

Таким чином, включення в комплекс лікувальних заходів у хворих на пародонтит зубного еліксиру "Грейпфрутовий" справляє позитивну дію на тканини пародонту, що дає підстави рекомендувати цей еліксир для широкого застосування в пародонтології.

**Висновки:** 1. Застосування в комплексі лікувальних заходів у хворих на генералізований пародонтит полоскань порожнини рота зубним еліксом "Грейпфрутовий" дозволяє нормалізувати показники гігієнічного індексу, індексу РМА та індексу кровотечі з ясен.

2. Зубний еліксир "Грейпфрутовий" знижує рівень в слині маркерів запалення – МДА і ЗПА.

3. Отримані дані дозволяють рекомендувати зубний еліксир "Грейпфрутовий" для лікування і профілактики пародонтита.

#### Список літератури

1. **Зубачик В.М., Двуріт І.П., Левицький А.П.** Вплив біофлавоноїдів апельсина на стан тканин порожнини рота за умов експериментального пародонтиту // Новини стоматології. – 2006. – № 4 (49). – С. 38-40.

2. **Зубачик В.М., Двуріт І.П., Левицький А.П.** Вплив зубних еліксирів з вмістом екстракту цитрусових на стан антиоксидантно-прооксидантних систем ясен і сироватки крові щурів при перекисному пародонтиті // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2008. – № 4. – С. 24-27.

3. **Левицький А. П., Макаренко О. А., Двуріт І.П.** Вплив екстрактів цитрусових на запальний процес у пародонті при експериментальному пародонтиті // Одеський медичний журнал. – 2008. – № 5 (109). – С. 12-14.

4. **Стоматологічна профілактика у дітей.** / Хоменко Л.О., Шматко В.І., Остапко О.І., Ю Біденко Н.В., Антонішин Б.В., Пушенко А.І., Лихота Т.Ф., Голубева І.М.: Навч. посібник. – К.: КДО, 1993. – 192 с.

5. **Машенко І.С.** Болізни пародонта. – Днепропетровск: КОЛО, 2003. – 272 с.

6. **Левицький А.П., Макаренко О.А., Россаханова Л.Н.** Саливация у здорових лиць разного возраста и у стоматологических больных // Вісник стоматології. – 2005. – Спец. вип., № 2. – С. 7-8,

7. **Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г.** Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты. В кн.: "Современные методы в биохимии". – М.: Медицина, 1977. – С. 66-68.

8. **Калликренны** и неспецифические протеазы в слюне больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Левицкий А.П., Коновец В.М., Львов И.Ф., Барабаш Р.Д., Володкина В.В // Вопросы медицинской химии. – 1973. – Т. 19, № 6. – С. 633-638.

УДК 616-07+364.048.6:616.314.18-002+616-06

**О. В. Юрис**

БелМАПО, г. Минск

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

*Поиск наиболее эффективных методов диагностики, профилактики и лечения заболевания тканей периодонта остается актуальной проблемой в современной стоматологии. Известно, что в развитии заболевания ведущую роль играют местные факторы: микрофлора зубного налета, дефицит местного иммунитета, многообразные травматические факторы. Особое место среди них занимает функциональная травматическая перегрузка периодонта. Отсутствие внимания к проблеме окклюзионных взаимоотношений - распространенное явление при лечении пациентов с болезнями периодонта, которые требуют комплексного и междисциплинарного подхода, с последующим реабилитационно - профилактическим этапом.*

**Ключевые слова:** окклюзионные взаимоотношения, травматическая окклюзия, суперконтакт, окклюдодиграма.

**О. В. Юрис**

БіЛМАПО, м. Мінськ

### ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ОККЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМИН В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ПЕРІОДОНТУ

*Пошук найбільш ефективних методів діагностики, профілактики і лікування захворювання тканин періодонта залишається актуальною проблемою в сучасній стоматології. Відомо, що в розвитку захворювання провідну роль грають місцеві чинники: мікрофлора зубного нальоту, дефіцит місцевого імунітету, багатообразні травматичні чинники. Особливе місце серед них займає функціональне травматичне перевантаження періодонту. Відсутність уваги до проблеми оклюзійних взаємин - поширене явище при лікуванні пацієнтів з хворобами періодонту, які вимагають комплексного і міждисциплінарного підходу, з подальшим реабілітаційним - профілактичним етапом.*

