

DOI: 10.21802/artm.2020.2.14.70.  
УДК 616.314.1 – 073.7 (477.54 – 25)

## АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ НАСЕЛЕННЯ м. ХАРКОВА

Ю.О. Слинко

*Харківський національний медичний університет, кафедра ортопедичної стоматології,  
м. Харків, Україна,  
ORCID ID: 0000-0002-9718-5202,  
e-mail: implant.eco@gmail.com*

**Резюме.** Вивчення поширеності та структури дефектів зубних рядів у різних вікових групах та регіонах України є одним із актуальних питань сучасної стоматології, а також є основою не тільки для діагностики, а й для планування реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення функцій зубощелепної системи.

**Мета:** вивчення анатомо-топографічних характеристик та структури малих дефектів зубних рядів дорослого населення м. Харкова за результатами аналізу ортопантомограм.

**Матеріали і методи.** Було проаналізовано ортопантомограми 1269 пацієнтів, серед яких жінок було 767 осіб (62,6%), а чоловіків – 502 особи (37,4%). Було сформовано 12 груп згідно з віковою класифікацією ВООЗ (2019) та відповідними рекомендаціями, починаючи від 18 до 84 років. Аналіз стану зубощелепного апарату було здійснено за такими топографічними та структурними ознаками, як розташування на нижній або верхній щелепах, у фронтальних або бічних ділянках, одночасна наявність декількох малих дефектів зубних рядів.

**Результати.** Отримані дані свідчать про відсутність різниці у кількості малих дефектів зубних рядів залежно від топографії (нижня або верхня щелепа), але підтверджують наявність прямого кореляційного зв'язку між їхньою поширеністю та віком пацієнтів ( $r = 0,2863$ ,  $p = 0,000$  для нижньої та  $r = 0,3568$ ,  $p = 0,00$  – для верхньої щелепи). Також встановлено, що дефектів бічної локалізації було у 13,38 рази більше порівняно з такими фронтальною локалізації ( $p < 0,001$ ). Найбільша поширеність малих дефектів зубних рядів у фронтальних ділянках зафіксована з 45 до 69 років, і пацієнти переважно мали по одному дефекту. А найбільша поширеність малих дефектів зубних рядів у бічних ділянках зафіксована з 35 до 44 років, і пацієнти переважно мали по одному або два дефекти. Встановлені особливості можуть бути пов'язані із більшою увагою пацієнтів до стану зубів фронтальних ділянок, що й обумовлює більш пізні строки їх видалення. Зуби бічних ділянок підлягають видаленню набагато частіше через їхнє несвоєчасне лікування, пов'язане із низькою мотивацією пацієнта до їхнього збереження або через незадовільні результати ендодонтичного лікування.

**Ключові слова:** втрата зубів, дефекти, поширеність, структура, топографія.

**Вступ.** Незважаючи на велику увагу науковців та практиків, питання реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів (ДЗР) залишаються актуальними і на сьогоднішній день, тому що цілісність зубного ряду є важливим фізіологічним станом й одним із головних чинників збереження оклюзійних кривих та профілактики виникнення різних деформацій [1, 2, 3, 4]. Безумовно, зубощелепний апарат має певні адаптаційні можливості та здатність до ремоделювання, але після втрати зубів або їх значного руйнування у пацієнтів можуть поступово розвиватися зміни оклюзії, що ініціюють виникнення ряду патологічних станів місцевого й загального рівня та навіть психоемоційних розладів [5].

Основою для діагностики та планування реабілітаційних заходів, що спрямовані на відновлення функцій зубощелепного апарату у різні способи, а також дослідження потреб населення різного віку в такому роду заходах є вивчення поширеності та структури дефектів зубних рядів у різних вікових групах та різних регіонів України.

