مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۸، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹: ۲۸-۱۹

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۲

بررسی رابطه پاکت پریودنتال در دیستال دندان‌های مولار دوم پایین با نوع و عمق نهفتگی دندان‌های عقل

دکتر حسین شاهون ۱*
دکتر جمشید خادمی ۲
دکتر علی مجیدی ۳

۱- استادیار گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی شاهد تهران
۲- دانشجوی دندانپزشکی، پژوهشگر
۳- دندانپزشک عمومی، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال، خیابان ایتالیا، دانشکده دندانپزشکی، طبقه اول، بخش جراحی

تلفن: ۸۸۹۵۹۲۱۰-۰۲۱
نمابر: ۸۸۹۶۷۶۱۸-۰۲۱

نشانی الکترونیکی:
Shahoonh@yahoo.com

چکیده

زمینه: یکی از ضایعات بدون علامت همراه با دندان عقل نهفته مندیبل، پاکت پریودنتال موضعی در سطح دیستال مولاردوم مندیبل می‌باشد. در این مطالعه رابطه بین پاکت پریودنتال در سطح دیستال مولارهای دوم مندیبل با نوع و عمق نهفتگی دندان‌های عقل بررسی می‌شود.

روش کار: در این مطالعه که به روش تجربی صورت گرفت، تعداد ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به بخش جراحی دانشکدهٔ دندانپزشکی شاهد و کلینیک شهید منتظری (سال ۸۷-۱۳۸۶) که برای آنها لزوم خارج کردن دندان‌های عقل مشخص شده بود، به صورت مراجعه مستمر انتخاب شدند. نوع و عمق نهفتگی دندان‌های عقل مندیبل با توجه به O.P.G در فرم مطالعاتی ثبت شد. سپس دندان‌های عقل آنها با اندیکاسیون بالینی برای بیمار خارج شده و در فواصل زمانی ٤ تا ٢٤ ماه پس ازعمل عمق پاکت پریودنتال اندازه‌گیری شد. کلیه اطلاعات توسط برنامه آماری SPSS وارد حافظه رایانه شد و رابطه بین عمق پاکت پریودنتال با نوع وعمق نهفتگی دندان عقل توسط آزمون Kruskal-Wallis بررسی شد و میانگین عمق پاکت در گروه‌های نوع و عمق نهفتگی به صورت دو به دو توسط آزمون Mann-Whitney با هم مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: در جمعیت مورد بررسی میانگین سن افراد ۷+-۲٤/۳ سال بود. در این مطالعه ۵۵ نفر (۵۵ درصد) زن و ٤۵ نفر (٤۵ درصد) مرد بودند. در بررسی رابطه بین عمق پاکت پریودنتال با نوع و عمق نهفتگی دندان عقل تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای بین آنها مشاهده شد. ($p<۰/۰۰۱$)

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های موجود در این مطالعه، پاکت‌های پریودنتال عمیق در سطح دیستال مولاردوم مندیبل، بیشتر همراه با دندان‌های عقل نهفته افقی و مزیوانگولار و کلاس C هستند. بنابراین جراحان باید توجه بیشتری را به تشخیص علایم پاکت‌های پریودنتال در سطوح دیستال مولارهای دوم مندیبل در زمان بررسی وضعیت کلینیکی دندان‌های عقل نهفته مجاور مبذول دارند زیرا نوع و عمق نهفتگی می‌تواند بسیار تعیین‌کننده باشد.

واژگان کلیدی: نوع نهفتگی، عمق نهفتگی، دندان عقل، پاکت پریودنتال

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۵/۲۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۸/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۲٤

Archive of SID
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]
www.SID.ir

مقدمه

مولارهای سوم (دندان‌های عقل)، با توجه به زمان رویش (آخرین دندان‌هایی که در قوس دندانی ظاهر می‌شوند) [۱]، عدم وجود فضای قوس دندانی کافی [۲و۳] و مسیرهای رویشی غیر قابل پیش‌بینی [۴و۵]، شایع‌ترین دندان‌های نهفته می‌باشند [۱] که وقوع این نهفتگی در مندیبل شایع‌تر از ماگزیلا می‌باشد [۶و۷].

جهت تعیین درجه سختی خارج کردن مولارهای سوم نهفته فکّ پایین، سیستم‌های طبقه‌بندی مختلفی وجود دارد که نوع نهفتگی را مشخص می‌کند.

اولیّن سیستم طبقه‌بندی، براساس زاویه محور طولی مولارسوم نهفته نسبت به محور طولی مولاردوم می‌باشد. براساس این سیستم طبقه‌بندی، نهفتگی مزیوانگولار شایع‌ترین و ساده‌ترین نهفتگی جهت خارج کردن می‌باشد. (حدود ۴۳٪ تمام دندان‌های نهفته)، نهفتگی افقی که کمی نسبت به نهفتگی مزیوانگولار مشکل‌تر است (تقریباً فقط در ۳٪ تمام نهفتگی‌های فکّ پایین)، نهفتگی عمودی که رتبه سوم را از نظر سختی خارج کردن دارد (۳۸٪ تمام نهفتگی‌ها) و نهفتگی دیستوانگولار که سخت‌ترین مورد برای خارج کردن می‌باشد. (فقط حدود ۶٪ تمام مولارهای سوم نهفته) را تشکیل می‌دهد [۸] (شکل ۱).

