

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-  
Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

# Аномалии прорезывания зубов. Этиология, клиника, патогенез, профилактика.

Выполнил ординатор  
кафедры-клиники стоматологии ИПО  
по специальности «ортодонтия»  
Снеткова Василина Алексеевна  
рецензент к.м.н., доцент Дуж Анатолий  
Николаевич

Красноярск, 2019

# Цель и задачи работы:

Цель - представление полной информации об аномалиях прорезывания зубов.

Задачи:

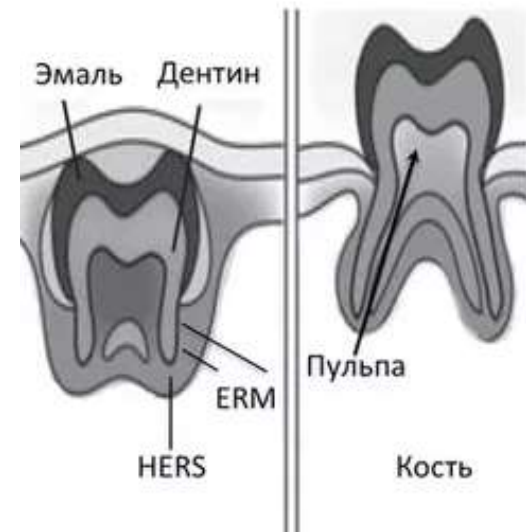
- Изучить виды аномалий прорезывания, представить в виде классификация разных авторов
- Изучить этиологию, клинику и патогенез аномалий прорезывания зубов, представить в виде наглядного материала
- Изучить профилактику аномалий прорезывания, обозначить её важность в виде наглядных слайдов

# Определение

- **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



Стадия развития корня и прорезывания зуба



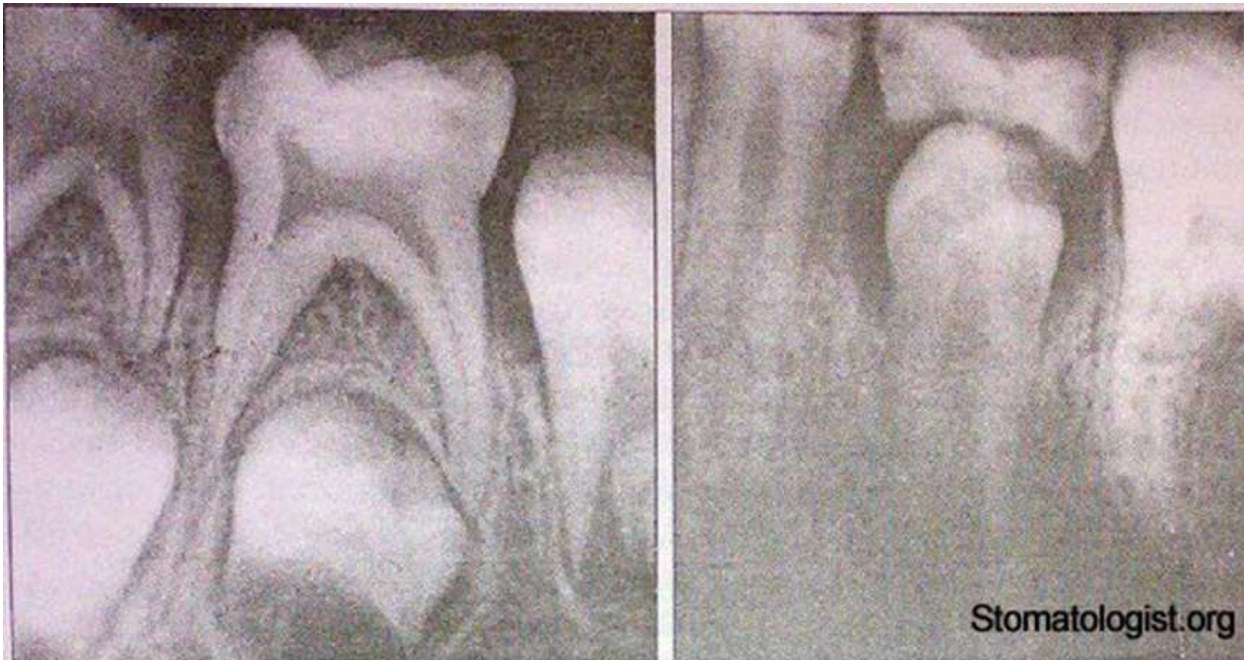
- Для нормального биологического прорезывания имеющаяся длина корня по данным рентгенологического обследования может быть менее  $\frac{2}{3}$  установленной нормы. При задержке прорезывания (ЗП) – более  $\frac{2}{3}$ .
- В норме механизм прорезывания зуба начинает работать тогда, когда  $\frac{3}{4}$  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  $\frac{3}{4}$  от финальной длины, тогда как у нижнечелюстных центральных резцов и первых моляров она может быть менее  $\frac{3}{4}$ .

