

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА  
«ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ  
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**РАЧИНСЬКИЙ Сергій Володимирович**

УДК 616-089.23.004-312-71:001.5.008.5

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ**  
**СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ОСОБАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ**

22 – Охорона здоров'я

221 – Стоматологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



Рачинський С.В.

Науковий керівник: Шнайдер Станіслав Аркадійович, член-кореспондент  
НАМН України, доктор медичних наук, професор

## АНОТАЦІЯ

*Рачинський С.В.* Стан захворюваності та прогноз розвитку стоматологічної ортопедичної допомоги особам призовного віку в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 221 Стоматологія. – Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України», Одеса, 2022.

У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального наукового й прикладного завдання, що полягало у визначенні розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності, стану ортопедичної допомоги, ступеню задоволеності та прогнозу подальшого розвитку у осіб призовного віку в Україні у різних медико-географічних регіонах серед міського і сільського населення та обґрунтуванню медичної ефективності, соціального значення та економічної фінансової доцільності взяття їх на активний постійний диспансерний облік і надання льготного протезування.

Метою дослідження стало підвищення рівня надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку шляхом визначення величини захворюваності, інтенсивності прояву, прогнозу розвитку, стану надання, величини потреби, забезпеченості та розробки спрямований пропозицій щодо докорінного її поліпшення, на підставі проведення стоматологічних оглядів в найбільш характерних медико-географічних регіонах України серед міського і сільського населення.

Для досягнення поставленої мети було проведене поглиблене стоматологічне обстеження 294 осіб призовного віку в Івано-Франківській області (185 – міських і 109 – сільських) та 332 в Одеській (170 – міських і 162 – сільських).

Усі матеріали проведених стоматологічних оглядів реєструвались у спеціальній універсальній “Карті обстеження стоматологічного ортопедичного хворого”, з віддзеркаленням у неї усіх основних захворювань по 3-м розділам, а саме – у 1-му фіксувались дані про хірургічну й терапевтичну патологію, у 2-му – ортодонтичну та ортопедичну і у 3-му розділі - об’єм необхідної пропонованої ортопедичної допомоги.

Окрім цього була ще віддзеркалена додаткова відповідна інформація й наведено спеціальний шифратор до досліджуваних питань.

Усі отримані матеріали піддавались відповідній вибірці, групуванню, з подальшою статистичною обробкою і порівняльним аналізом. Необхідна кількість обстежених осіб, для отримання статистично вірогідних даних була повністю дотримана відповідно до методичних рекомендацій Комітету експертів ВООЗ, щодо проведення подібного роду епідеміологічних досліджень та безпосередньо пропонованих в Україні.

Результати проведених стоматологічних оглядів 626 осіб призовного віку чоловічої статі від 18 до 20 років у найбільш характерних медико-географічних регіонах України, засвідчили про різну величину розповсюженості стоматологічної ортопедичної захворюваності та, особливо, інтенсивності її розвитку і прояву у Західному і Південному регіонах, як серед міського так і сільського населення. При цьому, у Західному регіоні вона становить серед міських мешканців 275,7 осіб і 522,9 – серед сільських на 1000 обстежених, а у Південному, відповідно 247,1 і 253,1, тобто при відносно однаковій її величині між міським населенням, у сільській місцевості Західного регіону вона більша у 2,1 рази ніж у Південному.

Доведена залежність загального об’єму зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування від медико-географічного регіону та соціального статусу населення країни. Так, у Західному регіоні серед міського населення він становить 767,6 і 1899,4 серед сільського на 1000 осіб, а по Південному відповідно 452,9 і 463,0, тобто по Західному регіоні по

міському населенню він перевищує в 1,7, а по сільському у 4,1 рази у порівнянні з Південним, при відносно однаковому їх об'ємі серед міських і сільських мешканців по Південному регіоні і достатньо значної різниці у Західному регіоні, де серед сільського населення він більше у 2,5 рази ніж у міського.

Згідно структури дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку, як серед міського так і сільського населення спостерігаються у переважній більшості своїй з відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається у межах 92,3% – 96,5%. З відсутністю 2-х зубів він знаходиться на рівні 3,6% – 7,7%, а 3-х вкрай рідко і становлять 2,5% серед міського населення Півдня і 1,5% – сільського, у Західному регіоні, при повній їх відсутності серед міських мешканців на Заході і сільських у Південному регіоні.

