

Ретензовані зуби мудрості, можливі клінічні прояви, помилки в діагностиці

Impacted Wisdom Teeth. Possible Clinical Features. Diagnostic Pitfalls

**Скрипніков П.М., д.мед.н., проф.,
Скрипнікова Т.П., к.мед.н., проф.,
Скїбіна А.К., ас.**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава
Skripnikov P., Skripnikova T., Skibina A.
Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava

Адреса для кореспонденції:
Скрипніков Петро Миколайович
e-mail: mail@umsa.edu.ua

Мета: Аналіз помилок у діагностиці ускладнень прорізування ретензованих зубів мудрості верхньої та нижньої щелепи. **Методи:** У центр діагностики та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота за консультацією звернулися 11 пацієнтів — 6 (54,6%) чоловіків і 5 (45,4%) жінок віком від 19 до 40 років із симптомами прорізування ретензованих зубів мудрості. **Результати:** Провели аналіз симптомів при наявності в пацієнтів ретензованих зубів мудрості верхньої і нижньої щелепи. Виявили причини помилок їх діагностики. **Висновки:** Найпоширенішими причинами помилок у діагностиці можуть бути: часткове виявлення симптомів захворювання, неврахування даних анамнезу, непроведення диференціальної діагностики зі схожими захворюваннями, аналізу зубної формули та необхідного виду рентгенологічного дослідження.

Ключові слова: ретензовані зуби мудрості верхньої та нижньої щелепи, помилки в діагностиці.

Purpose: To analyze the errors which can occur during the diagnostics of difficulties with impacted wisdom teeth dentition for upper and lower jaw. **Methods:** There were 11 patients inviting for advisory reception in the diagnostics and treatment centre of oral mucosa diseases: 6 (54,6%) men and 5 (45,4%) women aged from 19 to 40 who had symptoms of impacted wisdom teeth dentition. **Results:** The symptoms of impacted wisdom teeth for upper and lower jaw were analyzed. The causes of diagnostic pitfalls were found. **Conclusions:** The most frequent reasons of errors during the diagnostics can be: the symptoms of disease weren't fully indentified; medical history wasn't considered; differential diagnostics concerning similar diseases wasn't performed; dental formula wasn't analyzed; proper kind of X-ray examination wasn't made.

Key words: impacted wisdom teeth of upper and lower jaw, mistakes during the diagnostics.

ВСТУП

Численні роботи лікарів-стоматологів щодо хвороб прорізування зубів, певною мірою, вказують на актуальність цього питання [1, 2, 5, 6]. Хвороби прорізування зубів представлені в ряді класифікацій. Так, Т.Г. Робустова [7] поділяє їх на:

1. Утруднене прорізування зуба.
2. Неправильне положення зуба — зміщення, що виникло в результаті прорізування (дистопований зуб).
3. Часткове прорізування зуба через кісткову тканину щелепи або слизову оболонку (напівретенований зуб).
4. Затримка прорізування повністю

сформованого зуба через компактну пластинку щелепи (ретенований зуб).

За даними А.Г. Шаргородського [9] хвороби прорізування зубів класифікуються так:

1. Ретенований зуб — це зуб, розміщений у товщі кісткової тканини щелепи, який не прорізався у звичні терміни.
2. Напівретенований — це зуб, який частково прорізався через кісткову тканину або слизову оболонку.
3. Дистопованими називають як прорізани, так і ретеновані та напівретеновані зуби, розташовані поза зубним рядом.

Досі немає точних даних, які би вказували на етіологію цієї патології. Багато

авторів виділяють можливі причини: недостатньо місця в щелепі для прорізування зубів, порушення росту нижньої чи верхньої щелепи, особливості розвитку зуба протягом перинатального періоду, зміна його положення в щелепі, форми і величини зубів [1, 5]. З огляду на це, аномальне положення зародка зуба, різні ендогенні та екзогенні патологічні впливи на зубощелепну систему можуть стати причиною аномалії положення сформованого зуба, а також зумовити затримку його прорізування. Ступінь аномального положення зуба (дистопії) може бути різним — від незначного відхилення поздовжньої осі від норми до розта-

шування зуба у верхній половині гілки нижньої щелепи.

