

Значення індекса більше 35 були виявлені у 13,58 % волонтерів, їм було показано комплексне лікування.

**Висновки.** 1. Зубочелюстні аномалії широко розповсюджені в групі студентів-стоматологів, незважаючи на їх освідженість в питаннях аномалійного і фізіологічного строєння зубочелюстної системи. 2. Практично не потребували ортодонтичного лікування тільки 40,74 % обстежених, в обов'язковому комплексному ортодонтичному лікуванні потребує 13,58 % волонтерів. 3. Найчастіше при оцінці власного стоматологічного статусу юнаки і дівчата звертають увагу на наявність вертикальної міжрезцової щели (ознака не виявлена). 4. Скупченість зубів в резцових сегментах обох зубних рядів обстежуваними не сприймалася як аномалійний ознака (виявлена практично в 68 % випадків).

### Список літератури

1. Кузник Н. Б. Стоматологічний статус дітей із супутньою стоматологічною патологією / Кузник Н. Б., О.І. Годованець // Буковинський медичний вісник. Том 14, № 1 (53), 2010. – С. 45 – 47.
2. Курасова В. Д. Структура зубочелюстних аномалій у ді-

тей Сумської області за зверненням / В.Д. Курасова, Л.Б. Галич, Л.В. Галич // Український стоматологічний альманах. – № 6. – 2013. – С. 68 – 70.

3. Лепорський Д. В. Удосконалення диференційованих підходів до комплексного лікування ортодонтичних хворих : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 – «Стоматологія» / Д. В. Лепорський – Київ, 2006. – 20 с.

4. Ославський О. М. Розповсюдженість та види зубочелюстних аномалій у дітей м. Одеси / О. М. Ославський // Вісник стоматології. – № 1. – 2010. – С. 38 – 40.

5. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий / [Ф. Я. Хорошилкина, Р. Френкель, Л. М. Демнер и др.] (Совместное издание СССР – ГДР). – М.: Медицина, 1987 – С. 117 – 120.

6. Brook P. H., Shaw W. C. 1989. The development of an index of orthodontic treatment priority. European Journal of Orthodontics. 11: 309 – 320.

7. Cons N. C., Jenny J., Kohout F. J., Songpaisan Y., Jotikastira D. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. Journal of Public Health Dentistry. 1989; 49: 163 – 166.

8. Daniels C., Richmond S. 2000. The development of the index of complexity, outcome and need (ICON). J Orthod. 2000 Jun;27(2):149-62.

9. Evans R., Shaw W. 1987. Preliminary evaluation of an illustrated scale for rating dental attractiveness. European Journal of Orthodontics. 9: 314 – 318.

10. Grainger, R. M. (1967) Orthodontic Treatment Priority Index, Public Health Service Publication No. 1000, Series 2, No. 25, US Government Printing Office, Washington DC

Поступила 07.10.14



УДК: 616.314-089.23

**А. В. Якимець**

ІС НМАПО імені П. Л. Шупика

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З АДЕНТІЄЮ ВЕРХНІХ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ

*Вибираючи метод лікування, ортодонт грає вирішальну роль, оскільки саме він визначає можливість використання простору у зубній дузі та встановлення наявних зубів у положенні. Але не завжди план лікування агенезії латеральних різців є очевидним.*

*Мета* нашої роботи є створення діагностичного алгоритму, що базувався б на статистичному аналізі вихідних діагностичних даних.

**Матеріали та методи.** В ході обстеження було визначено співвідношення молярів за Енглею та вертикальне перекриття у фронтальній ділянці, симетричність агенезії латеральних різців верхньої щелепи, оцінка кольору центральних різців та ікол за шкалою «Vita», оцінка співвідношення рівня ясенного краю ікол та центральних різців у пацієнтів, обробка результатів дослідження в програмі Statistica версія 6.1, а також визначення розмірів зубів.

