

**ПРЕЗЕНТАЦІЯ НА ТЕМУ:
«БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЬВАННЯ
ЗУБОВ»**



КЛАССИФИКАЦИ Я

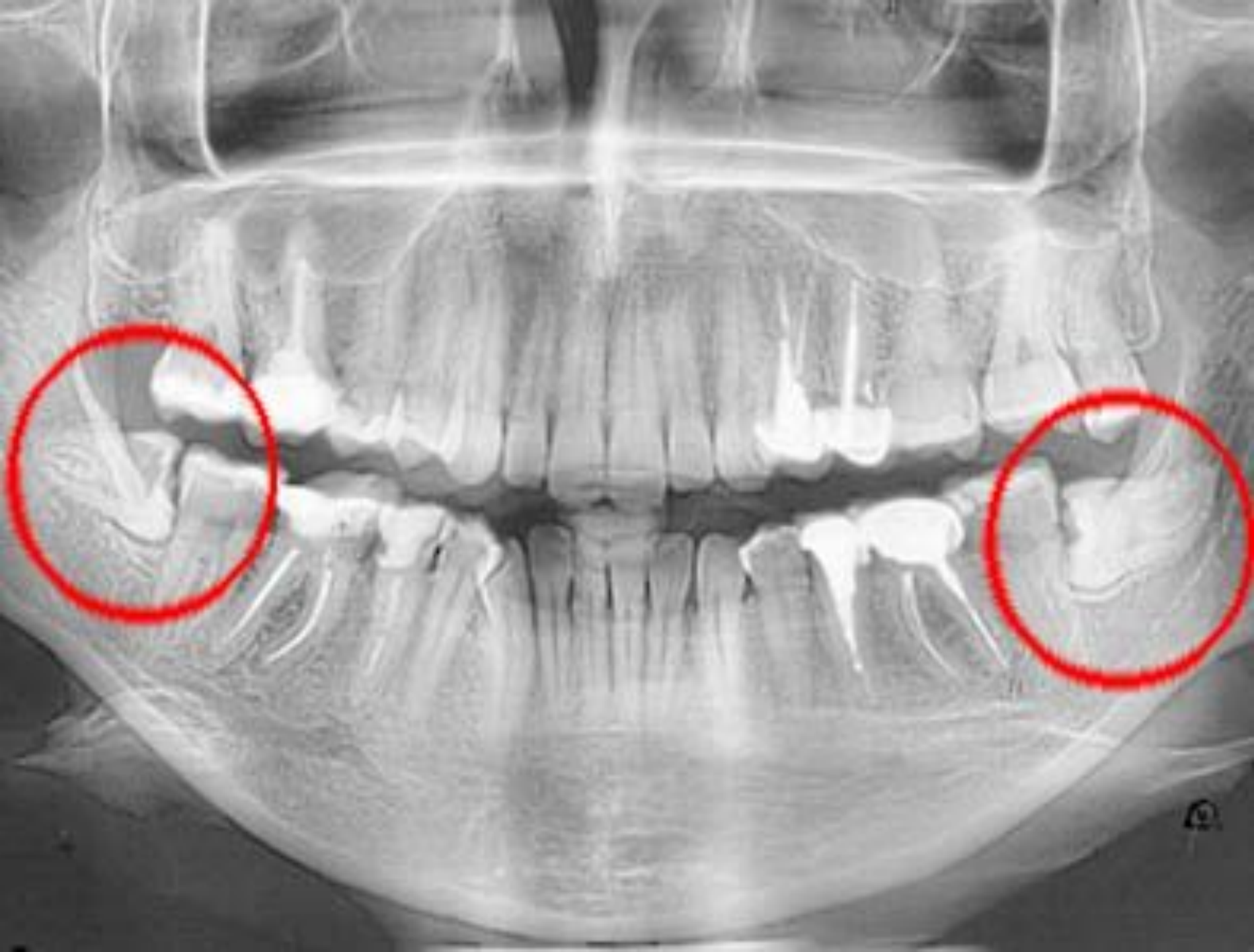
Классификация болезней прорезывания зубов по Т. Г. Робустовой (2000 г.) следующая:

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)

Классификация болезней прорезывания зубов по А. Г. Шаргородскому (2000 г.) выглядит следующим образом:

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.



***Инклюзией* зуба** именуется ситуация, при которой зуб расположен настолько атипично, что даже частичное его прорезывание невозможно.

