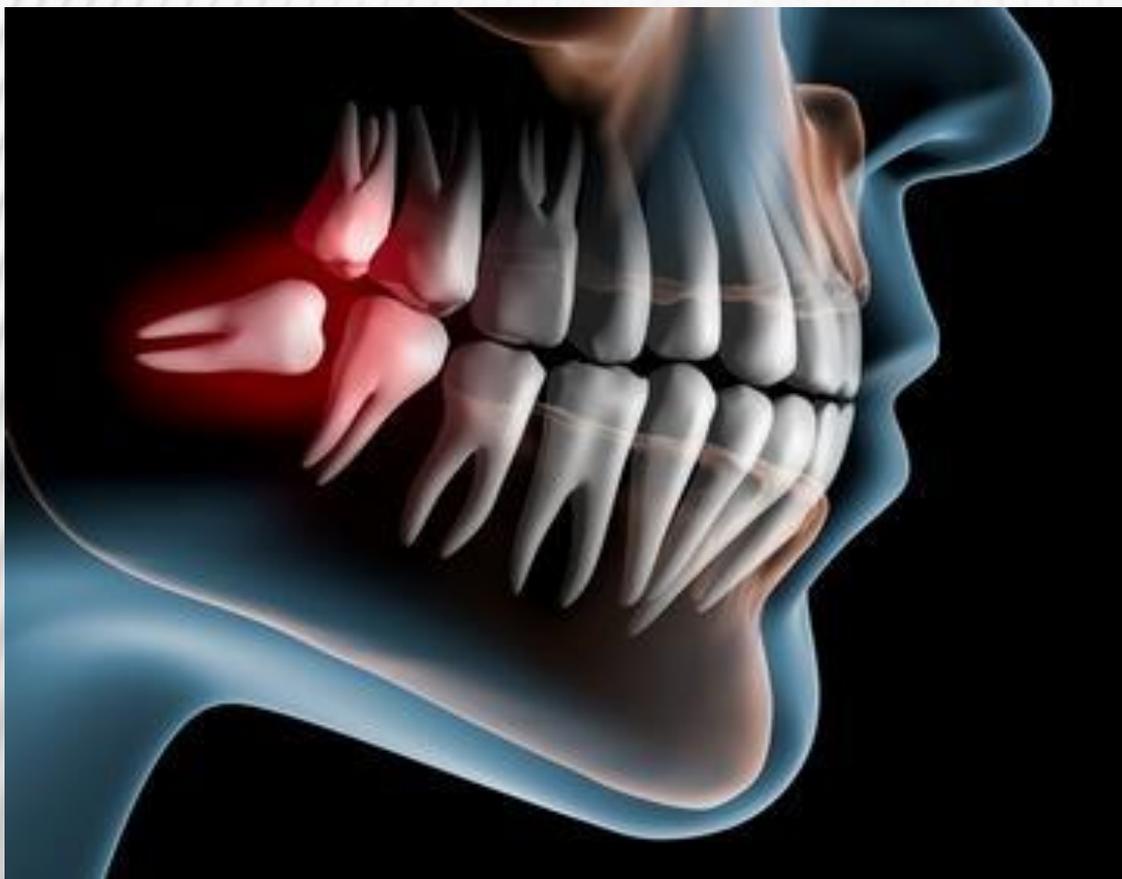
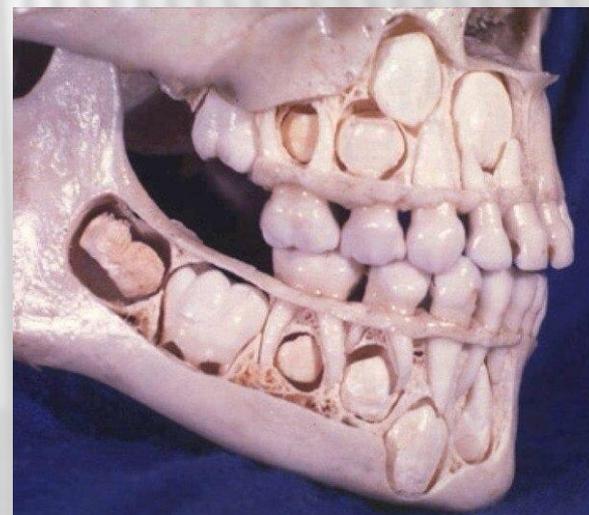


АНОМАЛИИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ПЗ



Подготовила: Симонян
Сона Артуровна

- Прорезывание зуба – это его осевое перемещение из нефункциональной позиции в костной ткани челюсти в функциональную окклюзию.
- Динамика этого процесса зависит от степени сформированности корня, периодонта и тесно связана с развитием и ростом краниофациального комплекса. Задержка прорезывания зуба (ЗПЗ) может влиять на формирование челюстей и лицевого отдела черепа.

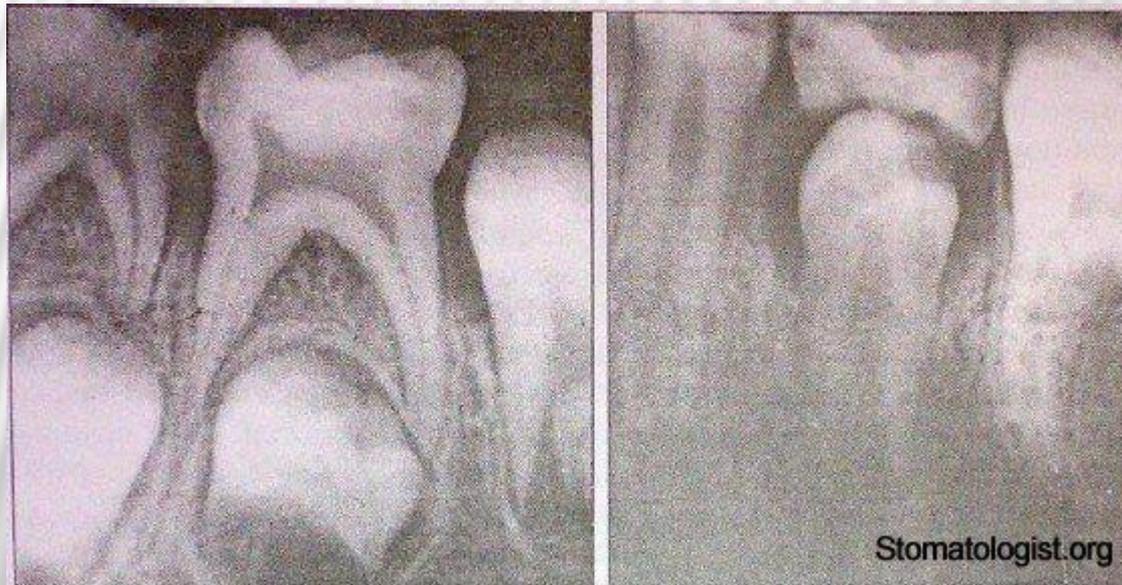


- Для нормального биологического прорезывания имеющаяся длина корня по данным рентгенологического обследования может быть менее $2/3$ установленной нормы. При задержке прорезывания (ЗП) – более $2/3$.
- В норме механизм прорезывания зуба начинает работать тогда, когда $3/4$ от его финальной (от установленной нормы) длины уже представлены. Тем не менее, стартовая длина корня для запуска механизма прорезывания нижнечелюстных клыков и вторых моляров составляет более $3/4$ от финальной длины, тогда как у нижнечелюстных центральных резцов и первых моляров она может быть менее $3/4$.

- В зависимости от механизма ЗПЗ ее классифицируют как импакцию и анэрупцию.
- **Импакция** (impact- удар, столкновение) это задержка прорезывания зуба, связанная с наличием механического препятствия. Причиной этого может быть дефицит места в зубном ряду на фоне скученности, наличие слизистого барьера или сверхкомплектных



- Анэрупция (an eruption – отсутствие извержения, как процесса; отсутствие прорезывания) это первичное нарушение процесса прорезывания неанкилозированных зубов с полным или частичным отсутствием образчиков роста.
- В таком случае ЗПЗ может рассматриваться как результат отсутствия резорбции костной ткани или же нарушения резорбции корней молочных зубов, или то и другое



- Критическим временем роста и прорезывания – это время с 8 часов вечера до 1 часа после полуночи. Утром и в течении дня роста практически не наблюдается, что говорит о циркадности ритмов роста, связанных с гормональными пиками в течении дня.



КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЗ

ПО Т. Г. РОБУСТОВОЙ (2000 Г.)

- ❑ 1. Затрудненное прорезывание зуба.
- ❑ 2. Неправильное положение зуба (смещение, возникшее в результате прорезывания) (дистопированный зуб).
- ❑ 3. Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку (полуретенированный зуб).
- ❑ 4. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти (ретенированный зуб).

ПО А. Г. ШАРГОРОДСКОМУ (2000 Г.)

- ❑ 1. Ретенированным называется зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, не прорезавшийся в обычные сроки.
- ❑ 2. Полуретенированным называется зуб, не полностью прорезавшийся через костную ткань или слизистую оболочку.
- ❑ 3. Дистопированными называются зубы, расположенные вне зубной дуги, как прорезавшиеся, так и ретенированные и полуретенированные

- Степень аномального положения зуба (дистопии) может быть различной – от небольшого отклонения продольной оси по отношению к норме до расположения зуба в верхней половине ветви нижней челюсти и т. д.

Аномальное положение зубного зачатка, а также различные эндогенные и экзогенные патологические воздействия на зубочелюстную систему могут явиться причиной аномалии положения сформировавшегося зуба, а также приводить к задержке его прорезывания.

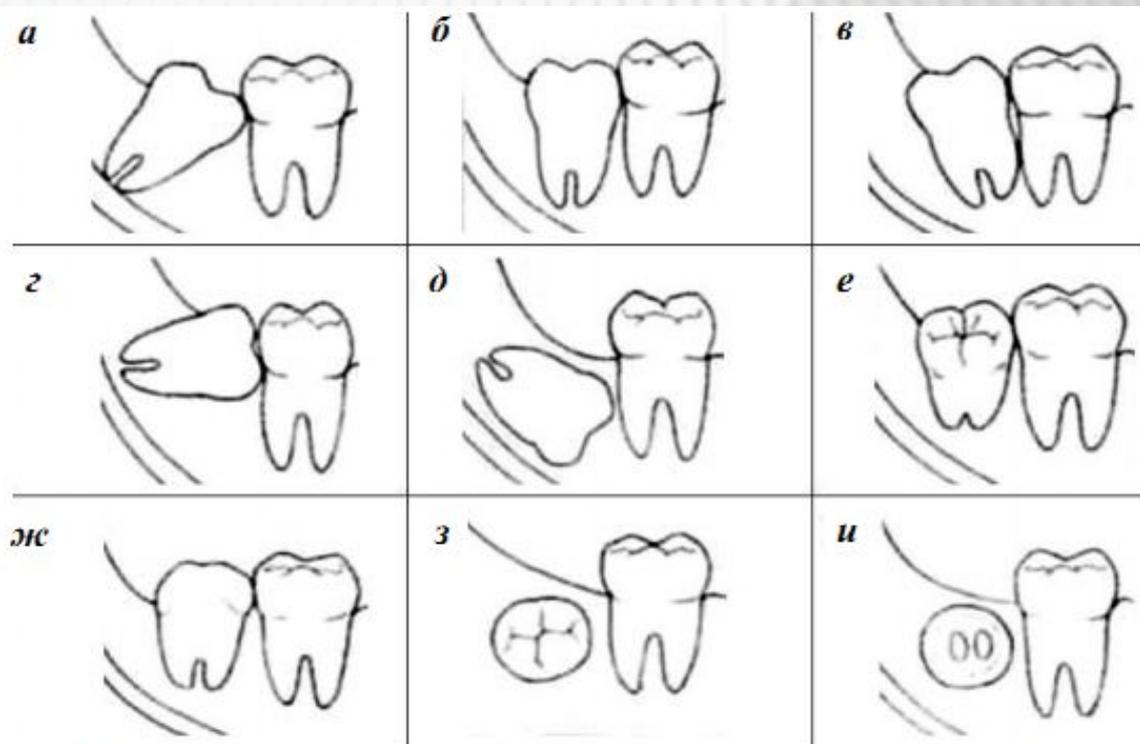
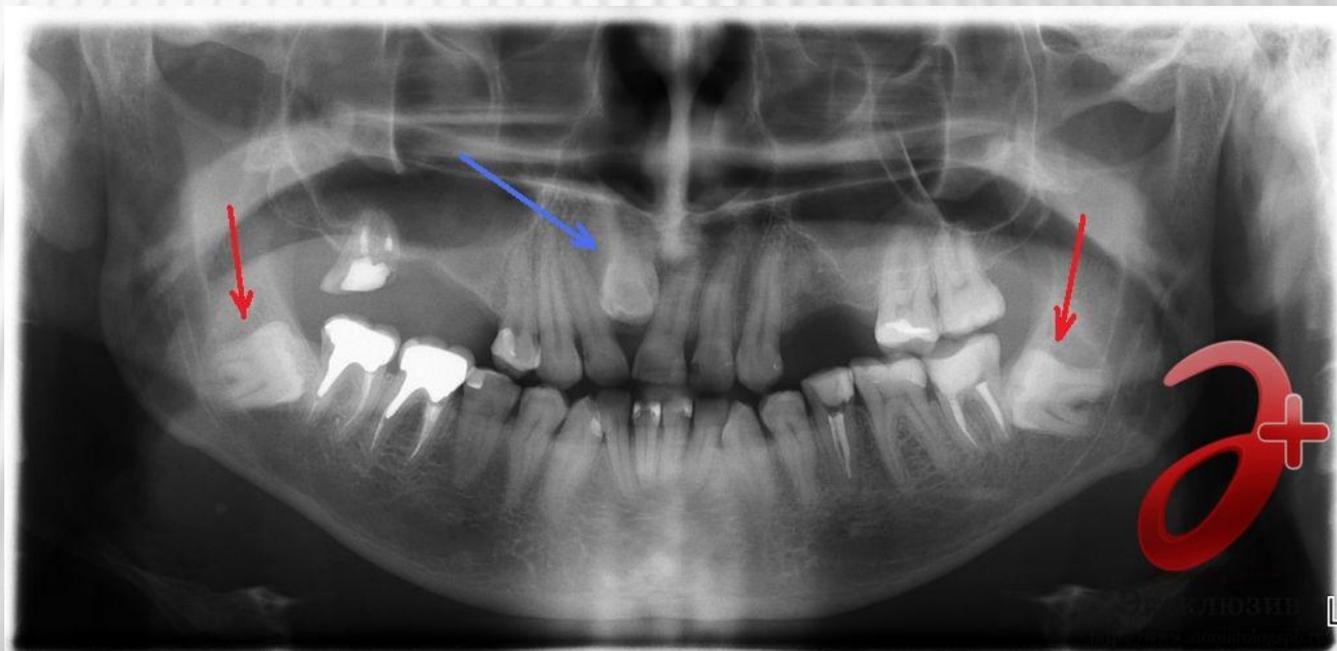


Рис. 1. Варианты направления прорезывания третьих моляров нижней челюсти (С. Асанами, Я. Касазаки, 1993):

а — медиальный наклон; б — вертикальное положение; в — дистальный наклон; г — горизонтальное положение; д — инверсия; е — щечный наклон; ж — язычный наклон; з —

□ Инклюзия зуба – зуб расположен настолько атипично, что даже частичное его прорезывание невозможно.



- Ретенция зуба (задержка прорезывания) – нормально или ненормально развитый зуб не прорезался в соответствующее время на том месте в зубном ряду, где ожидалось его прорезывание.



- Ретенция может быть полной и неполной.
- Если зуб прорезался не полностью, его принято именовать полуретеннированным. В положении неполного прорезывания он может находиться длительное время и являться причиной развития гнойно-воспалительных заболеваний и нарушений окклюзионных контактов.