**Результати.** Аналізуючи кореляцію симетричності патології із класом Енгеля та величиною вертикального перекриття нами не було виявлено достовірного зв'язку між статтю пацієнтів. Оцінюючи симетричність патології та оклюзійних співвідношень проводилася оцінка кольору центральних різців та ікол за шкалою «Vita». Не менш важливим є оцінка співвідношення рівня ясенного краю ікол та центральних різців у пацієнтів. Але на наш погляд, треба зважати на висоту лінії посмішки та приймати до уваги естетичні потреби пацієнта, якщо усі інші параметри є адекватними для вибору заміщення як варіанта вибору при складанні плану лікування.

**Висновки.** Тому використовуючи описані особливості клінічного обстеження, їх результати та впровадження в ортодонтичну практику дозволить спростити процес діагностики агенезії латеральних різців верхньої щелепи та зменшити навантаження на пацієнта шляхом уникання зайвих досліджень, що покращить кооперацію між профільними спеціалістами (ортодонтом, хірургом, ортопедом, терапевтом).

**Ключові слова:** адентія, клінічне обстеження пацієнтів, ортодонтичні методики та їх впровадження в практику.

**А. В. Якимець**

ИС НМАПО имени П. Л. Шупика

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИЗ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНИХ ЛАТЕРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ**

*Выбирая метод лечения, ортодонт играет решающую роль, поскольку именно он определяет возможность использования пространства в зубной дуге и установления имеющихся зубов в положении. Но не всегда план лечения агенезии латеральных резцов является очевидным.*

*Цель нашей работы* есть создание диагностического алгоритма, который базировался бы на статистическом анализе исходных диагностических данных.

**Материалы и методы.** В ходе обследования было определено соотношение моляра за Энгле и вертикальное перекрытие во фронтальной области, средние значения вертикального перекрытия и симметричность агенезии латеральных резцов верхней челюсти.

**Результаты.** Анализируя корреляцию симметричности патологии классом Энгля и величиной вертикального перекрытия нами не было выявлено достоверной связи между статьями пациентов. Оценивая симметричность патологии и окклюзионных соотношений проводилась оценка цвета центральных резцов и клыков за шкалой "Vita". Важной является оценка соотношения уровня десенного края клыков и центральных резцов у пациентов. Но на наш взгляд, надо считаться с высотой линии улыбки и принимать к сведению эстетические потребности пациента, если все другие параметры являются адекватными для выбора замещения как варианта выбора при складывании плана лечения.

**Выводы.** Поэтому используя описанные особенности клинического обследования, их результатов и внедрения в ортодонтическую практику позволит упростить процесс диагностики агенезии латеральных резцов верхней челюсти та уменьшит нагрузку на пациента путем избегания лишних исследований, что бы улучшить кооперацию между профильными специалистами (ортодонтом, хірургом, ортопедом, терапевтом). **Ключевые слова:** адентия, клиническое обследование пациентов, ортодонтические методики и их внедрения в практику.

**A. V. Yakymets**

Institute of stomatology National medical academy for postgraduate education named after P.L. Shupyk,

## **FEATURES OF CLINICAL INSPECTION OF PATIENTS FROM BY THE AEDENTIA OF OVERHEAD LATERAL CHISELS**

*Choosing the method of treatment orthodontic plays a decision role, as exactly he determines possibility of the use of space in a dental arc and establishment of present teeth in position. But not always a plan of treatment of agenesis of lateral chisels is obvious. Reason of it is a variety of clinical presentation, that is formed by not only position of adherent teeth and by the type of occlusion correlations but also form, color of adherent teeth, accordance of sizes of bases of jaws.*

**An aim of our work** is creation of diagnostic algorithm that would be based on the statistical analysis of basic diagnostic data and would allow with the certain degree of authenticity to assert on factors forming of pathology in concrete clinical case.

**Materials and methods.** During an inspection there was certain correlation of molars for Engle and vertical ceiling in a frontal area, mean values of the vertical ceiling and symmetry of agenesis of lateral chisels of upper jaw.

