

Преждевременная потеря молочных моляров вызывает следующие характерные морфологические нарушения: мезиальное перемещение постоянных моляров, затем премоляров из-за отсутствия места в зубном ряду, которые устанавливаются тесно с мезиальным наклоном, иногда первые премоляры могут частично занять место постоянных клыков. Развитие феномена «зубоальвеолярного удлинения» в области зубов, не имеющих антогонистов, связано с изменением формы и величины подлежащего альвеолярного отростка, при этом высота клинической коронки зуба не увеличивается.

Потеря нижних молочных моляров в большей степени приводит к деформации зубных рядов, нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, односторонняя потеря отдельных зубов приводит к ассиметричной деформации зубоальвеолярной дуги.

После ранней потери молочных моляров нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают специфические вредные привычки (прокладывание языка между зубными рядами в области дефекта, сосание языка), трудноустраняемые в процессе дальнейшего лечения. В других случаях отсутствие молочных моляров вынуждает ребенка во время приема пищи смещать нижнюю челюсть вперед или в сторону. Отсутствие верхних молочных резцов приводит к дальнейшему уплощению верхней

губы и выстоянию нижней, отодвигаемой нижними резцами под давлением языка. Деформация зубоальвеолярных дуг, смещение нижней челюсти и нарушение функций зубочелюстной системы, возникающие после ранней потери молочных зубов, отражается и на формировании черт лица.

На диагностических моделях и рентгенограммах челюстей видны наиболее часто встречающиеся формы альвеолярного отростка у детей: заостренная, среднекруглая, округлая.

При заостренной форме альвеолярного отростка зачатки премоляров находятся под толстым слоем кости, среднекруглой- под тонкой костной пластинкой, а при округлой форме- под слизистой. Эти закономерности позволяют врачу предположить место расположения зачатков премоляров, не прибегая к рентгенологическому исследованию, ограничиваясь только клиническим осмотром и изучением диагностических моделей.

**Выводы.** Своевременное лечение молочных зубов имеет большое значение для профилактики ранней потери зубов. Преждевременное удаление зубов у детей влияет на состояние прикуса и вызывает ряд функциональных нарушений.

#### **Литература:**

1. Хорошилкина Ф.Я. руководство по ортодонтии. - М., 2007.- С.463.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ**

**Абыкешева Г.А.**

**МУ «Областная стоматологическая поликлиника»**

Кариес зубов - это патологический процесс, характеризующийся очаговой деминерализацией твердых тканей с образованием кариозной полости, способный обостряться, стабилизироваться, приобретать различную активность и находиться в разной степени компенсации хронического патологического

процесса.

Согласно номенклатуре ВОЗ, при изучении пораженности населения кариесом следует выделять три показателя: распространенность, интенсивность, прирост интенсивности.

#### **Материал и методы:**

Проведенный профилактический осмотр

**Материалы III научно-практической конференции  
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

детского населения Павлодарской области позволил выявить распространенность и интенсивность кариеса у детей области.

В 2010 году осмотрено 764 детей 12 лет школ города Павлодар.

Анализ проводился по следующим

формулам:

Распространенность = число детей с заболеванием/число обследованных детей, %

Интенсивность = Сумма индексов КПУ+кп у обследованных детей/ Число детей, имеющих кариес среди обследованных.

**Таблица 1. - Распространенность и интенсивность кариеса среди обследованных детей разных регионов Республики Казахстан (Алдашева М.А., 2004 г.).**

возраст	12 лет	
	Распространенность	Интенсивность
западный	67.8	1.99+ 0,66
центральный	65,8	1.72+0,15
южный	46.6	1.23+0.07
восточный	70.4	2.08+0.06
северный	62.6	2.04+0.02
итого	62.6	2.04+0.02

**Таблица 2. - Распространенность кариеса по ВОЗ.**

Значение распространенности	Уровни распространенности
0-30%	Низкий
31-80%	Средний
81-100%	высокий

Уровни интенсивности кариеса зубов у детей 12 лет: очень низкий - КПУ от 0 до 1,1; низкий - КПУ от 1.2 до 2.6; средний - КПУ от 2.7 до 4.4; высокий - КПУ от 4.5 до 6.5; очень высокий - КПУ от 6.6 и выше

**Результаты и обсуждение:**

По нашим данным распространенность кариеса у 12 летних детей составила - 80%, что относится к среднему значению распространенности; интенсивность - 2,6 - среднее значение. Для сравнения показателей использовали республиканские показатели: как видно из таблицы 1, показатели распространенности кариеса у 12-летних детей города Павлодара в сравнении с республиканскими значениями соответствует 80%, что является средним уровнем, таблица 2. Показатель уровня интенсивности кариеса зубов у детей города Павлодара составил 2,6, республиканский показатель - 2,04, что по

данным ВОЗ соответствует низкому уровню заболеваемости кариесом.

**Выводы.** Таким образом, анализируя проведенные исследования необходимо отметить, что заболеваемость кариесом у 12-летних детей города Павлодара полностью соответствует показателям ВОЗ. Распространенность кариеса является средней, а уровень интенсивности – низкий.

**Литература:**

1. Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Алматы. «Стомлит». - 2006г. - С.100-101
2. Алдашева М.А. Влияние факторов окружающей среды на стоматологическую заболеваемость детей и подростков в Республике Казахстан и разработка мер профилактики: автореф. док.дисс. – Алматы, 2001.- С.37.