

ВАЖЛИВІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПЛАНУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТІЄЮ ЗУБА(ІВ) ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом наукової тематики кафедри ортодонції ВДНЗУ «УМСА» «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату», № державної реєстрації 0112U004469.

Вступ. Створення гарної посмішки – це більше ніж естетика і функція. Це один з методів покращення якості життя людини в усіх його проявах. В сучасних умовах зростаючих якісних вимог пацієнтів до свого стоматологічного статусу актуальним і своєчасним в практичній стоматології стає комплексний (міждисциплінарний) підхід фахівців різного стоматологічного напрямку в виборі більш ефективних засобів відновлення повноцінної естетики і функції жувального апарату. Команда фахівців формується в залежності від потреб кожного окремого пацієнта (стоматолог-терапевт, хірург, ортопед, ортодонт та інші) [1,6]. Сучасні технології і матеріали суттєво змінили стратегічні погляди фахівців на значення таких вузьких напрямків стоматологічної науки і практики в досягненні прогнозованого кінцевого результату реабілітації пацієнтів, як імплантологія, ортодонція, пародонтологія, ендодонція та інші [3,7,10].

Головною метою всеосяжного стоматологічного лікування – є отримання оптимальної функціональної оклюзії, яка, в одну чергу, неможлива за умов невідповідності в розмірах зубів, зубних рядів, їх нормального сагітального та вертикального перекриття, а з іншого, за відсутності гармонійного їх співвідношення із функціонуванням всього тіла людини [1,7,13,16].

В естетичній стоматології цілісність фронтальної ділянки забезпечується оптимальними пропорціями між центральними, боковими різцями та іклом. Фронтальні зуби, як частина зовнішнього вигляду людини, співвідносяться між собою за принципом золотого перетину. В той же час, клінічна картина відсутності одного чи двох зубів фронтальної ділянки верхньої щелепи, за рахунок вродженої адентії чи придбаної, різноманітна і у 95-98% випадків комбінується з естетичними, функціональними й морфологічними порушеннями не тільки у фронтальній ділянці, а й всієї зубощелепної системи пацієнта. В зв'язку з цим, виникає необхідність у вивченні й

систематизації головних критеріїв, які обумовлюють тактику комплексного лікування пацієнтів із цією патологією.

У зв'язку з цим **метою** нашого **дослідження** стало визначення важливих діагностичних критеріїв комплексного обстеження пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки верхньої щелепи.

Об'єкт і методи дослідження. Для проведення дослідження нами були відібрані 42 пацієнта з дефектами зубного ряду фронтальної ділянки верхньої щелепи, пов'язані з вродженою адентією бокового(их) різця(ів), або втратою центрального чи бокового різця за інших причин. Середній вік пацієнтів склав $28,5 \pm 2,2$ роки. Всі пацієнти були розподілені на дві групи: перша – пацієнти з вродженою адентією бокового(их) різця(ів) верхньої щелепи (23 пацієнта); друга – придбана відсутність різця (ів) (19 пацієнтів).

Обстеження пацієнтів проводили з використанням загальних і спеціальних методів дослідження. В роботі використані наступні методи дослідження: клінічний; антропометричний, рентгенологічний; біометричний аналіз діагностичних моделей щелеп; статистичний.

Для проведення *клінічного обстеження* пацієнтів за основу був взятий відомий алгоритм стоматологічного обстеження [5].

Використовуючи дані антропометричного дослідження визначали конституціональний тип чоловіків та жінок за схемою В. П. Чтецова із співав. (1978).

Цефалометричний метод включав вимірювання наступних параметрів: повздовжнього та поперекового розмірів голови, скулового діаметру, фізіогномічної, морфологічної та верхньої висоти обличчя. На підставі вимічених даних визначались попереково-повздовжній (ППП) та верхньо-лицьовий показники (ВЛП) В залежності від величини ППП у кожної особи визначали тип голови. Згідно з класифікацією В. А. Переверзева (1987) величина ППП до 74,9 відповідає доліхокефалії (довгий – відношення максимальної ширини до максимальної довжини складає нижче 74,9%); 75,0-79,9 – мезокефалії (помірно довгий та широкий череп); вище 80 – брахікефалії (короткий повздовжній діаметр голови – співвідношення

довжини та ширини голови при якому ширина складає більше 80,9%).

