

УДК: 616.31+616.97+615.465

Рожко М.М., Кінаш І.О.

**Індексна оцінка стоматологічного статусу пацієнтів, яким виготовляли суцільнолітні куксові вкладки**Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти (зав. каф. - проф. М.М.Рожко)  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

**Резюме.** У статті подаються результати дослідження першого етапу ортопедичних заходів, які передбачали підготовку ясенного краю до виготовлення суцільнолітних куксових вкладок під ортопедичні конструкції. Проведення індексної оцінки 142 пацієнтів (з них 30 практично здорових осіб, 112 – основна група, яка потребувала санаційних заходів) включало визначення гігієнічних індексів Федорова-Володкіної та Грін-Вермільона (ОHI-S), а також визначали індекси та проби, які визначають стан запалення у тканинах пародонту: пробу Шиллера-Писарева, число Свракова, індекс гінгівіту Сіллесс-Лое, пародонтальний індекс Рассела (PI Russel), індекс Рамфьорда. До уваги також брали індекс КПВ (каріозні, пломбовані, видалені). На основі проведення основних найбільш інформативних гігієнічних та пародонтологічних індексів та проб у пацієнтів, яким необхідно було відновлювати опорні зуби під ортопедичні конструкції суцільнолітими куксовими вкладками, було зроблено висновки про найбільш ефективний та оптимальний спосіб корекції ясенного краю зубів із глибокими під'ясеними дефектами твердих тканин, які підлягали виготовленню суцільнолітних куксових вкладок. Встановлено, що підготовка ясенного краю зубів, які підлягають виготовленню куксових вкладок, діодним лазером, дозволяє досягнути кращих результатів із більшим ступенем вірогідності.

**Ключові слова:** індексна оцінка, стоматологічний статус, суцільнолітні куксові вкладки.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Надмірне захоплення лікарями-стоматологами та пацієнтами композитними реставраціями не завжди якісне ендодонтичне лікування призвело до того, що у разі виготовлення постійної ортопедичної конструкції є потреба у відновленні кукси зуба суцільнолітою куксовою вкладкою. Часто відлом коронкової частини зуба супроводжується пенетрацією під ясна. Проте, під'ясенне руйнування кореня зуба до 1 мм не є протипоказом виготовлення суцільнолітних куксових вкладок [1]. Зволікання із візитом до лікаря-стоматолога призводить до того, що в зоні зруйнованого зуба спотворюється гармонійна лінія крайових ясен за рахунок гіпертрофічного розростання крайового епітелію та некротизованих грануляційних тканин [2]. Це унеможливило зняття повноцінного відбитка та виготовлення ортопедичної конструкції – однічної коронки чи мостоподібного протеза. Існує декілька способів корекції крайових ясен навколо зуба [3]. Об'єктивно оцінити ефективність корекції ясенного краю можна за допомогою математичного аналізу проведених гігієнічних та пародонтологічних індексів та проб. Індексна оцінка є об'єктивним та актуальним критерієм порівняння та ефективності показників, які є нормою, та отриманих до і після лікування. Це дає змогу за клінічними показниками запропонувати оптимальний та ефективний спосіб лікування.

**Матеріал і методи дослідження**

Індексна оцінка стоматологічного статусу пацієнтів була проведена всім пацієнтам, які були включені в наше дослідження. Всього було обстежено 142 пацієнти, з яких 30 були включені у групу контролю «здорові», стоматологічне та соматичне здоров'я яких відповідали критеріям ВООЗ, решта 112 осіб склали основну групу дослідження. Основна група дослідження, пацієнтам якої було необхідно виготовити суцільнолітні куксові вкладки, була поділена на три групи. Першій групі, в якій було 29 чоловік, проводилась корекція ясенного краю хірургічним скальпелем в умовах хірургічного стоматологічного кабінету. Другій групі, в якій було 28 чоловік, корекція ясенного краю проводилась електрокоагуляцією в умовах стоматологічного кабінету. Третій групі, яка складала 55 осіб, була здійснена корекція ясенного краю діодним лазером «Ліка-хірург» для м'яких тканин. Всім пацієнтів, які були включені в дослідження, було проведено об'єктивне обстеження та визначення