**Result.** Analysis correlation of symmetry of pathology with the class of Engle and size of the vertical ceiling by us it was not educed reliable connection between the articles of patients. Estimating symmetry pathology and occlusion correlations the estimation of color of central chisels was conducted and canines after a scale "Vita". Thus we determined a difference in a color between central chisels and fangs, as this parameter is an important criterion at the evaluation of potential success of substituting for lateral chisels by fangs for patients with acceptable to it an occlusion chart. Therefore among patients with acceptable to substituting for chisels fangs by an occlusion chart in majority a difference in a color between central chisels and fangs was adequate for such plan of treatment. Important is an estimation of correlation of level of gingival edge of canines and central chisels for patients. But in our view, it is necessary to

consider by the height of line of smile and take the aesthetic necessities of patient into account, if all other parameters are adequate for the choice of substitution as variant of choice at the stowage of plan of treatment.

**Conclusions.** Therefore using the described protocol of clinical inspection, their results and introduction in orthodontic practice will allow to simplify the process of diagnostics of aedentia of lateral chisels of upper jaw, decrease loading on a patient by avoidance of superfluous researches, to improve co-operation between profile specialists (orthodontic, by a surgeon, orthopedist, internist).

**Keywords:** aedentia, clinical inspection of patients, orthodontic methodology and of their introduction in practice.

**Вступ.** В сучасній ортодонтії існують специфічні критерії, які необхідно враховувати при виборі адекватної окремому клінічному випадку послідовності лікування. Насамперед, метод вибору має бути настільки мало інвазивним, наскільки це можливо, при цьому задовольняти естетичні та функціональні потреби у лікуванні. При виборі методу лікування ортодонт грає вирішальну роль, оскільки саме він визначає можливість використання простору у зубній дузі та встановлення наявних зубів у положенні, оптимальному для реставрації. Наприклад, при заміщенні бокових різців іклами можна отримати прекрасні естетичні та функціональні результати. Проте, якщо цей метод буде використаний у ситуації, де для цього не було показань, результат лікування може бути незадовільним. Узагальнюючи, можна стверджувати, що міждисциплінарний підхід є найбільш прогнозованим шляхом отримання оптимального естетичного результату [1-5].

Проте не завжди план лікування агенезії латеральних різців є очевидним. Причиною цього є різноманіття клінічної картини, яка формується не лише положенням прилеглих зубів та типом оклюзійних співвідношень, але і формою, кольором прилеглих зубів, станом кісткової тканини та обсягом кісткової пропозиції в зоні агенезії, відповідністю розмірів базисів щелеп та ін. [6-9].

**Мета.** Враховуючи це, актуальним є створення діагностичного алгоритму, що базувався б на статистичному аналізі вихідних діагностичних даних та дозволяв би із певним ступенем достовірності стверджувати, які фактори впливають на формування патології в конкретному клінічному випадку та мають бути враховані при створенні плану лікування.

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 60 пацієнтів, які проходили обстеження та подальше лікування на базі стоматологічної поліклініки ІС НМАПО ім. П. Л. Шупика, у яких в якості основної ортодонтичної патології була наявна агенезія одного чи двох латеральних різців верхньої щелепи. В усіх пацієнтів, яких було обрано випадковим чином та включено до складу досліджуваної вибірки, було отримано інформовану згоду.

Пацієнти, включені у дослідження, були ро-

зподілені на наступні групи залежно від періоду прикусу та віку:

- група 1.1 – ранній змінний прикус, вік 6-8 років (10 осіб, 16,7 % вибірки);
- група 1.2 – пізній змінний прикус, вік 9-11 років (12 осіб, 20,0 % вибірки);
- група 2.1 – постійний прикус, вік 12-18 років (17 осіб, 28,3 % вибірки);
- група 2.2 – постійний прикус та вік старше 18 років (21 особа, 35,0 % вибірки).

