

А.А Тимофеев

## Задержка прорезывания (ретенция) и смещение (дистопия) зуба

Раздел из учебника Тимофеева А.А. «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология». Киев: Медицина, 2020

**Р**етенция зуба (*retentio dentis*; лат. *Retention* – удерживание, задерживание; син.: задержка зуба) – задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба.

**Полная ретенция** – это когда непрорезавшийся зуб полностью находится в костной ткани (рис. 1). Полную ретенцию зуба можно разделить на три степени:

**I степень** – толщина костной ткани от коронки ретенированного зуба до альвеолярного края челюсти (рентгенологически) не превышает 1 мм;

**II степень** – толщина костной ткани над ретенированным зубом 1–3 мм;

**III степень** – толщина кости над зубом превышает 3 мм.

**Полуретенированный зуб** – неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку.

**Дистопия** (*dystopia*; *dys-* + греч. *topos* – место, положение). Это неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномальное (смещенное) расположение ретенированного зуба в челюсти. Встречаются, но очень редко, сверхкомплектные зубы (рис. 2).

Ретенированные зубы встречаются при прорезывании постоянных зубов: чаще – верхних клыков и нижних зубов мудрости, реже – малых коренных зубов и верхних зубов мудрости.

Дистопированными чаще бывают нижние зубы мудрости, реже – верхние клыки и зубы мудрости, а также верхние и нижние премоляры. Дистопия на верхней челюсти отмечается в сторону преддверия рта, собственно в полость рта, на твердое небо, в сторону передней стенки и скулового отростка верхнечелюстной кости; на нижней челюсти – в сторону преддверия рта, в сторону тела, угла и ветви нижней челюсти.

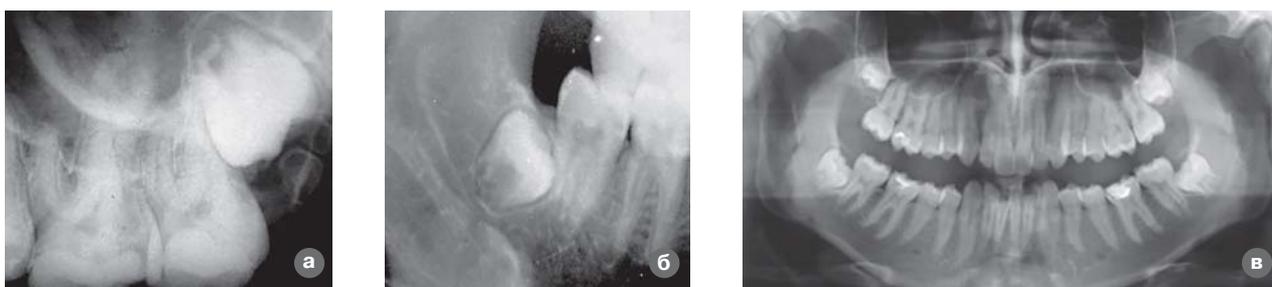


Рис. 1. Рентгенограммы. Полная ретенция зубов мудрости на верхней (а) и нижней (б) челюстях. Ортопантомограмма больного с ретенцией зубов мудрости (в).



Рис. 2. Боковая рентгенограмма нижней челюсти: а – сверхкомплектный зуб; б – ретенированный второй моляр; в – сверхкомплектные ретенированные зубы.

**В зависимости от расположения ретенрованного или полуретенрованного нижнего зуба мудрости выделяют следующие его положения (рис. 3):**