Порівняльна характеристика анатомо-топографічної структури руйнованих зубів у даній категорії населення країни, які підлягають ортопедичному лікуванню засвідчили, що переважну більшість подібних зубів, як серед міського, так і сільського населення даних регіонів країни, складають 6-ті жувальні зуби, а саме, серед міських мешканців Західного регіону 61,8% і 55,4% – Південного, а сільських, відповідно, 56,6% та 53,1%, при незначній більшості їх на верхній щелепі. Далі йдуть у хронологічному порядку 7-мі зуби, які відповідно склали 23,5% і 26,3% по міському та 23,6% і 21,5% сільському населенню. Потім 5-ті, відповідно, 2,5% і 17,5% та 5,4% і 19,5%. І зовсім у незначній кількості 4-ті, 2-гі, 1-і і 3-ті зуби, виключно у Західному регіоні, при практично повній відсутності подібних уражень серед сільських мешканців Півдня на обидвох щелепах та серед міських на нижній щелепі в обидвох регіонах.

Доведено, що як і за кількістю уражених так і за об'ємом структури видалених зубів, незалежно від медико-географічного регіона нашої країни і соціального статусу даної категорії населення, переважну більшість їх складають також 6-ті жувальні зуби, яка становить серед міських мешканців

Західного і Південного регіонів, відповідно 62,4% і 57,2%. Далі по хронології йдуть 5-ті зуби, відповідно 23,0% і 27,3%, 4-і – 8,3% і 8,8%, 7-мі – 6,3% і 6,7%. Слід засвідчити, що видалення 31,3% і 36,1% премолярів по даним регіонам відповідно, абсолютно незрозуміле й невиправдане, рахуючи зовсім молодий вік осіб призовного віку та практична відсутність видалень у цьому віці за рахунок ускладнень пародонтиту.

Встановлено, що загальний об'єм видалених зубів у чоловіків призовного віку серед міського населення у Західному регіоні становить 210,8, а у Південному – 258,7 на 1000 обстежених осіб, при їх співвідношенні, як 1,0 до 1,2. При цьому доведена значна розбіжність між даним показником по сільському населенню, яка відповідно склала 642,4 і 166,6, при співвідношенні 3,9 до 1,0, тобто серед сільських мешканців Західного регіону їх видаляється практично у 4 рази більше ніж у Південному. При цьому, виходячи із даних топографії дефектів зубних рядів, як у Західному так і у Південному регіонах, спостерігаються практично тільки часткові дефекти зубних рядів 3-го класу за Кенеді.

Встановлена значна величина потреби осіб призовного віку в основних видах зубних протезів і вкрай незначна кількість виготовлених, як у Західному так і у Південному регіонах країни. Так, при величині потреби в одиночних коронках 2098,0, мостоподібних протезів – 686,3 і штифтових конструкцій – 372,5 серед міського і відповідно 2491,0, 1140,4 та 508,7 серед сільського населення у Західному та відповідно 904,8, 928,6 і 238,1 та 1146,3, 682,9 і 170,7 у Південному регіоні, їх виготовляється тільки відповідно 470,6, 0 і 0 серед міського і 158,0, 0 і 0 – серед сільського у Західному і відповідно 428,5, 0 і 142,9 та 146,0, 0 і 24,4 у Південному. При цьому рівень задоволеності по одиночних коронках у Західному регіоні склав 18,3%, мостоподібним протезам – 0% і штифтовим зубам – 0% серед міських і відповідно 6,0%, 0% і 0% серед сільських, а у Південному відповідно 32,2%, 0% і 37,5% та 8,8%, 0% та 12,5%. Приведені показники більш ніж

переконливо свідчать про вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку по усій території нашої країни.