Граничний вік пацієнтів, 18 років, увійшов в дві групи, остання група із завершеним лицевим ростом. Всім пацієнтам, включеним у дослідження, проводилось подальше обстеження за наступною схемою. Клінічне обстеження: оцінка оклюзійних співвідношень; визначення ширини ікла та центрального різця на рівні емалево-цементного з'єднання та визначення кольору центрального різця та ікла за шкалою «Віта»; визначення рівня ясеневого краю ікол по відношенню до центральних різців; біометричний аналіз моделей щелеп – аналіз апікального базису за Рісом [10]; аналіз ортопантограми – визначення кута нахилу коренів центральних різців та ікол відносно серединної лінії; визначення ширини зони адентії на рівні альвеолярного гребеню та верхівок коренів; аналіз бокової ТРГ за Бйорком із визначенням наступних параметрів - куту SNA, SNB та ANB; кут основ – NL/ML; кут нахилу верхніх та нижніх різців; комп'ютерна томографія зони адентії у пацієнтів, яким було заплановано лікування із встановленням дентальних імплантатів, з обчисленням наступних параметрів - можлива довжина імплантату; можливий діаметр імплантату; кут вісі імплантату до вісі центрального різця у сагітальній площині ( $\alpha$ ); співвідношення імплантату та вестибулярної поверхні альвеолярного відростка; позиція платформи імплантату відносно цементно-емалевого з'єднання (ЦЕЗ) сусідніх зубів.

На етапі першого, клінічного, етапу обстеження пацієнтів, включених у дослідження, нами було визначено співвідношення молярів за Енглем та величина вертикального перекриття у фронтальній ділянці (табл. 1, 2).

Таблиця 1

**Співвідношення молярів за Енгле  
у пацієнтів груп дослідження**

	Клас 1	Клас 2	Клас 3
Група 1.1	60,0 %	40,0 %	-
Група 1.2	62,5 %	37,5 %	-
Група 2.1	52,9 %	47,1 %	-
Група 2.2	42,8 %	52,4 %	4,8 %

Таблиця 2

**Вертикальне перекриття у пацієнтів  
груп дослідження**

	Відкритий прикус	Нормальне перекриття	Глибокий прикус
Група 1.1	20,0 %	80,0 %	-
Група 1.2	25,0 %	75,0 %	-
Група 2.1	17,6 %	70,6 %	11,8 %
Група 2.2	9,5 %	76,2 %	14,3 %

З таблиці 1 ми бачимо, що більшість пацієнтів демонстрували співвідношення молярів за першим чи другим класом Енгля. У 60,0 % пацієнтів групи 1.1 та у 62,5 % пацієнтів групи 1.2 спостерігався нейтральний прикус. У старших пацієнтів в групі 2.1 співвідношення випадків із I та II класом Енгля було приблизно рівним; їх частота складала відповідно 52,9 % та 47,1 %. У пацієнтів групи 2.2 в 42,8 % випадків спостерігався нейтральний прикус, в 52,4 % випадків – співвідношення молярів за II класом, а у 4,8 % пацієнтів була виявлена мезіальна оклюзія.

Відповідно до змикання бокової групи зубів, варіювали і розташування та змикання фронтальної групи зубів. При співвідношенні молярів за I класом Енгля спостерігалась дивергенція коронок або рівномірне корпусне розходження центральних різців, а після прорізування ікол – їх медіальний нахил або зміщення. При співвідношенні молярів за II класом Енгля ікла, як правило, частково чи повністю заміщували відсутні латеральні різці, а перші пре моляри при їх прорізуванні займали місце ікол. Проте дуже часто в такій ситуації заміщення відсутніх різців іклами було неповним, що слугувало причиною скарг пацієнта на естетичний недолік.

Найбільш проблематичною клінічною ситуацією була при співвідношенні молярів за III класом Енгля. В цьому випадку, окрім вираженої дизоклюзії у фронтальному відділі зубних рядів, спостерігалось істотне порушення профілю, а також значний дефіцит альвеолярного базису на верхній щелепі, що значно ускладнювало планування лікування у цьому випадку.

Вертикальне перекриття у пацієнтів груп дослідження також варіювало. У більшості пацієнтів в усіх чотирьох групах спостерігалось норма-

льне вертикальне перекриття. В групах 1.1 та 1.2 у 20,0 % та 25,0 % пацієнтів відповідно був зафіксований відкритий прикус у фронтальній ділянці. В групі 2.1 відкритий прикус спостерігався у 17,6 % пацієнтів, а в групі 2.2 – у 9,5 % випадків. В групі 2.1 у 11,8 % випадків був зафіксований глибокий прикус. В групі 2.2 цей вид вертикального перекриття спостерігався у 14,3 % пацієнтів. Середні значення вертикального перекриття у досліджуваних групах наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

**Середні значення вертикального перекриття  
у пацієнтів груп дослідження, мм**

	Група 1.1	Група 1.2	Група 1.3	Група 1.4
Вертикальне перекриття	1,4±0,8	2,1±0,4	3,3±0,7	4,2±0,6

Нами було проведено статистичну перевірку наявності кореляції між співвідношенням молярів за класом Енгля та величиною вертикального перекриття у пацієнтів груп дослідження. При застосуванні непараметричного критерію Спірмена достовірної кореляції знайдено не було ( $\rho = 0,237$ ,  $p > 0,05$ ).