Аналіз даних з цього питання, представлених у підручниках, навчальних посібниках, монографіях, статтях, вказує на те, що найґрунтовнішим є опис утрудненого прорізування зубів мудрості. При цьому основну увагу зосереджено на таких ускладненнях, як перикоронарит, флегмони, лімфаденіт, аденофлегмона, виразковий стоматит, тобто це запальні захворювання. Водночас у клініці цієї патології спостерігаються виражені симптоми, які уможливають проведення діагностики.

Першим і найпоширенішим клінічним проявом утрудненого прорізування зубів є перикоронарит – запалення м'яких тканин, які оточують коронку зуба, що прорізується. При порушенні цілісності слизової оболонки ретромолярної ділянки, що покриває зуб, в перикоронарний простір (між коронкою і зубом) потрапляють залишки їжі, а також мікрофлора порожнини рота. В цьому просторі уворюються сприятливі умови для розвитку облигатно і факультативно анаеробних мікроорганізмів. Подальший перебіг процесу залежить від багатьох чинників:

- наявності місця в зубній дузі для прорізування зуба
- локалізації зародка зуба в щелепі
- хронічної травми слизової оболонки ретромолярної ділянки зубами-антагоністами, яка призводить до виразки, запалення і рубцювання.

Для перикоронариту також характерні:

- симптоми загальної інтоксикації організму: підвищення температури тіла до 37–37,5 °С, зниження апетиту і порушення сну, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво
- інтенсивний біль у ретромолярній ділянці, іррадіюваний у вухо, обмежене відкривання рота через рефлекторний спазм жувальних м'язів
- біль при ковтанні.

Конфігурація обличчя і шкірний по-

крив переважно не змінені. При огляді порожнини рота після попередньо проведеної анестезії (за Берше–Дубовим, Вазірані–Акінозі) видно повністю прорізаний зуб, покритий набряклим і гіперемійованим слизово-окісним клаптом – капюшоном. При пальпації з-під капюшона виділяється серозно-геморагічний ексудат. Набряклість і гіперемія можуть поширюватися на слизову оболонку заднього відділу нижнього склепіння порожнини рота, ясна з боку язика і передню піднебінну дугу. Рухомість причинного зуба не визначається. При неодноразовому рецидиві цього процесу він характеризується як хронічний перикоронарит або його загострення [3, 4, 7, 9]. Необхідно враховувати, що зуби мудрості, як правило, прорізуються в молодому віці. Важливим фактором для діагностики є правильно і ретельно зібраний анамнез захворювання, дані об'єктивного дослідження, а основним діагностичним критерієм патології є рентгенологічні дані. Сьогодні за допомогою променевих методів дослідження можливо визначити як стан зуба в щелепі, так і його співвідношення з прилеглими зубами, нижньощелепним каналом або верхньощелепною пазухою [8–11].

До хвороб прорізування зубів належать ретеновані зуби. Ретенцією зуба (затримкою прорізування) називають явище, при якому розвинутий зуб не прорізався у відповідний час в зубному ряді. Ретенція може бути повною або частковою. Якщо зуб прорізався не повністю, його називають напівретенованим. У положенні часткового прорізування він може перебувати тривалий час і спричиняти розвиток гнійно-запальних захворювань і порушення оклюзії. Ретеновані зуби виявляють при огляді, аналізі зубної формули і рентгенологічному обстеженні. У більшості випадків їх наявність безсимптомна протягом багатьох

років. Однак, часто при відсутності ознак прорізування спостерігаються різні клінічні симптоми (наявність горбів), запальних проявів з боку слизової оболонки порожнини рота, що ускладнює діагностику або призводить до встановлення помилкового діагнозу. Мета роботи – аналіз помилок в діагностиці утрудненого прорізування ретенованих зубів мудрості верхньої і нижньої щелепи.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У центр діагностування та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота звернулось 11 пацієнтів – 6 (54,6%) чоловіків і 5 (45,4%) жінок віком від 19 до 40 років зі симптомами прорізування ретенованих зубів мудрості.