***Ретенцией* зуба** (задержкой прорезывания) называется явление, при котором 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 полуретенированным. 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 4.8





**ОРТОПАНТОМОГРАФИЯ — ПОЛУРЕТЕНЦИЯ,
ДИСТОПИЯ ЗУБА 3.8**

Причины ретенции зубов окончательно не определены, однако клинические наблюдения побуждают исследователей связывать данную патологию с группами факторов, основными из которых являются следующие:

1. Обменные нарушения и перенесенные инфекции:

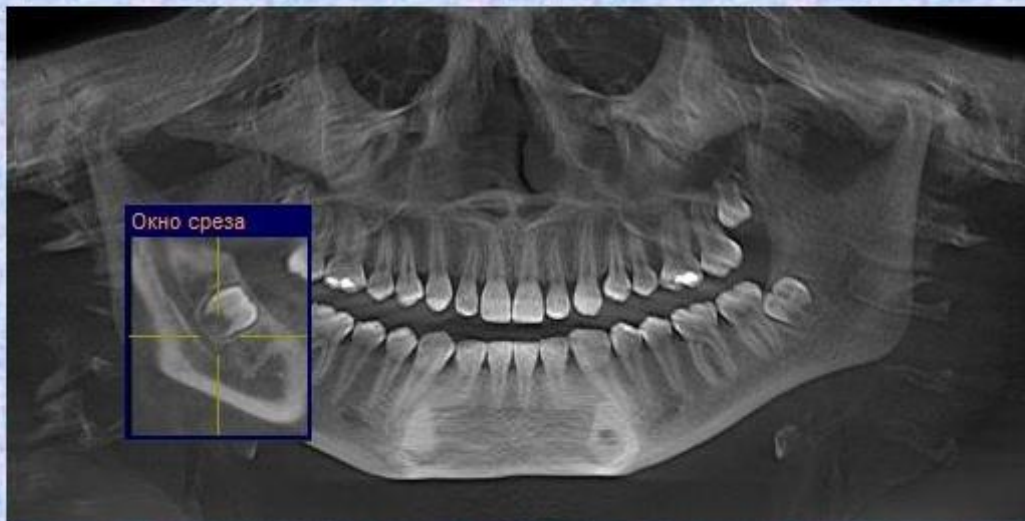
а) эндокринные нарушения (патология щитовидной и паращитовидной желез);

б) перенесенный рахит;

в) авитаминозы;

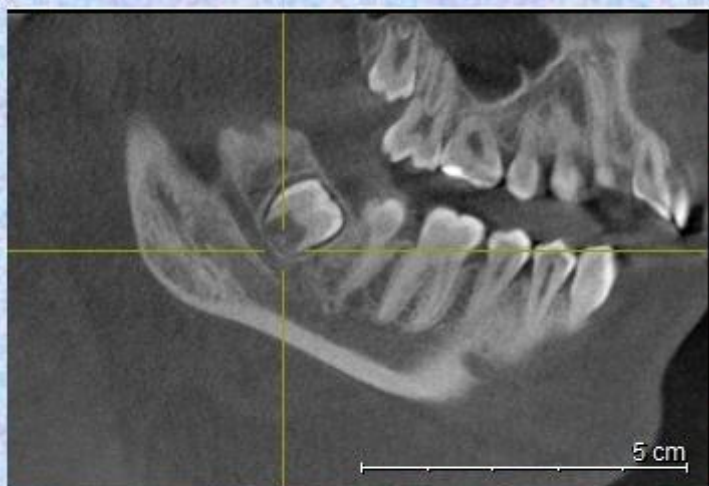
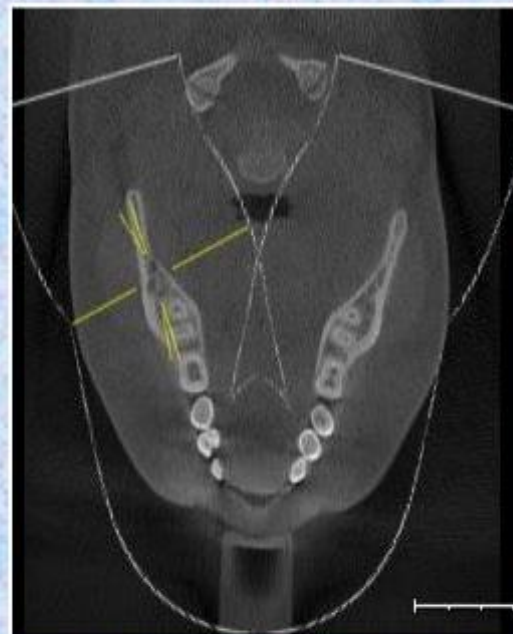
г) специфические инфекции (сифилис) и т. д.