клінічних індексів на час звернення. Групу контролю викликали одноразово. В основній групі дослідження після проведеного обстеження визначали комплекс необхідних лікувальних заходів, який передбачав екстракцію зубів із безнадійним прогнозом, ендодонтичне лікування та пломбування зубів, заміну застарілих пломб, професійну гігієну та навчання і контроль індивідуальної гігієни, тобто корекцію тих параметрів, які можуть впливати на показники індексної оцінки.

Отже, включення у дослідження 112 пацієнтів основної групи передбачало весь об'єм загальноприйнятих діагностичних заходів, встановлення діагнозу, проведення комплексу хірургічних, терапевтичних, ортопедичних заходів. Ортопедичні заходи передбачали підготовку ясенного краю до виготовлення суцільнолітних куксових вкладок, власне виготовлення суцільнолітних куксових вкладок та зняття робочих відбитків під ортопедичні конструкції. Власне, ми сконцентрувалися на дослідженні першого етапу ортопедичних заходів, які передбачали підготовку ясенного краю до виготовлення суцільнолітних куксових вкладок. Проведення індексної оцінки включало визначення гігієнічних індексів Федорова-Володкіної та Грін-Вермільона (ОHI-S), а також визначали індекси та проби, які визначають стан запалення у тканинах пародонту: пробу Шиллера-Писарева, число Свракова, індекс гінгівіту Сіллесс-Лое, пародонтальний індекс Рассела (PI Russel), індекс Рамфьорда. А також брали до уваги індекс КПВ (каріозні, пломбовані, видалені). Математичні показники отримували в балах, згідно з рекомендованими методиками [4, 5]. Статистичну обробку здійснювали за допомогою програми «Statistica». Результати вважали статистично значущими при  $p < 0,05$  та  $p < 0,001$ .

**Результати дослідження та їх обговорення**

За допомогою індексу гігієни Федорова-Володкіної (ІГФВ) визначали площу зубного нальоту шляхом зафарбування шести нижніх фронтальних зубів. За критеріями оцінки в контрольній групі ІГФВ оцінювали як добрий –  $1,51 \pm 0,07$  бала. В I групі основної групи ІГФВ склав  $2,31 \pm 0,16$  бала, у II групі  $2,29 \pm 0,15$  бала та в III групі –  $2,32 \pm 0,11$  бала. У II групі ІГФВ наближався до задовільного, а у I та III групі був незадовільним. Після проведеного лікування у всіх досліджуваних групах ІГФВ став задовільним: у I групі –  $1,88 \pm 0,04$  бала, у II групі –  $1,76 \pm 0,06$  бала, у III групі –  $1,72 \pm 0,04$  бала (зміни були достовірні порівняно із групою контролю та значеннями ІГФВ до лікування –  $p_1 < 0,001$ ,  $p_2 < 0,001$  відповідно). Тут і далі  $p_1$  – достовірність відмінності від групи контролю,  $p_2$  – достовірність відмінності від показника до лікування (табл. 1).

У разі визначення індексу Грін-Вермільона (ІГВ) на досліджуваних поверхнях зубів визначали зубний наліт (Debrax-Index) та зубний камінь (Calculus-index). Хороша гігієна ротової порожнини була у групі контролю ( $0,59 \pm 0,02$  бала). ІГВ у пацієнтів, які потребували ортопедичного лікування, склав у I групі  $0,72 \pm 0,06$  бала ( $p_1 > 0,05$ ), у II групі –  $0,81 \pm 0,02$  бала ( $p_1 < 0,001$ ) та у III групі –  $0,79 \pm 0,02$  бала ( $p_1 < 0,001$ ). Після проведеного лікування ІГВ набув значень, які відповідають хорошій гігієні: у I групі –  $0,58 \pm 0,04$  бала, у II групі  $0,61 \pm 0,03$ , у III групі  $0,62 \pm 0,06$  балів (для всіх  $p_2 > 0,05$ ).