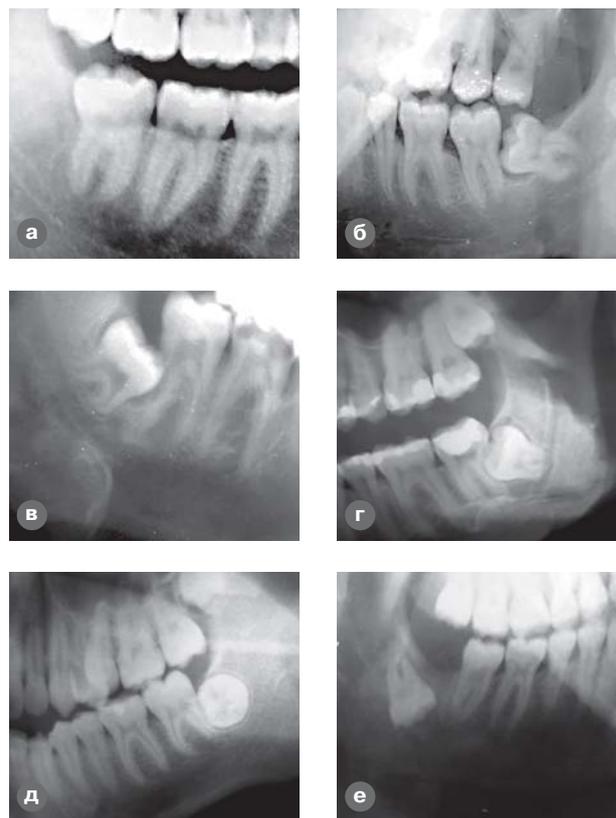
- 1) **вертикальное** – ось зуба расположена параллельно оси второго моляра;
- 2) **горизонтальное** – ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
- 3) **медиально-косое** – ось зуба мудрости наклонена к оси второго моляра;
- 4) **дистально-косое** – ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
- 5) **язычно-косое (язычное)** – ось зуба мудрости наклонена в язычную сторону;
- 6) **щечно-косое (щечное)** – ось зуба мудрости наклонена в щечную сторону;
- 7) **комбинированное** – сочетание предыдущих положений.

На основании анализа клинического материала клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО (Украинского центра челюстно-лицевой хирургии), полученного при рентгенологическом обследовании 465 человек (20-летнее наблюдение), мы отметили, что вертикальное положение нижнего зуба мудрости наблюдается в 40 % случаев, горизонтальное – в 9 %, медиально-косое – в 21 %, дистально-косое – в 5 %, язычное – в 11 %, щечное – в 14 %.

**Клиническая картина** ретенрованного и дистопированного зуба характеризуется бессимптомным течением. Такой зуб часто обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании.

На ретенцию указывает отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге, и из анамнеза удается установить, что данный зуб не был ранее удален. Во время обследования полости рта на альвеолярном отростке в области ретенрованного зуба может прощупываться небольшое утолщение (выпячивание кости), которое не имеет резких границ. Иногда можно определить контуры зуба или его части по выпячиванию ограниченного участка кости. На месте ретенрованного зуба может находиться временный (молочный) зуб или это место частично или полностью занимают соседние зубы (т. е. происходит смещение соседних зубов). Ретенрованные и дистопированные зубы могут являться источником рецидивирующего воспалительного процесса и развития одонтогенной кисты с соответствующей клинической симптоматикой. Данные зубы вызывают неврит или невралгию в результате давления на нервные волокна и их окончания, а в редких случаях и краевую гнездную алопецию в затылочной области.

**Полуретенрованный зуб** характеризуется появлением через кость или слизистую оболочку прорезывающейся части коронки зуба на каком-либо участке альвеолярного отростка челюсти. В результа-



**Рис. 3. Положение нижнего зуба мудрости:**  
 а – вертикальное; б – горизонтальное;  
 в, г – медиально-косое;  
 д, е – комбинированное.

те постоянного травмирования (с одной стороны с прорезывающимся зубом, с другой – зубом-антагонистом) возникает воспаление слизистой оболочки, окружающей зуб. Коронка полуретенрованного зуба своими буграми может быть повернута в сторону второго моляра, ветви челюсти, язычную или щечную сторону.

Рентгенограмма уточняет локализацию и положение зуба в исследуемой челюсти, толщину костной ткани над коронковой частью и его смещение по отношению к зубному ряду. Необходимо сделать прицельную рентгенографию зуба, боковую рентгенограмму нижней челюсти или ортопантограмму.

**Лечение.** Известно, что скорость прорезывания зубов в эксперименте может изменяться введением вегетотропных препаратов. Средства, которые стимулируют вегетативную нервную систему, особенно ее симпатическую часть, ускоряют прорезывание зубов. Противоположным действием обладают препараты, угнетающие вегетативную нервную систему. Разработаны методы лечения задержки прорезывания постоянных зубов у детей с применением гальванизации, импульсной электростимуляции и электрофореза с гидрохлоридом адреналина.