# В зависимости от механизма ЗП классифицируют:

- **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 зубов и т.д.



- **Анэрупция** (aneruption – 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 вместе.





- 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. Ретеннированным называется зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, не прорезавшийся в обычные сроки.
- 2. Полуретеннированным называется зуб, не полностью прорезавшийся через костную ткань или слизистую оболочку.
- 3. Дистопирированными называются зубы, расположенные вне зубной дуги, как прорезавшиеся, так и ретеннированные и полуретеннированные

- ✘ 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.

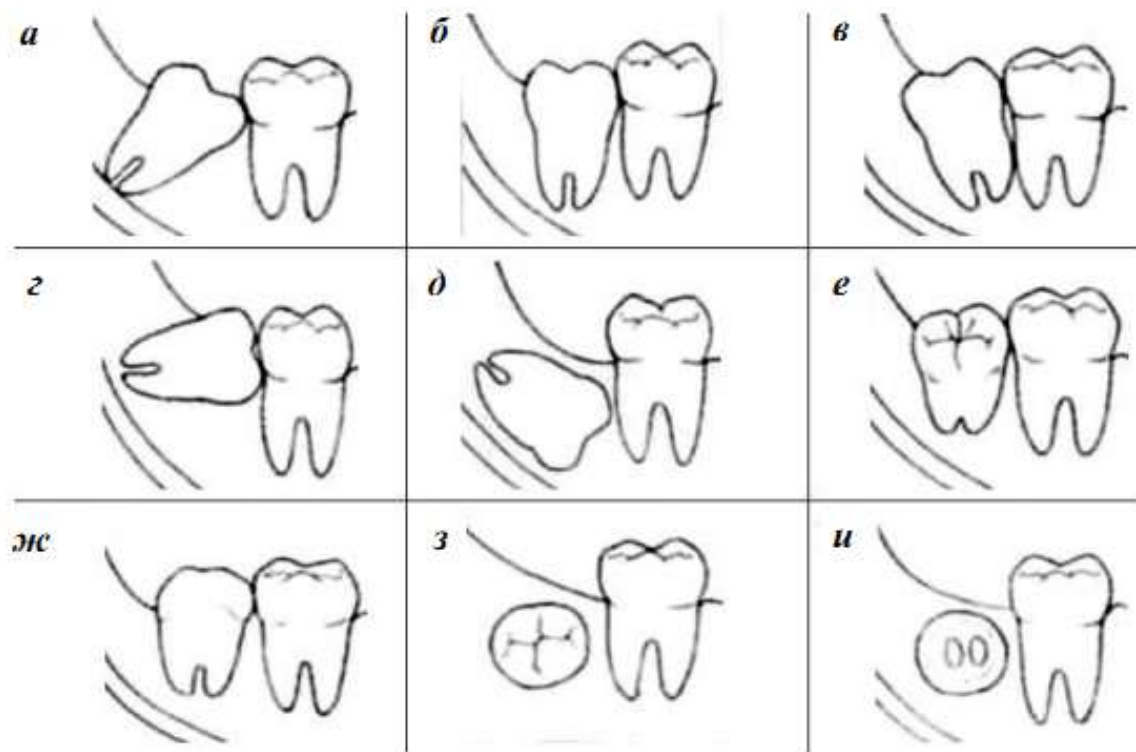
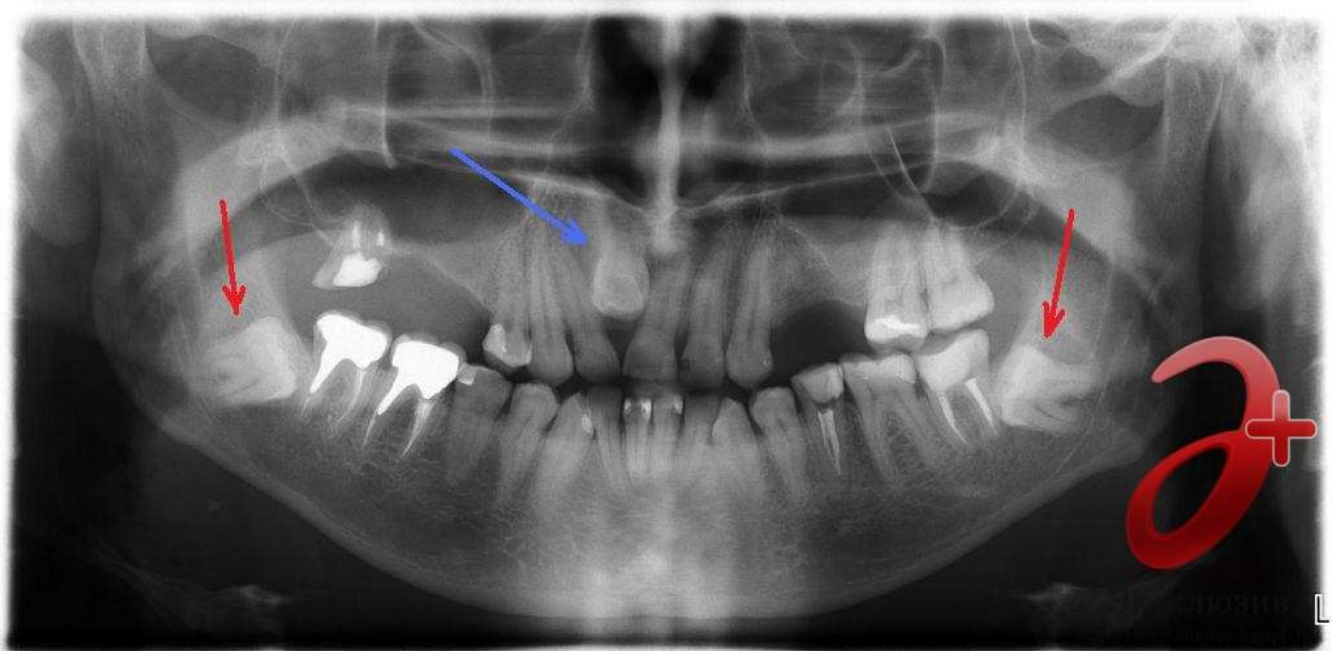


Рис. 1. Варианты направления прорезывания третьих моляров нижней челюсти (С. Асанами, Я. Касазаки, 1993):

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 ретенированного 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.

# 4. 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 ретромоларной 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.

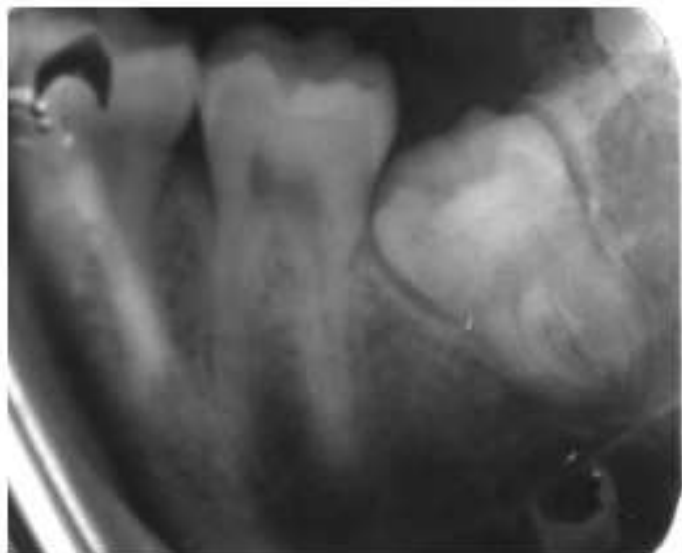


# Дальнейшее течение процесса зависит от следующего:

- – 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 ;

