

І.В. Ковач¹, В.Ю. Філімонов², Н.В. Алексєнко², Я.В. Лавренюк²

Результати ортодонтитичного лікування пацієнтів молодого віку з адентією постійних зубів

¹Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Резюме. Адентія має значний негативний вплив на розвиток зубощелепного апарату, а відсутність перших молярів формує умови до прогресуючого зниження висоти прикусу, який не піддається саморегуляції і призводить до порушення функціонування других органів зубощелепної системи та виникнення ускладнень. Ортодонтитичне закриття дефектів зубних дуг відновлює цілісність зубного ряду та покращує функціонування зубощелепної системи в цілому.

Метою роботи стало вивчення результатів ортодонтитичного лікування пацієнтів молодого віку з адентією постійних зубів з використанням мікроімлантатів. За результатами лікування 17-ти пацієнтів з адентією зубів власно розробленим ортодонтитичним методом із застосуванням мікроімлантатів отримані позитивні результати щодо протракції молярів, яка проходить швидше в порівнянні з використанням загальноприйнятого методу та нівелюється ротація мезіально розташованих зубів, які виникають при протракції молярів.

Ключові слова: адентія, ортодонтитичне лікування, мікроімплантат.

Аномалії кількості зубів (адентія) мають значний негативний вплив на розвиток зубощелепного апарату та якість життя, пов'язаного зі стоматологічним здоров'ям у всіх вікових періодах [1, 11]. Так, відсутність перших молярів, формує умови для прогресуючого зниження висоти прикусу, який не піддається саморегуляції, що призводить до порушення функціонування других органів зубощелепної системи та виникнення ускладнень [2–5].

Заміщення дефектів зубних рядів при втраті постійних зубів є частиною комплексних заходів санації ротової порожнини в усі вікові періоди. Існують ортопедичні та хірургічні методи усунення адентії різної етіології, які застосовуються з метою профілактики та лікування зубощелепних аномалій, деформацій і дефектів зубних рядів, але вони не позбавлені недоліків [6–8].

Ортодонтитичне закриття дефектів зубних дуг не призводить до патологічних змін у тканинах пародонту, а навпаки – відновлює цілісність зубного ряду, забирає вторинні деформації, призводить до вирівнювання зубів, що обмежували дефект зубного ряду, покращує функціонування зубощелепної системи в цілому. Це самодостатній метод лікування без подальшого позитивного підтримання ортопедичних конструкцій [9, 10].

Таким чином, при можливості закриття дефектів зубних дуг з використанням ортодонтитичних конструкцій це може стати єдиним методом реабілітації

пацієнтів з адентією, який не потребує надання ортопедичної допомоги в подальшому [12–18]. Удалий результат ортодонтитичного лікування можливий при дотриманні правильної біомеханіки переміщення, використанні коректних ортодонтитичних сил і контролю анкоражу (стійкість опорних зубів).

Тому **метою** роботи стало вивчення результатів ортодонтитичного лікування пацієнтів молодого віку з адентією постійних зубів з використанням мікроімлантатів.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети було проведено клінічне обстеження за загальноприйнятою методикою згідно з медичною картою ортодонтитичного хворого № 043–1/о (Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.05.2013 р. № 435). Для подальшого поглибленого комплексного обстеження із застосуванням клінічних та антропометричних методів ортодонтитичної діагностики було відібрано 17 пацієнтів з адентією різної етіології віком від 17 до 30-ти років, які звернулись по ортодонтитичну допомогу.

Для проведення аналізу профілю використовувалась основна естетична лінія за Рікетсом E-Line, дотична до кінчика носу та підборіддя. Аналіз бокових ТРГ проводився за методикою Steiner [55, 85, 86 Б], Bjork, Downs, Tweed, Kim, яка передбачала оцінку лицьового скелета, положення зубів і м'яких тканин

обличчя, а також проводився аналіз конусно-променевої комп'ютерної томограми голови з метою встановлення типу ортодонтичної патології, положення коренів переміщуваних зубів, наявності третіх молярів, структури, вираженості, морфології, об'єму кістки. Визначення ширини зубних рядів проводили за методикою Pont. Для вимірювання довжини зубних рядів застосовували метод Nance-TSALD (tooth-size-arch-length discrepancy) при використанні цифрової методики дослідження моделей з їх попереднім скануванням. Для визначення пропорційності між мезіодистальними розмірами нижніх і верхніх 12 постійних зубів – anterior ratio та posterior ratio застосовували метод Bolton. Аналіз діагностичних моделей зубних дуг і цифрове планування лікування проводили за допомогою відповідного діагностичного програмного забезпечення.

На підставі опитування, огляду пацієнтів і вивчення діагностичних моделей визначався попередній діагноз, що включав у себе вид основної та супутніх деформацій, співвідношення молярів у сагітальній площині, суміжну стоматологічну патологію та наявність соматичних захворювань.

Усі пацієнти були проліковані власно розробленим ортодонтичним методом, який передбачав використання розробленої протрогуючої пружини, що діє з одного боку на молярний брекет, який фіксується до коронки переміщуваного зуба за загальноприйнятими правилами, та до ортодонтичного самонарізуючого мікроімплантату розміром $1,6 \times 6$ мм з голівкою й наявністю горизонтального та вертикального пазів. Мікроімплантат використовувався як абсолютна опора, до якої проводиться переміщення.