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

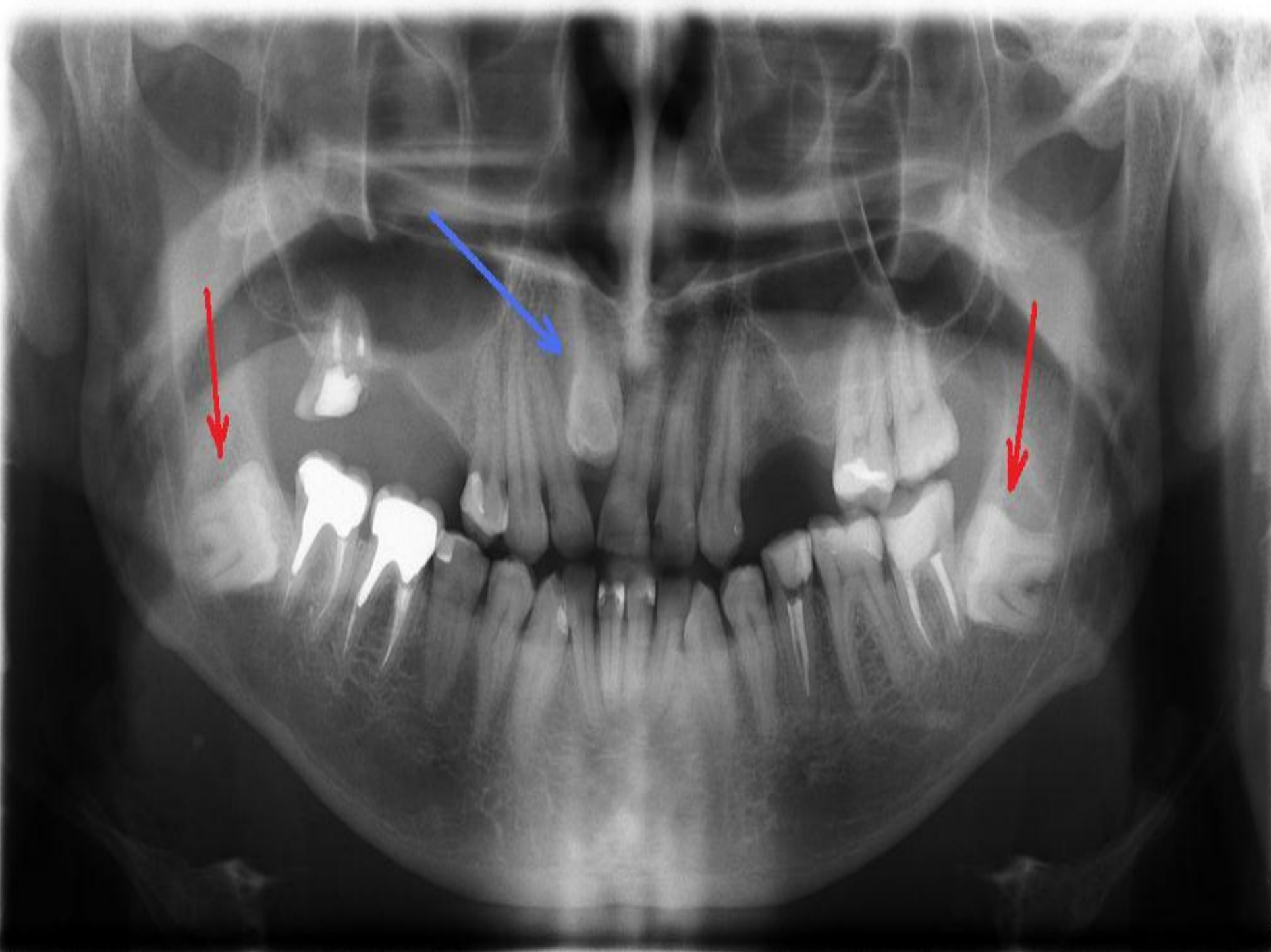


Ретенция зуба

Ретенция. Вид сверху



Ретенция. Вид сбоку



РЕТЕНЦИЯ



ДИСТОПИЯ

Дистопия - неправильное положение зубов, смещение их в вестибулярном, небном, язычном направлении, поворот вокруг своей оси.





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

АДЕНТИЯ

← частичная → полная →



ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕННОМ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБА МУДРОСТИ