За допомогою ортопантограм (ОПТГ) визначали стан зубів, тканин пародонта. Стан кожного зуба та його періапикальних тканин, величину та топографію коренів за необхідності уточнювали за допомогою прицільних рентгенівських знімків.

Біометрія контрольно-діагностичних моделей. Для вимірювання моделей використовували електронний штангенциркуль. При вимірюванні діагностичних моделей визначали: пропорційність розмірів різців верхньої та нижньої щелеп (індекс Тонп, Р., 1937); пропорційність між сумою мезіо-дистальних розмірів чотирьох верхніх різців та шириною між першими премоларами та першими молярами на верхній та нижній щелепах, використовуючи премоларний та молярний індекси за Pont (1909); взаємозв'язок суми мезіо-дистальних розмірів чотирьох верхніх різців і довжини переднього відрізка зубної дуги верхньої та нижньої щелеп за допомогою таблиці вимірів за Korkhaus (1931); ступеня звуження апікальних базисів за Н. Г. Снагіною (1985). Оцінювали показники: Bolton overal ratio (BOR) та Bolton anterior ratio (BAR) (1957). Отримані дані порівнювали з параметрами норми за Баллардом (1983) [11].

Статистичний метод дослідження. Для оцінки вірогідності результатів вибірових досліджень визначали середню похибку відносної величини за Ст'юдентом-Фішером [2].

Результати досліджень та їх обговорення.

На підставі вивчення результатів клінічного і лабораторного обстеження пацієнтів нами визначено, що адентія бокового(их) різця(ів) верхньої щелепи зустрічається достатньо часто до 9% випадків від загальної кількості пацієнтів із зубощелепними аномаліями. Клінічна картина досить різноманітна і в 95-98% випадках комбінується з іншими морфологічними порушеннями в будові зубощелепної ділянки, а саме: аномаліями форми, розмірів та кількості зубів; порушеннями міжжюкційних взаємовідносин зубів верхньої та нижньої щелеп; недорозвитком альвеолярного паростку в ділянці відсутнього зуба та наявністю вдавлення на вестибулярній поверхні паростку. Для вибору тактики лікування і послідовності етапів реабілітації пацієнтів із таким порушенням необхідно враховувати: 1) бажання пацієнта в досягненні мети, а саме, чи то є повноцінна реставрація зубного ряду верхньої щелепи за кількістю зубів, або реставрація зубного ряду без відновлення повної кількості зубів на верхній щелепі; 2) особливості клінічної картини патології; 3) наявність „факторів ризику” з урахуванням соматичного і психосоціального стану пацієнта.

При плануванні ортодонтчного переміщення зубів необхідно враховувати естетичні, функціональні та морфологічні критерії. Серед естетичних критеріїв важливими є: пропорції тіла пацієнта та його соматотип; тип обличчя; співвідношення і пропорції обличчя і зубів.

Пропорції тіла пацієнтів визначали за індексом L. Rees- Н. J. Eisenk (1945), що дало можливість провести соматотипування обстежених на три типи: нормостенічний (характеризується пропорційними розмірами тіла та гармонійним розвитком кістково-м'язової системи), астенічний (характеризується струнким тілом слабким розвитком м'язової системи, перевагою поздовжніх розмірів тіла та розмірів грудної клітини над розмірами живота, довжини кінцівок над довжиною тулуба), гіперстенічний (характеризується довгим тулубом та короткими кінцівками, відносною перевагою поперекових розмірів тіла, розмірів живота над розмірами грудної клітини). Найбільш розповсюдженим соматотипом у обстеженої групи пацієнтів є нормостенічний тип (від 96 до 106), який зустрічався у 29 осіб (69,06%). Астенічний тип (величина індексу більше 106) був визначений нами в 9 осіб (21,42%) і гіперстенічний у 4 осіб (9,52%).

Отримані показники кефалометричних вимірювань показали незначні коливання мінімальних та максимальних значень. В той же час аналіз корелятивних взаємовідносин не довів жодних тісних зв'язків із антропометричними параметрами тіла обстежених і визначеним соматотипом. Незначні позитивні кореляції можна було прослідкувати між показниками кефалометрії та довжиною тіла ($p < 0,05$).