Використовували суб'єктивні, об'єктивні та додаткові методи дослідження. Встановлювали діагноз і склали план лікування за допомогою таких променевих методів дослідження, як дентальна рентгенографія, рентгенографія в бічній проекції нижньої щелепи з боку локалізації патологічного процесу, ортопантомографія, спіральна комп'ютерна томографія, конусно-променева комп'ютерна томографія. Найчастіше на практиці використовують дентальну рентгенографію та ортопантомографію, проте оптимальними методами дослідження при хворобах прорізування є ортопантомографія і конусно-променева комп'ютерна томографія [9–11].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнти скаржилися на:

- ниючий, різкий, розламуючий щелепу біль; нічні напади болю
- тупий нападоподібний біль, який посилюється під час їди, та стає тривалим, з короткими проміжками без

- болю в певні нічні години
- постійний ниючий біль, з поступовим наростанням інтенсивності
- біль у горлі, зазвичай односторонній; утруднене ковтання, порушення загального самопочуття
- біль у щелепі, іррадіюваний у вухо, характерний для утрудненого прорізування зубів мудрості як верхньої, так і нижньої щелепи
- іррадіація постійного болю вздовж гілок трійчастого нерва
- тривалий, ниючий біль, що супроводжується парестезією слизової оболонки порожнини рота, язика, шкіри щоки, зазвичай односторонній
- набряклість щоки, одностороннє виділення з носа, нездужання, субфебрильна температура
- зміна положення прилеглого зуба, наприклад, зуба 1.7, руйнування його кореня, висування з лунки, рухомість.

Аналіз цих скарг свідчить про наявність больового симптому, який однак, характерний для багатьох захворювань. Больові симптоми можуть бути зумовлені змінами пульпи зовні інтактного зуба мудрості. За даними літератури, в пульпі зубів мудрості проявляються ознаки сітчастої атрофії, можливі відкладення іррегулярного дентину, наявність як пристінкових, так і вільно розташованих дентиклів, які визначають симптоми конкрементозного пульпіту. Біль при пульпіті має властиві йому симптоми, нехарактерні для клініки ретенційних зубів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 1

Пацієнтка А.А., 29 років, звернулася за консультацією, оскільки протягом трьох місяців відчувала біль зуба на верхній щелепі справа від холодного, гарячого, іноді з нападами болю вночі. Інтенсивність збільшувалася. Лікар-стоматолог лікував зуб 1.7 з приводу хронічного періодонтиту на стадії за-

гострення, однак лікування було не ефективним.

При огляді виявили відсутність зуба 1.8, зі слів пацієнтки він не прорізувався. Слизова оболонка у цій ділянці не змінена, пальпування безболісне, перкусія зуба 1.7 безболісна. Реакція на холод болісна, з нападами болю. Інші зуби на верхній і нижній щелепах справа інтактні. За допомогою контактної рентгенографії не отримали повних даних. Для уточнення діагнозу – хронічний фіброзний пульпіт на стадії загострення, пацієнтку скерували на додаткове дослідження – панорамну рентгенографію. Повторно на прийом пацієнтка не прийшла. Через декілька днів хірург-стоматолог видалив зуб 1.7 із конгломератом тканин зуба, де у ділянці коренів зуби 1.7 і 1.8 були зрощені. При цьому коронка зуба 1.8 зруйнована, визначалася глибока каріозна порожнина, порожнина зуба розкрита, пульпа рожево-сіра (мал. 1). Можна висувати різні гіпотези про інфікування пульпи зуба 1.8 і шукати пояснення каріозного руйнування коронки, однак, безсумнівно причиною перелічених больових симптомів була ретенція зуба 1.8. Клінічна картина узгоджувалася з діагнозом: загострення хронічного фіброзного пульпіту ретенційного зуба 1.8.

Ускладненням при ретенції зубів мудрості, переважно нижніх, є ураження карієсом другого нижнього моляра. Це відбувається в разі нахилу коронки зуба мудрості до дистальної поверхні другого моляра. Ймовірно, в результаті механічного тиску, створення пункту ретенції, скупчення мікроорганізмів виникають сприятливі умови для розвитку карієсу. Його локалізація своєрідна – у шийці другого моляра. При суб'єктивних проявах симптомів карієсу виявити його важко, а за відсутності рентгенологічного обстеження – неможливо. Надалі карієс змінюється ускладненнями. Зокрема, в разі виник-

нення такого ускладнення як пульпіт, зуб може спричинити напади болю, які слід диференціювати за характером. Відтак пацієнт скаржитиметься на тривалий біль від гарячого, холодного, іноді біль виникає без причин.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 2

Пацієнт скаржитиметься на біль від холодного, гарячого, що триває 2,5 місяці. Протягом останніх трьох днів турбують напади болю вночі. При огляді: зуб мудрості відсутній, незмінена слизова оболонка, спостерігається цілісність коронки другого моляра, перкусія безболісна. Реакція на холод – різкий напад болю. Діагноз: хронічний фіброзний пульпіт зуба 4.7, загострення. Пацієнта скерували на прицільну внутрішньоротову рентгенографію у ділянці кута нижньої щелепи справа: рентгенологічно визначається наявність ретенційного, дистопованого зуба 4.8 з приляганням коронки до шийки і кореня зуба 4.7, у цій ділянці спостерігається вогнище резорбції, яке охоплює пришийкову ділянку і дистальну поверхню кореня зуба 4.7 (мал. 2).