Все виды смещения зубов устраняются различными ортодонтическими методами. Данные методы лечения применяются, как правило, в период смены зубов, т. е. до 14–15-ти лет. Эффект использования ортодонтического лечения непостоянен.

До выбора способа лечения затрудненного прорезывания зуба необходимо решить вопрос о его судьбе в каждом конкретном случае.

При правильном положении и наличии места в челюсти проводят лечение с сохранением зуба. Что касается нижнего зуба мудрости, то следует знать, что **для нормального его прорезывания необходимо, чтобы ретромолярное пространство, т. е. расстояние от заднего края второго нижнего моляра до переднего края ветви нижней челюсти, должно быть не менее 15 мм, а расстояние от заднего края коронки зуба мудрости до переднего края ветви нижней челюсти – не менее 5 мм.**

**При обследовании больного следует обратить внимание на следующие моменты:**

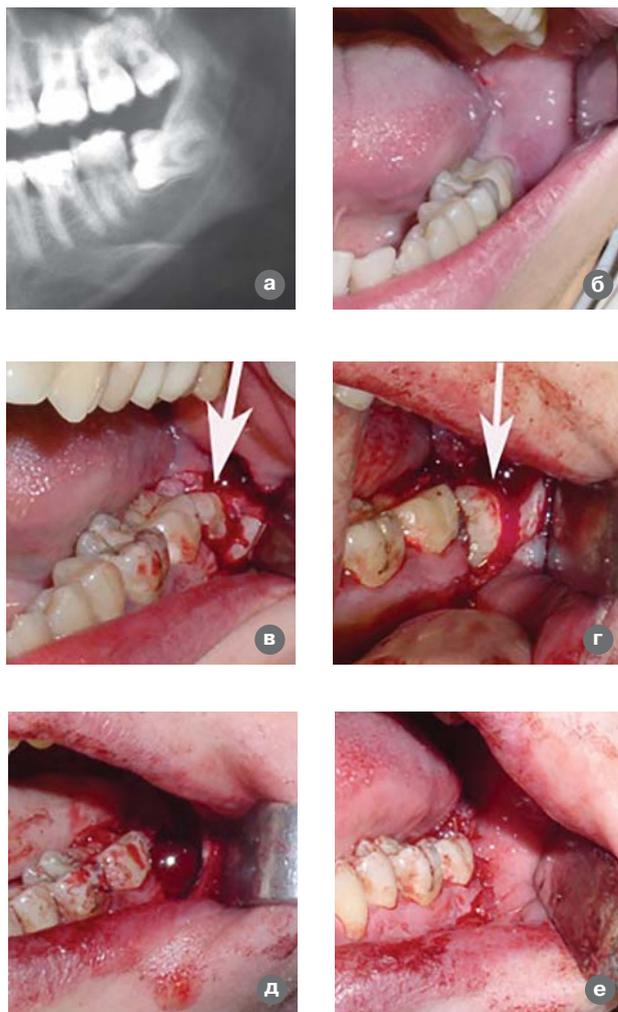
- состояние мягких тканей, окружающих зуб;
- положение нижнего зуба мудрости (или другого ретенированного, дистопированного зуба);
- состояние зубов, стоящих рядом;
- состояние зуба-антагониста;
- состояние костной ткани.

**Состояние мягких тканей, окружающих зуб.**

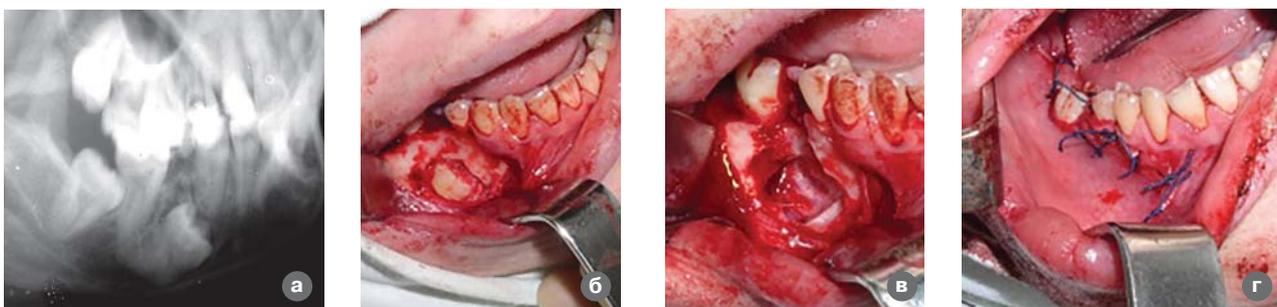
Нужно обратить внимание на цвет слизистой оболочки (гиперемию, цианотичность, анемию), границу изменения цвета, наличие инфильтрата и флюктуации, состояние капюшона, а также характер экссудата, выделяемого из-под него.