Клиническая картина полуретенции и дистопии (вестибулярное положение) зуба.

- Ситуацию, при которой прорезывания зуба не произошло по причине гибели зубного зачатка, называют адентией (adentia). Адентия бывает полной (completa), когда отсутствуют все зубы, и неполной (adentia incompleta), когда отсутствует часть зубов.



- Ретенрованными и дистопированными могут быть зубы как постоянного прикуса, так и молочного, а также как комплектные, так и сверхкомплектные.
- Следует подчеркнуть, что наиболее часто наблюдается ретенция постоянных зубов, причем первое место занимают зубы 1.3 и 2.3 (клыки верхней челюсти), второе – зубы 3.4, 3.5, 4.4, 4.5 (премоляры нижней челюсти).
- Полуретенции (неполной ретенции) наиболее часто подвержены зубы 3.8, 4.8 (третьи моляры нижней челюсти).



ЭТИОЛОГИЯ

- ▣ Основные причины/факторы:
- ▣ 1. Обменные нарушения и перенесенные инфекции:
 - ▣ а) эндокринные нарушения (патология щитовидной и паращитовидной желез);
 - ▣ б) перенесенный рахит;
 - ▣ в) авитаминозы;
 - ▣ г) специфические инфекции (сифилис) и т. д.

2. ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ



- В процессе филогенеза организма человека происходит постепенное уменьшение размеров челюстей. При этом число зубов и их размеры, в основном, не изменяются. В результате возникает диспропорция, и прорезывающимся зубам не хватает места в зубном ряду

3. МЕСТНЫЕ ФАКТОРЫ:

- а) осложненный кариес молочных зубов приводит к формированию плотной склерозированной костной ткани – «рубца» альвеолярного отростка, происходит интоксикация зачатка постоянного зуба продуктами воспаления;
- б) ранняя утрата молочного зуба (более 2 лет до физиологической смены) и связанное с этим образование плотного рубца на альвеолярном гребне;
- в) задержка молочного зуба в лунке и преграждение им пути для прорезывания постоянного зуба;
- г) конвергенция коронок зубов, соседствующих с преждевременно удаленным молочным зубом, что может обуславливать полуретенцию постоянного зуба;

- д) сращение ретеннированного зуба с корнем соседнего прорезывающегося зуба;
- е) патологические разрастания на корне зуба (цементомы, костные отложения);
- ж) искривление корня зуба;
- з) размещение зубного зачатка чрезмерно глубоко в теле челюсти;
- и) развитие вокруг зубного зачатка фолликулярной кисты, содержимое которой оказывает на него давление;
- к) оттеснение зубного зачатка доброкачественной опухолью (одонтома, адамантинома, киста, остеома и т. д.);
- л) травмы челюстно-лицевой области в детском возрасте

-
- В результате травмы и ушибов молочных зубов могут наблюдаться и такие осложнения как:
 - - нарушение структуры твердых тканей постоянного зуба.
 - - смещение коронковой части постоянного зуба по отношению к корневой с формированием травматического коронково-корневого угла.

СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

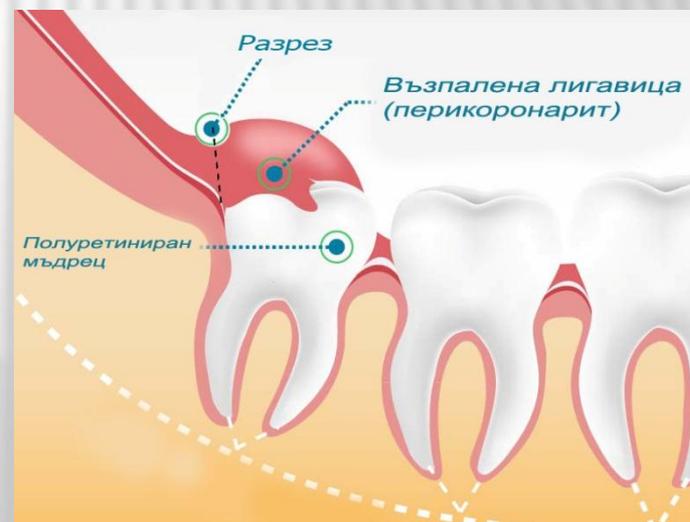
- ▣ Семейная предрасположенность;
- ▣ Табакокурение;
- ▣ Нарушение питания
- ▣ Нарушение деятельности желез внутренней секреции
- ▣ дефицит витамина Д – резистентный рахит;
- ▣ Длительная химиотерапия;
- ▣ HIV-инфекция;
- ▣ Прием антиконвульсантов;
- ▣ Анемии;
- ▣ Ихтиоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