Активність запального процесу ясен, інтенсивність якого характеризує проба Шиллера-Писарева, було значним у всіх групах хворих і достовірно відрізнялось від показника контрольної групи ( $1,00 \pm 0,09$  бала). У I групі показник знижувався і набував значень із  $3,83 \pm 0,07$  бала до  $1,81 \pm 0,04$  балів, і це зниження було достовірним порівняно з показником до лікування –  $p_1 < 0,001$ ,  $p_2 < 0,05$ ). У II групі дослідження числове значення ПШП була до лікування  $3,89 \pm 0,04$  балів, а після лікування –  $1,72 \pm 0,02$  ( $p_1 < 0,001$ ,  $p_2 < 0,05$ ), у III групі відповідно  $4,01 \pm 0,02$  балів до лікування і  $1,54 \pm 0,08$  після лікування

Таблиця 1. Динаміка клінічних показників у досліджуваних групах під впливом лікування

Показники	Контрольна група n=30	Основна група до лікування			Основна група після лікування		
		I n=29	II n=28	III n=55	I n=29	II n=28	III n=55
Індекс гігієни Федорова-Володкіної, бали	1,51±0,07	2,31±0,16 p <sub>1</sub> >0,05	2,29±0,15 p <sub>1</sub> >0,05	2,32±0,11 p <sub>1</sub> <0,001	1,88±0,04 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	1,76±0,06 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	1,72±0,04 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001
Індекс Грін-Вермільона, бали	0,59±0,02	0,72±0,06 p <sub>1</sub> >0,05	0,81±0,02 p <sub>1</sub> <0,001	0,79±0,02 p <sub>1</sub> <0,001	0,58±0,04 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05	0,61±0,03 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05	0,62±0,06 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05
Проба Шиллера-Писарева, бали	1,00±0,09	3,83±0,07 p <sub>1</sub> >0,05	3,89±0,04 p <sub>1</sub> >0,05	4,01±0,02 p <sub>1</sub> <0,001	1,81±0,04 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,05	1,72±0,02 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,05	1,54±0,08 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,05
Число Свракова	0,04±0,01	1,54±0,09 p <sub>1</sub> <0,05	1,72±0,03 p <sub>1</sub> <0,05	1,76±0,07 p <sub>1</sub> <0,001	0,15±0,03 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	0,18±0,01 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	0,18±0,02 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001
Індекс гінгівіту Сілнесс-Лое, бали	0,11±0,01	2,81±0,04 p <sub>1</sub> <0,05	2,83±0,03 p <sub>1</sub> <0,001	2,91±0,04 p <sub>1</sub> <0,05	1,02±0,01 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,001	1,18±0,02 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,001	0,99±0,01 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05
Пародонтальний індекс Рассела, бала	0,71±0,03	1,45±0,06 p <sub>1</sub> >0,05	1,49±0,05 p <sub>1</sub> >0,05	1,47±0,07 p <sub>1</sub> >0,05	0,86±0,09 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	0,69±0,02 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,05	0,61±0,02 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,001
Індекс Рамфьорда, бали	1,03±0,01	3,04±0,06 p <sub>1</sub> >0,05	2,97±0,03 p <sub>1</sub> >0,05	3,11±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	1,98±0,07 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,05	2,01±0,03 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	1,99±0,02 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001
КПВ, бали	5,15±0,35	9,94±0,09 p <sub>1</sub> <0,05	10,11±0,07 p <sub>1</sub> <0,05	11,31±0,09 p <sub>1</sub> <0,05	12,01±0,04 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,05	12,03±0,03 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,001	11,04±0,06 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001

Примітка: Вірогідність відмінностей: p<sub>1</sub> – відносно величини групи контролю; p<sub>2</sub> – відносно величини до лікування

(p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,05).