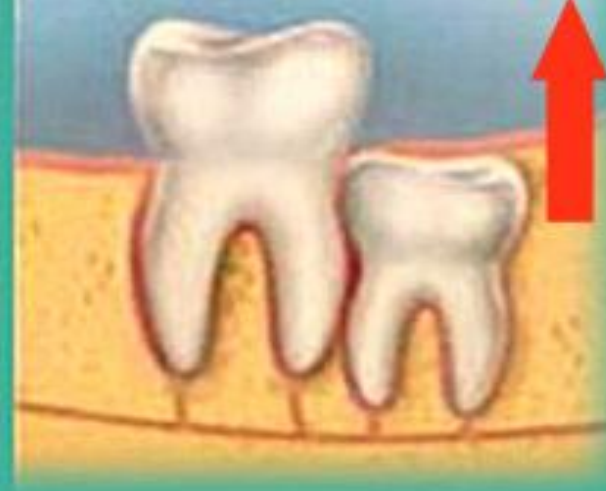
Горизонтальный рост



Рост под углом



Вертикальный рост



Зуб мудрости не помещается и растет в десну



Инфекция в десне

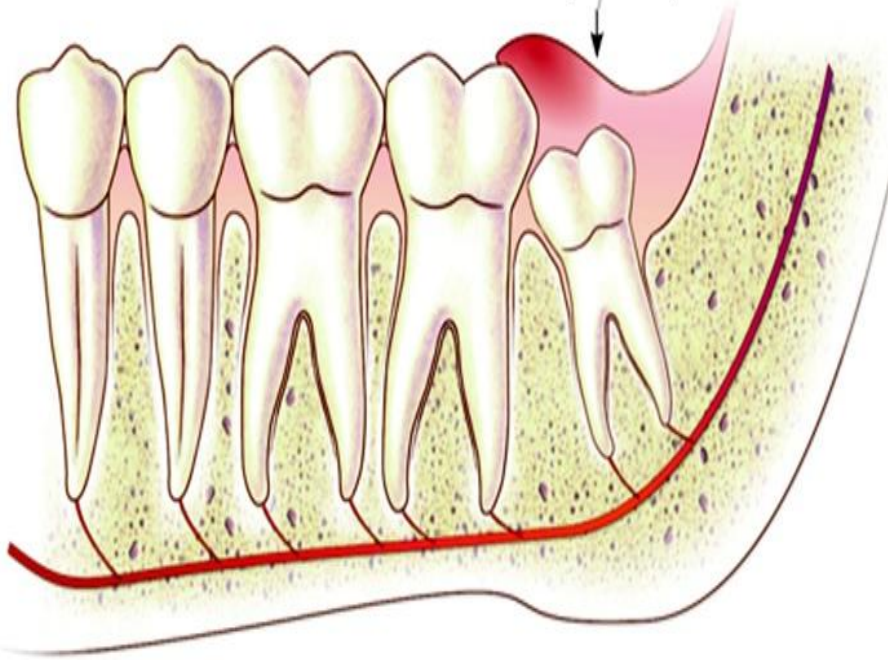


Инфекция в кости

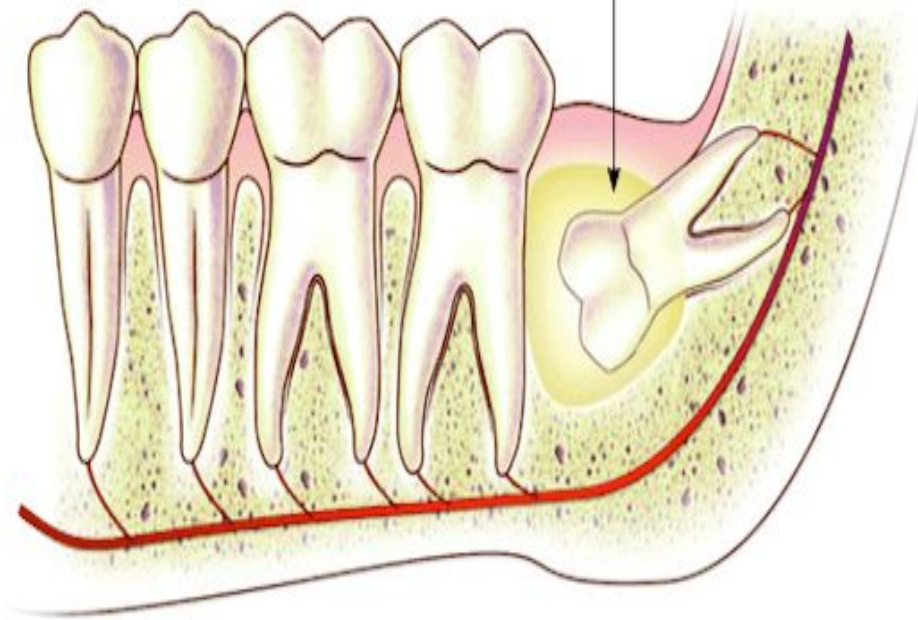


ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕННОМ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБА МУДРОСТИ