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 3

Два пацієнти скаржилися на головний біль, періодичний гострий, розламуючий біль у верхній та нижній щелепах, іррадіюваний у діянки шиї, вуха, тім'я, парестезії шкіри. Пацієнти зверталися за допомогою до лікаря-отоларинголога та лікаря-невролога, однак причини болю встановити не вдалося. З'явилися прояви іррадіюваного болю зубів верхньої і нижньої щелепи, що стало причиною звертання до лікаря-стоматолога. При обстеженні аналізували суб'єктивні дані, враховували наявність ортодонтичних втручань, оцінювали відсутність зубів мудрості, стан слизової обо-



Мал. 1. Знімки видалених зубів 1.8 та 1.7, зрощених у ділянці коренів, у різних проєкціях, руйнування коронки зуба 1.8



Мал. 2. Внутрішньоротова рентгенограма зубів 4.7 і 4.8



Мал. 3. Ортопантомограма: ретенвані зуби 1.8 і 2.8



Мал. 4. Ортопантомограма: ретенція, дистопія зубів 3.8 і 4.8. Видно два надкомплектні зуби у ділянці кута нижньої щелепи та краніально від зубів 3.8 і 4.8



Мал. 5. Внутрішньоротова рентгенограма зубів 3.7 і 3.8, ретенція зуба 3.8

лонки, результати пальпації, реакцію зубів на холод, зондування, перкусію. Припускали наявність ретенованих зубів. Пацієнтів скерували на додаткове обстеження – панорамну рентгенографію. В одного пацієнта виявили ретенвані, дистоповані зуби 1.8 та 2.8. (мал. 3), у другого – ретенцію і дистопію зубів 3.8 і 4.8, два надкомплектних зуби у ділянці кута нижньої щелепи краніально від зубів 3.8 та 4.8 (мал. 4).

Відсутність рентгенологічного дослідження може зумовити встановлення помилкового діагнозу, а відтак проведення неправильного лікування.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 4

Пацієнтка, 28 років, звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на періодичний, тупий, з нападами біль в куті нижньої щелепи зліва. Іноді біль іррадіює в шию. Тривалість симптомів

близько 14–16 днів. Лікуючий лікар зосередила увагу на зубі 3.7, на рентгенологічне обстеження не скеровувала. Під анестезією було проведено трепанацію інтактного зуба 3.7, видалення пульпи, зуб залишено відкритим. Стан пацієнтки не покращився, скарги не змінилися.

Під час консультації проаналізували скарги пацієнтки, при огляді не виявили зуба 3.8, з анамнезу встановили, що його не видаляли, слизова оболонка

в ділянці альвеолярного відростка не змінена. Відтак провели рентгенологічне обстеження та діагностували ретенцію зуба 3.8 (мал. 5).

У двох пацієнтів при ретенції зубів мудрості спостерігали односторонні парестезії слизової оболонки щоки, губи, бічної поверхні язика. Пояснити механізм цих явищ можливо з урахування взаємодії чутливих волокон третьої гілки трійчастого нерва з цен-

трами довгастого мозку і зворотного зв'язку в ділянку іннервації через чутливі нейрони. Також є припущення, що механізм болю зумовлений безпосереднім подразненням нервового волокна ретенуваних зубів.