**Ключові слова:** оклюзійні взаємини, травматична окклюзія, суперконтакт, окклюдодиграма.

O. V. Yuris

BelMAPE, Minsk

# THE PERFECTION OF THE METHODS OF DIAGNOSTICS OF OCCLUSIVE INTERRELATIONS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH PERIODONTAL DISEASES

*The search for the most effective methods of diagnostics, prophylaxis and treatment of periodontal tissues remains the urgent problem in dentistry today. As known, the main part in the development of the disease is taken by the local factors: microflora of dental deposit, deficiency of the local immunity, different traumatic factors. The special place among them is taken by the functional traumatic overloading of periodontium. The absence of the attention to the problems of occlusive relations is the widely spread phenomenon at the treatment of the patients with periodontal diseases, which need complex and interdisciplinary approach with the further rehabilitative-prophylactic stage.*

**Key words:** occlusive interrelations, traumatic occlusion, supercontact, occludogramme.

Окклюзия – это динамическое биологическое взаимодействие компонентов жевательной системы, которое регулирует контакты зубов друг с другом в условиях нормальной или нарушенной функции [9]. Это всегда комплексное действие, с участием жевательных мышц, ВНЧС и зубных рядов.

При наличии патологических процессов в тканях периодонта резистентность волокон периодонтальной связки падает. В результате такого ослабления обычная окклюзионная нагрузка начинает превышать толерантность его структур и превращается в травмирующий фактор, нарушающий трофику периодонта и разрушающий его ткани. Возникает так называемая травматическая окклюзия, которая в дальнейшем играет ведущую роль в течении данного заболевания [1, 3-8, 10, 13, 14].

Данные литературы свидетельствуют о наличии тех или иных отклонений от нормальной окклюзии у больных с заболеваниями периодонта - 96, 4 % (Никитина Т. В., 1982г.) (цит. по [4, 7]). Увеличение окклюзионной нагрузки приводят к многочисленным осложнениям. Клинически при осмотре зубного ряда обнаруживаются вертикальные трещины и сколы коронок; чувствительность и стираемость твердых тканей зубов; абфракционные дефекты и рецессия десны; резорбция костной ткани в области имплантатов [14]. Может наблюдаться патология ВНЧС, парафункция жевательных мышц, болевой синдром. В более тяжелых случаях возникают морфологические изменения в ВНЧС, что влечет за

собой интенсивное стирание зубов [13]. Совершенно очевидно, что диагностика травматической окклюзии является необходимым этапом обследования таких пациентов.

Термин «травматическая окклюзия» впервые предложил Р. R. Stillman в 1919г. Для характеристики перегрузки периодонта существуют и другие определения: «травматическая артикуляция», «функциональный травматизм», «патологическая окклюзия», «функциональная травматическая перегрузка зубов» и др. (цит. по [1]).

Травматическая окклюзия — это патологическое состояние смыкания зубных рядов, при котором возникает гиперфункциональное напряжение отдельных зубов или группы зубов, приводящее к изменениям в тканях периодонта, мышечным дисфункциям, заболеваниям височно-нижнечелюстных суставов [8].

По механизму развития различают 3 вида травматической окклюзии [8]: первичная, вторичная, комбинированная.

**Первичная** травматическая окклюзия развивается на фоне непораженного (интактного) периодонта в результате действия чрезмерной по величине или необычной по направлению окклюзионной нагрузки. Характерными особенностями первичной травматической окклюзии являются: бессимптомность патологического процесса (связано с повреждением рецепторов периодонта и пульпы перегруженных зубов) и ограниченность зоны поражения зубного ряда.

**Вторичная** травматическая окклюзия возникает при заболеваниях периодонта вследствие ослабления опорных тканей зубов. В связи с этим, на оставшийся периодонт падает еще большая нагрузка, что усугубляет травму и ускоряет резорбцию костной ткани лунок. Под действием сил окклюзии эти зубы часто смещаются, поворачиваются по оси или выдвигаются из лунок.