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали на персональному комп'ютері із застосуванням комп'ютерних програм Microsoft Excel 2010 та Origin Pro 7.5. Обробка результатів досліджень проводилася з використанням методу Wilson's для пропорцій і в SPSS для кількісних даних [19]. Відмінності в поширеності й середніх значеннях показників аналізували за допомогою Mann-Whitney і Pearson's 2 відповідно [20].

Результати дослідження та їх обговорення

Було проведено ортодонтичне лікування 17-ти пацієнтів з адентією постійних зубів різної етіології з використанням власно розробленого способу протракції зубів. Отримані результати ортодонтичного лікування пацієнтів з адентією достовірно не відрізнялись одне від одного ($P > 0,05$). Так, у пацієнтки А. 25 років, яка звернулась по ортодонтичну допомогу зі скаргою на неестетичне положення зубів та їх неправильне змикання. У результаті клінічного дослідження була встановлена множинна адентія зубів 16, 26, 36, 46. При зовнішньому огляді

та оцінці лицевих ознак було визначено мезоцефалічний тип голови із прямим профілем і вільним змиканням губ.

Внутрішньоротове дослідження та аналіз внутрішньоротових фотографій виявили глибоке перекриття у фронтальному відділі. Верхні фронтальні зуби нахилені вестибулярно із тремами між зубами 13, 12 та 22, 23. Співвідношення ікол II класу за Енгле. У бічному відділі в межах зубів 17–15, 27–25, 37–35, 47–45 дефекти зубних дуг різної протяжності. Зуби 37 та 47 нахилені в бік дефекту.

Аналіз діагностичних моделей за методом Pont виявив збереження ширини верхнього та нижнього зубного ряду в межах премолярів і подовження на 1 мм у фронтальному відділі за методом Кархауза. Величина перекриття верхніми зубами нижніх у межах 4,5 мм. Індекс Болтона для фронтальної ділянки та всього зубного ряду (якщо вважати розміри зубів 16, 26, 36, 46 як розміри 17, 27, 37 та 47) відповідно 0,80 та 0,93 мм, що відповідає зменшенню розмірів верхніх фронтальних зубів на 1,4 мм. Протяжність дефектів 17–15 дорівнювала 2,58 мм, проміжок 27–25 складав 3,44 мм, а 37–35 становив 5,2 мм, а 47–45 – 4,24 мм (рис. 1).

Аналіз комп'ютерної томографії виявив нахил зубів 37 і 47 у бік дефекту. Кути розташування зубів до оклюзійної площини складала 17–93,5°; 27–93,4°; 37–135,4°; 47–136,5°.

Цілі лікування та альтернативні ортопедичні методи були роз'яснені пацієнту, і після цього була отримана інформована згода пацієнта на проведення ортодонтичного лікування.

План ортодонтичного лікування включав нормалізацію перекриття фронтальних зубів за рахунок вирівнювання кривої Шпее на верхній та нижній зубних дугах. Протракцію других верхніх молярів проводили в постекстракційний простір за допомогою техніки прямої дуги без підсилення зубної опори. Вирівнювання та протракцію других нижніх молярів у постекстракційний простір проводили за допомогою розробленого нами методу. Формуванням співвідношення ікол і молярів 17, 47 та 27, 37 відбувалося за I класом Енгля. У план ортодонтичного лікування було включено також зменшення кута вестибулярного нахилу фронтальної групи зубів і формування достатнього місця у фронтальному відділі для подальшого відновлення анатомічної величини коронок різців.

Для основного ортодонтичного лікування була використана брекет-система в техніці «Roth» з пазом 0,22 – техніка прямої дуги. Для запобігання втрати анкоражу при протракції нижніх молярів використовували ортодонтичні мікроімплантати, протракцію молярів проводили за допомогою розробленої нами методики з використанням індивідуальної протрогуючої пружини виготовленої з титаномолібденового сплаву (ТМА).