**Обґрунтування дослідження.** Сьогодні відбувається активне й глибоке вивчення поширеності

дефектів зубних рядів у таких регіонах України, як Одеський, Прикарпатський, Закарпатський, Київський [6, 7, 8, 9]. Аналогічних даних для Харківського регіону, на жаль, недостатньо. Але попередній етап наших досліджень дозволив завдяки аналізу ортопантомограм вивчити поширеність ДЗР у дорослого населення Харківського регіону за віковою та гендерною ознаками [10]. Тому доцільним і необхідним для організації та планування роботи регіональної стоматологічної служби відповідного профілю є подальше вивчення характеристик стану зубних рядів у мешканців Харкова та Харківської області.

**Мета дослідження.** Вивчення анатомо-топографічних характеристик та структури малих дефектів зубних рядів дорослого населення м. Харкова за результатами аналізу ортопантомограм.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було проаналізовано результати радіодослідження 1269 пацієнтів діагностичного центру WDE (м. Харків) у період з 2017 по 2019 роки. 62,6% ортопантомограм належало жінкам (767 осіб) та 37,4% – чоловікам (502 особи). Цифрова панорамна 2D-діагностика (ортопантомографія, ОПТГ) була вико-

нана на дентальному комп'ютерному томографі п'ятого покоління Vereviewepocs 3D R100 (Morita, Japan). В основу розподілення отриманого фактичного матеріалу було покладено віковий принцип. Формування груп проведено відповідно до класифікації ВООЗ (2019) через кожні 5 років від 18 до 84 років. Але з метою отримання достовірних даних згідно з рекомендаціями ВООЗ (1988) та даних провідних науковців [11] перша (18 – 19 років) та остання вікові групи (80 – 84 роки) були об'єднані відповідно з наступною та попередньою групами. Загальна кількість груп спостереження у нашому дослідженні становила 12. При проведенні дослідження опрацювання медичної документації відбувалося зі збереженням принципів анонімності даних кожного з пацієнтів. Робота була розглянута та ухвалена комісією з біоетики ХНМУ МОЗ України.

Аналіз первинного матеріалу здійснено за декількома топографічними та структурними ознаками, а саме: розташування на нижній або верхній щелепах, у фронтальному або бічних ділянках, одночасна наявність декількох малих ДЗР.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовувалися пакети прикладних програм SPSS Statistica 19.0 та Statistica 64 version 10. Отримані результати вважалися статистично значущими при  $p < 0,05$ .

#### Результати досліджень та їх обговорення.

За результатами проведеного аналізу встановлено, що малі ДЗР на нижній щелепі мали 559 осіб, з яких 327 (58,5%) були особами жіночої статі, а 232 (41,5%) – особами чоловічої статі. Загальна кількість ДЗР на нижній щелепі становила 950 (49,7% із сумарної кількості малих ДЗР). При цьому, по одному дефекту

мали 229 осіб (40,9%), по два – 277 осіб (49,6%), по три – 46 осіб (8,2%), по чотири – 6 осіб (1,1%) та лише один пацієнт мав одночасно 5 (0,2%) малих ДФЗ. По одному та по два малих ДЗР на нижній щелепі мали лише пацієнти групи 1 та 2, вік яких було обмежено 18 та 29 роками. Випадки одночасної наявності трьох малих ДЗР з'явилися вже у пацієнтів вікового періоду 30-34 роки (група 3), чотирьох малих ДЗР – у пацієнтів від 40 до 44 років (група 5), а п'ятьох – у пацієнтів від 50 до 54 років (група 7).

Поеднану динаміку поширеності малих ДЗР на нижній щелепі та кількості осіб, які їх мають, залежно від вікової градації наочно демонструє рисунок 1, на якому видно поступове зростання як загальної кількості малих ДЗР зазначеної локалізації, так і числа осіб, які їх мають. Але, якщо від наймолодшої вікової групи 1 (18-25 років) до наступної групи 2 (26-30 років) це зростання було різким, з 15 дефектів у 11 осіб до 78 у 54 (у 5,2 та 4,9 раза відповідно для дефектів та кількості осіб,  $p < 0,001$ ), то в подальшому – поступовим, до групи 5 (40-44 роки), де зазначені показники були максимальними (78 осіб мали 128 малих ДЗР). Починаючи із вікової категорії 45-49 років (група 6) поширеність малих ДЗР на нижній щелепі та кількість осіб, які їх мають, почали поступово знижуватись до 27 у групі 12 (75-84), на противагу великим ДЗР, зростання кількості яких починає суттєво прискорюватися, досягаючи майже двократного перевищення (у 1,66 рази,  $p < 0,05$ ) саме у найстаршій віковій групі (група 12). Вищезазначене також є свідченням прямого кореляційного зв'язку між такими показниками, як вік пацієнтів та кількість ДЗР на нижній щелепі ( $r=0,2863$ ,  $p=0,000$ ).