سیستم طبقه‌بندی پیشنهادی دیگر توسط Pell & Gregory براساس عمق دندان نهفته در مقایسه با ارتفاع دندان مولاردوم مجاور می‌باشد. براساس این سیستم طبقه‌بندی، نهفتگی کلاس A که در آن پلان اکلوزال دندان نهفته نسبت به پلان اکلوزال مولار دوم در یک سطح یا تقریباً هم سطح آن می‌باشد و در نهفتگی کلاس B سطح اکلوزال دندان نهفته بین پلان اکلوزال و خطّ سرویکال مولاردوم می‌باشد و نهفتگی کلاس C نوعی است که در آن سطح اکلوزالی دندان نهفته پایین‌تر از خطّ سرویکالی مولاردوم قرار دارد. [۸] (شکل ۲)

مولارهای سوم نهفته، می‌توانند مشکلاتی را برای سیستم دندانی و دندان‌های مجاور ایجاد کنند از قبیل: پری کرونیت، پریودنتیت دندان مجاور، تحلیل ریشه دندان مجاور، تغییرات نئوپلاستیک یا کیستیک و غیره [۹و۱۰].

بر طرف کردن این مشکلات شامل درمان علائم حادّ، در صورت وجود، و سپس جراّحی دندان نهفته می‌باشد [۱۱].

از آن جایی که همه مولارهای سوم نهفته سبب بروز مشکل نمی‌شوند پیشنهاد می‌شود که مولارهای سوم نهفته بدون علامت به صورت پروفیلاکتیک در آورده نشوند [۹].

در یک مطالعه گزارش شده است حدود ۶۰٪ از مولارهای سوم نهفته که متعاقب پیشرفت ضایعه پاتولوژی درآورده شده‌اند، شایع‌ترین مشکل پری کرونیت بوده است [۱۲].

بعضی اوقات ضایعات همراه با مولارسوم نهفته مندیبل ممکن است بدون علامت باشند.

یک نمونه پاکت پریودنتال موضعی در سطح دیستال مولاردوم، مجاور مولار سوم مندیبل نهفته می‌باشد [۱۳].

هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین پاکت پریودنتال در دیستال مولارهای دوم فکّ پایین با نوع و عمق نهفتگی دندان‌های عقل می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع تجربی می‌باشد و به صورت بررسی بالینی تصادفی randomized clinical test اجرا شده است. در این مطالعه تعداد ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به بخش جراحی دانشکدهٔ دندانپزشکی شاهد و کلینیک شهید منتظری (سال ۸۷-۱۳۸۶) که برای آنها لزوم خارج کردن دندان‌های عقل نهفته توسط یک نفر جراح دهان، فک و صورت مشخص شده بود، به شیوهٔ غیر تصادفی ساده (sequential) انتخاب شدند.

معیارهای پذیرش وجود دندان‌های عقل نهفته در یک سمت فک پایین (در بیماران دارای دندان‌های عقل نهفته در دو سمت فک پایین، تنها یکی از آن دو با استفاده از پرتاب سکه انتخاب شدند)، عدم وجود هر گونه بیماری سیستمیک، عدم وجود سابقه جراحی پریودنتال در ناحیه و عدم مصرف دخانیات (سیگار) بود.

بعد از پرکردن قسمت case history فرم مطالعاتی و برگه رضایت عمل، نوع و عمق نهفتگی با توجه به O.P.G در فرم مطالعاتی ثبت می‌شد. با استفاده از ماده بی‌حسی لیدوکائین و تکنیک تزریق بلاک عصب دندانی تحتانی و long buccal بی‌حسی حاصل می‌گردید. سپس به صورت متداول و مرسوم، sulcular flap از قدام راموس مندیبل تا مزیال مولاردوم (دیستال مولار اول) با استفاده از تیغ بیستوری شمارهٔ ۱۵ داده می‌شد و بعد از برداشتن استخوان روی دندان عقل نهفته با استفاده از هندپیس و فرز روند شمارهٔ ۲، دندان عقل نهفته خارج می‌شد و سپس شست‌وشوی کافی با نرمال سالین داده می‌شد و بسته به طول فلپ ۲ تا ۴ بخیه منقطع با استفاده از نخ بخیه ابریشم (silk 0-3) زده می‌شد.

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

بعد از خاتمه جراحی دستورالعمل بعد از جراحی به صورت شفاهی و کتبی به تمامی بیماران به صورت مشابه داده شد.