Матеріали порівняльної характеристики структури і рівня забезпеченості потреби у стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку засвідчили про їх практичну ідентичність з невеликими коливаннями у досліджуваних медико-географічних районах. Так, по міському і сільському населенню кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою на Заході країни вкрай незначна і склала відповідно 32,4 і 18,4, а на Півдні 23,5 та 6,2 на 1000 обстежених; кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування була відповідно 27,0 і 18,4 та 35,3 і 18,5 осіб. У свою чергу спостерігається достатньо значна кількість, як для даного віку осіб, осіб які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів, особливо серед сільського населення, а саме у Західному регіоні серед міських мешканців, вона знаходиться на рівні 254,1 і 532,1, а у Південному – 205,9 і 240,7 осіб на 1000 обстежених. При цьому, загальна величина фактичної потреби в ортопедичному лікуванні по Західному регіону серед міського і сільського населення склала відповідно 281,1 і 550,5 (28,1% і 55,1%), а по Південному – 241,2 і 259,2 (24,1% і 25,9%) осіб на 1000 обстежених. Показник ж кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, склав по даним регіонам відповідно 686,5 і 431,1 та 735,3 і 734,6 осіб на 1000 обстежених.

При збереженні теперішньої вкрай незадовільної організації надання стоматологічної і у тому числі ортопедичної допомоги даній категорії населення, прогнозований об'єм зубних протезів, які будуть потребувати виготовлення вже за кілька років, може зрости по Західному регіону серед міського і сільського населення з 578,4 і 1302,8 одиниць до 5784,2 і 6412,7 на 1000 обстежених і по Південному, відповідно з 223,5 і 290,1 до 1058,8 та 1339,5 протезних одиниць.

Враховуючи встановлену нами різну величину розповсюдженості і, особливо, інтенсивності клінічного течії стоматологічних ортопедичних захворювань у чоловіків призовного віку в основних медико-географічних регіонах нашої країни, доцільно використовувати диференційний підхід до планування ортопедичної допомоги і, у тому числі, враховувати фінансову складову, при введенні їм гарантованої державної пільгової допомоги.

Доказово доведено, окрім медичної ефективності, соціальної необхідності, економічну доцільність обов'язкового раннього ортопедичного лікування осіб молодого віку як дефектів зубних рядів, так і, особливо, дефектів твердих тканин коронкової частини зубів.

Рахуємо, що головною причиною високої ступені розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку, особливо в Західному регіоні нашої країни та вкрай незадовільного стану ортопедичної допомоги, є не медичний фактор, ступінь професійності лікарів, а організаційний, пов'язаний з повною невизначеністю певних державних структур щодо їх юридично-правової відповідальності з організації і надання стоматологічної допомоги даній категорії населення України.

Виходячи із наведеного вище, пропонуємо Верховній Раді України і Кабінету Міністрів України за погодженням з Міністерством фінансів і Міністерством економіки, відповідно до статті 7 основ законодавства України про охорону здоров'я, з метою реалізації прав громадян України на безкоштовну медичну допомогу, опрацювати закон про надання призовникам до Збройних сил України безкоштовної чи льготної зубопротезної допомоги по деяким видам зубних протезів, з занесенням їх до пільгової групи населення з надання гарантованої державної безкоштовної медичної допомоги та внести його у якості додатку до Постанови Кабінету Міністрів України №955 від 11 липня 2002 р. “Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги”.

Пропонуємо Міністерству Оборони України і Міністерству охорони здоров'я України за погодженням Міністерства фінансів Міністерства економіки та питань європейської інтеграції та місцевих органів самоврядування, опрацювати, узгоджити і затвердити договір про сумісну відповідальність з надання стоматологічної допомоги даній категорії населення нашої країни, з визначенням чітких дій, прав, обов'язків і контролю за їх виконанням кожної із сторін, згідно існуючого законодавства.

На підставі наведеного вище договору й закону про безкоштовне чи пільгове надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку, розробити й затвердити регіональні програми з подання їм гарантованого державного ортопедичного лікування з передбаченням додаткових обсягів подання за рахунок коштів місцевих бюджетів.

Передбачити у Державному бюджеті України, з урахуванням обсягів асигнувань на охорону здоров'я, певний об'єм фінансування на надання стоматологічних послуг даній категорії населення країни.

Приймаючи до уваги вкрай незадовільне становище, що склалося з наданням ортопедичної допомоги даній категорії населення України, негативні тенденції її розвитку, надання та несприятливий прогноз щодо подальшого росту ортопедичної захворюваності, пропонуємо на усіх рівнях органів практичної охорони здоров'я в галузі стоматології, акцентувати увагу на обов'язковому ранньому ортопедичному їх лікуванні, яке повністю у подальшому зніме цілий блок питань, як для лікарів так і безпосередньо для даних осіб.