ВИСНОВКИ

Ретенвані зуби мудрості верхньої і нижньої щелеп можуть зумовити

виникнення нетипових симптомів і труднощів при діагностиці. Найпоширенішими причинами помилок під час діагностики можуть бути: часткове виявлення симптомів захворювання, неврахування анамнезу, відсутність проведення диференціальної діагностики зі схожими захворюваннями, аналізу зубної формули, виконання необхідного виду рентгенологічного дослідження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навч. посіб. для студ. і лікарів-інтернів вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації лікарів-стоматологів: пер. з рос. / Пер. з 3-го рос. вид., перероб. і доп. — К.: Спалах, 2003. — С. 484–507.
2. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2 т., т. 1.; под ред. чл.-корр. РАМН В.М. Безрукова, проф. Т.Г. Робустовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина. — 2000. — 772 с.
3. Богашова Л.Я. Перикоронарит / Л.Я. Богашова, В.Н. Радлинская // Стоматолог. — 2009, № 7–8 (134). — С. 12–13.
4. Гаськова З.В. Современные подходы к диагностике и лечению ретенированных зубов // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2014, № 3–4. — С. 14–18.
5. Руденко А.Т. Патология прорезывания зубов мудрости. — М.: Медгиз, 1961. — 64 с.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии [4-е изд., перераб. и доп.] // Medbooks, 2012. — 1048 с.
7. Панькевич А.І. Ускладнення операції видалення зуба мудрості / А.І. Панькевич, І.А. Колісник, А.М. Гоголь, Л.Я. Богашова // Новини стоматології. — 2014, №2 (79). — С. 8–11.
8. Чибасова М.А. Конусно-лучевая компьютерная томография в имплантологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Форум практикующих стоматологов. — 2013, №3 (9). — С. 24–33.
9. Авдеева Е.А. Болезни прорезывания зубов: классификация, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособ. / Е.А. Авдеева, В.Л. Евтухов. — Минск: БГМУ, 2013. — 24 с.
10. Lubbers H.T. [et al.]. Anatomy of impacted lower third molars evaluated by computerized tomography: is there an indication for 3-dimensional imaging? // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2011, No 5. — P. 547–550.
11. Momin M.A. [et al.]. Correlation of mandibular impacted tooth and bone morphology determined by cone beam computed topography on a premise of third molar operation // Surg. Radiol. Anat. — 2013, No 4. — P. 311–318.

REFERENCES

1. Bernadskyi, Yu.I. (2003). *Osnovy shchelopno-lytsevoi khirurgii i khirurgichnoi stomatologii*: per. z ros., pererob. i dop. K.: Spalakh (in Ukrainian).
2. Bezrukov, V.M. (2000). *Rukovodstvo po hirurgicheskoi stomatologii i cheljstno-licevoj hirurgii*: v 2 t., t. 1.; red. V.M. Bezrukova, T.G. Robustovoj. 2-e izd. M.: Medicina (in Russian).
3. Bogashova, L.Ja., & Radlinskaja, V.N. (2009). Perikoronarit. *Stomatolog*, 7–8 (134), 12–13 (in Russian).
4. Gas'kova, Z.V. (2014). Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju retenirovannyh zubov. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk*, 3–4, 14–18 (in Russian).
5. Rudenko, A.T. (1961). *Patologija prorezyvaniya zubov mudrosti*. M.: Medgiz (in Russian).
6. Timofeev, A.A. (2012). *Rukovodstvo po cheljstno-licevoj hirurgii i hirurgicheskoi stomatologii* [4-e izd., pererab. i dop.]. Medbooks (in Russian).
7. Pankevych, A.I., Kolisnyk, I.A., Hoho, A.M., & Bohashova L.Ia. (2014). Uskladnennia operatsii vydalennia zuba mudrosti. *Novyny stomatolohii*, 2 (79), 8–11 (in Ukrainian).
8. Chibasova, M.A. (2013). Konusno-luchevaja komp'juternaja tomografija v implantologii, hirurgicheskoi stomatologii i cheljstno-licevoj hirurgii. *Forum praktikujushhih stomatologov*, 3 (9), 24–33 (in Russian).
9. Avdeeva, E.A., & Evtuhov, V.L. (2013). *Bolezni prorezyvaniya zubov: klassifikacija, klinika, diagnostika, lechenie*: ucheb.-metod. posob. Minsk: BGMU (in Russian).
10. Lubbers H.T., & et al. (2011). Anatomy of impacted lower third molars evaluated by computerized tomography: is there an indication for 3-dimensional imaging? *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 5, 547–550 (in English).
11. Momin M.A., & et al. (2013). Correlation of mandibular impacted tooth and bone morphology determined by cone beam computed topography on a premise of third molar operation. *Surg. Radiol. Anat.*, 4, 311–318 (in English).

Стаття надійшла в редакцію 10 жовтня 2016 року