На підставі попереково-поздовжнього показника (ППП) за В. А. Переверзевим [1987] визначені типи голови обстежених. Найчастіше зустрічався мезокефалічний тип. Такий тип відмічений у 27 осіб, що склало 64,28% спостережень. Найрідше визначений доліхокефалічний тип 16,67% (визначався у 7-и осіб) і проміжне значення було у брахікефалічного типу (короткий поздовжній діаметр голови), який виявлений нами у 8 обстежених пацієнтів (19,05%).

По показникам верхньолицьового показника [ВЛП] визначався тип обличчя всіх обстежених. Встановлено, що серед обстежених показник вищий за 55,0 (вузьколиці) зустрічався у 7 осіб (16,67%). Достовірно частіше нами відмічений тип обличчя широкий (10 осіб – 23,81%), який відповідав показнику ВЛП менше за 49,9. В 59,52% нами спостерігався показник від 50,0-54,9 (25 осіб). Достовірні конституціональні взаємозв'язки визначені лише по скуловому діаметру ($p < 0,05$), який був ширший у осіб гіперстенічного соматотипу ($13,11 \pm 0,07$ см) на відміну від нормостеніків та астеніків ($12,07 \pm 0,05$ см та $12,19 \pm 0,04$ см відповідно).

Пропорційне співвідношення зубів, зубного ряду із зовнішніми пропорціями тіла людини є важливим фактором реабілітації таких пацієнтів.

За результатами вивчення діагностичних моделей щелеп можна визначити важливі діагностичні зубні критерії. Серед останніх: форма і розміри зубів, направлення поздовжньої вісі сусідніх з дефектом зубів, особливо іклів (для подальшого відновлення передньої, та іклової направляючих),

Таблиця 1

Зубні «фактори ризику» при визначенні тактики реабілітації пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки

Ступінь ризику		
Зубні фактори	низька	середня
Форма зубів	прямокутна	трикутна
Розмір зубів і наявність щільного контакту між зубами	диспропорція ≈ 1 мм плоский	диспропорція ≥ 1 мм точковий
Розташування між-зубного контакту	≤ 5 мм над рівнем кістки	≥ 5 мм над рівнем кістки

співвідношення зубних рядів в трансверзальній, сагітальній та вертикальній площинах.

Анатомі та антропологи розрізняють обличчя та форми зубів в залежності від співвідношення широтних та висотних параметрів, а фізіономісти за схожістю з геометричними фігурами. Так, форми обличчя за геометричним и фігурами розподіляють на: ромбовидне, трапецієподібне, прямокутне, трикутне, коловидне та овальне. Щодо форми зубів то розрізняють такі форми, як прямокутна, трикутна та овальна. Для досягнення естетичного оптимуму важливим є досягнення гармонії між формою обличчя і групою фронтальних зубів.

При визначенні пропорцій групи фронтальних зубів існує декілька принципів. Так, рахується, що необхідно притримуватись такої пропорції, як центральний різець на 60% ширший за боковий, а боковий на 60% ширший за медіальну частину ікла. Також необхідно враховувати, що естетично співвідношення ширини та висоти коронки центрального різця верхньої щелепи становить 75-80%. При ідеальній

висоті коронки в 10мм його ширина повинна становити 7,5-8мм, а при висоті 11 мм – 8,5-9мм.

Що до пацієнтів із адентією бокових різців визначення пропорцій декілька ускладнюється. Проведене нами дослідження довело, що є відмінності в розмірах ширини коронок всіх груп зубів у пацієнтів із адентією за причин вродженого характеру. Так, на підставі проведеного порівняльного аналізу вимірювання мезіо-дистальних розмірів зубів по контрольно-діагностичним моделям щелеп за Bolton нами доведено, що у пацієнтів із вродженою адентією бокових різців відмічаються менші параметри розмірів як фронтальних (index «anterior ratio»), так і бокових зубів (index «overal ratio») і в середньому ця різниця становить від 2 до 4,5 мм. ($p \leq 0,05$). Що до II групи досліджуваних, які втратили зуби за інших причин, мезіо-дистальні параметри зубів як верхньої так и нижньої щелеп статистично не відрізнялись від показників норми.