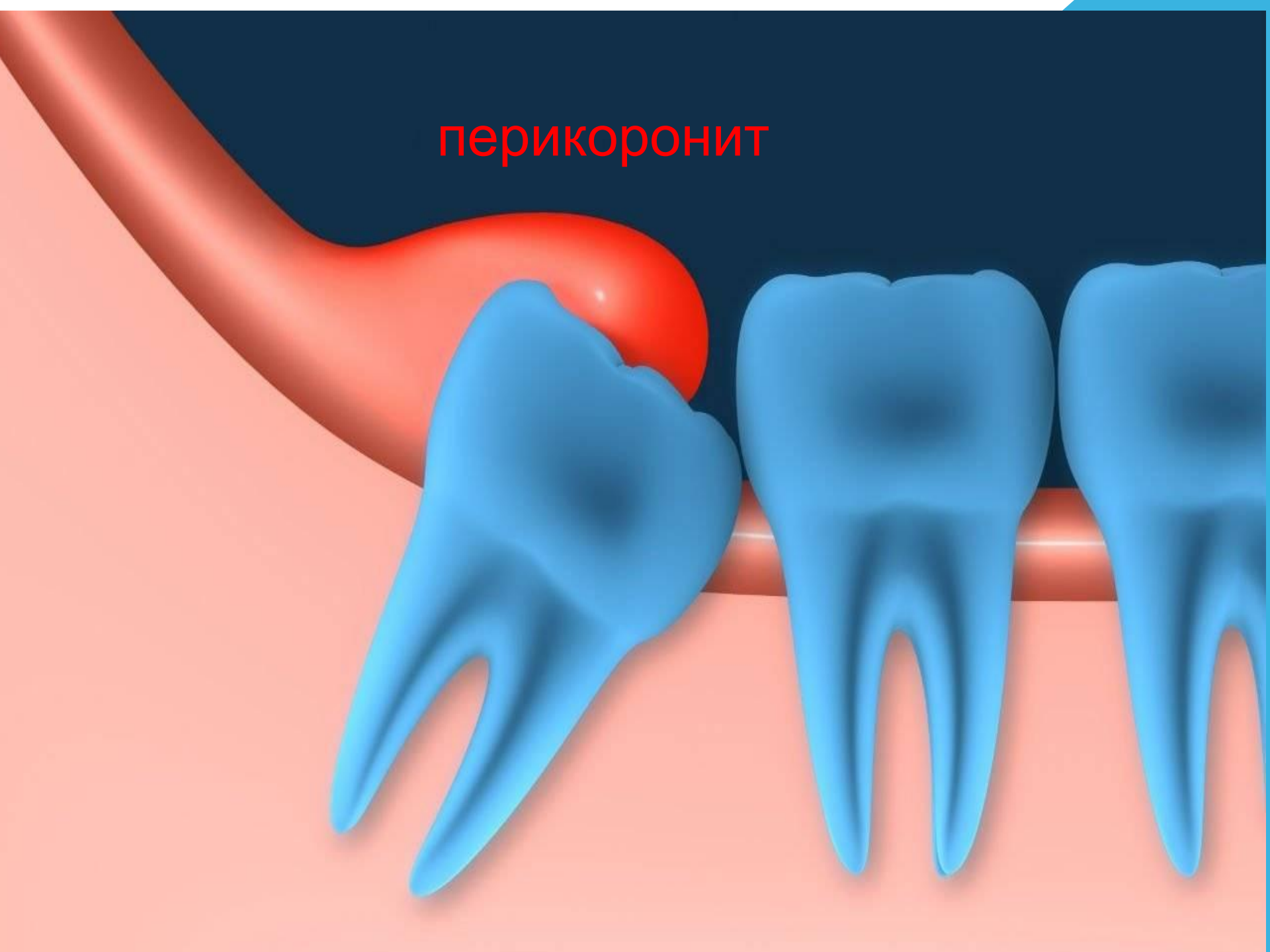
Перикоронит



Зуб мудрости с фолликулярной кистой



перикоронит



ПЕРИКРОНАРИТ

Клиника.

Первым и наиболее частым клиническим проявлением затрудненного прорезывания зубов является 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 ретромоллярной области зубами-антагонистами, которая приводит к изъязвлению, воспалению и рубцеванию.

Для перикоронарита характерны:

- симптомы общей интоксикации организма: повышение температуры тела до 37–37,5 °С, снижение аппетита и нарушение сна, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- интенсивные боли в ретромолярной области, иррадиирующие в ухо, ограничение открывания рта за счет рефлекторного спазма жевательных мышц;
- боли при глотании.

Конфигурация лица и кожные покровы не изменены.