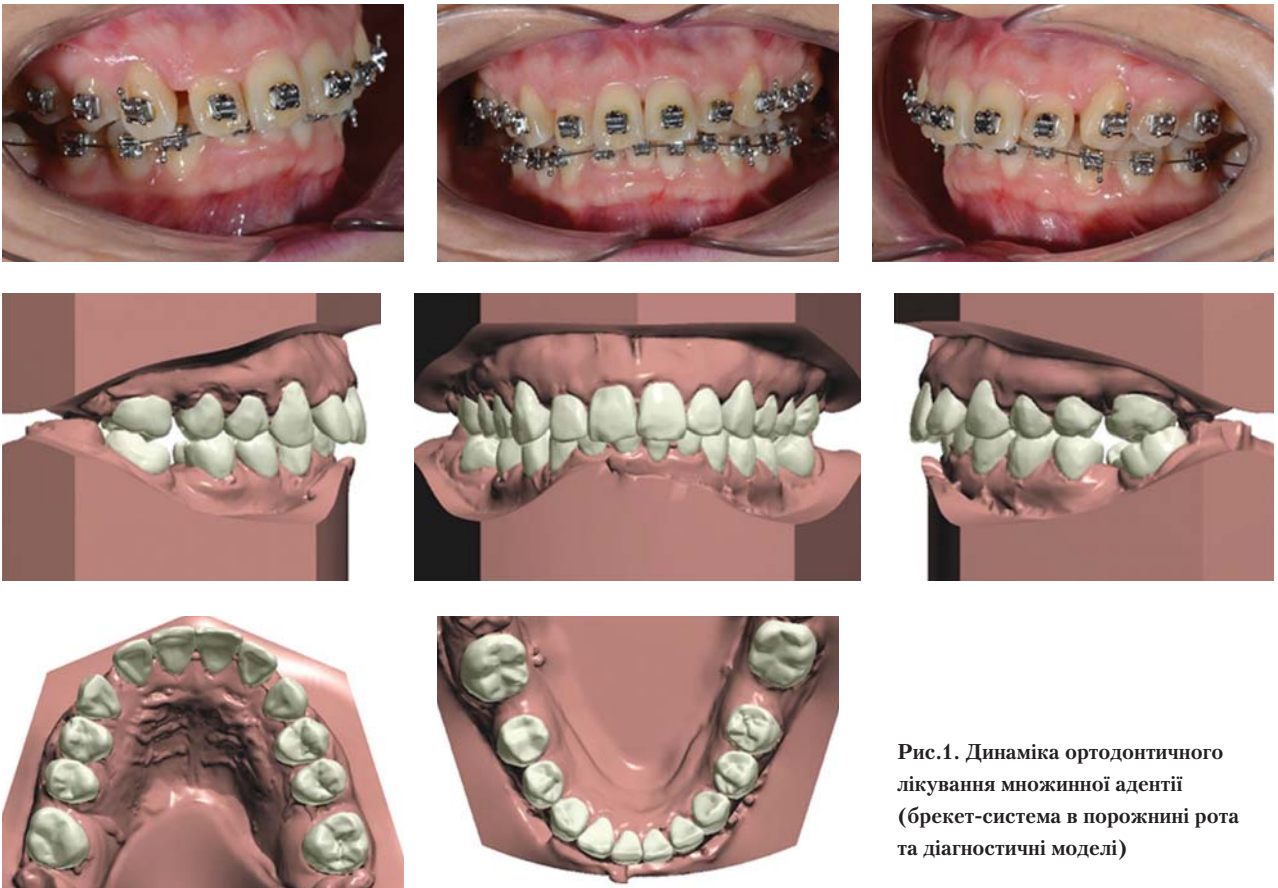
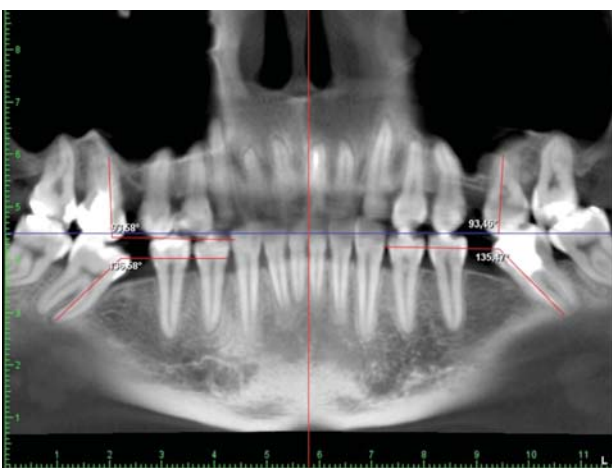


Рис.1. Динаміка ортодонтичного лікування множинної адентії (брекет-система в порожнині рота та діагностичні моделі)



Рис. 2. Зміна нахилу кутів других постійних молярів при адентії за даними аналізу комп'ютерної томографії (КТ).



На початковому етапі лікування було проведено вирівнювання положення зубів верхнього та нижнього зубних рядів за допомогою брекет-системи при послідовній зміні дуг нікель-титанового сплаву (NiTi) відповідно розміром 0,14; 0,16; 0,18; 0,16 × 022 NiTi, з інтервалами в місяць. У поальшому були встановлені мікроімпланти в місці віддалених зубів 35 і 45 (рис. 3).

Через місяць після встановлення мікроімплантатів була виготовлена та встановлена пружина для протракції молярів. Переміщення другого моляру за допомогою пружини проводилась 8 місяців з періодичними активаціями пружини кожний місяць, відповідно до зміни положення зубів 37 і 47. Крім того, робили додаткові, збільшені на 100, активації пружини для вирівнювання зуба у вертикальній площині в перші три місяці. Одночасно проводили ортодонтичне лікування зі змінами дуг на верхній та нижній щелепах послідовно 019*025 NiTi, та дуг, виготовлених зі сталевого дроту 019*025 (SS) з інтервалами у два місяці. На верхній щелепі на етапі встановлення дуги 0,19*0,25 SS використовували еластичний ланцюг на кожному зуб від 17 до 27 для одночасної протракції молярів та нахилу різців орально. Для консолідації зубних дуг у межах ікол використовували еластичні міжщелепні тяги за першим класом (еластики 128 г, 3,2 мм). Після встановлення зубів 37 і 47 у фісурно-горбкове положення I класу за Енглем із зубами 17