- Диагностика болезней прорезывания зубов проводится на основании анализа клинической картины и результатов лучевых методов исследования.
- Ретенированные и дистопированные зубы могут длительное время находиться в челюсти бессимптомно и выявляться случайно при лучевых методах обследования челюстно-лицевой области.
- Наиболее часто к хирургам-стоматологам обращаются пациенты с болезнями прорезывания третьих моляров нижней челюсти.

ПЕРИКРОНАРИТ

- Перикоронарит – воспаление мягких тканей, окружающих коронку прорезывающегося зуба.
- При нарушении целостности слизистой оболочки ретромоллярной области, покрывающей зуб, в перикоронарное пространство (между коронкой и зубом) попадают пищевые остатки и микрофлора полости рта.
- В данном пространстве создаются благоприятные условия для развития облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов.



ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗАВИСИТ ОТ СЛЕДУЮЩЕГО:

- – наличия места в зубной дуге для прорезывания зуба;
- – пространственного расположения зачатка зуба в челюсти;
- – хронической травмы слизистой оболочки ретромолярной области зубами-антагонистами, которая приводит к изъязвлению, воспалению и рубцеванию.

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И СОСТАВЛЕНИЯ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- 1) дентальная рентгенография;

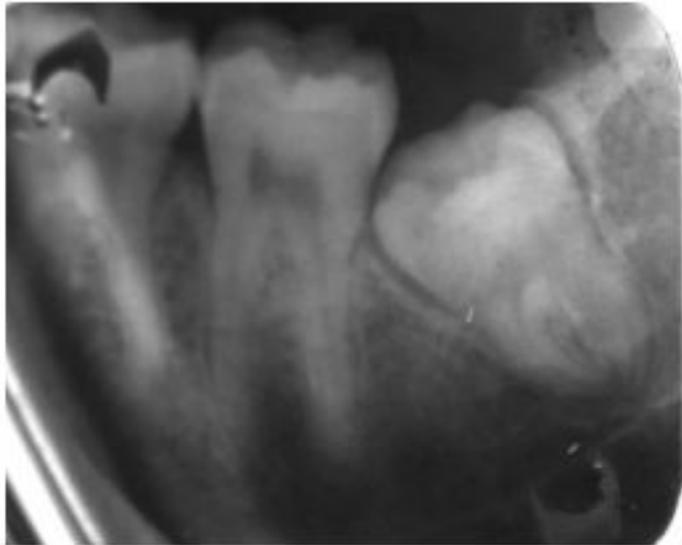


Рис. 3. Дентальная рентгенография — полуретенция, дистопия зуба 3.8

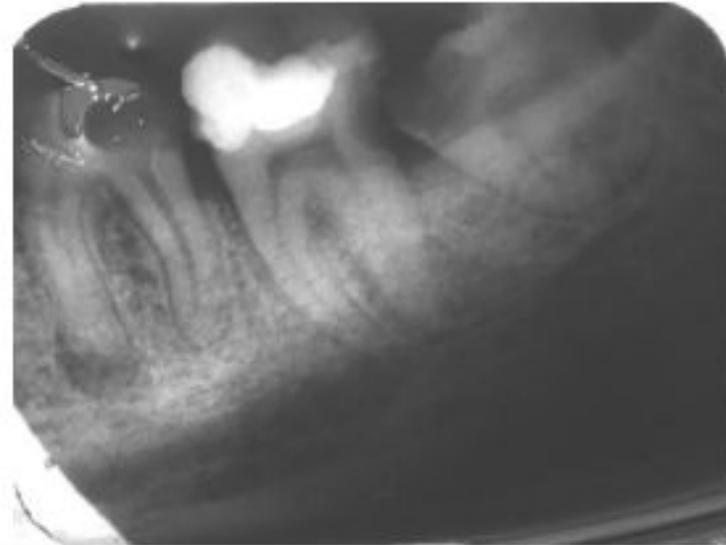


Рис. 4. Дентальная рентгенография — дистопия зуба 3.8

- 2) боковая рентгенография нижней челюсти со стороны локализации патологического процесса;
- 3) ортопантомография