برای همه بیماران از آنتی‌بیوتیک mg 500 penicillin V به تعداد ۲۸ عدد (۴ بار در روز) و مسکن استامینوفن کدئین به تعداد ۲۰ عدد (در صورت نیاز) و از بیمار خواسته می‌شد که در صورت نیاز مسکن مصرف نموده و تعداد مسکن و تعداد دوزهای مصرفی را یادداشت نماید. توصیه شد از فردای روز عمل از دهانشویه کلرهگزیدین ۰/۲٪ استفاده کند. (روزی سه بار) در روز هشتم پس از عمل با یک شست‌وشوی مختصر و ملایم بخیه‌ها به آرامی خارج می‌شدند و ادامه عملکرد دستورات بهداشتی تأکید شد. سپس در فواصل زمانی ۴ تا ۲۴ ماه عمق پاکت پریودنتال (probing pocket depth) در دیستال دندان مولاردوم مندیبل توسط دو محقق مجرب با استفاده از پروب فلزی ویلیامز اندازه‌گیری شده و اطلاعات به دست آمده در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. (شکل ۳)

وضعیت پریودنتال عمومی بیماران با استفاده از شاخص C.P.I (community periodontal Index) طبق پروتکل سازمان بهداشت جهانی W.H.O برای همه دندان‌ها به غیر از دندان هدف (مولار دوم مندیبل) به عمل آمد.

به منظور دقت بیشتر کار، میانگین اطلاعات موجود در نظر گرفته شد.

در نهایت آنالیز اطلاعاتی توسط کامپیوتر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (Version 10) انجام شد و توسط آزمون‌های آماری Kruskal-Wallis و Mann-Whitney داده‌ها مورد بررسی آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

جمعیت مورد بررسی در محدودهٔ سنی ۵۰-۱۸ سال با میانگین سنی ۷ ±۲۴/۳ سال بود. در جمعیت مورد بررسی ۵۵ نفر (۵۵ درصد) زن و ۴۵ نفر (۴۵ درصد) مرد بودند. در جمعیت مورد بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان در ۶۵ نفر (۶۵ درصد) خوب و در ۳۰ نفر (۳۰ درصد) متوسط و در ۵ نفر (۵ درصد) ضعیف گزارش شد.

در جمعیت مورد بررسی نوع نهفتگی در ۴۰ نفر (۴۰ درصد) مزیوانگولار، در ۲۵ نفر (۲۵ درصد) عمودی، در ۱۵ نفر (۱۵ درصد) افقی، در ۱۰ نفر(۱۰ درصد) دیستوانگولار و در ۱۰ نفر(۱۰ درصد) موارد دیگر (باکوورژن، لینگووورژن و معکوس inverted) بود. (نمودار ۱)

درجمعیت مورد بررسی عمق نهفتگی در ۲۳ نفر (۲۳ درصد) کلاس A، در ۲۱ نفر (۲۱ درصد) کلاس C و در ۵۶ نفر (۵۶ درصد) کلاس B بود. (نمودار ۲)

آزمون آماری Kruskal-Wallis مشخص کرد که تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای بین نوع نهفتگی و عمق پاکت پریودنتال در دیستال مولارهای دوم مندیبل وجود دارد. (p<۰/۰۰۱) (جدول ۱) همچنین این آزمون نشان داد که تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای نیز بین عمق نهفتگی و عمق پاکت پریودنتال در دیستال مولارهای دوم مندیبل نیز وجود دارد. (p<۰/۰۰۱) (جدول ۲)

آزمون آماری Mann-Whitney برای مقایسهٔ میانگین عمق پاکت پریودنتال در دیستال مولارهای دوم مندیبل در هر دو گروه یک تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای را بین گروه‌های ۱ و۲، ۱و۴، ۱و۵، ۲و۳، ۲و۴، ۳و۴، ۳و۵، ۴و۵، AوB، AوC و BوC نشان داد. (p<۰/۰۰۱)

در حالی که تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌های ۱و۳ و ۲و۵ مشاهده نشد. (p<۰/۰۵)

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه اخیر رابطهٔ بین پاکت پریودنتال در سطح دیستال دندان مولاردوم مندیبل را با نوع و عمق نهفتگی ۲۴-۴ ماه بعد از کشیدن دندان عقل نهفته بررسی می‌کند.

در این مطالعه بیشتر توجه جراح به جلوگیری از مشکلات پس از جراحی یا تأخیر در ترمیم زخم پس از کشیدن دندان عقل نهفته می‌باشد. (۱۱و۱۴)

از آن جایی که ضایعات پریودنتال موضعی ممکن است تا زمانی که periodontal attachment loss بسیار پیشرفت کرده باشد بدون علامت باقی بمانند، بنابراین ممکن است به آسانی از کشف توسط بیمار یا دندانپزشک مخفی باقی بمانند.