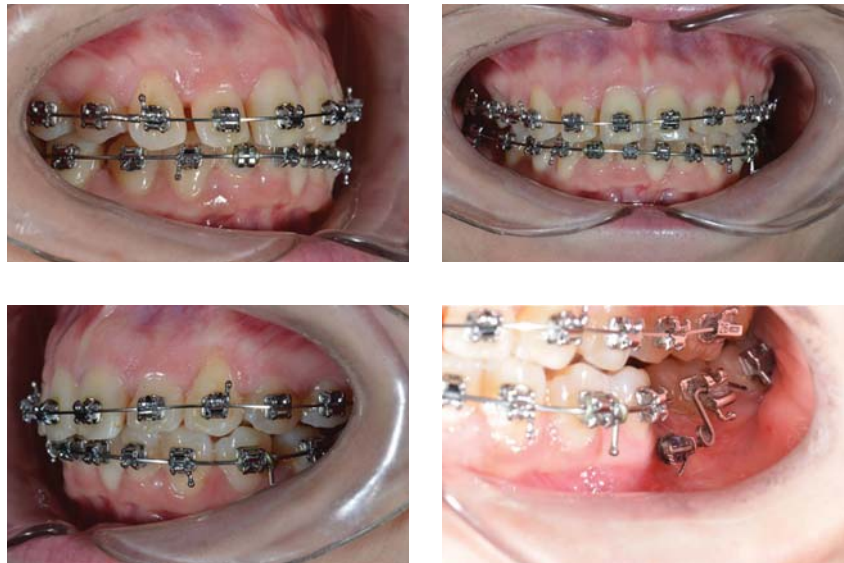


Рис. 3. Етапи лікування, вигляд мікроімплантату із встановленою та активізованою протруюючою пружиною в порожнині рота.

і 27 відповідно були зняті імплантати разом із пружиною ТМА, дуги 0,16*0,22 NiTi використовували для кінцевого позиціонування зубів у зубній дузі. Наприкінці лікування встановили незнімні ретейнери в межах фронтальних зубів нижньої щелепи (рис. 4).

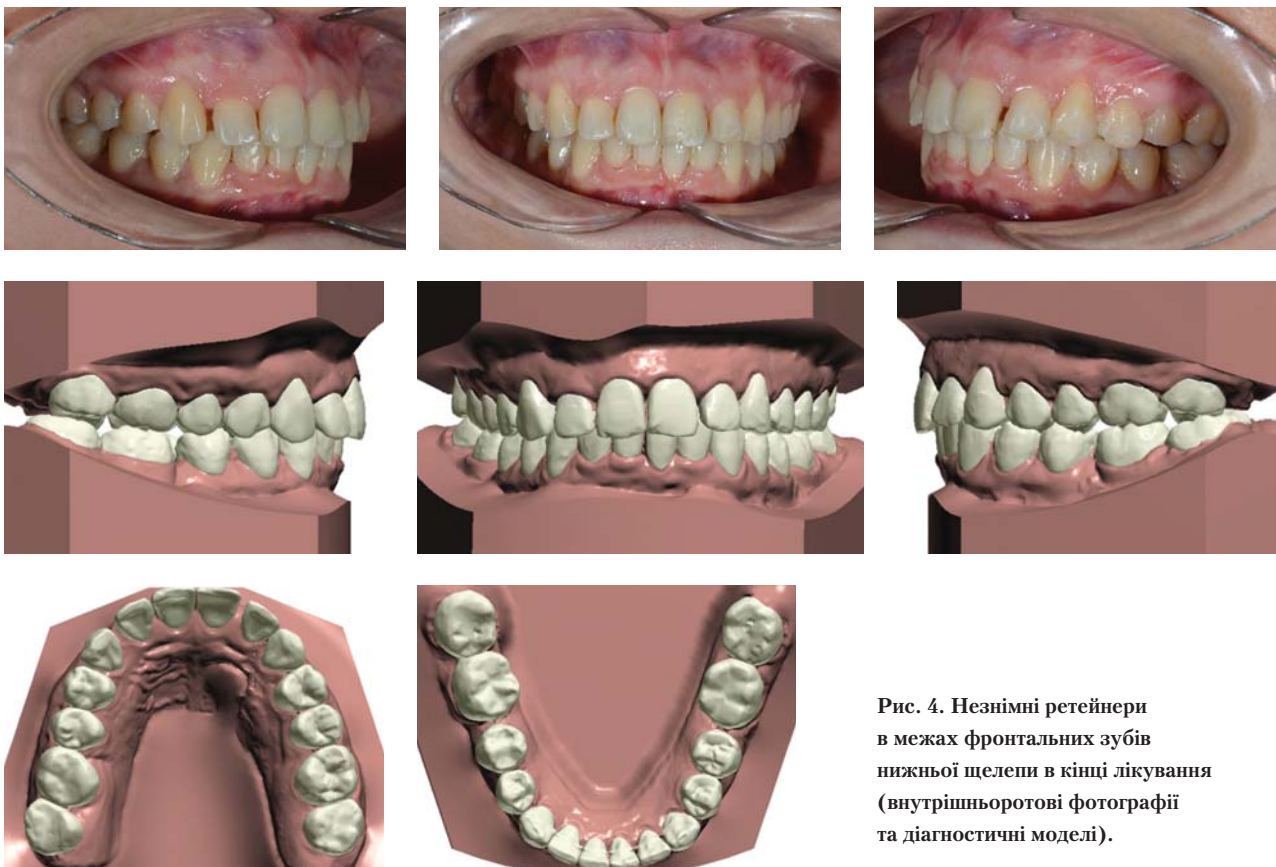


Рис. 4. Незнімні ретейнери в межах фронтальних зубів нижньої щелепи в кінці лікування (внутрішньоротові фотографії та діагностичні моделі).