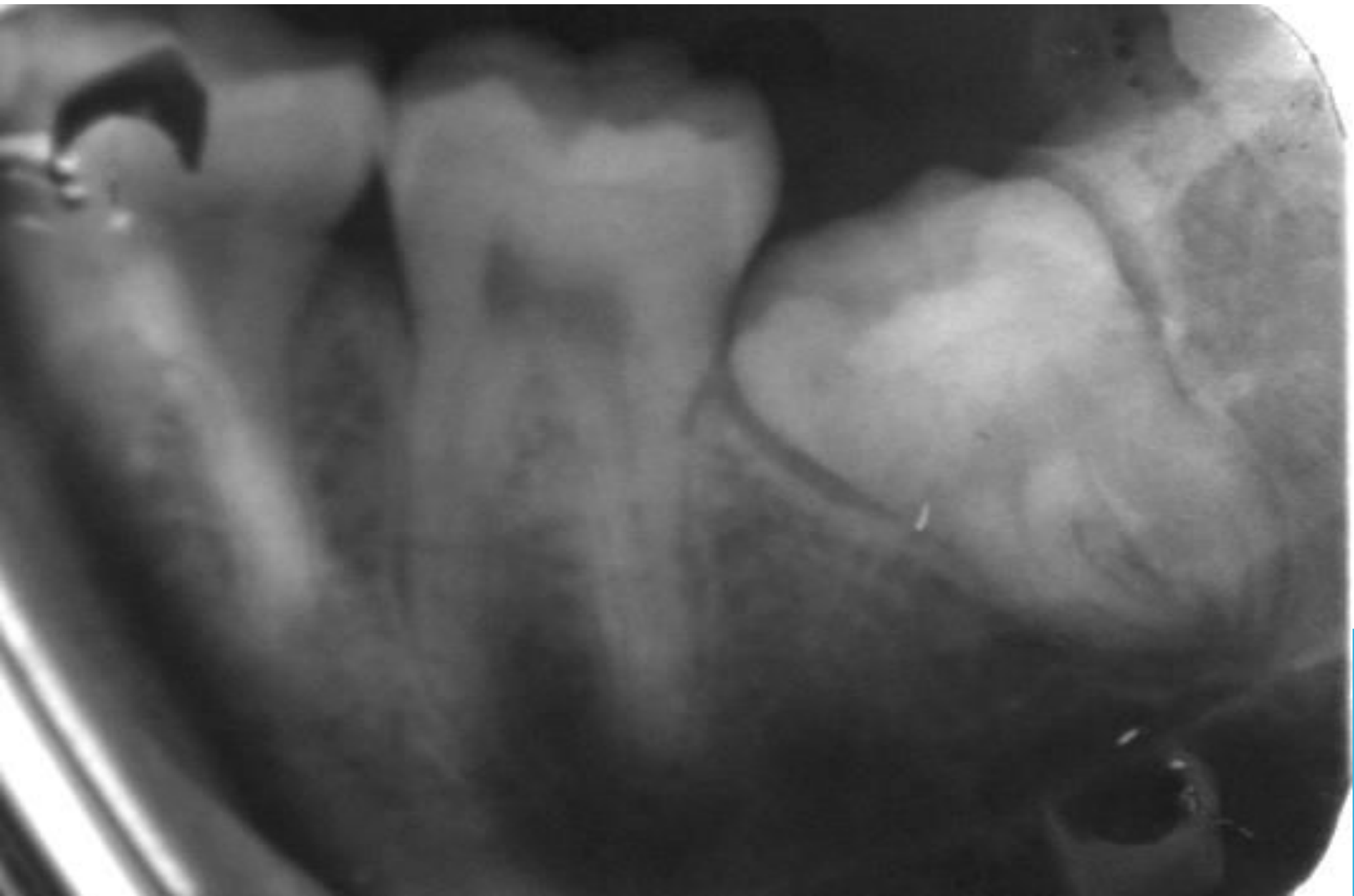
При осмотре полости рта после предварительно проведенной анестезии (по Берше–Дубову, Акинози–Вазирани) виден не полностью прорезавшийся зуб, покрытый отечным и гиперемированным слизисто-надкостничным лоскутом капюшоном. При пальпации из-под капюшона выделяется серозно-геморрагический экссудат.

ЛЕЧЕНИЕ!

Для постановки диагноза и составления плана лечения используются следующие лучевые методы исследования:

- 1) дентальная рентгенография
- 2) боковая рентгенография нижней челюсти со стороны локализации патологического процесса;
- 3) ортопантомография
- 4) спиральная компьютерная томография;
- 5) конусно-лучевая компьютерная томография