**Комбинированная** травматическая окклюзия возникает при сочетании повышенной нагрузки с заболеваниями периодонта. При диагностике такой комбинированной формы заболевания возникают значительные трудности, так как имеются признаки первичной и вторичной травматической окклюзии.

По клиническому течению травматическая окклюзия бывает острая и хроническая [8].

Вследствие нарушения окклюзии или при неравномерном истирании зубов возникают суперконтакты. Суперконтакт (супраконтакт, преждевременный контакт) – окклюзионный контакт, блокирующий или нарушающий плавное движение нижней челюсти при достижении передней или боковой окклюзии [5, 12]. Суперконтакты блокируют плавные и скользящие

движения нижней челюсти и вызывают перенапряжение мышц.

Методы обследования и диагностики окклюзии у пациентов должны быть простыми и доступными. Эти методы включают осмотр зубных рядов, определение вида прикуса, получение и анализ окклюдодиаграмм, анализ диагностических моделей челюстей в артикуляторе, маркировку суперконтактов с помощью копировальной бумаги, метод аускультации. Исследование окклюзии должно быть частью полного обследования пациента при первичном обращении к врачу – стоматологу.

Простейшим способом экспресс – диагностики является проверка плавного, скользящего движения нижней челюсти из положения центральной окклюзии в переднюю, правую и левую боковые окклюзии. Различают рабочую сторону, на которой осуществляется жевание или исследование, и балансирующую сторону – противоположную рабочей [12].

При определенных навыках преждевременные контакты зубов выявляются методом аускультации: смыкание зубных рядов, сопровождающееся глухим, раздвоенным, жужжащим звуком свидетельствует о наличии супраконтактов [2, 8]. Преждевременный окклюзионный контакт с последующим вынужденным смещением нижней челюсти в привычную окклюзию дает длинный и глухой окклюзионный звук. Данная ситуация является частой причиной по-

степенного развития окклюзионных нарушений и мышечно – суставной дисфункции.

Более точно супраконтакты выявляются на обзорных окклюдодиаграммах. Окклюдодиаграмма – это рельефный оттиск окклюзионных контактов зубных рядов на восковой пластине [8, 11]. Для получения окклюдодиаграмм можно применять несколько способов: интерпретировать окклюзионные отпечатки на бумаге, фольге, воске.

Получение окклюдодиаграмм и изучение окклюзионных взаимоотношений можно провести только в центральной окклюзии, но иногда этого недостаточно. Согласно данным литературы, разные авторы предлагали проводить диагностику окклюзии в различных положениях нижней челюсти. Ильина Л. П. рекомендует проводить пробу на наличие травматической артикуляции в центральной, передней и боковой окклюзиях [7]. Каламкарров Х. А. предлагает анализировать преждевременные контакты и далее проводить избирательное шлифование не только в статических, но и в динамических фазах, т.е. при экскурсии нижней челюсти [8].

Методика Максимовой О. П. [10] заключается в исследовании контактов между верхними и нижними зубами в 7 ключевых позициях: центральная окклюзия; антериальная (передняя) окклюзия; дистальная (задняя) окклюзия; боковое положение нижней челюсти на клыках (правая и левая сторона); накусывание на рабочую и нерабочую стороны (табл.).

Таблица

**Характер смыкания зубных рядов**

| Положение нижней челюсти                                        | Норма смыкания                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Центральная окклюзия                                            | Равномерные множественные контакты между зубами равной интенсивности.                  |
| Передняя окклюзия                                               | Отпечаток в виде пунктира в области резцов. Все остальные зубы должны быть разомкнуты. |
| Дистальная окклюзия                                             | Отпечатки боковых групп зубов справа и слева.                                          |
| Положение нижней челюсти на клыках (справа и слева)             | Должен отпечататься только клык. На окклюдодиаграмме единичная точка.                  |
| Накусывание на рабочую сторону в положении центральной окклюзии | Равномерный множественный контакт на стороне смыкания.                                 |

Одним из методов получения окклюдодиаграмм является регистрация отпечатков зубов на пластинках бюгельного воска размером, соответствующим размерам зубного ряда. Пластинку накладывают на зубной ряд, пациент плотно смыкает зубы в положении центральной окклюзии. Воск осторожно выводят из полости рта, промывают под проточной водой, анализируют при хорошем освещении (оценивают характер смыкания зубов на просвет). Супраконтакты выявляются как участки истонченного или перфорированного воска. Неудобством таких восковых окклюдодиаграмм является то, что преждевремен-

ные контакты можно выявить только в положении центральной окклюзии и трудности их длительного хранения, т.к. необходимо сохранять первую и последнюю окклюдодиаграммы [11].