При подібному медико-соціальному підході до надання ортопедичної допомоги особам призовного віку, загальна економія вартості чи то бюджетного фінансування чи за рахунок власних коштів складе від 530% до 1100%, не рахуючи вже вимушений додатковий труд лікарів та власні витрати часу пацієнта на додаткові клінічні відвідування та його психоемоційний стан.



**Ключові слова:** чоловіки призовного віку, ортопедична захворюваність, прогноз розвитку, раннє протезування, ортопедичні конструкції, потреба, забезпеченість, ступінь задоволеності.

## ANNOTATION

*Rachynsky S.V.* The incidence and prognosis of dental orthopedic care for the military age in Ukraine. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a Philosophy doctor scientific degree in the branch of knowledge 22 Health care on a specialty 221 Stomatology. – State Establishment “Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Odessa, 2022.

The dissertation presents a theoretical generalization and a new solution to the current scientific and applied problem, which was to determine the prevalence and intensity of dental orthopedic disease, the state of orthopedic care, the degree of satisfaction and prognosis of further development in conscripts in Ukraine in different medical and geographical regions. Urban and rural population and justification of medical efficiency, social significance and economic financial feasibility of taking them on an active permanent dispensary account and providing preferential prosthetics.

The aim of the study was to increase the level of dental orthopedic care for men of military age by determining the magnitude of morbidity, intensity, prognosis, state of provision, the need for security and development of proposals for radical improvement, based on dental examinations in the most typical medical and geographical regions Ukraine among urban and rural population.

To achieve this goal, an in-depth dental examination of 294 conscripts in Ivano-Frankivsk region (185 – urban and 109 – rural) and 332 in Odessa (170 – urban and 162– rural) was conducted.

All materials of the conducted dental examinations were registered in the special universal "Card of inspection of the stomatologic orthopedic patient", with reflection in it of all basic diseases on the 3rd sections, namely – in the 1st data on surgical and therapeutic pathology were fixed, in the 2nd – orthodontic and orthopedic and in the 3rd section – the amount of necessary orthopedic care offered.

In addition, additional relevant information was reflected and a special coder for the researched issues was provided.

All obtained materials were subjected to appropriate sampling, grouping, followed by statistical processing and comparative analysis. The required number of surveyed persons to obtain statistically reliable data was fully complied with in accordance with the guidelines of the WHO Committee of Experts on conducting such epidemiological studies and directly offered in Ukraine.

The results of dental examinations of 626 men of conscription age from 18 to 20 years in the most typical medical and geographical regions of Ukraine, showed different levels of prevalence of dental orthopedic disease and, especially, the intensity of its development and manifestation in the Western and Southern regions, as among urban and the rural population. At the same time, in the Western regions it is among urban residents 275,7 people and 522,9 – among rural residents per 1000 surveyed, and in the South, respectively 247,1 and 253,1, with a relatively equal size between the urban population, in in rural areas of the Western region it is 2.1 times larger than in the South.

The dependence of the total volume of teeth and defects of dentitions that require orthopedic treatment on the medical-geographical region and the social status of the population of the country is proved. Thus, in the Western region among the urban population it is 767,6 and 1899,4 among the rural population per 1,000 people, and in the South, respectively, 452,9 and 463,0, in the Western region, the urban population, it exceeds 1,7, and in rural areas 4,1 times compared to the South, with a relatively equal volume among urban and rural residents in the

Southern region and a significant difference in the Western region, where among the rural population it is 2,5 times more than in urban areas.

According to the structure of dentition defects that are subject to orthopedic treatment in men of military age, both among urban and rural populations are observed in the vast majority with the absence of the 1st tooth, the rate of which ranges from 92,3% to 96,5%. With the absence of 2 teeth, it is at the level of 3,6% – 7,7%, and 3 are extremely rare and account for 2,5% of the urban population of the South and 1,5% – rural, in the Western region, at full their absence among urban residents in the West and rural residents in the Southern region.