این امر به طور بالقوه یک تهدید جدی برای مولار دوم درگیر ایجاد می‌کند. تاکنون، تنها عده کمی از محققین دربارهٔ اثرات پریودنتال و کنترل بیماری‌های پریودنتال یا اصلاح و بهبود ترمیم پریودنتال پس از جراحی دندان‌های عقل نهفته مندیبل مطالعه کرده‌اند. (۱۳و۱۵و۱۶)

در این مطالعه، وضعیت پریودنتال عمومی افراد را به منظور بررسی اینکه آیا مشکل پریودنتال دندان فرد یک مشکل موضعی است یا بخشی از یک مشکل عمومی می‌باشد، را از قبل ثبت کردند.

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

وضعیت پریودنتال عمومی افراد در این مطالعه بایستی ثبت شود زیرا امکال آن وجود دارد که برای افـرادی کـه دارای پریودنتیـت مـزمن هستند و همچنین دارای پریوادنتوپاتوژن‌های بسیاری هستند، مـولار دوم مندیبل می‌تواند دارای ریسک بیشتری بـرای پاکـت پریودنتـال گردد. صرف‌نظر از اینکه مولار دوم توسط یـک دنـدان عقـل نهفتـهٔ مجاور تحت تأثیر قرار گرفته باشد یا خیر. [۱۷]

به منظور تسهیل بررسی وضعیت پریودنتال عمومی ۱۰۰ بیمار حاضر در این مطالعه، شاخص CPI استفاده شد. [۱۸]

یک دورهٔ حداقل ۴ ماهه متعاقب جراحی دندان عقل نهفتـه منـدیبل مقدم بر معاینه کلینیکی در این مطالعه سپری شد.

بنابراین زمان کافی برای بهبودی بافت نرم و سخت پس از جراحـی فراهم می‌گردد.

در این مطالعه ارتباط بین:

* نوع نهفتگی (مزیوانگولار، دیـستوانگولار، افقـی، عمـودی و سـایر موارد)
* عمق نهفتگی (کلاسA، کلاس B و کلاس C)

با عمق پاکت پریودنتال در سطح دسیتال مولاردوم منـدیبل بررسـی می‌شود.

تحقیقاتی که توسط Osborne و همکارانش (۱۹۸۲) انجـام شـده، هیچ‌گونه مزیتی را برای مولارهای دوم مندیبل، زمـانی کـه درسـت پس از جراحی دندان‌های عقل نهفته مجـاور Root planning و Scaling شوند، مشخص نکرد. [۱۹] از این رو، هیچکـدام از افـراد موجـود در ایـن مطالعـه Root planning و Scaling دنـدان مولاردوم در زمان جراحی دندان عقل نهفته را دریافت نکردند.

مطالعه اخیر همچنین بیان می‌کند که مشکلات پریودنتـال موضـعی مزمن می‌توانند به طور بالقوه مشکل قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کننـد. Kugelberg و همکارانش در سال۱۹۹۱ مطالعه آینده‌نگری را بـه مدت ۲ سال روی ترمیم پاکت پریودنتال در دیستال مـولاردوم یـک طرف بعد از جراحی دندان‌های عقل نهفته مندیبل انجام دادند. [۲۰]

مطالعه مذکور گزارش کرد که کاهش بیشتری در تعـداد پاکـت‌هـای پریودنتال عمیق پس از عمـل در سـنین ۲۰ نـسبت بـه سـنین ۳۰ مشاهده شد. همچنین مطالعات مشابهی در گذشته این امر را گزارش کرده بودند (۱۹۸۶ Marmary و همکارانش) [۱۷]. تصور می‌شـود که الگوی نهفتگی مزیوانگولار مولاردوم یک شکاف بین مولارهـای دوم و سوم القاء می‌کند که این امر سبب کلونیزه شدن میکروب‌های پریوادنتو پاتوژن در زیر لثه می‌شود. [۲۱]

در مطالعه‌ای که دکتر یغمایی و دکتر شـاهون در سـال ۱۳۸۲ انجـام دادند، بیشترین میزان نهفتگی در کلاس B بوده که نیمی از افراد را در خود جای داده بود. [۲۲و۲۳]

با توجه به این مطالعه، بیشترین میزان پاکت‌های پریودنتال عمیق (۷ میلی‌متر یا بیشتر) در دیستال مولاردوم، در الگـوی نهفتگـی افقـی و مزیوانگولار و همچنین نهفتگی کلاس C در مقایسه با سـایر انـواع نهفتگی مشاهده شد. [۲۴]

در ۳۸ بیمار (۳۸ درصد) با الگوی نهفتگی مزیوانگولار عمق پروبینگ در سطح دیستال مولاردوم ۷ میلی‌متر یا بیـشتر بـود و در ۳۳ بیمـار (۳۳ درصد) با الگوی نهفتگی افقی عمق پروبینگ در سطح دیـستال مولاردوم ۷ میلی‌متر یا بیشتر بود.

همچنین در ۱۸ بیمار (۱۸ درصد) با عمق نهفتگی کـلاس C عمـق پروبینگ در سطح دیستال مولاردوم ۷ میلی‌متر یا بیشتر بود.