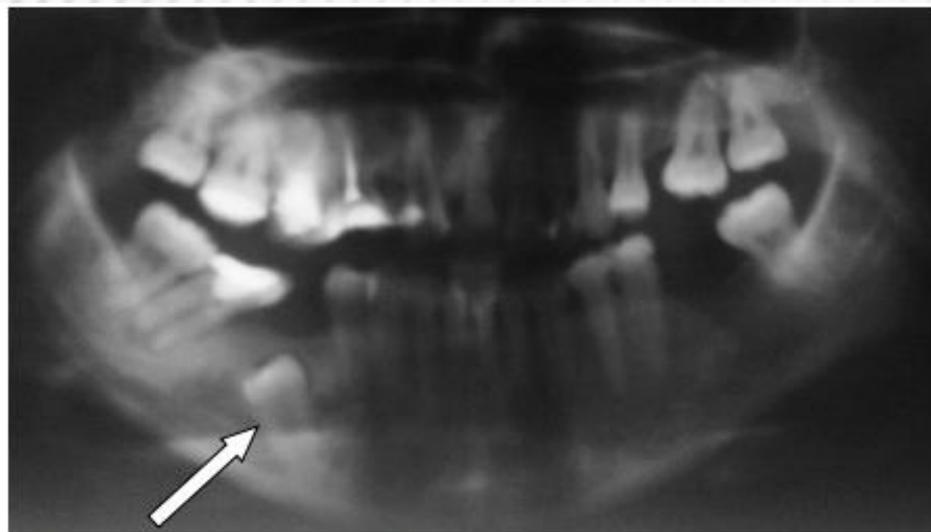


Рис. 6. Ортопантомография — ретенция, дистопия зуба 4.5

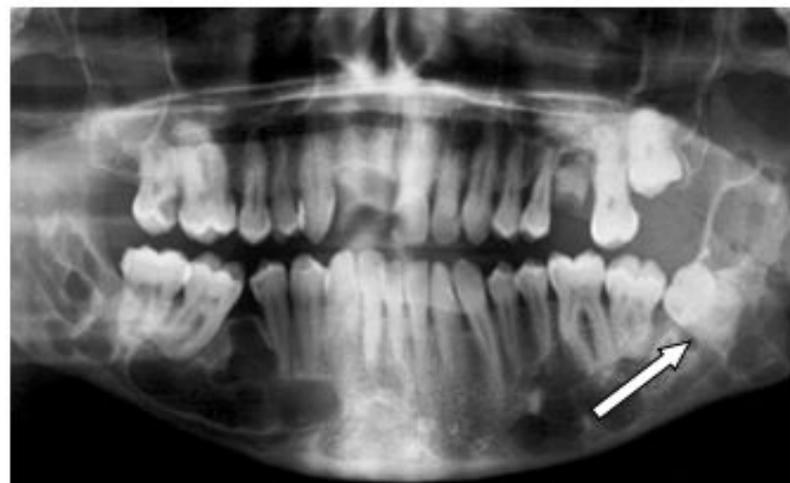
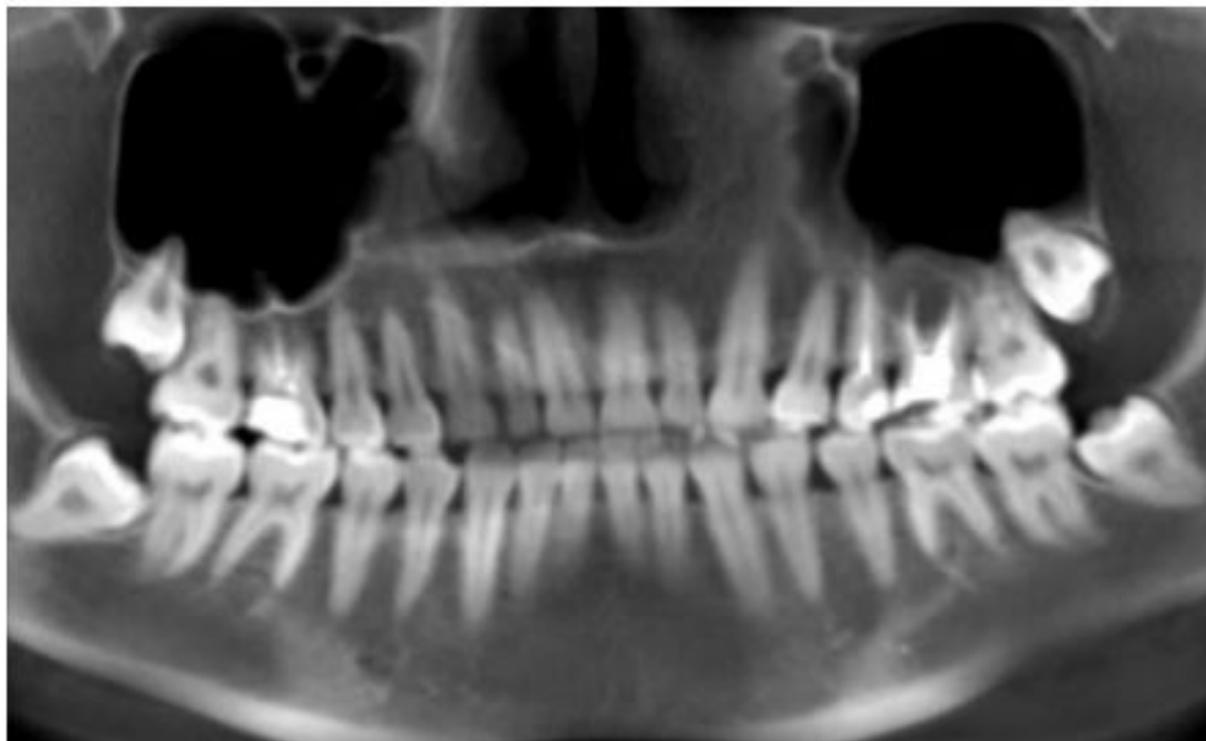


Рис. 5. Ортопантомография — полуретенция, дистопия зуба 3.8

- 4) спиральная компьютерная томография;
- 5) конусно-лучевая компьютерная томография.



Конусно-лучевая компьютерная томография — полуретенция зубов 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, дистопия зубов 2.8, 4.8

ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

СЛЕДУЮЩИЕ:

- – атипичное положение зубов мудрости или других зубов, приводящее к травмированию слизистой оболочки полости рта;
- – разрушение коронки зуба кариозным процессом и невозможность восстановить ее терапевтическими или ортопедическими методами;
- – развитие кариеса корня рядом расположенного зуба в месте давления ретенированного дистопированного зуба;
- – подвижность зубов третьей и четвертой степени при маргинальном периодонтите;
- – зубы с непроходимыми корневыми каналами при осложненном кариесе;
- – развитие парадонтальных и радикулярных кист;

ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ СЛЕДУЮЩИЕ:

- – сверхкомплектные и ретенированные зубы, являющиеся причиной развития синусита верхнечелюстной пазухи;
- – сверхкомплектные и ретенированные зубы, вызывающие боли или воспалительные процессы челюсти и окружающих мягких тканей;
- – механическое повреждение зуба (переломы корня);
- – зубы в линии переломов челюстей;
- – подготовка к проведению ортодонтического лечения по направлению врача-ортодонта;
- – подготовка к ортогнатическим оперативным вмешательствам;
- – невозможность прорезывания зуба из-за отсутствия места в альвеолярном отростке челюсти.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