Число Свракова (ЧС) та індекс гінгівіту Сілнесс-Лое (ІГСЛ) були в межах норми у групі контролю: відповідно ЧС 0,04±0,01 та ІГСЛ 0,11±0,01 балів, що свідчило про відсутність запалення. У обстежених хворих ці показники вказували на запалення, яке проявлялось гіперемією, набряком, гіпертрофією в усіх групах дослідження. Зокрема, у I групі до лікування ЧС складало 1,54±0,09, ІГСЛ 2,81±0,04 балів (p<sub>1</sub><0,05) та після лікування – ЧС 0,15±0,03 (p<sub>1</sub>>0,05, p<sub>2</sub>>0,05), ІГСЛ 1,02±0,01 балів (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,001). У II групі до лікування ЧС дорівнювало 1,72±0,03 (p<sub>1</sub><0,05), ІГ 2,83±0,03 (p<sub>1</sub><0,001), а після лікування – ЧС 0,18±0,01 (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,001), ІГ 1,18±0,02 балів (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,001). У хворих III групи ЧС було 1,76±0,07, ІГ 2,91±0,04 бала (для обох p<sub>1</sub><0,05) до лікування, та після лікування ЧС 0,18±0,02 (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,001), ІГ 0,99±0,01 балів (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub>>0,05). Таким чином, після лікування спостерігалось зниження обох індексів – ЧС та ІГСЛ, проте найбільш значним воно було в III групі.

Оцінка в балах вираженості запально-деструктивних змін у пародонті за допомогою пародонтального індексу Рассела (ПІ) показала значення 0,71±0,03 бала у групі контролю, 1,45±0,06 бала (p<sub>1</sub>>0,05) у I групі дослідження до лікування, 1,49±0,05 бала (p>0,05) у II групі дослідження, 1,47±0,07 бала (p<sub>1</sub>>0,05) у III групі дослідження, що інтерпретувалось як початкова стадія пародонтиту. Після лікування у II та III групах дослідження були отримані показники із вірогідною різницею: 0,69±0,02 (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,05) та 0,61±0,02 (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,001) відповідно. У I групі показник знижувався недостовірно: 0,86±0,09 (p<sub>1</sub>>0,05, p<sub>2</sub>>0,05). Проте у всіх групах, незважаючи на проведенне лікування, пародонтальний індекс залишався в межах показника, який відповідає початковій стадії пародонтиту.

Індекс Рамфьорда, який оцінює в балах два показники – запалення ясен різного ступеня та глибину патологічних зубо-ясенних кишень, у групі контролю становив 1,03±0,01 бала, в той же час у групах дослідження він склав 3,04±0,06 бала (p>0,05), 2,97±0,03 балів (p<sub>1</sub>>0,05), 3,11±0,01 бала (p<0,001) у I, II, III групі відповідно, що свідчило про запалення ясен середньої важкості, пародонтальні кишени були відсутні. Після лікування у I групі дослідження індекс Рамфьорда склав 1,98±0,07 бала (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub>>0,05), у II групі –

2,01±0,03 балів (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,001), у III групі – 1,99±0,02 балів (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,001).

В нашому дослідженні до уваги було прийнято показник інтенсивності карієсу КПВ. Після лікування показник достовірно змінювався у всіх досліджуваних групах: в I групі показник КПВ змінився з 9,94±0,09 балів (p<sub>1</sub>>0,05) до лікування до 11,04±0,06 балів (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,05) після лікування. В II групі до лікування він склав 10,11±0,07 бала (p<sub>1</sub><0,05), після лікування – 12,03±0,03 (p<sub>1</sub><0,05, p<sub>2</sub><0,001), до лікування в III групі КПВ склав 11,31±0,09 бала (p<sub>1</sub><0,05), після лікування – 12,01±0,04 (p<sub>1</sub><0,001, p<sub>2</sub><0,001). На зміну показника КПВ впливав весь комплекс заходів, які проводились: видалення зубів із безнадійним прогнозом, ендодонтичне лікування та пломбування зубів уражених карієсом, заміна застарілих пломб, професійна гігієна, навчання та контроль індивідуальної гігієни.

