План

1.Введение

2.Последствия раннего удаления молочных зубов

3.Раннее удаление молочных зубов - фактор риска в развитии зубочелюстных аномалий

4.Выполнение задачей УИРС

5.Вывод

Список используемой литературы

**1.Введение**

Молочные зубы ребенка закладываются еще до появления на свет и начинают прорезаться в 6-7 месяцев, иногда в 9-12 месяцев. Первыми появляются нижние резцы. Прорезывание зубов, особенно клыков и 5-х зубов (премоляров), может сопровождаться повышением температуры. Ребенок в этот период становится беспокойным, плохо спит, отказывается от еды, повышается слюноотделение.

Изначально молочные зубы могут располагаться асимметрично, но в процессе жевания, как правило, они притираются друг к другу и встают в правильное положение. К 2-3 годам у ребенка прорезываются все 20 молочных зубов. Их размеры меньше, чем у коренных зубов, коронки шире и короче, а корни сравнительно коротки. Чистить зубы следует начинать после года. Для этого надо воспользоваться специальной детской зубной щеткой и пастой. Когда все зубы у ребенка прорежутся необходимо посетить детского стоматолога.

С момента прорезывания до периода рассасывания корней и выпадения молочного зуба проходит 6-10 лет. Такой краткий период функционирования молочных зубов не оправдывает раннее их удаление и отказ от лечения. Ранее удаление молочных зубов нарушает нормальное развитие челюстно-лицевой области, влечет за собой формирование неправильного прикуса. Наличие в полости рта ребенка нелеченых молочных зубов является источником хронической инфекции, отрицательно влияет на общее состояние ребенка. Кроме того, очаг хронического воспаления у молочного зуба влияет на формирование зачатка постоянного зуба. Постоянный зуб может быть с дефектом или вообще не прорезаться. Таким образом, лечение молочных зубов необходимо.

Эмаль молочных зубов более тонкая, чем у коренных, и хуже защищает молочный зуб. Для профилактики возникновения кариеса следует включить в рацион такие продукты, как молоко, сыр, творог.

Процесс замены молочных зубов на коренные начинает в возрасте 5-6 лет и, как правило, продолжается до 9-12 лет. Постоянные зубы, вырастая, разрушают корни молочных зубов, расшатывают их до тех пор, пока они совсем не выпадут. Но сначала, перед появлением постоянных зубов челюсть начнет расти, что проявится в возникновении промежутков между зубами. Это значит, что для новых зубов будет достаточно места. Если же молочные зубы и в 6 лет стоят тесно, сплошной стеной, это говорит о недоразвитии челюсти и о том, что скорее всего постоянные зубы полезут вкривь и вкось. Поэтому в 7 лет полезно побывать у специалиста по исправлению прикуса, чтобы можно было своевременно скорректировать возможное неправильное положение зубов.

**2.Последствия раннего удаления молочных зубов**

Одной из самых распространённых операций в любой стоматологической клинике является удаление зубов. Её относят к ряду костных операций, однако удаление зубов имеет свои уникальные особенности. Иногда данная операция может проходить быстро и легко, а в других случаях отнимает немало времени и сил. Для того, чтобы производить удаление зубов, необходимо обладать навыками работы особыми инструментами, а также знаниями, как выполняются те или иные необходимые приёмы. Удаление молочных зубов – случай, о котором стоит поговорить отдельно.

У преждевременного удаления молочных зубов могут быть неприятные последствия. Конечно, дальнейшую жизнь ребёнку они не сломают, однако всё же, согласитесь, неприятно, когда возникают какие-либо проблемы. Так, раннее удаление молочных зубов способствует неверному формированию прикуса и создаёт неблагоприятные условия для развития челюсти. Также преждевременное удаление молочных зубов может затруднить формирование постоянных зубов. В итоге они могут неправильно (с внутренней или наружной стороны альвеолярного отростка) или не полностью прорезаться. Однако это совсем не значит, что молочные зубы не следует удалять ни при каких условиях. Бывают случаи, когда такое вмешательство просто необходимо.

Показания к удалению молочных зубов бывают следующими: например, зубы разрушены кариесом настолько, что утратили как свою функциональную значимость, так и анатомическую форму, которые невозможно восстановить даже пломбированием. Также удалять молочный зуб стоит в случае его сильной подвижности (которая возникает из-за рассасывания корней при прорезывании постоянного зуба) и в том случае, если физиологическое рассасывание корней происходит с задержкой (это также мешает прорезаться постоянному зубу).