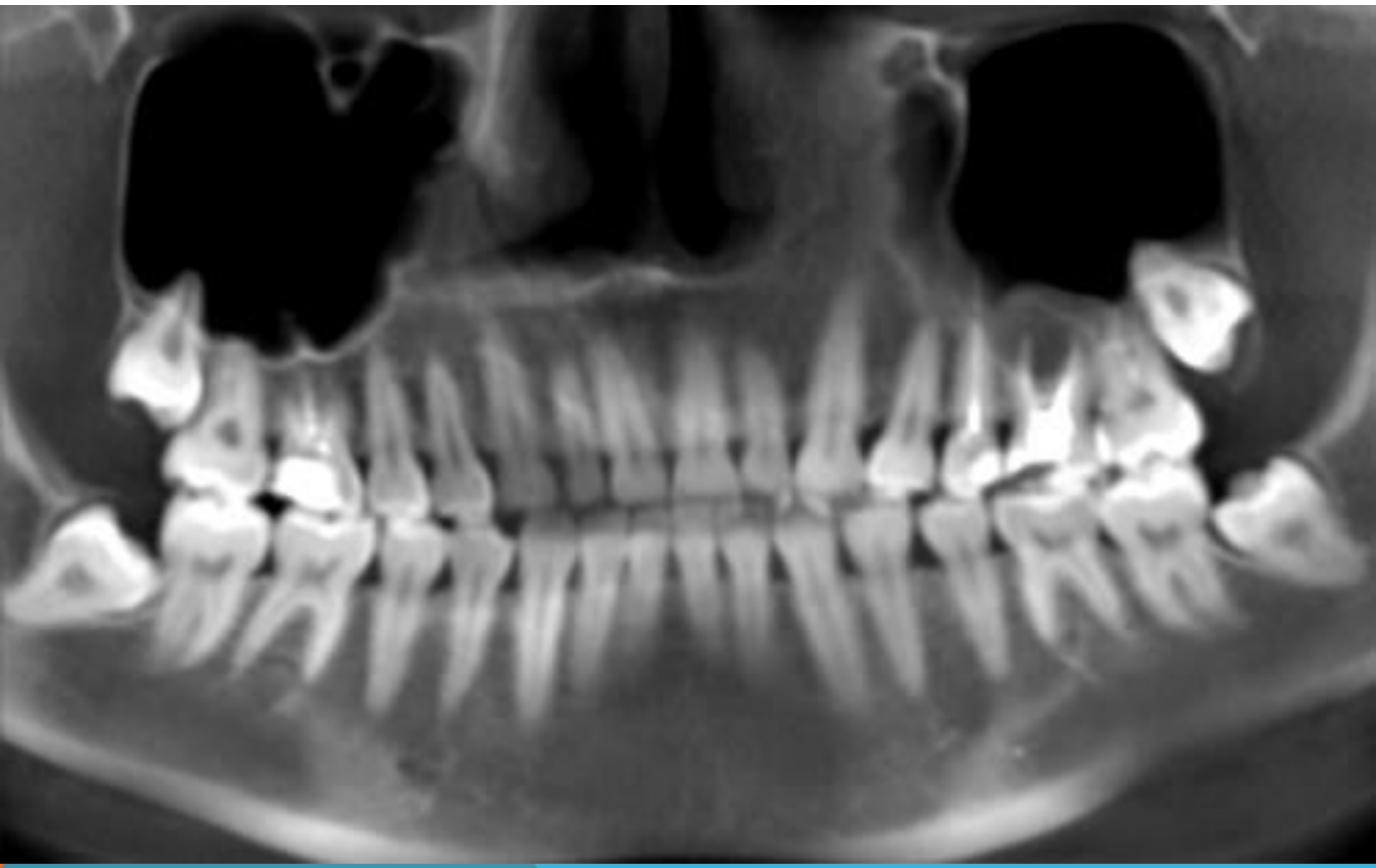
ДЕНТАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ —
ПОЛУРЕТЕНЦИЯ, ДИСТОПИЯ ЗУБА 3.8





**ОРТОПАНТОМОГРАФИЯ — ПОЛУРЕТЕНЦИЯ,
ДИСТОПИЯ ЗУБА 3.8**

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ —
ПОЛУРЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, ДИСТОПИЯ ЗУБОВ 2.8, 4.8



ЛЕЧЕНИЕ!

Лечение комплексное. Оно проводится в амбулаторных условиях: первичная хирургическая обработка гнойного очага сочетается с комплексной противовоспалительной терапией (антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные препараты).

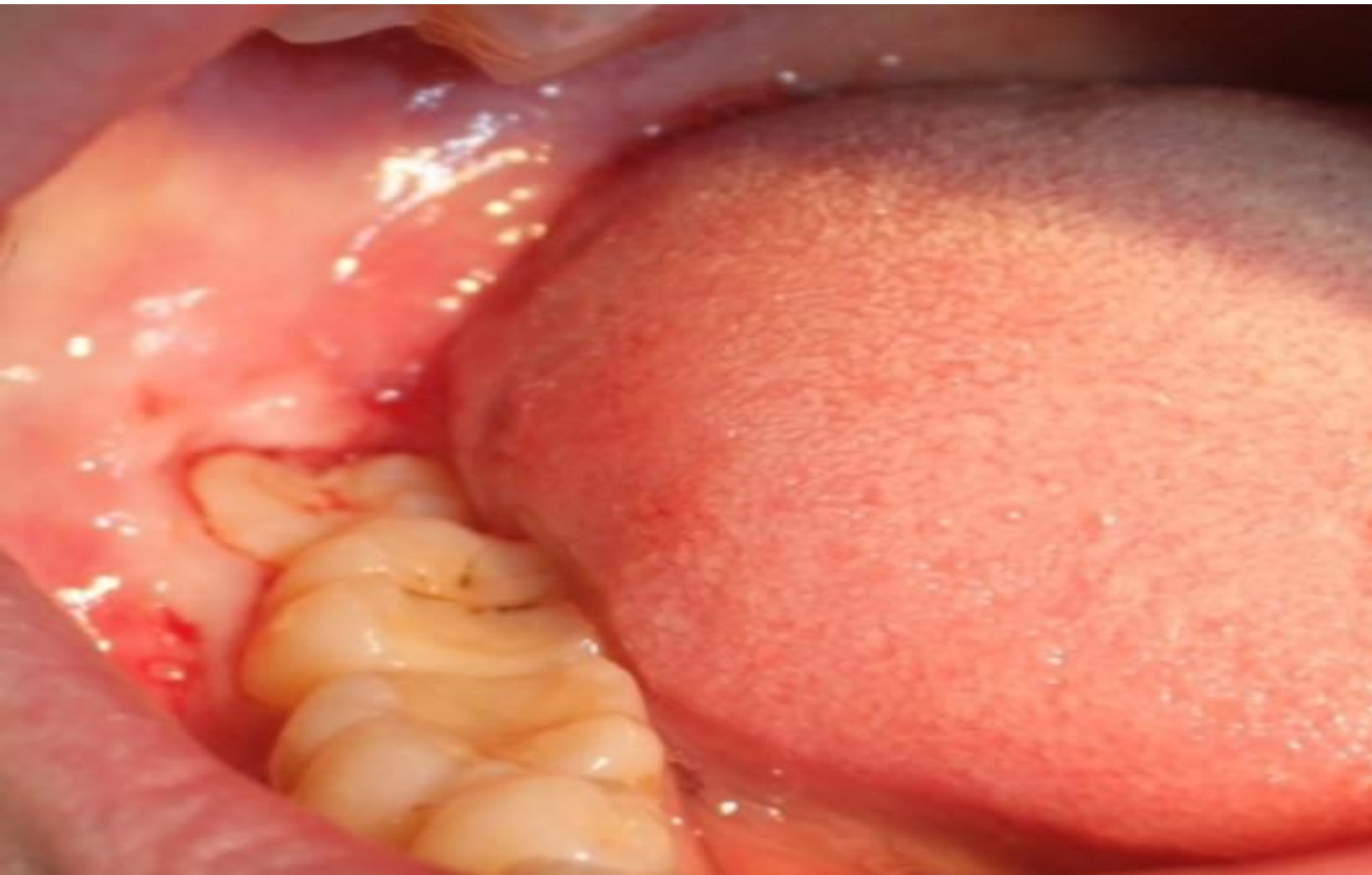
Хирургическое лечение перикоронита. При наличии достаточного места в зубной дуге для прорезывания зуба и правильной его пространственной ориентации наиболее предпочтительной является операция -