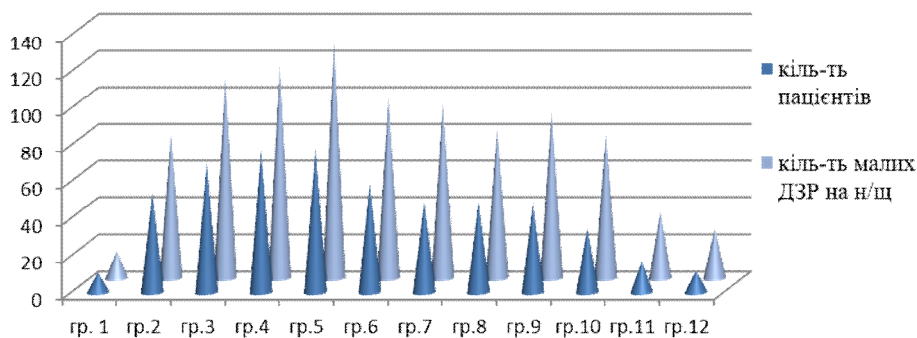
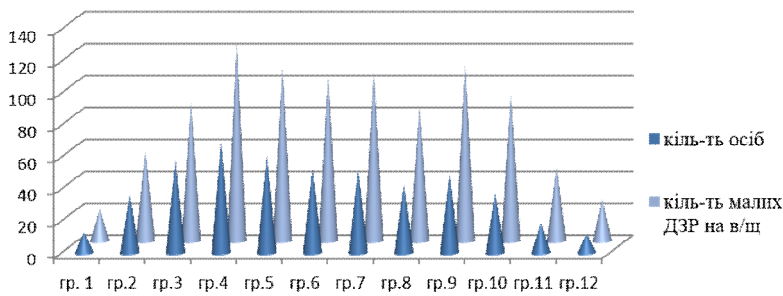


Рис. 1. Динаміка поширеності малих ДЗР на нижній щелепі та кількість осіб, які їх мають, залежно від вікової градації.

Щодо ДЗР на верхній щелепі, то за результатами аналізу отримана наступна інформація. Малі ДЗР на верхній щелепі мали 503 особи, з яких 289 (57,5%) були особами жіночої статі, а 214 (42,5%) – особами чоловічої статі. Загальна кількість ДЗР на верхній щелепі становила 963 (50,3% із сумарної кількості малих ДЗР). При цьому, по одному дефекту мали 206 особи (40,9%), по два – 167 осіб (33,2%), по три – 100 осіб (19,9%), по чотири – 27 осіб (5,4%) та три пацієнта мали одночасно 5 (0,6%) малих ДФЗ.

Закономірність розподілу ДЗР на верхній щелепі відрізняється від такого на нижній щелепі. Так, максимальна кількість малих ДЗР на верхній щелепі (124) та числа осіб, які їх мають (70), була вже у групі 4 (35-39 років). Потім до групи 9 (60-64 років) зазначені критерії мали незначні коливання та знаходились майже на одному рівні, а з групи 10 (65-69 років) вони почали різко знижуватися (92 дефекти у 37 осіб) (рис. 2).