Таким чином, всі методи корекції та підготовки ясенного краю зубів як першого етапу ортопедичного лікування з виготовленням суцільнолитих куксових вкладок, продемонстрували клінічну ефективність, проте вона відрізнялася залежно від способу підготовки. В I групі дослідження, де підготовка ясен здійснювалась хірургічним способом, нам вдалося досягнути зниження запального процесу в яснах та покращення рівня гігієни, проте не було отримано достатньої кількості вірогідних результатів індексної оцінки. Та сама тенденція зберігалась і в II досліджуваній групі, де здійснювали корекцію ясенного краю електрокоагулятором. В III досліджуваній групі, де застосовувався діодний лазер, вірогідно покращився індекс гігієни Федорова-Володкіної, індекс Грін-Вермільона, проба Шиллера-Писарева, індекс гінгівіту Сілнесс-Лое, пародонтальний індекс Рассела, індекс Рамфьорда.

## Висновки

1. Поглиблене обстеження стоматологічного хворого та проведення комплексу оздоровчих санаційних заходів дозволяє покращити стан стоматологічного здоров'я хворого, про що може свідчити динамічна зміна гігієнічних, пародонтологічних індексів та проб у статистичній групі.

2. Підготовка ясенного краю зубів, які підлягають виготовленню куксових вкладок діодним лазером, дозволяє досягнути результатів зі більшим ступенем вірогідності.

3. Незважаючи на трудомісткий процес визначення та математичний аналіз, визначення індексів та проб є актуальним, оскільки дає об'єктивну оцінку клінічної картини на етапах обстеження хворого та в процесі лікування.

**Перспективними дослідженнями в даному напрямку** є подальше вивчення індексів та проб та їх клінічної значимості при різних видах стоматологічної патології та різноманітних методах їх корекції.

### Література

1. Стоматологія: Т. 1 / М.М. Рожко, З.Б. Попович та ін.; за ред. проф. М.М. Рожка. – Івано-Франківськ: «Нова зоря», 2007. – 520 с. – С. 151-155.
2. Костенко С.Я. Морфологічне дослідження структурного стану ясен на початку ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясенного краю / С.Я. Костенко // Современная стоматология. – 2008. – №2. – С. 144-148.
3. Мюзикант Б.Л. Принципи встановлення і підбору коронково-кореневих вкладок: як збільшити довговічність відновлення // Б.Л. Мюзикант, Б.І. Коен, А.С. Дойч // Новини стоматології. – 2002. – №3. – С. 36-37.
4. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я / Н.І.Кольцова, О.З.Децик, М.М. Рожко, М.М. Довжинський, В.О. Дешко, Р.В. Казакова. – Івано-Франківськ, 1999. – 304 с.
5. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998. – 406 с.

*Рожко Н.М., Кинаш І.Е.*

**Индексная оценка стоматологического статуса пациентов, которым изготавливали цельнолитые культевые вкладки**

Кафедра стоматологии факультета последипломного образования (зав. каф. - проф. Н.М.Рожко)

ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет"

**Резюме.** В статье представляются результаты исследования первого этапа ортопедических мероприятий, которые предусматривали подготовку десневого края к изготовлению цельнолитых культевых вкладок для ортопедических конструкций. Проведение индексной оценки 142 пациентов (из них 30 практически здоровых лиц, 112 – основная группа, которая нуждалась в санационных мероприятиях) включало определение гигиенических индексов Федорова-Володкиной и Грин-Вермильона (ОНИ-С), а также оценку индексов и проб, которые определяют состояние воспаления в тканях пародонта: пробу Шиллера-Писарева, число Свра-