Comparative characteristics of the anatomical and topographic structure of damaged teeth in this category of the population undergoing orthopedic treatment showed that the vast majority of such teeth, both among urban and rural populations of these regions of the country are 6 masticatory teeth, namely, among urban residents 61,8% and 55,4% of the Western region – South, and rural, respectively, 56,6% and 53,1%, with a slight most of them on the upper jaw. Next are in chronological order 7 teeth, which respectively amounted to 23,5% and 26,3% in urban and 23,6% and 21,5% of rural population. Then the 5th, respectively, 2,5% and 17,5% and 5,4% and 19,5%. And in a very small number of 4th, 2nd, 1st and 3rd teeth, exclusively in the Western region, with almost no such lesions among rural residents of the South on both jaws and among urban on the lower jaw in both regions.

It is proved that both the number of affected and the volume of the structure of the removed teeth, regardless of the medical and geographical region of our country and the social status of this category of the population, the vast majority of them are also 6 masticatory teeth, which is among urban residents of Western and Southern regions, respectively 62,4% and 57,2%. Next in chronology are 5 teeth, respectively 23,0% and 27,3%, 4th – 8,3% and 8,8%, 7th – 6,3% and 6,7%. It should be noted that the removal of 31,3% and 36,1% of premolars in these regions, respectively, is completely incomprehensible and unjustified, given the

very young age of conscripts and the lack of removal at this age due to complications of periodontitis.

It was found that the total volume of removed teeth in men of conscription age among the urban population in the Western region is 210,8, and in the South – 258,7 per 1000 examined persons, with their ratio as 1,0 to 1,2. At the same time, a significant discrepancy was proved between this indicator for the rural population, which amounted to 642,4 and 166,6, respectively, with a ratio of 3,9 to 1,0, among rural residents of the Western region they are removed almost 4 times more than in the South. In this case, based on the topography of dentition defects in both the Western and Southern regions, there are almost only partial defects of the dentition of the 3rd class according to Kennedy.

There is a significant need for conscripts in the main types of dentures and a very small number of manufactured, both in the Western and Southern regions of the country. Thus, with the need for single crowns 2098,0, bridge prostheses – 686,3 and pin structures– 372,5 among the urban and respectively 2491,0, 1140,4 and 508,7 among the rural population in the West and respectively 904,8, 928,6 and 238,1 and 1146,3, 682,9 and 170,7 in the Southern region, they are produced only respectively 470,6, 0 and 0 among urban and 158,0, 0 and 0 – among rural in the Western and 428,5, 0 and 142,9 and 146,0, 0 and 24,4 in the South, respectively. The level of satisfaction with single crowns in the Western region was 18,3%, bridges – 0% and pin teeth – 0% among urban and 6.0%, 0% and 0% among rural, and in the South, respectively, 32,2%, 0% and 37,5% and 8,8%, 0% and 12,5%. These figures more than convincingly indicate the extremely unsatisfactory state of orthopedic care for men of military age throughout our country.

Materials of comparative characteristics of the structure and level of provision of the need for dental orthopedic care for men of military age testified to their practical identity with small fluctuations in the studied medical-geographical areas. Thus, in urban and rural populations, the number of people who are fully provided with orthopedic care in the West of the country is extremely small and amounted to

32,4 and 18,4, respectively, and in the South 23,5 and 6,2 per 1,000 surveyed; the number of people who are partially provided with orthopedic care and need additional prosthetics was 27,0 and 18,4 and 35,3 and 18,5 people, respectively. In turn, there is a significant number, as for this age of persons who need orthopedic care and do not have dentures, especially among the rural population, namely in the Western region among urban residents, it is at the level of 254,1 and 532,1, and in the South – 205,9 and 240,7 people per 1000 surveyed. At the same time, the total value of the actual need for orthopedic treatment in the Western region among urban and rural populations was 281,1 and 550,5 (28,1% and 55,1%), respectively, and in the South – 241,2 and 259,2 (24,1% and 25,9%) persons per 1000 surveyed. The indicator of the number of people who do not have dentures and do not need orthopedic treatment in these regions was 686,5 and 431,1 and 735,3 and 734,6 people per 1,000 examined, respectively.