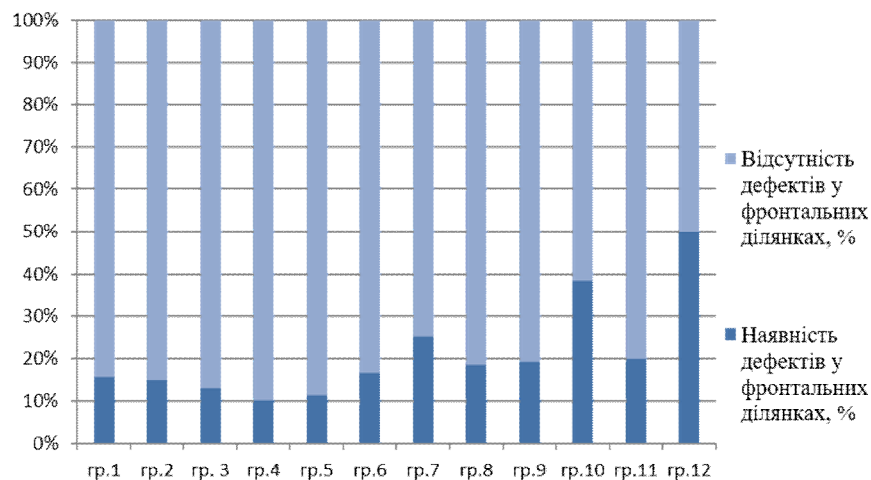
**Рис. 2.** Динаміка поширеності малих ДЗР на верхній щелепі та кількість осіб, які їх мають, залежно від вікової градації.

Мінімальна кількість одночасної наявності малих ДЗР на верхній щелепі – від одного до трьох, була лише у осіб групи 2. Одночасно по чотири дефекти мали особи 1-ї, 3-ї, 4-ї, 5-ї, 6-ї, 7-ї, 8-ї, 9-ї та 12-ї груп, а по п'ять – особи 10-ї та 11-ї груп. Як і у випадку дефектів на нижній щелепі також встановлено прямий кореляційний зв'язок між віком пацієнтів та кількістю малих ДЗР на верхній щелепі ( $r = 0,3568$ ,  $p = 0,00$ ).

Наступний сегмент аналізу топографічних особливостей малих ДЗР стосується дефектів фронтальних ділянок. Так, при проведенні аналізу ОПТГ наявність ДЗР зазначеної локалізації було встановлено у 118 осіб, що становить 17,46% із загального числа пацієнтів (676), що мають малі ДЗР. Серед осіб, на ОПТГ яких було встановлено наявність малих ДЗР у фронтальних ділянках, жінок було 58 осіб (8,6%), а чоловіків – 60 (8,9%) ( $p > 0,05$ ), тобто практично однаково.

Переважає кількість пацієнтів мала по одному дефекту – 105 осіб (88,9%), по два – 11 осіб (9,3%) – та 2 особи (1,7%) мали по три дефекти у фронтальних ділянках. Найбільша поширеність малих ДЗР у фронтальних ділянках зафіксована у віковій категорії 45-49 років (6 група) – 16 дефектів у 12 осіб, 50-54 роки (7 група) – 18 дефектів у 15 осіб та 65-69 років (10 група) – 15 дефектів у 15 осіб. А найменша поширеність – 3 дефекти у трьох осіб 1-ї групи (вікова група 18-24 роки) та 5 дефектів у п'ятих пацієнтів 11-ї групи (вікова група 70-74 роки). Загальна кількість малих ДЗР у фронтальних ділянках становила 133 (6,95%).

Але, згідно із інформацією, яка наведена на рисунку 3, частка малих ДЗР у фронтальних ділянках серед їх загальної кількості поступово та неухильно, хоча й хвилеподібно, зростає з 15,79% у групі 1 до 49,99% у групі 12 ( $p < 0,001$ ).



**Рис. 3.** Частка малих ДЗР у фронтальних ділянках серед їх загальної кількості, %.

Проведення кореляційного аналізу також підтвердило наявність прямого зв'язку між віком пацієнтів та збільшенням кількості ДЗР у фронтальних ділянках ( $r = 0,1756$ ,  $p = 0,000$ ).