 Среди показаний к преждевременному удалению молочных зубов можно отметить травмы, которые вызывают перелом коронки или корня зуба, ортодонтическое лечение (если необходимо избавиться от деформации зубного ряда), зубы, которые невозможно вылечить и которые можно назвать источником инфекции при остеомиелите челюсти, гнойном периостите, лимфадените, флегмоне, абсцессе. Также молочный зуб следует удалить в случае его безуспешного лечения от хронического периодонтита, который нередко даёт обострения. Если избавиться от подобного зуба, то это не позволит воспалению распространиться на фолликул постоянного зуба, чем можно спасти зуб от гибели.

**3.Раннее удаление молочных зубов - фактор риска в развитии зубочелюстных аномалий**

Раннее удаление молочных зубов без последующего протезирования зубных рядов часто приводит к деформации зубных дуг в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскостях, что является причиной (31%) аномалий положения отдельных зубов и осложняет лечение патологических прикусов.

Принимая решение об удалении молочных зубов, врач-стоматолог обязан учитывать средние и индивидуальные сроки прорезывания зубов и рекомендовать детское зубное протезирование в случаях, если удаление проводится ранее чем за 2 года до естественной замены зубов.

Преждевременное удаление временных зубов приводит к значительному уменьшению протяженнности зубных рядов, при этом нередко дефект полностью закрывается рядом расположенными зубами. Ранняя потеря верхних резцов приводит к заметному уплощению средней трети лица и значительному укорочению верхней губы. Наиболее выраженное укорочение зубного ряда происходит после удаления вторых временных моляров и перемещения на их место первых постоянных моляров. Наряду с укорочением зубной дуги в этом случае наблюдается конвергенция первых постоянных моляров. Степень наклона первого постоянного моляра зависит от времени,прошедше1 о после удаления второго временного моляра, и колеблется от 0,1 до 2 мм и более.

Раннее удаление временных зубов обусловливает задержку прорезывания постоянных, внутрикостное перемещение их фолликулов, отставание в росте "беззубых" участков челюстей. Т.Ф.Виноградова (1978, 1987) отмечает в случае преждевременного удаления временных зубов повреждение слоя амелобластов и нарушение гистогенеза твердых тканей одноименных постоянных зубов, что создает благоприятные условия для возникновения в них кариеса.

Преждевременная потеря временных моляров приводит к нарушению процесса становления высоты прикуса и даже снижению имеющейся высоты, к смещению нижней челюсти дистально, изменению взаимоотношений между элементами височно-нижнечелюстного сустава. Разрушение и последующее удаление первых постоянных моляров в период формирования жевательного аппарата сопровождается грубыми морфологическими и функциональными нарушениями тем более тяжелыми, чем раньше удалены эти зубы.

А.Канторович (1931) выделяет три периода преждевременного удаления первого постоянного моляра: 6, 9 и 12 лет. Удаление первого моляра в 6 лет приводит к асимметрии зубного ряда, смещению средней линии в сторону удаленного зуба. Менее выраженная асимметрия возникает при удалении первого моляра в 9 лет. Одностороннее удаление первого моляра в 12 лет вызывает резкую асимметрию зубного ряда. Удаление после 12 лет, когда заканчивается активный период роста, не вызывает асимметрии зубного ряда. В последних двух случаях второй моляр полностью занимает место первого.

Т.В.Шарова (1980) свидетельствует о наличии и других (кроме сагиттальных перемещений) морфологических и функциональных осложнений после раннего удаления первых постоянных моляров (снижение функции жевания, блокирования движений нижней челюсти, атрофия альвеолярного отростка и задержка роста челюстей на "беззубых" участках, снижение высоты прикуса и уменьшение межальвеолярной высоты, тенденция к формированию патологического прикуса).

Наличие полного комплекта правильно расположенных в зубном ряду зубов обеспечивает гармоничное развитие лицевого черепа. Удаление клыка в 13-14 лет вызывает асимметрию лица.