У більшості випадків відсутність латеральних різців у пацієнтів досліджуваної вибірки була двосторонньою (табл. 4). Частота двосторонньої агенезії цих зубів була в усіх групах пацієнтів приблизно вчетверо вищою і складала 75,0 % в групі 1.1, 80,0 % в групі 1.2, 70,6 % та 76,2 % відповідно в групах 2.1 та 2.2.

Таблиця 4

**Симетричність агенезії латеральних різців  
верхньої щелепи у пацієнтів груп дослідження**

	Одностороння відсутність	Двостороння відсутність
Група 1.1	25,0 %	75,0 %
Група 1.2	20,0 %	80,0 %
Група 2.1	29,4 %	70,6 %
Група 2.2	23,8 %	76,2 %

**Результати.** При аналізі кореляції симетричності патології із класом Енгля та величиною вертикального перекриття нами не було виявлено достовірного зв'язку між цими показниками (табл. 5).

Проте, як видно за таблиці 5, нами було виявлено достовірну кореляцію симетричності агенезії зі статтю пацієнтів ( $\rho = 0,561$ ,  $p \leq 0,05$ ). Симетрична відсутність латеральних різців достовірно асоціювалась із жіночою статтю, в той час як у пацієнтів чоловічої статі ця патологія достовірно частіше була односторонньою.

Таблиця 5

**Кореляційний аналіз симетричності агенезії латеральних різців, співвідношення молярів за Енглею, величини вертикального перекриття та статі пацієнтів із використанням непараметричного коефіцієнту -  $\rho$  Спірмена**

		Симетричність	Клас Енгля	Перекриття	Стать
Симетричність	$\rho$ Спірмена	1	,186	,342	,561*
	Значення (2-ст)		,081	,045	,031
	N	60	60	60	60
Клас Енгля	$\rho$ Спірмена	0,186	1	,237	,315
	Значення (2-ст)	,081		,073	,097
	N	60	60	60	60
Перекриття	$\rho$ Спірмена	,342	,237	1	,121
	Значення (2-ст)	,045	,073		,088
	N	60	60	60	60
Стать	$\rho$ Спірмена	,561*	,315	,121	1
	Значення (2-ст)	,031	,097	,088	
	N	60	60	60	60

\*\* . Кореляція значима на рівні 0.01 (2-стороння).  
 \* . Кореляція значима на рівні 0.05 (2-стороння).

Таблиця 6

**Відповідність кольору центральних різців та ікол у пацієнтів груп 1.2 – 2.2 із співвідношенням молярів за II класом та симетричною агенезією**

	N	Різниця у кольорі		
		До 0,5 тону	0,5 - 1 тон	1,5 тону та більше
Група 1.2	5	40 % (2)	40 % (2)	20 % (1)
Група 2.1	7	42,8 % (3)	28,6 % (2)	28,6 % (2)
Група 2.2	10	30 % (3)	40 % (4)	30 % (3)

Наступним етапом після оцінки симетричності патології та оклюзійних співвідношень була оцінка кольору центральних різців та ікол за шкалою «Віта». Оцінка цього параметру проводилась нами в групах 1.2, 2.1 та 2.2 у пацієнтів із II класом змикання молярів та двосторонньою відсутністю латеральних різців. Нашою метою при цьому було визначення різниці в кольорі між центральними різцями та іклами, оскільки цей параметр є важливим критерієм при оцінюванні потенційного успіху заміщення латеральних різців іклами у пацієнтів із прийнятною для цього оклюзійною схемою.

Для кількісної оцінки ми визначали різницю в кольорі з кроком у 0,5 тону. Результати визначення кольору наведені у таблиці 6.