Результати лікування та їх обговорення

Під час ортодонтичного лікування розробленим нами методом з використанням мікроімплантів були успішно відновлені величина та форма як верхньої, так і нижньої зубних дуг; відновлено правильний кут нахилу фронтальних зубів і величину перекриття у фронтальній ділянці. Крім того, було гармонізовано положення всіх зубів із встановленням контактів зубів-антагоністів (співвідношення ікол і молярів I класу за Енглем) і проведено вирівнювання і протракцію зубів 17, 27, 37 47 із встановленням правильного горбково-фісурного співвідношення молярів.

Ріжучі краї фронтальної групи зубів і вестибулярні горбики бічної групи зубів повторюють контури умовної лінії напівеліпсу на верхній щелепі та параболу на нижній щелепі зубних рядів, не виходячи за них (рис. 5).

Аналіз КТ показав зменшення кутів нахилу зубів до оклюзійної площини: 37 зуб зі $135,4^\circ$ до $113,8^\circ$; 47 зуб зі $136,5^\circ$ до $110,9^\circ$. При цьому зуби 17 і 27 одночасно показали збільшення кута нахилу. Так, для 17 зуба з $93,50$ до $100,50$, а 27 зуб з $93,40$ до $115,20$ (рис. 6).

Сучасні методи ортодонтичного лікування дають широкі можливості ортодонтам для прогнозованої корекції ортодонтичної патології. Введення у щоденну

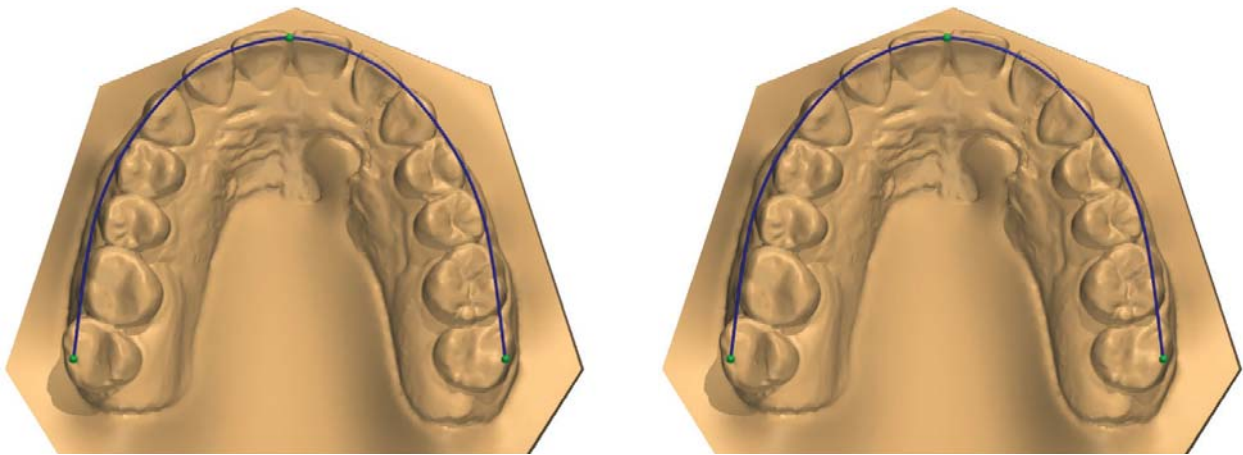


Рис. 5. Форма зубної дуги після лікування на моделі.