Все вище вказане дає можливість визначити наступні критерії що до зубних «факторів ризику» (табл. 1).

Аналіз ясеневих факторів довів необхідність оцінки наступних критеріїв (табл. 2).

Для прогнозування естетичного результату важливим є оцінка лінії посмішки за ступенем оголення зубів [4]. Для імплантації найбільш благоприємним є I та II ступінь (оголення різців в межах від ріжучого краю до 1/3 коронки), а для краси посмішки – II та III ступінь оголення верхніх центральних різців (оголення від 2/3 коронки до краю альвеолярного відростка).

Наступний етап реабілітації – це хірургічна підготовка. Метод дентальної імплантації на сьогодні стає стандартом ортопедичної реабілітації пацієнтів з частковою відсутністю зубів. Важливим діагностичним критерієм в виборі тактики імплантації є оцінка кісткових «факторів ризику» (табл. 3), а саме стан альвеолярного відростка в ділянці дефекту, наявність вдавнення на його вестибулярній поверхні й наявність вертикальної резорбції.

Із даних літературних джерел відомо, що при наявності тонкого гребня (4мм і менше) альвеолярного відростка або вираженого вестибулярного вдавнення рекомендовано проведення направленої регенерації або аутоотрансплантації. Існують обмеження і щодо мезіо-дистальних та вертикальних параметрів проміжку між сусідніми з дефектом зубами (табл. 3).

Функціональні критерії складаються з урахуванням: функціонального стану зубо-щелепно-лицевої ділянки (наявність порушень функцій зубощелепної

Таблиця 2

Ясеневі «фактори ризику» при визначенні тактики реабілітації пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки

Ясеневий фактор	Ступінь ризику	
	Низький	Високий
Лінія посмішки	На рівні зубів	На рівні ясен
ясна	товсті	тонкі
Зона прикріплення кератизованої частини ясен	≥ 5 мм	≤ 2 мм
Висота міжзубних сосочків	нижче за 2мм	згладжені

Таблиця 3

Обмеження і «фактори ризику» стоматологічної імплантації

Обмеження	Відсутні	Використання з обережністю	Використання не рекомендується
Мезіо-дистальна відстань в ділянці адентії	> 7 мм	6 мм	< 5 мм
Товщина кісткового гребеня в ділянці адентії	5 мм	4 мм	< 4 мм
Висота кісткового гребеня в ділянці адентії до зуба антагоніста	7 мм	6 мм	< 6 мм

Клінічний випадок



Фото прикусу пацієнтки О., 23 г. Д-з: адентія 12, 22, аномалія вуздечки верхньої губи (III тип за Хорошилкіною Ф. Я.), асиметрична діастема в/щ, мезіальне зміщення 13, 23, дистально-бугоркове співвідношення зубів бокової ділянки, скупчене положення зубів фронтальної ділянки н/щ II ступеня, включений дефект зубного ряду н/щ справа.



- Ортопантомограма пацієнтки О., 23 г. до лікування.



Складений план лікування:

- пластика вуздечки верхньої губи скомпактостеотомією;
- ортодонтичне переміщення зубів и створення місця для 12, 22 зубів;
- операція імплантації 12, 22;
- протезування на імплантатах 12, 22.

ділянки: дихання, ковтання, мовлення, жування; парафункції зубо-щелепної ділянки, бруксизм, дисфункція СНЩС).

Таким чином, при виборі тактики реабілітації пацієнтів із адентією зуба(ів) у фронтальній ділянці

На етапі лікування Після початку ортодонтичного переміщення зубів проведена клінічна і рентгенологічна оцінка стану альвеолярного відростка в межах дефектів зубного ряду в/щ.



- Ортопантомограма тієї ж пацієнтки через 10 міс.
- відстань між зубами 13 – 11=6 мм; 23 – 21=8 мм
- відмічається паралельність коренів зубів, які були переміщені;
- висота альвеолярного відростка і структура кісткової тканини без порушень.