перикоронарэктомия - полное иссечение слизистой оболочки вокруг коронки зуба мудрости, позволяющее обнажить не только жевательную, но и боковые поверхности коронки.

Операцию проводят под проводниковой и инфильтрационной анестезией. Слизистую оболочку иссекают изогнутым скальпелем или ножницами. Также возможно применение лазера, электроножа (коагулятора), криодеструкции.

При невозможности полностью обнажить жевательную и боковые поверхности зуба по причине его дистопии проводится оперативное вмешательство - *перикоронаротомия* - рассечение слизистой оболочки над коронкой зуба, позволяющее обнажить поверхность зуба, расположенную под слизистым капюшоном (медиальная, дистальная, язычная, вестибулярная)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИКРОНАРИТА ЗУБА 4.8 —
ПЕРИКРОНАРЭКТОМИЯ:
А — ДО ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИКРОНАРЭКТОМИИ;



НЕПОСРЕДСТВЕННО СРАЗУ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИКРОНАРЭКТОМИИ



Лечение острого перикоронарита:

1. Обработка антисептиками. В течение 3-4 суток перикоронарный мешок промывают теплым раствором антисептиков. Используют 3% раствора перекиси водорода, перманганата калия, фурациллин, йодинол, хлоргексидин и др.
2. Изготовление разобщающей пластинки. Если верхний антагонист травмирует слизистый капюшон, следует добиться разобщения прикуса. Наиболее эффективно изготовление разобщающей съемной пластинки из самотвердеющей пластмассы.
3. Физиотерапевтическое лечение.
4. Назначение сульфаниламидных препаратов, антибиотиков, анальгетиков, антигистаминных препаратов
5. Иссечение капюшона.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКРОНАРИТА

При вертикальном положении зуба мудрости лечение заключается в радикальном иссечении капюшона и кюретаже костного патологического кармана. При аномальном положении зуб следует удалить, что приводит к ликвидации патологического процесса. Лечение осложнений в виде периостита, остеомиелита, абсцессов и флегмон заключается в удалении зуба, хирургической обработке гнойного очага, назначении соответствующего консервативного лечения. При флегмонах на первый план выходит срочное, безотлагательное хирургическое вмешательство с одновременным удалением причинного зуба.

Противовоспалительная терапия включает в себя:

1. Антибактериальные препараты с учетом чувствительности микрофлоры:

1) ингибиторозащищенные пенициллины. Амоксициллин/клавуланат характеризуется высокой активностью

против всех штаммов золотистого стафилококка, против клебсиеллы.

2) клиндамицин и линкомицин, проявляющие высокую активность в отношении стафилококков. Однако в последние годы отмечен рост устойчивости анаэробов к линкозамидам.

3) метронидазол.

4) цефалоспорины.

5) фторхинолоны I–II поколения (ципрофлоксацин, офлоксацин, Пефлоксацин.

6) фторхинолоны более новых поколений — левофлоксацин и Моксифлоксацин

7) моксифлоксацин — единственный из фторхинолонов, проявляющий высокую активность против анаэробов, поэтому он может назначаться в режиме монотерапии.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