Другой способ регистрации окклюзионных отпечатков – с помощью специальной окклюзионной бумаги подковообразной формы, с получением копии окклюдодиаграммы на белой бумаге (авторская методика Максимовой О. П., 1983 г.) [10]. Данный способ наиболее удобен не только в качестве диагностического, но и в качестве юридического, поскольку такие копии (на бумаге) удобно хранить в стоматологической карте паци-

ента долгое время, отражая динамику окклюзионного редактирования. Для получения окклюдограммы, подковообразная копировальная бумага дублируется слоем обычной белой тонкой бумаги невысокой гигроскопичности, после чего накладывается на нижний зубной ряд таким образом, чтобы копировальная бумага располагалась сверху. Затем предлагают пациенту сомкнуть зубы в том или ином положении, извлекают отпечаток и оценивают его.

Непосредственно после получения окклюдограмм происходит их интерпретация, исходя из норм смыкания зубных рядов (табл.).

На следующем этапе диагностики окклюзионных взаимоотношений необходимо провести маркировку суперконтактов с помощью копировальной бумаги непосредственно на твердых тканях зубов и оценить их. Наиболее эффективно использование копировальной бумаги различной толщины (от 200 до 8 мкм). Известно, что суммарная площадь всех окклюзионных контактов составляет 4 мм<sup>2</sup> (цит. по [10]). Если рассчитать площадь окклюзионного контакта на каждый зуб, то мы получим ничтожно маленькую цифру, которая может быть сравнима с острием иглы. Для того чтобы выявить самую точную локализацию этой точки, рекомендуется применять двухфазный метод проверки окклюзии с помощью бумаги 200 мкм и 8 мкм, предложенный Bausch [17].

На первом этапе происходит проверка окклюзии артикуляционной бумагой толщиной 200 мкм с нарастающей интенсивностью цвета. Получают цветные четко видимые отпечатки, значительной площади и хорошего качества даже на влажных и труднодоступных поверхностях зубов. На втором этапе пользуются контрастной тонкой бумагой или фольгой толщиной 8 мкм, которая надежно окрашивает «эпицентры» окклюзионных отпечатков и передает истинные, отчетливо видимые окклюзионные контакты. Прежвременные контакты становятся моментально четко видимыми и могут быть целенаправленно устранены.

Во время оценки окклюзионных контактов на твердых тканях зубов следует учитывать некоторые морфологические и функциональные особенности окклюзионной поверхности зубов, а также знать нормы смыкания и уметь интерпретировать патологию. Эти знания помогут при дальнейшем окклюзионном редактировании.

Окклюзионная поверхность естественных зубов – часть поверхности зуба от вершин бугорков до самого глубокого участка центральной фиссуры [15]. Бугры зубов – основной элемент окклюзионной поверхности, они подразделяются на опорные (основные, удерживающие), и на-

правляющие (неопорные, «защитные»). Опорные бугры раздавливают пищу, определяют характер перемещений нижней челюсти в пределах окклюзионного поля, перераспределяют жевательные силы таким образом, чтобы основная жевательная нагрузка была по оси зуба. К ним относятся щечные бугры нижних и небные бугры верхних жевательных зубов. Направляющие – язычные бугры нижних и щечные бугры верхних жевательных зубов. По мнению некоторых авторов, они не должны иметь контакта с зубами – антагонистами. Функции этих бугров сводятся к: разделению пищи, созданию на своих скатах скользящих поверхностей для антагонистов при артикуляции, защите языка и щек от попадания между зубами (цит. по [15]).