верхньої щелепи на етапі планування важливими критеріями є: соматотип пацієнта, тип його обличчя, лінія посмішки, тип ясен, зона прикріплення кератизованої частини ясен, стан і висота сосочків прилеглих зубів, співвідношення мезіо-дистальних розмірів зубів (за Bolton) та їх форма, наявність супутньої аномалії прикусу в трансверзальній, сагітальній чи вертикальній площинах,

Так, до обмежень ортодонтичного переміщення зубів при відновленні повноцінної кількості зубів фронтальної ділянки відносяться: вузьке обличчя пацієнта; недостатня товщина ясен в ділянці дефекту зубного ряду; тонкі і довгі ясеневі сосочки сусідніх



- фото прикусу тієї ж пацієнтки. Встановлені U – імплантанти довжиною 13 мм, діаметром 3,0мм с абатментами и формуючими кільцями.



- фото прикусу тієї ж пацієнтки. Стан через 1 тиждень після операції імплантації. Дообробка абатментів і зняття відбитків.



- фото прикусу тієї ж пацієнтки. Стан через 1 тиждень після операції імплантації. Фіксація тимчасових коронок.



- Ортопантомограмма тієї ж пацієнтки. Стан після операції імплантації через 5 міс.
- Проведена оцінка розташування імплантів, відстань між імплантатами і коренями 13, 11, 21, 23 зубів



- Оцінка стану слизової оболонки в ділянці встановлених імплантів

Фото прикусу тієї ж пацієнтки. Заміна тимчасових коронок на постійні. Стан слизової оболонки в ділянці встановлених металокерамічних коронок безпосередньо після їх фіксації.

з дефектом зубів; лінія усмішки в ділянці ясен (ясенева усмішка); макродентія сусідніх зубів; дефекти коронок і коренів сусідніх зубів; мезіальне нахилання повздожної вісі сусідніх з дефектом зубів; скупчене положення молярів верхньої щелепи; дистальна оклюзія; недорозвиток альвеолярного відростка в ділянці відсутнього(их) зуба(ів); наявність вдавнення на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка та ін.

У випадках реставрації фронтальної ділянки зубного ряду без відновлення повної кількості зубів на верхній щелепі до „факторів ризику” можна віднести: широке обличчя; скупчене положення зубів нижньої щелепи; недостатня величина перекриття у

фронтальній ділянці; макродентія зубів нижньої щелепи; мезіальна оклюзія в бічній ділянці; прогенія та ін.

Наводимо клінічний випадок комплексної поетапної реабілітації пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки верхньої щелепи.

Висновки. Таким чином, вивчення діагностичних критеріїв оцінки «факторів ризику» на етапі планування реабілітації пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки верхньої щелепи дозволить досягти оптимального естетичного, морфологічного та функціонального результату.

Перспективи подальших досліджень. В подальших дослідженнях необхідно провести вивчення гендерних та статевих залежностей діагностичних критеріїв у пацієнтів з адентією(ями) зубів.