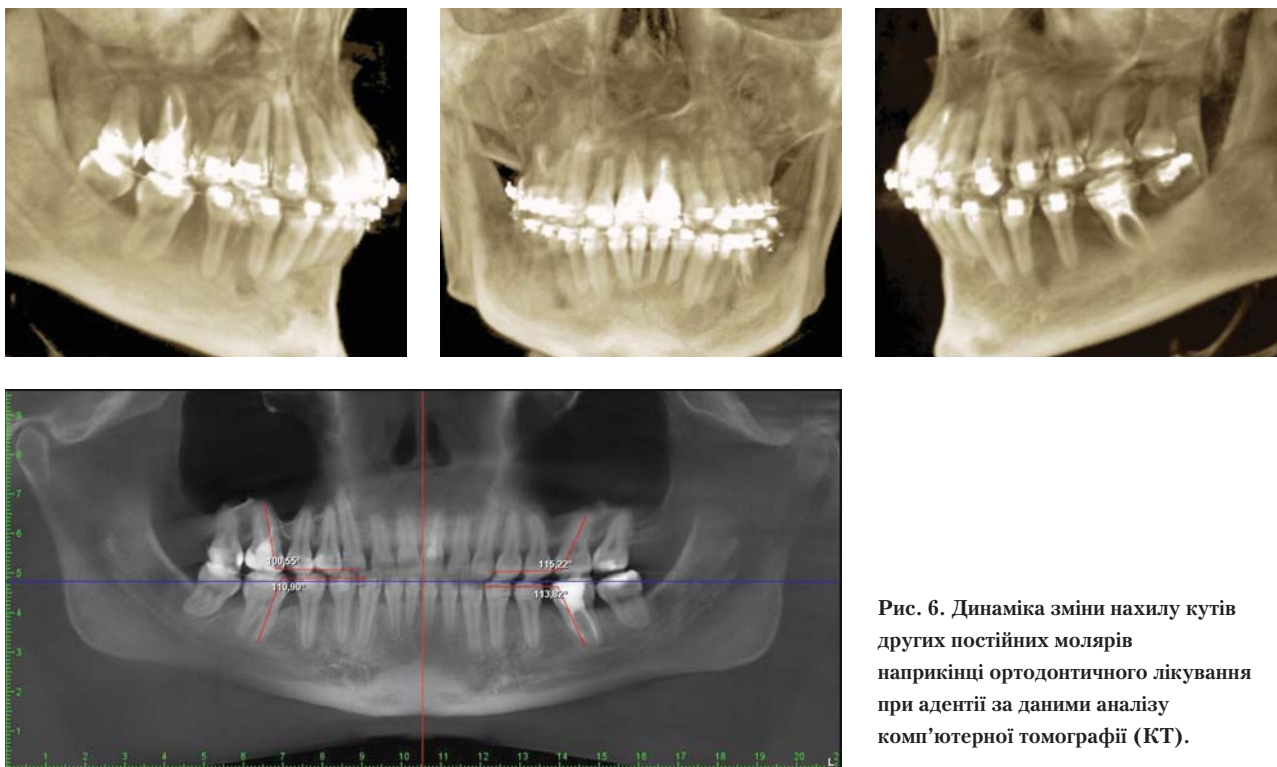


Рис. 6. Динаміка зміни нахилу кутів других постійних молярів наприкінці ортодонтичного лікування при адентії за даними аналізу комп'ютерної томографії (КТ).

практику мікроімплантатів як абсолютного анкеражу дозволяє переміщувати одні зуби, не залучаючи до переміщення інші. Ортодонті можуть чітко дозувати зусилля, що використовуються для лікування. Одночасно мікроімплантати змінюють звичну парадигму використання ортодонтичної апаратури, змінюючи геометрію дії зусиль. Класичне закриття проміжків зубного ряду шляхом протракції окремих зубів технікою прямої дуги потребує використання значної кількості мезіально розташованих зубів як опорних, до яких і будуть рухатись дистально розташовані зуби. Метод має свої недоліки. Серед них слід відмітити втрату анкеражу мезіально розташованих зубів і зміщення їх дистально. При цьому зусилля, прикладені до коронок зубів, і первинна біомеханіка – похило-обертальний рух зубів з точкою обертання в центрі резистенції. Стальні дуги формують другу пару сил, що протидіють нахилу зубів, але ми все одно втрачаємо кут нахилу зубів, що переміщуються мезіально.

Для протидії втраті анкеражу при лікуванні пацієнтів використовували мікроімплантати з вестибулярного боку альвеолярного паростка в ділянці видаленого зуба. З метою прикладання зусилля якнайближче до центру резистентності зуба використовували молярні трубки з вертикальним паростком, спрямованим в апікальний бік. Цей метод показав свою ефективність. Слід зазначити, що до початку

протракції треба так само дійти до етапу використання сталих дуг великого січення.

При використанні розробленого нами методу протракції зубів для протидії небажаним похило-обертальним рухам зубів за рахунок формування вигинів пружини у вертикальній та горизонтальній площині формуються сили, що нівелюють ротацію мезіально розташованих зубів, які виникають при протракції молярів. Система сил сбалансована в усіх площинах і дозволяє як рухати зуб корпусно, так і проводити його контрольований нахил. При цьому дія пружини не впливає на функціонування ортодонтичного апарата щодо лікування положення інших зубів.

Висновки

Таким чином, починати протракцію молярів можливо в будь який момент ортодонтичного лікування. Розроблений нами метод протракції має такі особливості та переваги:

- 1) протракція молярів при використанні розробленого нами методу проходить швидше в порівнянні з використанням загальноприйнятого методу протракції;
- 2) наявний повний контроль кута зуба у вертикальній площині;
- 3) відсутній вестибулярний нахил зубів при протракції.