Правильные окклюзионные контакты, показанные на рисунках 1-14, являются синтезом мнений многих экспертов и могут не отражать концепций отдельных авторов. Они соответствуют окклюзионной схеме «бугорок – краевой гребень», поскольку в норме именно такая схема окклюзии встречается чаще всего (цит. по [16]). Подобная схема позволяет идеально распределить окклюзионную нагрузку и обеспечить стабильность зуба.

Резцы и клыки являются наиболее фронтально расположенными зубами (рис. 1-6). Они определяют фронтальную направляющую при протрузионных и боковых движениях нижней челюсти. С помощью реставраций, избирательного шлифования, ортодонтического лечения стоматолог может осуществлять непосредственный контроль над этой важной составляющей окклюзии. Любая модификация морфологических особенностей этих зубов может изменить фронтальную направляющую и крайне негативно сказаться на состоянии окклюзионных поверхностей боковых зубов.

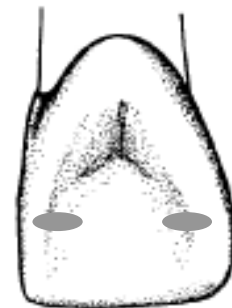


Рис. 1. Верхний правый центральный резец

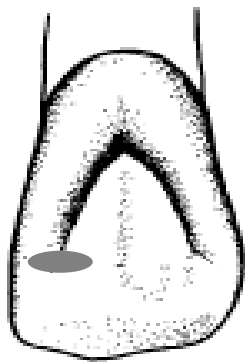


Рис. 2. Верхний правый латеральный резец

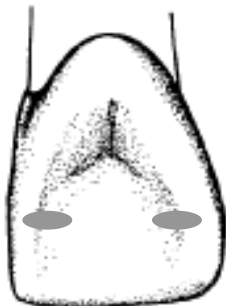


Рис. 3. Верхний правый клык

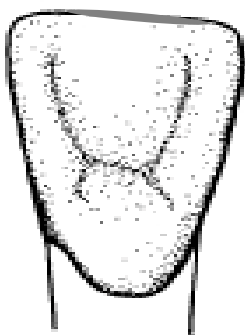


Рис. 4. Нижний правый центральный резец

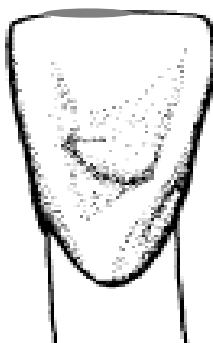


Рис. 5. Нижний правый латеральный резец

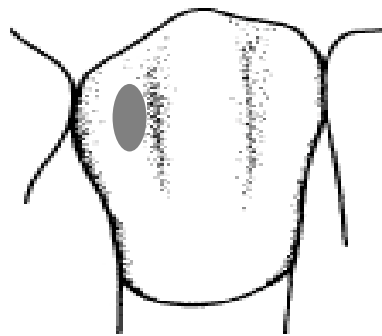


Рис. 6. Нижний правый клык

Контакты фронтальных зубов определяют характер движений нижней челюсти. Это, в свою очередь, влияет на расположение и высоту бугорков, глубину и направление бороздок реставрации в области боковых зубов. Чем больше вертикальное перекрытие передних зубов, тем длиннее могут быть бугорки жевательных зубов, и наоборот. Чем больше горизонтальное перекрытие передних зубов, тем короче должны быть бугорки дистальных зубов, при меньшем горизонтальном перекрытии бугорки могут быть длиннее (цит. по [16]).

В норме, окклюзионные контакты на верхних резцах выглядят в виде пунктира, находятся на небной поверхности, приблизительно на 1/3 длины коронки от режущего края (рис. 1, 2). На нижних резцах окклюзионные контакты располагаются по режущему краю, также в виде пунктира (рис. 4, 5). Верхние клыки имеют единственный контакт на небной поверхности, расположенный на медиально – аппроксимальном валике (рис. 3). Окклюзионный контакт клыка нижней челюсти находится на вестибулярной поверхности, дистальнее, относительно оси зуба (рис. 6).