Малі ДЗР у бічних ділянках мали наступні особливості. Так, при проведенні аналізу ОПТГ наявність ДЗР зазначеної локалізації було встановлено у 662 осіб, що становить 97,9% із загального числа пацієнтів (676), що мають малі ДЗР. Серед них жінок було 386 осіб (57,1%), а чоловіків у 1,39 рази менше – 276 (40,8%), але зазначена різниця статистичного

значення не мала ( $p > 0,05$ ). Найбільша поширеність малих ДЗР у бічній ділянці зафіксована у вікових категоріях 35-39 років (група 4) – 229 дефектів у 98 осіб та 40-44 роки (група 5) – 227 дефектів у 87 осіб, а найменша – 32 дефекти у 19 осіб у віці 18-24 років (група 1) та 44 дефекти у 12 осіб у віці 75-84 років (група 12). Загальна кількість малих ДЗР у бічних ділянках становила 1780 (93,1%), що у 13,38 рази більше за таку ДЗР у фронтальних ділянках ( $p < 0,001$ ).

На рисунку 4 представлено інформацію щодо частки малих ДЗР у бічних ділянках серед їх загальної кількості, яка демонструє їх превалювання у всіх групах пацієнтів.

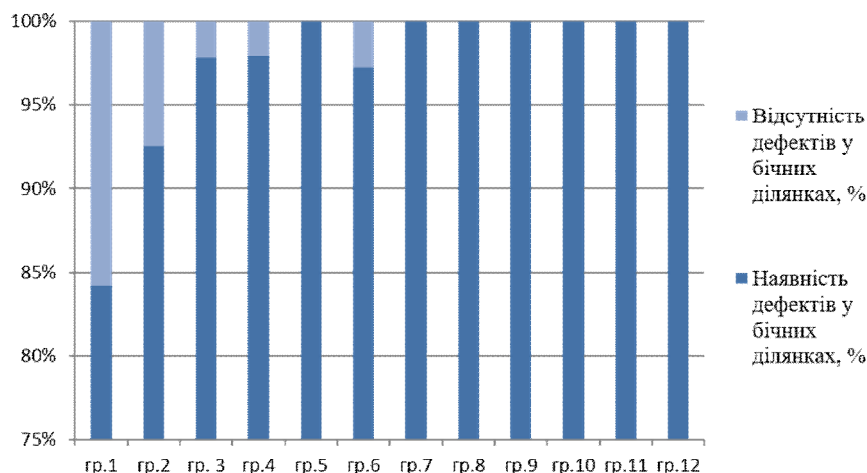


Рис. 4. Частка малих ДЗР у бічних ділянках серед їх загальної кількості, %.

Щодо одночасної наявності малих ДЗР у бічних ділянках, то інформація дещо відрізняється від аналогічних даних попередніх топографічних зон. Так, практично однакові позиції були зафіксовані у випадках одночасної наявності як одного (166 осіб), так і двох дефектів (169 осіб). Далі спостерігалось поступове зменшення кількості осіб. Так, одночасно по три малих ДЗР мали 136 осіб, чотири – 11 осіб, п'ять – 58 осіб, шість – 20 осіб та сім – 2 особи.

Як і у випадку малих ДЗР у фронтальних ділянках, проведення кореляційного аналізу між віком пацієнтів та збільшенням кількості ДЗР у бічних ділянках також підтвердило наявність прямого зв'язку ( $r = 0,4059$ ,  $p=0,00$ ), що є наслідком фізіологічних змін стану зубощелепного апарату людини.

Встановлені топографічні особливості поширеності малих ДЗР у фронтальних та бічних ділянках можуть бути пов'язані із першочерговою увагою пацієнтів до стану зубів фронтальних зон, що й обумовлює більш пізні строки їх видалення. Водночас зуби бічних ділянок підлягають видаленню набагато частіше через їх несвоєчасне лікування, пов'язане із відсутністю мотивації пацієнта з естетичних міркувань, а також через значний відсоток незадовільних результатів ендодонтичного лікування багатокореневих зубів.