براساس یافته‌های موجـود در ایـن مطالعـه، پیـشنهاد مـی‌شـود کـه جراحان توجه بیشتری را بـه تـشخیص علائـم پاکـت پریودنتـال در سطح دیـستال مولارهـای دوم منـدیبل در زمـان بررسـی وضـعیت دندان‌های عقل نهفته افقی و مزیوانگولار با عمق نهفتگی کلاس C مبذول دارند.

در پایان توصیه می‌شـود جهـت بررسـی بیـشتر موضـوع، مطالعـات بیشتری در سطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه‌های بیشتر انجام گیرد.

Archive of SID

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

مراجع

1- Andreasen, J. O., Petersen, J. K. & Laskin, D. M. (1997) Textbook and color atlas of tooth impactions. Copenhagen: Munksgaard.

2- Bjork, A., Jensen, E. & Palling, M. (1956) Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odontologica Scandinavica 14, 231-272.

3- Hattab, F. N. & Abu Alhaija, E. S. J. (1999) Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption spaceOral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics 88, 285-291.

4- Garcia, R. I. & Chauncey, H. H. (1989) The eruption of third molars in adults: a 10year longitudinal study. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 68, 9-13.

5- Hattab, F. N. (1997) Positional changes and eruption of impacted mandibular third molars in young adults: a radiographic 4year follow-up study. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics 84, 604-608.

6- Nanda, R. S. & Chawla, T. N. (1959) Status of third molar teeth. Journal of All-Indian Dental Association 31, 19-29.

7- Odusanya, S. A. (1984) Third molar impaction among Nigerian youths. Tropical Dental Journal 7, 79-83.

8- Peterson Larry J., Hupp Edward Ellis-James R., Tucker Myron R. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed. St. Louis: Mosby Co; 2003. P. 198-94.

9- National Institute of Health (1980) NIH consensus development conference for removal of third molars. Journal of Oral Maxillofacial Surgery 38, 235-236.

10- Knutsson, K., Brehmer, B., Lysell, L. & Rohlin, M. (1996) Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics 82, 10-17.

11- Howe, G. L. (1985). Minor oral surgery, 3rd edn. London: Wright.

12- Goldberg, M. H., Hemarich, A. N. & Marco, W. P. (1983) The impacted third molar: referral patterns, patient compliance, and surgical requirement. Journal of the American Dental Association 107, 439-441.

13- Kugelberg, C. F., Ahlstrom, U., Ericson, S. & Hugoson, A. (1985) Periodontal healing after impacted lower third molar surgery. International Journal of Oral Surgery 14, 29-40.

14- de Boer, M. P., Raghoebar, G. M., Stegenga, B., Schoen, P. J. & Boering, G. (1995) Complications after mandibular third molar extraction. Quintessence International 26, 779-784.

15- Ferreira, C. E., Grossi, S. G., Novaes, A. B. Jr, Dunford, R. G. & Feres-Filho, E. J. (1997) Effects of mechanical treatment on healing after third molar extraction. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 17, 250-259.

16- Karapataki, S., Hugoson, A., Falk, H., Laurell, L. & Kugelberg, C. F. (2000) Healing following GTR treatment of intrabony defects distal to mandibular second molars using resorbable and non-resorbable barriers. Journal of Clinical Periodontology 27, 333-340.

17- Marmary, Y., Brayer, L., Tzukert, A. & Feller, L. (1986) Alveolar bone repair following extraction of impacted mandibular third molars. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 61, 324-326.

18- World Health Organization. (1997). Oral health surveys, basic methods, 4th edn. Geneva: WHO.

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

19- Osborne, W. H., Snyder, A. J. & Tempel, T. R. (1982) Attachment levels and crevicular depths at the distal of mandibular second molars following removal of adjacent third molars. Journal of Periodontology 53, 93-95.

20- Kugelberg, C. F., Ahlstrom, U., Ericson, S., Hugoson, A. & Kvint, S. (1991a) Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. International Journal of Oral Maxillofacial Surgery 20, 18-24.

21- Leung, W. K., Theilade, E., Comfort, M. B. & Lim, P. L. (1993) Microbiology of the pericoronal pouch in mandibular third molar pericoronitis. Oral Microbiology and Immunology 8, 306-312.

22- Yaghmaiee M, Heydari S, Shahoon H, Yavari AS. Comparison of betadine and normal saline efficacy in rinsing dental socket and the result in decreasing side effect of third molar post surgery. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 1384; 23(4): 688- 83 Persian .

