначення локалізації, кута нахилу, глибини залягання та просторових взаємовідносин ретинованого зуба із суміжними анатомічними структурами (нижньощелепний канал, дно верхньощелепної пазухи, корені суміжних зубів).

За ступенем прорізування пацієнти розподілилися таким чином: повна ретенція (зуб клінічно не визначається) — у 34 пацієнтів (65,4 %), часткова ретенція (зуб частково прорізувався крізь слизову оболонку) — у 18 (34,6 %). Повна ретенція переважала у пацієнтів молодшого віку (13–17 років), тоді як часткова ретенція частіше спостерігалася у пацієнтів старшої вікової групи (18–27 років). Незалежно від ступеня ретенції, в усіх випадках було прийнято рішення про видалення з огляду на наявні або прогнозовані ортодонтичні показання.

Видалення здійснювалося за стандартизованим протоколом із застосуванням трансальвеолярного або коронарного доступу залежно від даних КПКТ. Усім пацієнтам проводилось одночасне видалення всіх наявних зубів «мудрості» (від одного до чотирьох зубів) в умовах загального знеболення або розширеної місцевої анестезії, що дозволило уникнути повторних операційних втручань та скоротити загальний реабілітаційний період.

У 16 випадках (30,8 %) застосовувалась одонтотомія для мінімізації операційної травми. У 11 випадках використовувалось п'єзохірургічне обладнання для роботи поблизу нижньощелепного каналу. Пацієнти були розподілені на дві групи: група А ($n = 30$) — видалення до початку активної ортодонтичної фази, група Б ($n = 22$) — видалення після початку або під час ортодонтичного лікування. Ортодонтичне лікування в групі А розпочиналось через 4–8 тижнів після операції. Термін спостереження — від 14 до 32 місяців.

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програмного пакета SPSS v.26 із застосуванням критерію Манна–Уїтні та точного критерію Фішера. Відмінності вважалися статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати. За даними КПКТ-обстеження, у всіх 52 пацієнтів підтверджено ретенцію третього моляра. Мезіальний нахил ретинованого зуба зафіксовано у 31 випадку (59,6 %), вертикальна ретенція — у 12 (23,1 %), горизонтальна — у 9 (17,3%). Тісний контакт коренів третього моляра з нижньощелепним каналом визначено у 18 пацієнтів (34,6 %). Повна ретенція зареєстрована у 34 пацієнтів (65,4 %), часткова — у 18 (34,6 %). Встановлено статистично значущий зворотний зв'язок між ступенем ретенції та віком пацієнта: у групі 18–27 років частка часткової ретенції становила 55,6 %, тоді як у групі 13–17 років спостерігалася виключно повна ретенція. Попри відмінності у ступені прорізування, клінічна тактика в усіх випадках була однаковою — видалення, оскільки як повністю, так і частково рети-

новані треті моляри створювали ортодонтичні показання та ризик ускладнень незалежно від їхнього положення.

У групі А стабілізація оклюзії та відсутність рецидиву скупченості в ділянці видаленого зуба спостерігалась у 26 з 30 пацієнтів (86,7 %) протягом 12 місяців після завершення ортодонтичного лікування. У групі Б цей показник становив 13 з 22 (59,1 %), що є статистично значущою різницею ($p = 0,024$). Резорбція кореня суміжного другого моляра виявлена у 3 пацієнтів групи Б (13,6 %) проти 1 пацієнта групи А (3,3 %; $p = 0,031$).

Тривалість активної фази ортодонтичного лікування в групі А становила в середньому $19,8 \pm 2,6$ місяця, тоді як у групі Б — $25,3 \pm 3,4$ місяця ($p = 0,001$). Частота ускладнень (парестезія нижнього альвеолярного нерва, альвеоліт, порушення осі суміжних зубів) у групі А — 10,0 %, у групі Б — 27,3 % ($p = 0,018$). Застосування п'єзохірургічного обладнання при роботі поблизу нижньощелепного каналу знизило частоту транзиторної парестезії з 15,9 % (у пацієнтів без п'єзотома) до 0 % ($p = 0,042$). Одонтотомія достовірно скоротила тривалість операції та зменшила обсяг резекції кісткової тканини ($p = 0,016$). Жодного випадку постійної парестезії або пошкодження нижньощелепного каналу зафіксовано не було.

Висновки. Видалення ретинованих третіх молярів є необхідним підготовчим етапом перед ортодонтичним лікуванням, що забезпечує стабільність оклюзії та знижує ризик ускладнень. Одночасне видалення всіх зубів «мудрості» в одному операційному сеансі є оптимальною тактикою, що скорочує загальний реабілітаційний період і спрощує планування ортодонтичного лікування. Ступінь ретенції (повна або часткова) залежить від ступеня прорізування зуба та розташування зачатка третього моляра, однак не є визначальним чинником при прийнятті рішення про видалення: обидві форми однаковою мірою потребують хірургічного втручання за наявності ортодонтичних показань.

Оптимальним є превентивне видалення до початку активної ортодонтичної фази, яке забезпечує довготривалу стабільність результату у 86,7% пацієнтів та скорочує тривалість ортодонтичного лікування в середньому на 5,5 місяця порівняно з пізнім видаленням. КПКТ є обов'язковим діагностичним методом для оцінки топографії ретинованого третього моляра, ступеня ризику пошкодження суміжних структур і планування хірургічного доступу. Застосування п'єзохірургічного обладнання та одонтотомії суттєво знижує ризик неврологічних ускладнень і операційної травми при видаленні ретинованих третіх молярів із тісними анатомічними взаємовідносинами. Мультидисциплінарна взаємодія між щелепно-лицевим хірургом та ортодонтом на всіх етапах — від діагностики до ретенційного спостереження — є ключовою умовою досягнення прогнозованого та стабільного результату лікування.

Ключові слова: ретенція зубів; треті моляри; зуби «мудрості»; видалення; ортодонтичне лікування; КПКТ; одонтотомія; п'єзохірургія; міждисциплінарний підхід.