Як можна бачити, різниця у кольорі до 0,5 тону, що може забезпечити оптимальний ефект при заміщенні латеральних різців іклами, спостерігалась у двох з п'яти пацієнтів групи 1.2, у яких були наявні умови, необхідні для такого плану лікування. Ще у двох пацієнтів, тобто 40 %, різниця у кольорі між цими зубами складала 0,5 – 1 тон, що, в принципі, є прийнятним при заміщенні латеральних різців іклами, оскільки в

такому випадку реальним є відбілювання ікол або малоінвазивні реставраційні втручання. У одного пацієнта (20 %) спостерігалась різниця у кольорі на 1,5 тону. В цій ситуації при виборі варіанта заміщення різців іклами буде необхідно додаткове втручання для принципової зміни кольору ікол – інвазивна реставрація або покриття вініром.

В групі 2.1 різниця у кольорі до 1 тону включно спостерігалась у 71,4 % пацієнтів, а в групі 2.2 – у 70 % пацієнтів. Таким чином, серед пацієнтів із прийнятною для заміщення різців іклами оклюзійною схемою у більшості різниця у кольорі між центральними різцями та іклами була адекватною для такого плану лікування.

Проте не тільки колір ікол є суттєвим при їх оцінюванні у якості кандидата для заміщення латерального різця. Необхідною є оцінка ширини коронки ікол на рівні емалево-цементного з'єднання на прицільних знімках або ортопантомограмі. Цей момент є критичним для визначення профілю співвідношення м'яких тканин із коронковою частиною зуба. Ікла із меншою шириною на рівні емалево-цементного з'єднання будуть виглядати естетичніше, ніж більш широкі. З

метою визначення ширини ікол, які потенційно розглядалися нами як варіант заміщення латеральних різців, ми вимірювали їх ширину, а також

ширину центральних різців на ортопантограмі на рівні емалево-цементного з'єднання. Результати наведені у таблиці 7.

Таблиця 7

**Відповідність розміру ікол у пацієнтів груп 1.2 – 2.2 із співвідношенням молярів за II класом та симетричною агенезією**

	N	Співвідношення розмір ікла: розмір центрального різця		
		0,79 – 0,88	0,88 – 1,00	>1,00
Група 1.2	5	20 % (1)	40 % (2)	40 % (2)
Група 2.1	7	14,3 % (1)	28,6 % (2)	57,1 % (4)
Група 2.2	10	10 % (1)	40 % (4)	50 % (5)

Оцінювання відповідності розміру ікол потенційному розміру латеральних різців здійснювалось нами наступним чином. Як відомо за даними літератури, мезіодистальний розмір латерального різця може складати 79 – 88 % від розміру центрального різця. Тому цей проміжок значень був взятий нами за основу при розрахуванні оптимального мезіодистального розміру шийки ікла для заміщення латерального різця. Прийнятним для цього ми також вважали ікла, ширина яких у визначеній зоні складала 0,88 – 1,00 ширини центрального різця. Таких випадків в групі 1.2 виявилось 60 % – троє пацієнтів демонстрували ширину шийок ікол, що була меншою або дорівнювала цьому параметру у центрального різця, в групі 2.1 така ситуація спостерігалась у 42,9 % пацієнтів, а в групі 2.2 – у 50 % пацієнтів.

Поряд із оцінкою ширини ікол на рівні емалево-цементного з'єднання нами проводилось визначення співвідношення рівня ясенного краю ікол та центральних різців. Вважається, що оптимальним є співвідношення ясенного краю цих зубів, при якому рівень ясенного краю ікла знаходиться на рівні або на 1 – 1,5 мм вище відповідної точки на ясеневому краї центрального різця, а ясенний край латерального різця знаходиться нижче цієї лінії на 0,5 – 1,0 мм. Прийнятними є співвідношення, при яких ясенний край латерального різця знаходиться на рівні центрального, проте вкрай небажаним є ефект, коли він знаходиться вище рівня центрального різця. Результати оцінки співвідношення рівня ясенного краю ікол та центральних різців у пацієнтів груп 1.2 – 2.2 наведені в таблиці 8.