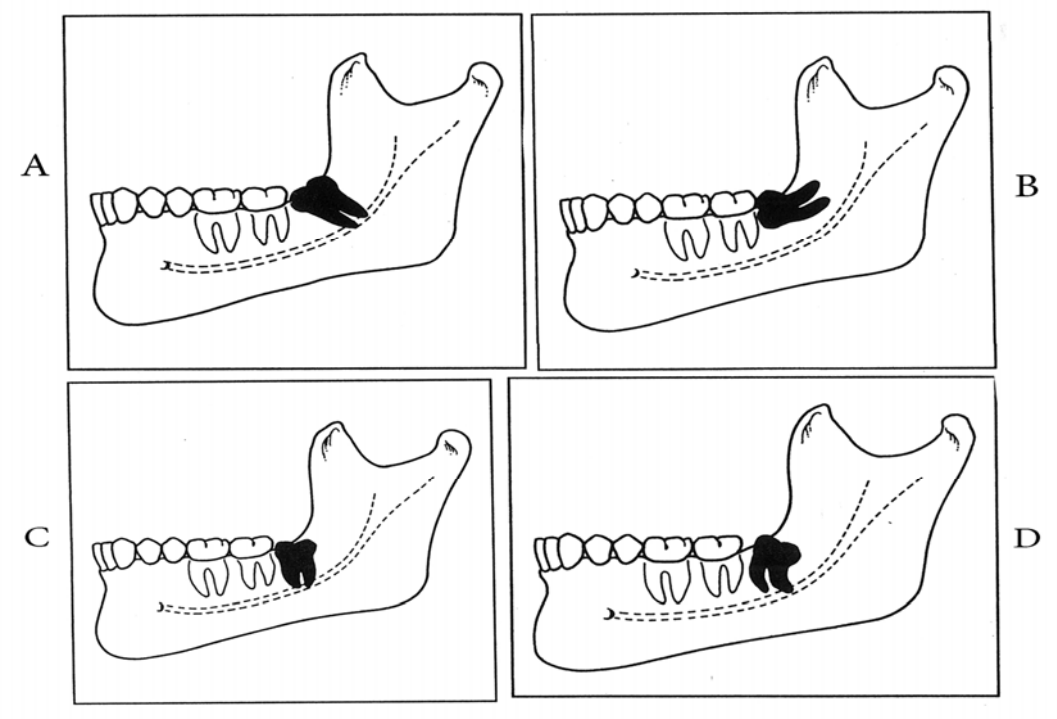
23- Kan KW, Liu JKS, Lo ECM, Corbet EF, Leung WK. (2002) Residual periodontal defects distal to the mandibular second molar 6-36 months after impacted third molar extraction. A retrospective cross-sectional study of young adults. J Clin Periodontal 29, 1004-1011.

24- Krausz AA, Machtei EE, Peled MM. Effects of lower third molar extraction on attachment level and alveolar height of the adjacent second molar. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008 Oct; 34(7): 756-60.

Archive of SID

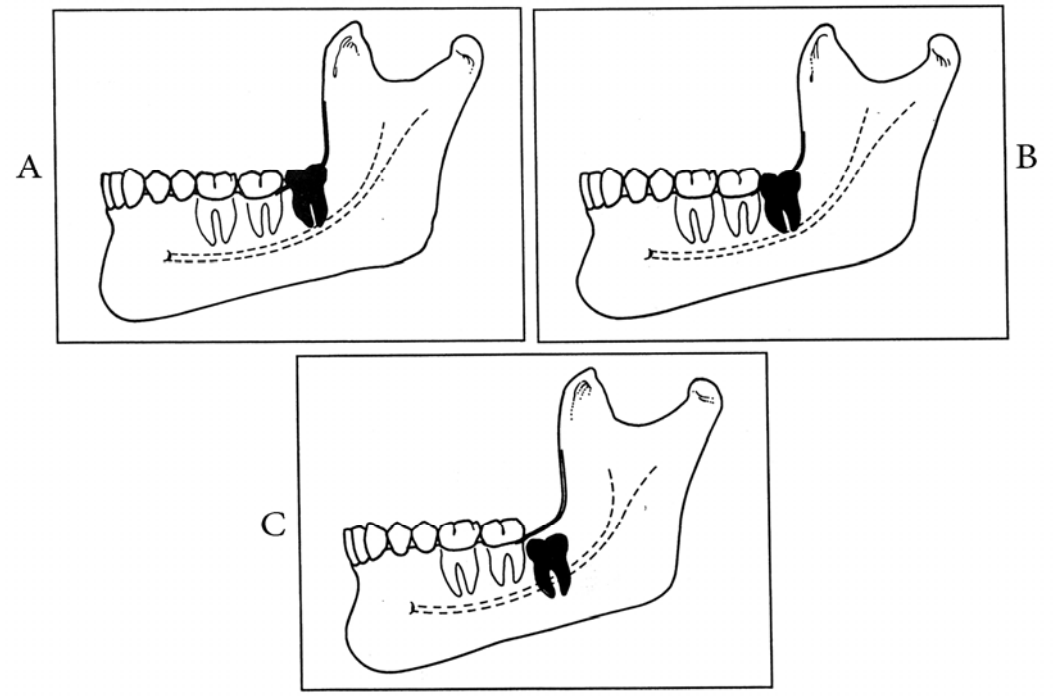
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir



شکل۱- انواع نهفتگی.