Отже, проведене дослідження підтверджує високу поширеність малих ДЗР у населення Харківського регіону й важливе значення інформації про структуру ДЗР для організації та планування певних напрямків стоматологічної допомоги.

Отримані дані співзвучні з даними Лабунця В.А. та співав. [6], Сидоренко Л.П. та Ожогана З.Р. [7], Кенюка А.Т. та співав. [8] та Опанасюка А.С. [9], які також підтверджують високу поширеність малих ДЗР у населення різних регіонів України, особливо наголошуючи на загрозованих тенденціях у осіб молодого віку та необхідності поліпшення надання стоматологічної допомоги населенню нашої країни саме в цьому віці.

ної кількості, яка демонструє їх превалювання у всіх групах пацієнтів.

**Висновки.** За даними ОПТГ, у жителів м. Харкова немає статистично достовірної різниці між поширеністю малих ДЗР на нижній (49,66%) або верхній щелепах (50,33%) та кількістю осіб, які їх мають ( $p > 0,05$ ). Але, поширеність ДЗР та кількість їх одночасної наявності має прямий кореляційний зв'язок із віком пацієнтів ( $r = 0,4207$ ,  $p = 0,00$ ) як загалом, так і для кожної щелепи окремо ( $r = 0,2863$ ,  $p = 0,000$  для нижньої та  $r = 0,3568$ ,  $p = 0,00$  – для верхньої щелепи).

Серед загальної кількості малих ДЗР превалюючі позиції займали дефекти бічної локалізації, яких було у 13,38 рази більше порівняно з такими ж фронтальною локалізацією ( $p < 0,001$ ). Серед малих ДЗР, що локалізовані у фронтальних ділянках, їх найбільша поширеність зафіксована з 45 до 69 років, а у бічних ділянках – з 35 до 44 років.

У випадках локалізації дефектів на нижній або верхній щелепах та у фронтальній зоні переважна кількість пацієнтів, ОПТГ яких було проаналізовано, мала по одному малому ДЗР. У випадку бічної локалізації дефектів майже з однаковою частотою було зафіксовано одночасну наявність одного або двох дефектів.

#### References:

1. Labunets OV, Denga OV, Labunets VA, Diyeva TV, Lepskiy VV i dr. Chastota vznikonoveniya i anatomo-Topograficheskaya kharakteristika vtorichnykh zubochelyustnykh anomalij i deformatsiy v lits molodogo vozrasta g. Ivano-Frankovska i Ternopolya s malymi vkluchennymi defektami zubnykh ryadov. Galitskiy vrachebnyy vestnik. 2014; 2(21):43-6.
2. Kraveishvili S, Shonia N, Sakvarelidze Z, Sakvarelidze N. Prevalence and intensity of dentition defects and secondary deformations in the population of 15-40 age group. Georgian Med News. 2014. Jul-Aug; 232-233:38-42.
3. Akhmedova NA Mediko-sotsialnaya kharakteristika patsiyentov s chastichnoy vtorichnoy adentii,