Література

1. Дрогомирецька М. С. Вибір методу та тактики лікування в залежності від типу часткової адентії зубів / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець // Мат. науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасна ортодонтія – шлях професійного розвитку». – Київ, 2012. – С. 29-30.
2. Лакин Г. Ф. Биометрия / Г. Ф. Лакин. – М. : Высшая школа, 1990. – С. 113-124.
3. Маклафлін Р. П. Систематизированная механика ортодонтического лечения / Р. П. Маклафлін, Дж. С. Беннетт, Х. Дж. Тревизи. – Львов : ГалДент. – 2005. – 324 с.
4. Переверзев В. А. Медицинская эстетика / В. А. Переверзев. – Волгоград : Ниж.-Волж. кн. изд-во, 1987. – 137 с.
5. Персин Л. С. Ортодонтія. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий / Л. С. Персин. – Москва, ООО «МЗЦП «Информкнига», 2007. – 248 с.
6. Політун А. М. Три гілки стоматології: ендодонтія, пародонтологія, імплантологія – єдність чи альтернатива? / А. М. Політун // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2009. -№2(14) – С. 88-93.
7. Смаглюк Л. В. Важливість комплексної стоматологічної допомоги в реабілітації пацієнтів із зубощелепними аномаліями / Л. В. Смаглюк, В. І. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. –2012. – №5. – С. 99-102.
8. Снагіна Н. Г. Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий у детей: Метод рекомендации / Н. Г. Снагіна. – М. : ЦОЛИУВ, 1985. – 43 с.
9. Чтецов В. П. Соматические типы и состав тела у мужчин и женщин : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора биол. наук : спец. 03. 00. 13 «Физиология», 14. 00. 01 «Акушерство и гинекология» / В. П. Чтецов. – М., МГУ, 1978. – 39 с.
10. Угрин М. М. Обґрунтування застосування імплантатів для реабілітації дітей з ектодермальною дисплазією / М. М. Угрин // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2005. – №1. – С. 12-19.
11. Baugut G. Tabellen fur die Praxis der Kieferorthopadie / G. Baugut. – Hanser, Munchen. -1983. – 126 p.
12. Bolton W. A. Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion / W. A. Bolton // Angle Orthod. – 1958. – Vol. 28. – P. 113-130.
13. Hamid Reza Fattahi. Comparison of tooth size discrepancies among different malocclusion groups / Hamid Reza Fattahi, Hamid Reza Pakshir and Zohreh Hedayati // European Journal of Orthodontics. – 2006. – Vol. 28. – P. 491-495.
14. Korkhaus G. Orthometer. Fortschr. Orthod. / G. Korkhaus. – 1931. – Vol. 1. – P. 302-303.
15. Pont A. Der Zahn-Index in der Orthodontie / A. Pont // Z. Zahnarztl. Orthop. – 1909. – Vol. 3. – P. 306-321.
16. Siti Othmana. Tooth Size Discrepancies in an Orthodontic Population / Siti Othmana, Nigel Harradineb // Angle Orthodontist. – 2007. – Vol. 77, № 46. – 37 p.
17. Tonn P. Über die mesio-distalen Zahnbreiten-Relationen der Zähne des Oberkiefers zu den entsprechenden des Unterkiefers bei normaler und anormaler Okklusion / P. Tonn. – Med. Diss. – Berlin, 1937. – 245 p.

УДК 616. 716. 1+616. 314]-071-08

ВАЖЛИВІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПЛАНУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТІЄЮ ЗУБА(ІВ) ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Смаглюк В. І., Смаглюк Л. В.

Резюме. Проведено вивчення важливих діагностичних критеріїв комплексного обстеження пацієнтів із адентією(ями) зуба(ів) фронтального відділу верхньої щелепи. Серед останніх визначені: естетичні, функціональні та морфологічні діагностичні критерії. Вивчення антропометричних показників тіла, голови, зубних рядів та зубів пацієнтів із адентією(ями) фронтального відділу верхньої щелепи дозволило визначити найбільш важливі для планування їх реабілітації зубних, ясеневих та кісткових критеріїв.

Ключові слова: міждисциплінарний підхід, адентія, антропометрія, біометрія моделей щелеп.

УДК 616. 716. 1+616. 314]-071-08

ВАЖНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНТИЕЙ ЗУБА(ИВ) ФРОНТАЛЬНОГО УЧАСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Смаглюк В. И., Смаглюк Л. В.

Резюме. Проведено изучение важных диагностических критериев комплексного обследования пациентов с адентией зуба(ов) фронтального отдела верхней челюсти. Среди последних выделены: эстетические, функциональные и морфологические диагностические критерии. Изучение антропометрических показателей тела, головы, зубных рядов и зубов пациентов с адентией фронтального участка верхней челюсти позволило выделить наиболее важные для планирования их реабилитации зубные, десневые и костные критерии.

Ключевые слова: междисциплинарный подход, адентия, антропометрия, биометрия моделей челюстей.

UDC 616. 716. 1+616. 314]-071-08

Importance of Complex Inspection of Patients when Scheduling Stomatologic Rehabilitation of Patients with the Adentia of Tooth (Teeth) of the Frontal Site of Maxilla

Smaglyuk V. I. Smaglyuk L. V.

Summary: studied the important diagnostic criteria of complex examination of patients with frontal teeth adentia on maxilla. Among the latter are highlighted: the aesthetic, functional and morphological diagnostic criteria. Anthropometric study of the body, head, teeth and dental arches of patients with adentia on frontal part of maxilla made possible to identify the most important dental, gingival and bone criteria for planning rehabilitation measures.

Key words: interdisciplinary approach, adentia, anthropometry, biometrics research.

Стаття надійшла 6. 03. 2013 р.

Рецензент – проф. Король М. Д.