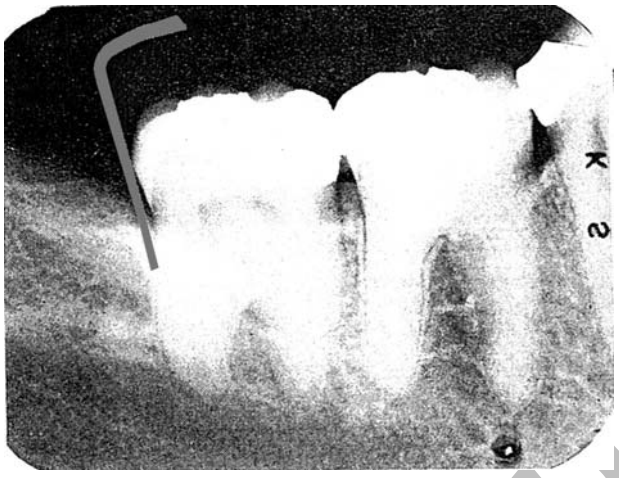
A: نهفتگی مزیوانگولار، B: نهفتگی افقی، C: نهفتگی عمودی، D: نهفتگی دیستوانگولار.



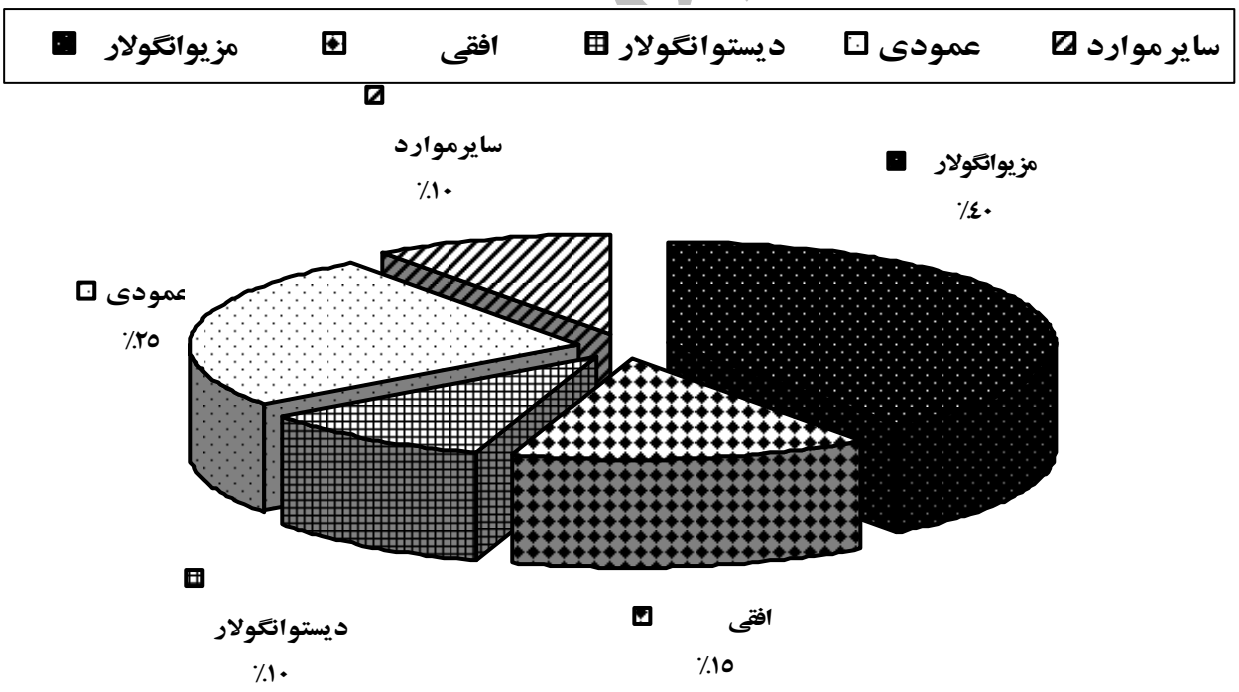
شکل۲- عمق نهفتگی. A: کلاس A، B: کلاس B، C: کلاس C.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