ПОСИЛАННЯ

1. Antunes L.A.A., Freire J.S., Da Silva G.I.M., Rodrigues A.S. & Antunes L.D.S. (2019). Assessment of oral health – related quality of life in adolescents, young adults, and adults with dental agenesis: A comparative study // *Special Care in Dentistry*. doi: 10.1111/scd.12417 (<https://doi.org/10.1111/scd.12417>).
2. Labunets O.V. Chastota voinykoveniya y anatomo-topograficheskaia kharakterystyka vtorychnykh zubocheliustnykh anomaly y deformatsyi u lyts molodoho vozrasta hh. Yvano-Frankovska y Ternopolia s malymy vkluchennyymi defektamy zubnykh riadov / Labunets O.V., Denha O.V., Labunets V.A., Dyeva T.V., Lepskiy V.V., Lepskiy V.V., Romanova Yu.H. // *Halyskiy likarskiy visnyk*. – 2014. – Т. 21. – № 2. – С. 43–46.
3. Borodyna H.N. Makro- y mikrostruktura holovky nyzhnei cheliusty v norme y pry dvukhstoronnykh dystalnoneohranennykh defektakh zubnykh riadov // *Sybskiy medytynskiy zhurnal (Yrkutsk)*, t. 150, № 3, 2017, s. 17–19.
4. Kobets A.V. y Hiazdzhaly N.T. Ortodontycheskoe lechenye patsyentov pry korrektsyy vysoty okliuzyonnoi ploskosty // *Biulleten medytynskykh ynternet-konferentsiy*, t. 5, № 10, 2015, s. 1163–1163.
5. Shkaryn Vladymyr Viacheslavovych. Mezhdystsyplynarniy podkhod v okazany stomatolohycheskoi ortopedycheskoi pomoshchy pry defektakh zubnykh riadov // *Sovremennye problemy zdavoookhraneniya y medytynskoi statystyky*, № 1, 2019, s. 105–122. doi:10.24411/2312-2935-2019-00007.
6. Venatovskaia N.V., Pudovkina E.A., Suetenkov D.E. y Proshyn A.H. Protezyrovanye defektov tverdykh tkanei zubov y zubnykh riadov kak profylaktyka zubocheliustnykh anomaly u detei: ot neobkhodymosti k vozmozhnostiam // *Saratovskiy nauchno-medytynskiy zhurnal*, t. 7, № 1, 2011, s. 226–230.
7. Ali Z, Baker SR, Shahrabaf S, Martin N, Vettore MV. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis // *J. Prosthet. Dent.* – 2019 Jan.; 121 (1): 59–68.e3. doi: 10.1016/j.prosdent.2018.03.003. Epub 2018 Jul 10. PMID: 30006220.
8. Yordanyshvyly A.K., Haivoronskaia M.H., Soldatova L.N., Serykov A.A., Podbereskyna L.A. y Ponomarev A.A. Okkliuzyonno-obuslovlennyye zabolevaniya zhevatelnoho apparata (poniatye y rasprostranennost u vzrosloho cheloveka) // *Kurskiy nauchno-praktycheskiy vestnyk «Chelovek y ego zdorove»*, № 3, 2013, s. 39–43.
9. Khoranova N.A., Fomya A.V. Medyko-sotsyalnye aspekty spetsyalnoi ortodontycheskoi podgotovky patsyentov s zubocheliustnyimi anomalyami pry chastychnoi vtorychnoi adentyu pered postoiannym protezyrovanyem (kratkiy obzor lyteratury) // *Vestnyk novykh medytynskykh tekhnolohiy. Elektronnoe yzdaneye*, t. 11, № 2, 2017, s. 349–355.
10. Shkaryn V.V. Mezhdystsyplynarniy podkhod v okazany stomatolohycheskoi ortopedycheskoi pomoshchy pry defektakh zubnykh riadov // *Sovremennye problemy zdavoookhraneniya y medytynskoi statystyky*, № 1, 2019, s. 105–122. doi:10.24411/2312-2935-2019-00007.
11. Jepson N.J. The interdisciplinary management of hypodontia: restorative dentistry / N.J. Jepson, F.S. Nohl, N.E. Carter, T.J. Gillgrass, J.G. Meechan, R.S. Hobson, J.H. Nunn // *British Dental Journal*. – 2003. – Vol. 194. – P. 299–304.
12. Baik U.B. Protraction of mandibular second and third molars into missing first molar spaces for a patient with an anterior open bite and anterior spacing / Baik U.B., Chun Y.S., Jung M.H., Sugawara J. // *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* – 2012. – Jun; 141 (6). – P. 783–95. doi:10.1016/j.ajodo.2010.07.031.

13. V.P. Nespriadko, K.V. Storozhenko. Kompensatsiia malykh defektiv zubnykh riadiv u ditei i doroslykh // Ukrainskyi stomatolohichniy almanakh, № 5, 2013.
14. de Molon R.S., Park C.H., Jin Q., Sugai J., Cirelli J.A. Characterization of ligature-induced experimental periodontitis // Microsc. Res. Tech. – 2018; 81 (12): 1412–1421. doi:10.1002/jemt.23101.
15. Reichert I., Figel P., Winchester (2014). Orthodontic treatment of anterior open bite: a review article – is surgery always necessary? L. Oral Maxillofac. Surg., № 18 (3), pp. 271–7. doi: 10.1007/s10006-013-0430-5. Epub. 2013, Aug.
16. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29921415/?from_term=Fixed+orthodontic+treatment+gingivitis&from_pos=1.
17. Ajami B.A. Prevalence of hypodontia in nine- to fourteen-year-old children who attended the Mashhad School of Dentistry / Ajami B.A., Shabzendedar M., Mehrjerdian M. // Indian J. Dent. Res. – 2010. – Oct.-Dec.; 21 (4): 549–51. doi: 10.4103/0970-9290.74215.
18. Almedia R.R. A multidisciplinary treatment of congenitally missing maxillary lateral incisors: a 14-year follow-up case report / Renato Rodrigues de Almeida, Ana Carolina Faria Morandini, Renata Rodrigues de Almeida-Perdrin, Marcio Rodrigues de Almeida, Renata Cristina Faria Ribeiro Castro, Natalia Martins Insabralde // J. Appl. Oral Sci. – 2014. – 22 (5). – P. 465–471.
19. Yanova O.P., Volohyna M.V. Antropometrycheskiye metody dyahnostyky zubocheliustnykh anomalii. heometrychesky-hrafycheskaia reproduktsiya zubnykh duh // Sovremennyye problemy nauky y obrazovaniya. – 2018. – № 4.
20. Grijbovski A.M. Confidence intervals for proportions // Human Ecology. – 2008: 14: 57–6.
21. Field A.P. Discovering statistics using SPSS. – London, 2005. Sage Publications.