Представляют интерес результаты проведенного Т.В.Шаровой и соавторами изучения архивных материалов хирургического кабинета детской стоматологической поликлиники. Исследование подтверждает, что частота образования дефектов зубов и зубных рядов находится в прямой зависимости от поражения их кариесом. В настоящее время доказано, что кариес и зубочелюстные аномалии находятся в тесной патогенетической взаимосвязи. Промежуточным звеном между ними является нарушение целостности коронок отдельных зубов и зубных рядов. Зубочелюстные аномалии в свою очередь являются фактором, предрасполагающим к развитию кариеса, а следовательно, и к потере зубов.

Разрушение зубов и их преждевременное удаление могут послужить причиной возникновения новых аномалий и усугубить уже имеющиеся. Таким образом, кариозная болезнь, ее осложнения и зубочелюстные аномалии, находясь в тесной взаимосвязи, замыкают патологическое кольцо и ухудшают взаимное течение того и другого заболевания.

Разорвать это патологическое кольцо у детей можно путем восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и замещения дефектов зубных рядов профилактическими протезами.

Из вышесказанного следует, что своевременная коррекция нарушенной анатомии зубов и зубных рядов имеет профилактическое значение.

Однако ортопедическая помощь детям значительно отстает oт потребностей детского населения, в то время как одним из важнейших

факторов санации полости рта является своевременное замещение

дефектов коронок зубов и зубных рядов, которое способствует

нормализации сниженной высоты прикуса и восстановлению функций

жевания, глотания и речи, а также предотвращает развитие вторичных

деформаций. Ряд зарубежных ученых считает, что показанием к зубному

протезированию у детей должно быть сочетанное нарушение акта жевания и пищеварения и абсолютные показания к зубному

протезированию имеются только при уменьшении жевательной

мощности на 60 % и более. Исследования отечественных авторов

убедительно показали, что преждевременное удаление зубов в период

формирования временного и постоянного прикуса у детей

сопровождается серьезными морфологическими и функциональными

нарушениями. Поэтому следует считать целесообразным замещать все

дефекты коронок зубов и зубных рядов, используя для этого

соответствующие конструкции зубных протезов.

**4.Выполнение задачей УИРС**

1.Мною было осмотрено 50 детей 7-8 лет из которых количество детей с преждевременно удаленными молочными молярами составило в среднем 16,89%, из них с удаленными первыми молярами - 9,23%. Наибольшего значения потеря молочных моляров достигает к 8 годам и составляет 30,45% от числа осмотренных (из них у 14,88% детей удалены первые молочные моляры).

На одного ребенка приходиться 0,75% удаленных молочных моляров.

Из числа обследованных детей - 24 нуждаются в устранении дефектов зубных рядов протезами. Им необходимо изготовить 8 мостовидных и 16 съемных протезов.

Из 24 детей нуждающихся в устранении дефектов всего 6 детей наблюдаются у ортодонта и пользуются профилактическими протезами.

Установлено, что в среднем нуждаемость в профилактическом замещении дефектов зубных рядов мостовидными протезами у дошкольников составляет 8,98%. Наибольшая нуждаемость в этом виде протезирования приходится на 5 лет (1,32% протеза на одного нуждающегося). С возрастом возможность изготовления мостовидных протезов уменьшается, что объясняется увеличением числа других удаленных зубов (в частности, вторых молоченых моляров), близким расположением фолликула постоянного зуба к альвеолярному краю (менее 2 мм), резорбцией корней молочных зубов, ограничивающих дефект (по данным рентгенографии) и т.д. Оценивая приведенные данные, можно отметить значительную распространенность дефектов зубных рядов в области первых молочных моляров, когда показаны мостовидные протезы.

У детей с преждевременно удаленными первыми молочными молярами и не получивших ортопедической помощи по каким-либо причинам наблюдали укорочение соответствующего бокового сегмента. Причем, количество детей и величина укорочения бокового сегмента изменялись в зависимости от давности удаления зуба. Укорочение бокового сегмента выявлено через месяц после удаления первого молочного моляра у 10,9% обследованных. На характер изменений бокового сегмента оказывает влияние ряд факторов: давность удаления, прорезывание первых постоянных моляров, возникновение вертикальных деформаций зубных дуг и другие.

Список используемой литературы:

1. «Хирургическая стоматология» Дунаевский В.А.
2. «Хирургическая стоматология» Тимофеев А.А. Киев 2002 год.
3. «Хирургическая стоматология» Робустова Т.Г. 2000
4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Авторы: Л.Н. Яковенко, И.Л. Чехова
Издательство Книга плюс, Харьков, 2005 г.
5. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Год: 2008