кова, индекс гингивита Силнесс-Лоэ, пародонтальный индекс Рассела (PI Russel), индекс Рамфорта. Во внимание также принимали индекс КПУ (кариозные, пломбированные, удалены). На основе проведения оценки основных наиболее информативных гигиенических и пародонтологических индексов и проб у пациентов, которым необходимо было восстанавливать опорные зубы под ортопедические конструкции цельнолитой культевой вкладкой, были сделаны выводы о наиболее эффективном и оптимальном способе коррекции десневого края зубов с глубокими поддесневым дефектом твердых тканей, которые подлежали изготовлению цельнолитых культевых вкладок. Установлено, что подготовка десневого края зубов, подлежащих изготовлению культевых вкладок, диодным лазером позволяет достичь лучших результатов с большей степенью вероятности.

**Ключевые слова:** индексная оценка, стоматологический статус, цельнолитые культевые вкладки

*I.O. Kinash, M.M. Rozhko*

**Index Evaluation of the Dental Status of the Patients who Received Solid Stump Inserts**

Dentistry Department of the Postgraduate Education Faculty (Head of the Faculty, Doctor of the Medical Science, Professor M.M. Rozhko)

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

**Abstract.** The article describes the research results of the first stage of orthopedic work, which prepared the edges of the gums for the placement of the whole stump inserts for orthopedic structures. Performance of the index evaluation of the 142 patients (among them 30 were practically healthy people, 112 – the main group of patients, who needed some sanitation work) included the determination of the hygienic indexes of Fedorov - Volodkina and Greene-Vermillion (ОНИ-С). We also determined the indexes and tests, which measure the inflammation state of the periodontium tissues: Schiller-Pisarev test, Svrakov's number, Silness and Loe gingival index, Russel's parodontium index (PI), Ramford's index. The DMF index (decayed, missing and filled) was considered as well. Taking into account the results of the main, most informative hygienic and periodontologic indexes and tests in the patients who needed restoration of the supporting teeth for orthopedic constructions with solid stump inserts, we found the most effective and optimal way of correcting the gums edges with deep under gum defects of the hard tissues, which needed the solid stump inserts. It was determined, that diode laser treatment of the gums edges, where the solid stump inserts needed to be placed, helped to reach better results with higher degree of probability.

**Key words:** Index evaluation, dental status, solid stump inserts.

Надійшла 02.12.2013 року.

УДК 616.314-77-616.314

*Сидоренко Л.П., Ожоган З.Р.*

**Особенности методики та аналізу біометричних досліджень малих дефектів зубних рядів**

Івано-Франківський національний медичний університет

**Резюме.** У роботі наведені результати біометричних досліджень малих дефектів зубних рядів, які були проведені за допомогою внутрішньоротових та позаротових методів (на гіпсових моделях щелеп).

Таким чином, метою роботи є обґрунтування переваг застосування методу ортопедичного лікування за допомогою запропонованих адгезивних мостоподібних протезів для відновлення малих дефектів зубних рядів.

Після проведеного вимірювання було отримано значення розмірів малих дефектів зубних рядів та проведено обчислення середніх величин за допомогою статистичних програм. Таким чином

у даній роботі представлені середні значення розмірів малих дефектів зубних рядів без дентоальвеолярних деформацій та із наявними дентоальвеолярними деформаціями в обстежених.

З метою детальної діагностики стану опорних зубів, характеристики дефектів зубних рядів, вивчення впливу малих дефектів зубних рядів на біомеханіку рухів суглобових головок скронево-нижньощелепних суглобів та розробки комплексу лікувальних заходів проведено порівняння розмірів дефектів зубних рядів у хворих без деформацій та з вторинними деформаціями. Такі вимірювання дають змогу провести детальну характеристику малих дефектів зубних рядів та у подальшому виявити закономірності