Таблиця 8

**Положення ясенного краю ікол по відношенню до центральних різців у пацієнтів груп 1.2 – 2.2 із співвідношенням молярів за II класом та симетричною агенезією**

	N	Ясенний край ікла по відношенню до центрального різця			
		нижче	на рівні	вище до 0,5 мм	вище більш ніж на 0,5 мм
Група 1.2	5	-	2	3	-
Група 2.1	7	-	2	3	2
Група 2.2	10	-	3	4	3

Як видно із таблиці 8, у жодного пацієнта з груп 1.2 – 2.2 ясенний край ікол не був нижчим за ясенний край центральних різців. Прийнятні для заміщення латеральних різців іклами умови спостерігались в усіх пацієнтів групи 1.2: у двох з них ясенний край іклів знаходився на рівні центральних різців, а у трьох – перевищував цей рівень до 0,5 мм. У групі 2.1 у п'яти пацієнтів заміщення іклами різців теж було можливим, проте у двох із них спостерігалось несприятливе співвідношення ясенного краю вищевказаних зубів. Аналогічна ситуація спостерігалась і у групі 2.2, де заміщення було небажаним у трьох пацієнтів. В такій ситуації, на наш погляд, треба зважати на висоту лінії посмішки та приймати до уваги естетичні потреби пацієнта, якщо усі інші

параметри є адекватними для вибору заміщення як варіанта вибору при складанні плану лікування.

**Висновки.** Впровадження запропонованого протоколу клінічного обстеження, їх результатів та впровадження в ортодонтичну практику дозволить спростити процес діагностики агенезії латеральних різців верхньої щелепи, зменшити навантаження на пацієнта шляхом уникання зайвих досліджень, покращити кооперацію між профільними спеціалістами (ортодонтом, хірургом, ортопедом, терапевтом), швидко та з високим ступенем достовірності обрати оптимальний варіант лікування, та за рахунок вищевказаного досягти кращих найближчих та віддалених результатів лікування цієї патології.

**Список літератури**

1. **Endo T., Sanpei S., Komatsuzaki A., Endo S., Takakuwa A., Oka K** Patterns of tooth agenesis in Japanese subjects with bilateral agenesis of mandibular second premolars. *Odontology*. 2013; 101(2): 216-21.

2. **Benito P.P., Trushkowsky R.D., Magid K.S., David S.B.** Fiber-reinforced framework in conjunction with porcelain veneers for the esthetic replacement of a congenitally missing maxillary lateral incisor: a case study. *Oper Dent*. 2012;37(6):576-83.

3. **Gunay E.A., Arun T., Nalbantgil D.** Evaluation of the Immediate Dentofacial Changes in Late Adolescent Patients Treated with the Forsus<sup>TM</sup> FRD. *Eur J. Dent*. 2011;5(4):423-32.

4. **Gungor A.Y., Turkkahraman H.** Tooth sizes in nonsyndromic hypodontia patients. *Angle Orthod*. 2013;83(1):16-21.

5. **Kavadia S., Papadiochou S., Papadiochos I., Zafiriadis L.** Agensis of maxillary lateral incisors: a global

overview of the clinical problem. *Orthodontics (Chic.)*. 2011;12(4):296-317.

6. **Mirabella A.D., Kokich V.G., Rosa M.** Analysis of crown widths in subjects with congenitally missing maxillary lateral incisors. *Eur J. Orthod*. 2012;34(6):783-7.

7. **Uribe F., Chau V., Padala S., Neace W.P., Cutrera A., Nanda R.** Alveolar ridge width and height changes after orthodontic space opening in patients congenitally missing maxillary lateral incisors. *Eur J. Orthod*. 2013; 35(1):87-92.

8. **Al-Nimri K.S., Bsoul E.** Maxillary palatal canine impaction displacement in subjects with congenitally missing maxillary lateral incisors. *Am J. Orthod Dentofacial Orthop*. 2011; 140(1):81-6.

9. **Topkara A., Sari Z.** Prevalence and distribution of hypodontia in a Turkish orthodontic patient population: results from a large academic cohort. *Eur J. Paediatr Dent*. 2011; 12(2):123-7.

Надійшла 26.11.14