**Положение нижнего зуба мудрости.** Ранее было сказано, что различают следующие положения зуба мудрости: вертикальное, горизонтальное, медиально-косое, дистально-косое, язычное, щечное, комбинированное.

**Состояние зубов, стоящих рядом.** При значительном разрушении коронковой части второго и первого нижнего моляра нет необходимости в их сохранении, так как это может способствовать сохранению нижнего зуба мудрости при его вертикальном



**Рис. 4.** Атипичное удаление нижнего зуба мудрости: а – рентгенограмма зуба, подлежащего удалению; б – внешний вид со стороны полости рта; в – вид зуба после отслоения слизисто-надкостничного лоскута; г – удаление наружной костной стенки; д – вид лунки после атипичного удаления зуба; е – слизисто-надкостничный лоскут уложен на место и защит кетгутом.

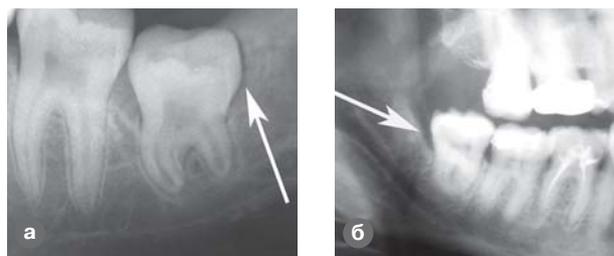


**Рис. 5.** Рентгенограмма нижней челюсти больного с дистопией первого моляра (а). Этапы проведения атипичного удаления дистопированного зуба (б-г).

положении. То же самое относится и к другим зубам, т. е. удаление рядом стоящего разрушенного зуба может обеспечить сохранение ретенированного или полуретенированного зуба. Особенно это важно проводить в определенном возрасте пациента (15–20 лет).

При горизонтальном (медиадно-косом) расположении нижнего зуба мудрости последний может упираться в расположенный рядом второй моляр и образовывать в нем дефект цемента корня зуба (на вид грязно-серого цвета). Если корень второго моляра оголен более чем на треть, то необходимо его удалять вместе с ретенированным зубом мудрости. В случае сохранения такого второго моляра послеоперационный дефект сохраняется длительное время, приводя к рецидивирующему воспалению и развитию пародонтальной кисты челюсти.

**Состояние зуба-антагониста.** Травмирование слизистой оболочки (капюшона) зубом-антагонистом значительно ухудшает условия прорезывания зуба и отягощает течение воспалительного процесса в окружающих мягких тканях, что требует изготовления разобщающей прикус капы. В практической деятельности врачу очень часто приходится пользоваться кусочком резиновой трубки для разобщения прикуса. Это устраняет травму и снижает активность воспалительного процесса.



**Рис. 6.** Боковая рентгенограмма нижней челюсти. Позади зуба мудрости имеется расширение пародонтальной щели (полулуние Вассмунда): а – в пределах нормы; б – патологически измененное.

**Состояние костной ткани.** После рентгенографического исследования удается оценить состояние костной ткани вокруг ретенированного зуба мудрости (или другого зуба). Наличие костного кармана (полулунного разрезания) позади коронки нижнего зуба мудрости более чем на 2 мм указывает на хронический источник инфицирования и возможность развития пародонтальной кисты, что требует удаления зуба мудрости (рис. 6).

Описание методики атипичного удаления ретенированных и дистопированных зубов или их реплантации подробно рассмотрено в соответствующей главе данного учебника (рис. 4, 5).

**VITAPLANT®**  
ДЕНТАЛЬНІ ІМПЛАНТАТИ

mail@vitaplant.pro  
www.vitaplant.pro

ОДНОСТАПАННИЙ ІМПЛАНТАТ  
**VKE**  
**498** ГРН.



+38 (067) 611-04-50  
+38 (097) 784-00-76  
+38 (067) 637-73-77