Рис. 7. Верхний правый первый премоляр

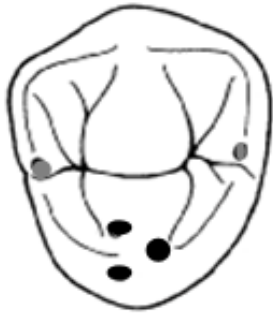


Рис. 8. Верхний правый второй премоляр



Рис. 9. Нижний правый первый премоляр

На премолярах и молярах должны быть точечные (не плоскостные) множественные, равномерные контакты (рис. 7-14). Это самая благоприятная для функции жевания форма окклюзии. В норме на жевательных зубах может быть несколько групп окклюзионных контактов. Они делятся на первичные и вторичные. Первичные – контакты, которые легче всего получить, или предпочтительные контакты (искл.: первый верхний премоляр) (рис. 7). В идеале, окклюзионная поверхность должна иметь все контакты (как первичные, так и вторичные), характерные для данного зуба [16].

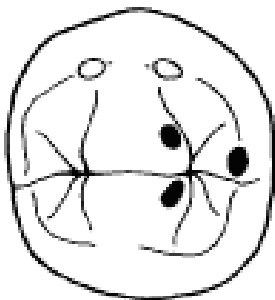


Рис. 10. Нижний правый второй премоляр

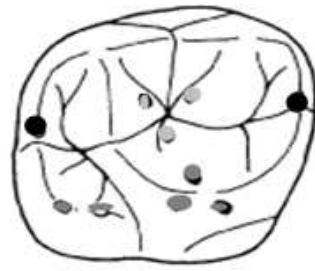


Рис. 11. Верхний правый первый моляр

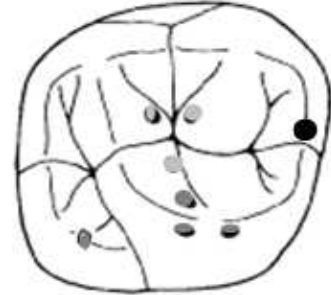


Рис. 12. Верхний правый второй моляр

Следует избегать одиночных контактов, размещенных на скатах бугров, поскольку это может привести к смещению зуба. Краевые гребни также не имеют достаточно места для оптимального количества окклюзионных контактов. На окклюзионной поверхности жевательных зубов следует стремиться получить, по меньшей мере, две (рис. 7, 8) или три (рис. 9-14) группы контактов. Одна группа располагается вокруг вершин опорных бугров, вторая – вокруг центральной фиссуры, третья – на аппроксимальных валиках.

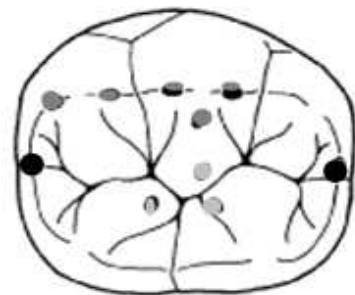


Рис. 13. Нижний правый первый моляр

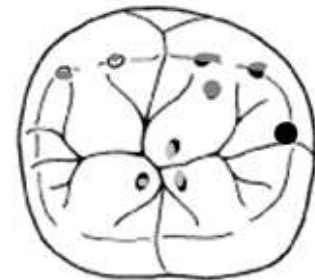


Рис. 14. Нижний правый второй моляр

Безупречно проведенный этап диагностики окклюзионных взаимоотношений и тщательно

выверенные контакты обеспечивают четкую дифференцировку нормы от патологии (супер-контактов), что облегчает последующее окклюзионное редактирование. С точки зрения современных гнатологических принципов функциональное оформление окклюзионных поверхностей зубов не должно являться проблемой, благодаря совершенствованию методов регистрации окклюзии.