- oslozhennoy i ne oslozhennoy zubochelyustnymi anomalijami. Issledovaniya i praktika v meditsine. 2018; 2(5):114-20. DOI: 10.17709 / 2409-2231-2018-5-2-12.
4. Prots HB, Rozhko MM. Analiz stanu zuboshchelepnoho aparatu Khvorov z generalizovanim parodontyt ta defektamy zubnykh ryadiv. Art of Medicine. 2019; 1(9):116-21. DOI: 10.21802 / artm.2019.1.9.116.
  5. Nespriyadko VP, Kyrylyuk VV. Vplyv chastkovoyi Vtrata zubiv ta neznimnikh zubnykh proteziv na orhany y tkanyny porozhnini rota. Visnyk problem biolohiyi y medytsyny. 2015; 1(117):13-8.
  6. Labunets VA, Deystvennaya TV, Semenov OI, Diyeu YEY, Kulikov MS. Lepskiy vzryvchatykh veshchestv. Rasprostranennost, intensivnost, struktura, tendentsii razvitiya malykh vklyuchennykh defektov zubnykh ryadov u lits molodogo vozrasta i ikh oslozheniy. Vestnik stomatologii. 2013; 1:93-100.
  7. Sydorenko LP, Ozhohan ZR. Analiz biometricnykh doslidzhen malykh defektiv zubnykh ryadiv Iz vtorynna zuboshchelepnyu deformatsiyami. Halytskyi likarskyi visnyk. 2014; 2(21):88-9.
  8. Kenyuk AT, Kostenko YEYA, Honcharuk-Khomyn MYU, Hanushchak PRO. Systematyzatsiya defektiv zubnykh ryadiv u patsiyentiv z nefiksovanoyu mizhal'veolyarnoyu vysota ta tsentral'nyu spivvidnoshennyam shchelepy. Suchasna stomatolohiya. 2014; 5 (74):72-75.
  9. Opanasyuk AS. Rasprostranennost vtorichnoy adentii u naseleniya razlichnykh rayonov g. Kiyeva. Vestnik stomatologii. 2019; 2:46-9. DOI 10.35220 / 2078-8916-2019-32-2-46-49.6.
  10. Slynko YUO, Sokolova II, Udovychenko NM. Poshirenist defektiv zubnykh ryadiv u dorosly naselennya Kharkivskoho rehionu Ukrayinskyi zhurnal medytsyny, biolohiyi ta sportu.2019; 6(22):260-4. DOI: 10.26693 / jmbs 04.06.260.
  11. Labunets VA, Deystvennaya TV, Labunets OV. K metodike opredeleniya minimalnogo kolichestva nablyudeny pri provedenii stomatologicheskikh osmotrov. Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem «Sovremennaya rekonstruktivnaya stomatologiya. Mizhdistsiplinarniy podkhod». Odessa. 2012. P.73-74.

УДК 616.314.1 – 073.7 (477.54 – 25)

**АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ МАЛЫХ ДЕФЕКТОВ З  
УБНЫХ РЯДОВ НАСЕЛЕНИЯ г. ХАРЬКОВА**

Ю.А. Слинько

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии,  
г. Харьков, Украина,  
ORCID ID: 0000-0002-9718-5202,  
e-mail: implant.eco@gmail.com*

**Резюме.** Изучение распространенности и структуры дефектов зубных рядов в разных возрастных группах и регионах Украины является одним из актуальных вопросов современной стоматологии, а также основой не только для диагностики, но и для планирования реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функций зубочелюстной системы.

**Цель:** изучение анатомо-топографических характеристик и структуры малых дефектов зубных рядов взрослого населения г. Харькова по результатам анализа ортопантограмм.

**Материалы и методы.** Были проанализированы данные 1269 пациентов в возрасте от 18 до 84 лет, среди которых женщин было 767 человек (62,6%), а мужчин – 502 человека (37,4%). Было сформировано 12 групп согласно классификации возраста человека по ВОЗ (2019) и соответствующих рекомендаций. Анализ зубочелюстного аппарата был осуществлен по таким топографическим и структурным признакам, как расположение на нижней или верхней челюстях, в переднем или боковых участках, одновременное наличие нескольких малых дефектов зубных рядов.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют об отсутствии разницы в количестве малых дефектов зубных рядов в зависимости от топографии (нижняя или верхняя челюсть), но подтверждают наличие прямой корреляционной связи между их распространенностью и возрастом пациентов ( $r = 0,4207$ ,  $p = 0,00$ ) как в целом, так и для каждой челюсти отдельно ( $r = 0,2863$ ,  $p = 0,000$  для нижней и  $r = 0,3568$ ,  $p = 0,00$  – для верхней челюсти). Также установлено, что дефектов боковой локализации было в 13,38 раза больше по сравнению с таковыми фронтальной локализации ( $p < 0,001$ ). Наибольшая распространенность малых дефектов зубных рядов во фронтальных участках зафиксирована с 45 до 69 лет, и пациенты преимущественно имели по одному дефекту. А самая высокая распространенность малых дефектов в боковых участках зафиксирована с 35 до 44 лет, и пациенты преимущественно имели по одному или два дефекта. Установленные особенности могут быть связаны с большим вниманием пациентов к состоянию передних зубов, что и объясняет более поздние сроки их удаления. Зубы боковых зон удаляются намного чаще из-за несвоевременного лечения в связи с низкой мотивацией пациента к их сохранению или из-за неудовлетворительных результатов эндодонтического лечения.