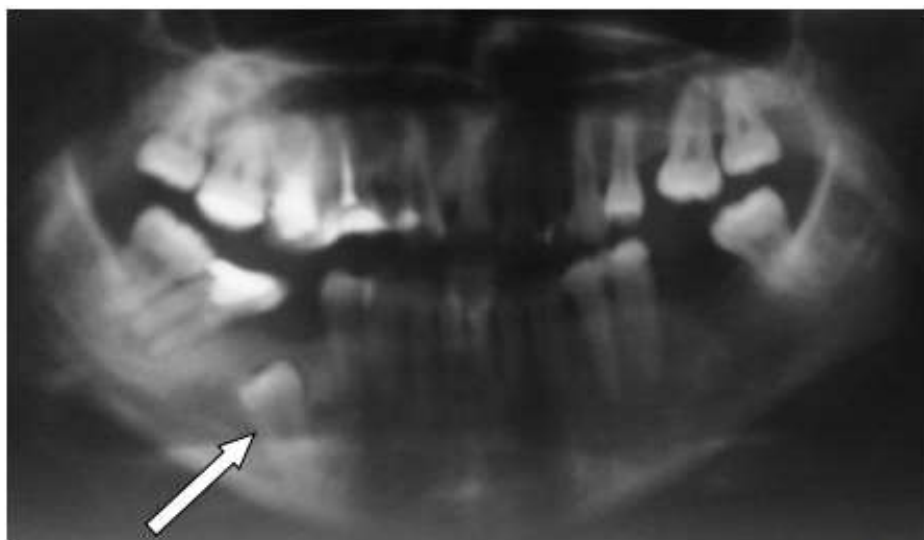


Рис. 6. Ортопантомография — ретенция, дистопия зуба 4.5

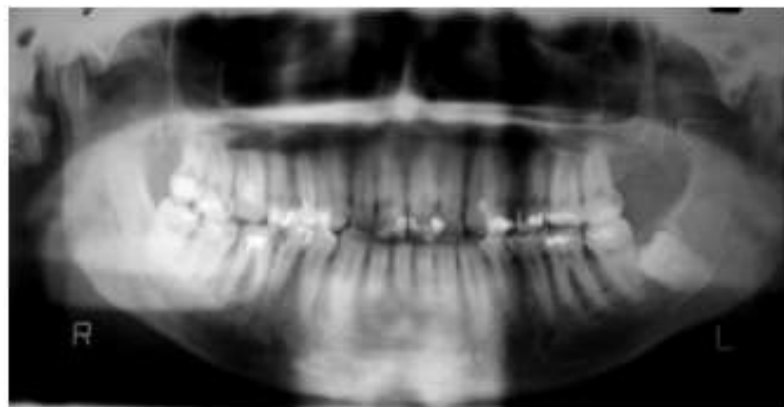
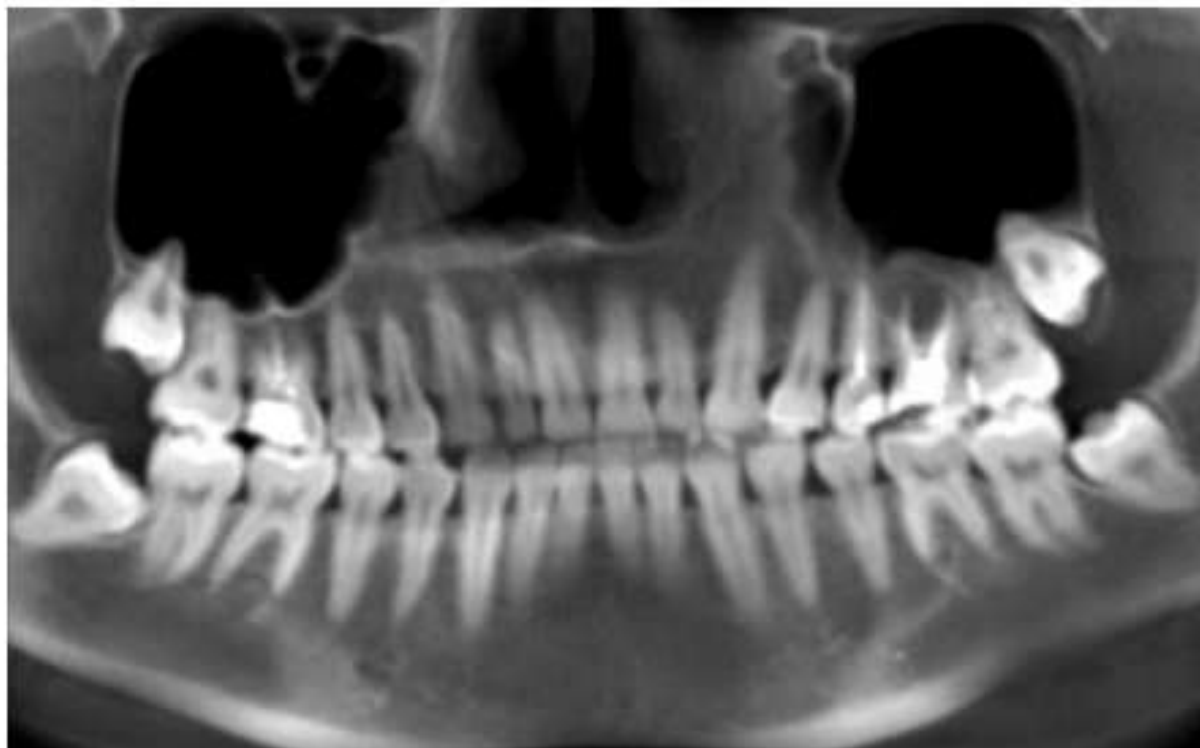


Рис. 5. Ортопантомография — полуретенция, дистопия зуба 3.8

- 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.





# Профилактика

Предупреждение аномалий прорезывания зубов должно быть направлено на:

1. профилактику рахита и детских инфекционных заболеваний



## 2. своевременное лечение временных зубов с целью их сохранения до сроков физиологической смены



3. В случаях, когда раннего удаления избежать нельзя, необходимо использовать замещающие ортодонтические конструкции: пластинки, удержатели места и пр.



# Заключение

- Аномалии прорезывания являются достаточно частой патологией среди населения. Знание этой темы является актуальным не только для врачей-ортодонтонтов, но также для детских стоматологов, ортопедов и хирургов. Таким образом осведомленность врачей и правильная профилактика поможет снизить количество данных аномалий и правильно подойти к их лечению при необходимости.

# Список, использованных, ИСТОЧНИКОВ:

1. Аюпова Ф. С. Нарушение последовательности прорезывания постоянных зубов //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8. – №. 2.
2. Аюпова Ф. С. Тактика лечения детей с аномалиями прорезывания постоянных боковых зубов //Российский стоматологический журнал. – 2013. – №. 5.
3. Вакушина Е. А. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов //Дис. докт. мед. наук. – 2007. – Т. 14. – С. 21.
4. Гасымова З. В. Современные подходы к диагностике и лечению ретинированных зубов //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 69. – №. 3-4.
5. Кочетова М. С. Факторы, влияющие на процесс прорезывания зубов //Практическая медицина. – 2009. – №. 33.
6. Маругина Т. Л. и др. Диагностика, профилактика и лечение болезней прорезывания нижних восьмых зубов //Современные исследования социальных проблем. – 2012. – №. 4.
7. Персин Л. С., Елизарова В. М., Дьякова С. В. Стоматология детского возраста. Учебник в 3 ч. Ч. 3. Ортодонтия. – 2016.

Спасибо за внимание!!!