### Список литературы

1. **Аболмасов Н. Г.** Ортопедическая стоматология. М.: МЕДпресс-Информ, 2007. – 496 с.
2. **Антоник М.** Клинический функциональный анализ зубочелюстной системы. // Дент Арт. – 2006. – №4. – С. 70 – 74.
3. **Баранникова И.А.** Избирательное пришлифовывание зубов в комплексной терапии заболеваний периодонта: (Лекция). М.: 1992. – 14 с.
4. **Величко Л. С.** Профилактика и лечение артикуляционной перегрузки парадонта. Минск, Беларусь, 1985. – 141с.
5. **Гросс М. Д, Мэтьюс Дж. Д.** Нормализация окклюзии. М.: Медицина, 1986. – 287 с.
6. **Иванов В. С.** Заболевания периодонта. М.: Медицина, 2001. 299с.
7. **Ильина Л.П.** Травматическая артикуляция: диагностика и лечение в условиях пародонтологического кабинета: учеб. пособие для врачей – слушателей. Ленинград: ЛенГИДУВ, 1989.- 12с.
8. **Каламбаров Х. А.** Избранные лекции по ортопедической стоматологии: Рук. для врачей / Х. А. Каламбаров; М.: МИА, 2003. 59с.
9. **Клинеберг И., Джагер Р.** Окклюзия и клиническая практика. М.:МЕДпресс-информ, 2006. – 200с.
10. **Максимова О. П.** Окклюзионное редактирование реставрируемых зубов. // Клиническая стоматология.- 2002. - №1. – с. 22-24.
11. **Наумович С. А.** Избирательное пришлифовывание зубов при заболеваниях периодонта: Учеб.-метод. пособие / С. А. Наумович, Ю. И. Коцюра, В. В. Пискур и др. – Мн.: БГМУ, 2002. – 11с.
12. **Новиков В.** Окклюзия в реставрации зубов. // Дент Арт. – 2003. - №3. – С. 35-40.
13. **Трофимова Е. К.** Окклюзия и ее роль в развитии периодонтита. // Стоматологический журнал. – Минск. – 2007. - №1. стр. 25-27
14. **Хватова В. А.** // Новое в стоматологии. – 1999. - № 1. – С. 13 – 27.
15. **Хватова В. А.** // Новое в стоматологии. – 2001. - № 1. – С. 75 – 88.
16. **Шиллинбург Г.** Восковое моделирование окклюзионных поверхностей зубов. М., 2004.
17. **Bausch J.** Средства для проверки артикуляции и окклюзии. Кельн, 2007.

Поступила 02.03.09.

УДК 616.314-74-071

**А. А. Удод, к. мед. н., Е. Н. Челях, А. А. Смышко, Е. И. Латынина**

Донецкий национальный медицинский университет

### КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОВЕРХНОСТИ РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ

*В работе приведены результаты клинического исследования реставраций фронтальных зубов по критерию «шероховатость поверхности», полученные в ходе реализации визуально-инструментального метода по критерию G.Ryge и с помощью компьютерного анализа цифрового изображения в разные сроки. Подтверждена целесообразность использования предложенного метода оценки шероховатости поверхности реставраций для объективизации ее оценки и ранней диагностики осложнений.*

**Ключевые слова:** качество реставраций, шероховатость поверхности, компьютерный анализ.

**О. А. Удод, О. М. Челях, А. А. Смышко, О. І. Латиніна**

Донецький національний медичний університет

### КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПОВЕРХНІ РЕСТАВРАЦІЙ ЗУБІВ

*У статті надані результати клінічного дослідження реставрацій фронтальних зубів за критерієм «шорсткість поверхні», отримані в ході реалізації візуально-інструментального методу за критерієм G.Ryge та за допомогою комп'ютерного аналізу цифрового зображення в різні терміни. Підтверджена доцільність використання запропонованого методу оцінки шорсткості поверхні відновлень для об'єктивізації її оцінки та ранньої діагностики ускладнень.*

**Ключові слова:** якість реставрацій, шорсткість поверхні, комп'ютерний аналіз.

**A. A. Udod, E. N. Chelyach, A. A. Smeshko, E. I. Latynina**

Donetsk National Medical University

### CLINICAL ESTIMATION OF SURFACE QUALITY OF TEETH RESTORATIONS

*In the article there are presented the results of clinical study of anterior tooth restorations according to "surface roughness" criteria, which are taken in the course of visual-instrumental method in conformity with G. Ryge's criteria and owing to computer analysis of digital view in different terms. It is improved expediency of using prepositional method of restoration surface roughness researches for objectification of restoration quality and for early complications diagnostic.*

**Key words:** quality of restoration, surface roughness, computer analysis.