**Ключевые слова:** потеря зубов, дефекты, распространенность, структура, топография.

UDC 616.314.1 – 073.7 (477.54 – 25)

**ANATOMICAL AND TOPOGRAPHIC  
CHARACTERISTICS OF SMALL DENTITION  
DEFECTS OF KHARKIV POPULATION**

Y.O. Slynko

*Kharkiv National Medical University, Department of  
Orthopedic Dentistry, Kharkiv, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0002-9718-5202,  
e-mail: implant.eco@gmail.com*

**Abstract.** The issues of rehabilitation of patients with dentition defects remain relevant today, because the integrity of the dentition is an important physiological condition and one of the main factors for the preservation of occlusion curves and the prevention of various deformities.

The study of the prevalence and structure of dentition defects in different age groups and regions of Ukraine is the basis not only for diagnosis but also for planning rehabilitation measures aimed at restoring the dentofacial system functions.

**Aim of the research.** The study of anatomical and topographic characteristics and the structure of small dentition defects of the adult population of Kharkiv according to the results of the orthopantomogram analysis.

**Materials and methods.** The data of 1269 Kharkiv residents aged from 18 to 84 years old were analyzed, among which there were 767 women (62.6%) and 502 men (37.4%). Twelve groups were formed according to the WHO age classification (2019) and relevant recommendations from 18 to 84 years old. The analysis of the dentofacial apparatus was carried out according to such topographic and structural features as the location on the lower or upper jaws, in the frontal or lateral areas, and the simultaneous presence of several small dentition defects.

**Results and their discussion.** The data obtained indicate that there is no difference in the number of small

dentition defects depending on the topography (lower or upper jaw) but confirm the existence of a direct correlation between their prevalence and the age of the patients both in the whole ( $r = 0.4207$ ,  $p = 0.00$ ) and for each jaw separately ( $r = 0.2863$ ,  $p = 0.000$  for the lower jaw and  $r = 0.3568$ ,  $p = 0.00$  for the upper jaw). It was also found that there were 13.38 times more lateral localization defects than frontal ( $p < 0.001$ ). This may be due to the patients' attention first of all to the condition of the frontal teeth, which leads to their later extraction. At the same time, the lateral teeth are subject to extraction more often due to their untimely treatment caused by the lack of the patient's motivation for aesthetic reasons as well as a significant percentage of unsatisfactory results of endodontic treatment of multi-rooted teeth.

The highest prevalence of small dentition defects in the frontal areas was recorded in patients from 45 to 69 years old and each of them mainly had one defect. The highest prevalence of small dentition defects in the lateral areas was recorded in patients from 35 to 44 years old and each of them mainly had one or two defects.

The established topographic features of the prevalence of small dentition defects in the frontal and lateral areas may be associated with the primary attention of patients to the condition of the teeth of the frontal zones, which leads to a later date of their removal. At the same time, the teeth of the lateral areas are subject to removal more often because of their untimely treatment, due to the lack of motivation of the patient for aesthetic reasons, as well as due to a significant percentage of unsatisfactory results of endodontic treatment of multiple roots.

Thus, the study confirms the high prevalence of small CFDs in the population of Kharkiv region and the importance of information on CFD structure of importance for the organization and planning of certain areas of dental care.

**Keywords:** tooth loss, defects, prevalence, structure, topography.

Стаття надійшла в редакцію 18.03.2020 р.