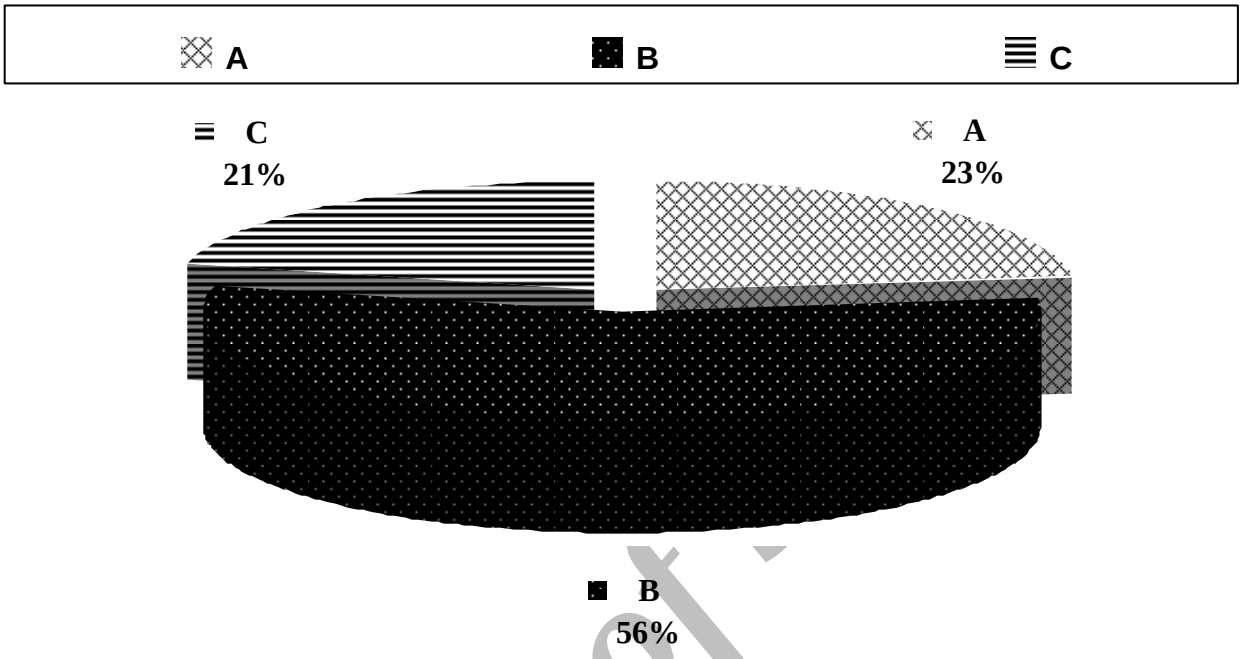


شکل۳- اندازه‌گیری عمق پاکت پریودنتال با استفاده از پروب



نمودار۱- فراوانی انواع نهفتگی

www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]



نمودار ۲- فراوانی عمق نهفتگی

جدول ۱- مقایسه وضعیت پریودنتال مولاردوم مندیبل ٤-٢٤ ماه بعد از جراحی مولار سوم نهفته مندیبل	
سطح	PPD (mean + SD)
سطح باکال	۱٫۸_+۱٫۰
سطح لینگوال	۲٫۲_+۰٫۸
سطح مزیال	۲٫۶_+۰٫۸
سطح دیستال	۵٫۴_+۰٫۸
PPD: تفاوت قابل ملاحظه مشاهده‌شده بین سطوح مختلف دندان مولاردوم مندیبل Mean: میانگین SD: انحراف معیار	

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir

جدول ۲- رابطه بین عمق پاکت پریودنتال در دیستال مولاردوم مندیبل و نوع نهفتگی

نوع نهفتگی					عمق پاکت							
	=<۴Mm		mm ۶-۵		mm ۸-۷		>=mm۹		کل			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
مزیوانگولار گروه ۱	۱۴	٪۱۴	۴۸	٪۴۸	۲۹	٪۲۹	۹	٪۹	۱۰۰	٪۱۰۰		
دیستوانگولار گروه۲	۷۴	٪۷۴	۲۱	٪۲۱	۵	٪۵	۰	٪۰	۱۰۰	٪۱۰۰		
افقی												
گروه۳	۲۵	٪۲۵	۴۲	٪۴۲	۲۲	٪۲۲	۱۱	٪۱۱	۱۰۰	٪۱۰۰		
عمودی گروه۴	۵۵	٪۵۵	۲۵	٪۲۵	۱۵	٪۱۵	۵	٪۵	۱۰۰	٪۱۰۰		
سایرموارد گروه۵	۸۳	٪۸۳	۱۴	٪۱۴	۲	٪۲	۱	٪۱	۱۰۰	٪۱۰۰		
کل	۲۵۱	٪۵۰/۲	۱۵۰	٪۳۰	۷۳	٪۱۴/۶	۲۶	٪۵/۲	۵۰۰	٪۱۰۰		

جدول ۳- رابطه بین عمق پاکت پریودنتال در دیستال مولار دوم مندیبل و عمق نهفتگی

نوع نهفتگی					عمق پاکت							
	=<۴Mm		mm ۶-۵		mm ۸-۷		>=mm۹		کل			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کلاس A	۸۲	٪۸۲	۱۵	٪۱۵	۳	٪۳	۰	٪۰	۱۰۰	٪۱۰۰		
کلاسB	۵۴	٪۵۴	۳۹	٪۳۹	۵	٪۵	۲	٪۲	۱۰۰	٪۱۰۰		
کلاسC	۳۸	٪۳۸	۴۴	٪۴۴	۱۱	٪۱۱	۷	٪۷	۱۰۰	٪۱۰۰		
کل	۱۷۴	٪۵۸	۹۸	٪۳۲/۷	۱۹	٪۶/۳	۹	٪۳	۳۰۰	٪۱۰۰		

Archive of SID

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

www.SID.ir