Результаты ортодонтического лечения пациентов молодого возраста с адентией постоянных зубов

И.В.Ковач, В.Ю. Филлимонов, Н.В. Алексеенко, Я.В. Лавренюк

Аннотация. Адентия оказывает негативное влияние на развитие зубочелюстного аппарата, а отсутствие первых моляров формирует условия для прогрессирующего снижения высоты прикуса, который не поддается саморегуляции и приводит к нарушению функционирования других органов зубочелюстной системы и возникновению осложнений. Ортодонтическое закрытие дефектов зубных дуг восстанавливает целостность зубного ряда и улучшает функционирование зубочелюстной системы в целом. Целью работы явилось изучение результатов ортодонтического лечения пациентов молодого возраста с адентией постоянных зубов с использованием микроимплантатов. По результатам лечения 17-ти пациентов с адентией зубов собственно разработанным ортодонтическим методом с применением микроимплантатов получены положительные результаты относительно протракции моляров, которая проходит быстрее по сравнению с использованием общепринятого метода и нивелируется ротация мезиально расположенных зубов, возникающих при протракции моляров.

Ключевые слова: адентия, ортодонтическое лечение, микроимплантат.

Results of orthodontic treatment young patients with edentulous permanent teeth

I. Kovach, V. Filimonov, N. Alekseenko, Ya. Lavrenyuk

Annotation. Adentia has a negative effect on the development of the dentition, and the absence of the first molars creates conditions for a progressive decrease in the height of the bite, which does not lend itself to self-regulation and leads to disruption of the functioning of other organs of the dentoalveolar system and the occurrence of complications. Orthodontic closure of dental arch defects restores the integrity of the dentition and improves the functioning of the dentition as a whole. The aim of this work was to study the results of orthodontic treatment of young patients with edentulous permanent teeth using microimplants. According to the results of the treatment of 17 patients with edentulous teeth with the actually developed orthodontic method using microimplants, positive results were obtained regarding molar protraction, which is faster than using the conventional method and the rotation of mesial teeth arising from molar protraction is leveled.

Key words: adentia, orthodontic treatment, microimplant.

В.Ю. Філімонов – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Кафедра хірургії з курсом стоматології. Вінниця, 21036, Україна.

E-mail: ortofil@gmail.com

Н.В. Алексеенко – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Кафедра хірургії з курсом стоматології. Вінниця, 21036, Україна.

Я.В. Лавренюк – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Кафедра хірургії з курсом стоматології. Вінниця, 21036, Україна.

І.В. Ковач – д-р. мед. наук, проф.

Дніпровський державний медичний університет Кафедра дитячої стоматології. Дніпро, 49000, Україна.

E-mail: doc.ilakovach@ukr.net

ДО УВАГИ АВТОРІВ ЖУРНАЛУ «СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ»

1. Вимоги до оформлення статей:

редакція приймає до друку статті українською та російською мовами, які не друкувались раніше й не перебувають на розгляді до друку в редакціях інших періодичних фахових видань України, лише за умови їх відповідності вимогам ДСТУ 7152:2010 до структури наукової статті. Обсяг наукової статті – до 15000 знаків із пробілами.

2. Вимоги до оформлення тексту:

- статті подаються в електронному та друкованому вигляді у 2-х примірниках (CD, e-mail) у форматі Microsoft Word. Один примірник мусять підписати всі автори та керівник установи/завідувач кафедри;
- рисунки й таблиці оформляються згідно з ДСТУ ГОСТ 2.105-95;
- ілюстрації подаються окремими файлами у форматах EPS, TIFF, JPG з роздільною здатністю 300 dpi;
- підписи до ілюстрацій подаються окремо в кінці статті.

3. У комплект матеріалів, що подаються на розгляд, входять:

- УДК.
- Українською, російською та англійською мовами:
 - назва публікації (без використання аббревіатур);
 - прізвище, ім'я, по батькові авторів у називному відмінку, їх посади та наукові звання, місце роботи, адреса, назва установи, з якої надходить стаття (без використання аббревіатур);
 - резюме, структуроване відповідно до розділів статті, повинно містити слова «Мета», «Методи», «Результати», «Висновки» та у стислій формі передавати зміст відповідних розділів тексту. Обсяг резюме – не менше 600 знаків;
 - ключові слова – 8–10 слів або словосполучень, що відображають зміст статті.
- Основний текст статті (українською або російською мовами) повинен складатися з таких розділів: вступ, матеріали та методи дослідження, результати дослідження та їх обговорення, висновки.
- Список використаної літератури, оформлений відповідно до вимог ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, повинен складатися з 10–20-ти позицій.

4. Супровідні матеріали:

- авторська довідка із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові, наукового ступеня, звання, посади, місця роботи; поштового індексу, домашньої адреси й телефонів, e-mail.

5. Інформація про надходження статей і термін їх публікацій:

- Інформацію про надходження статей і строк їх публікацій уточнюйте безпосередньо в редакції по тел.: (044) 230-27-19, (093) 311-22-68.

Статті просимо надсилати за адресою:

Україна, 04210, м. Київ-210, а/с 32, ТОВ «Експерт ЛТД»,
тел./факс: (044) 230-27-19,
e-mail: med_expert@ukr.net.