While maintaining the current extremely unsatisfactory organization of dental and including orthopedic care for this category of the population, the projected volume of dentures that will need to be made in a few years may increase in the Western region among urban and rural populations from 578,4 and 1302,8 units to 5784,2 and 6412,7 per 1000 examined and in the South, respectively, from 223,5 and 290,1 to 1058,8 and 1339,5 prosthetic units.

Given our established different magnitude of prevalence and, especially, the intensity of the clinical course of dental orthopedic diseases in men of military age in the main medical and geographical regions of our country, it is advisable use a differential approach to the planning of orthopedic care and, in particular, take into account the financial component, when introducing them guaranteed state preferential care.

In addition to medical efficiency and social necessity, the economic feasibility of mandatory early orthopedic treatment of young people, both dentition defects and, especially, defects of the hard tissues of the crown of the teeth, has been proven.

We believe that the main reason for the high prevalence and intensity of dental orthopedic morbidity in men of military age, especially in the Western region of our country and the extremely unsatisfactory state of orthopedic care, is not a medical factor, the degree of professionalism of doctors, but organizational uncertainty. Certain state structures regarding their legal responsibility for the organization and provision of dental care to this category of the population of Ukraine.

Based on the above, we propose to the Verkhovna Rada of Ukraine and the Cabinet of Ministers of Ukraine in agreement with the Ministry of Finance and the Ministry of Economy, in accordance with Article 7 of the Fundamentals of Ukrainian legislation on health care, to implement the law on free medical care. Conscripts to the Armed Forces of Ukraine free or preferential dental prosthetics for certain types of dentures, with their inclusion in the privileged group of the population to provide guaranteed state free medical care and make it as an annex to the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine №955 of July 11, 2002. "On approval of the Program for providing citizens with guaranteed state free medical care".

We propose to the Ministry of Defense of Ukraine and the Ministry of Health of Ukraine with the consent of the Ministry of Finance of the Ministry of Economy and European Integration and local governments to develop, agree and approve an agreement on joint responsibility for providing dental care to this category of our country. Rights, responsibilities and control over their implementation by each party, in accordance with existing legislation.

Based on the above agreement and the law on free or preferential dental orthopedic care for men of military age develop and approve regional programs for the provision of guaranteed state orthopedic treatment with additional provision at the expense of local budgets.

To envisage in the State Budget of Ukraine, taking into account the amount of allocations for health care, a certain amount of funding for the provision of dental services to this category of the population.

Taking into account the extremely unsatisfactory situation with the provision of orthopedic care to this category of the population of Ukraine, negative trends in its development, provision and unfavorable prognosis for further growth of orthopedic morbidity, we offer at all levels of practical health care in the field of dentistry. Mandatory early orthopedic treatment, which will completely remove a whole range of issues in the future, both for doctors and directly for these people.

With such a medical and social approach to the provision of orthopedic care to conscripts, the total cost savings, whether budget funding or at their own expense will be from 530% to 1100%, not counting the already forced additional work of doctors and the patient's own time for additional clinical visits and his psycho-emotional state.

**Key words:** men of military age, orthopedic morbidity, prognosis, early prosthetics, orthopedic structures, need, availability, degree of satisfaction.

### **СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

1. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА/ Анатомо-топографічна характеристика зубів і дефектів зубних рядів, що підлягають ортопедичному лікуванню у осіб призовного віку Івано-Франківської області. *Інновації в стоматології*. 2020; 1: 32-37. DOI: 10.35220/2523-420X/2020.1.7. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

2. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Ступницький РМ. Захворюваність, анатомо-топографічна структура, стан надання та прогноз розвитку стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку західного регіону України. *Світ медицини та біології*. 2020; 4 (74): 135-139. DOI: 10.26724/2079-8334-2020-4-74-135-139. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

3. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дзигал ОФ. Потреба та забезпеченість молодих осіб призовного віку у стоматологічній ортопедичній допомозі. *Вісник стоматології*. 2020; 111 (2): 67-71. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-35-2-67-71. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

4. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку західного регіону України. *Вісник стоматології*. 2020; 112 (3): 64-69. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-37-3-64-69. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

5. Rachinsky S., Schnayder S., Labunets O., Dieva T., Labunets V. Dental orthopedic morbidity among drafted men residing in Ivano-Frankivsk region. *Архів клінічної медицини*. 2020; 2 (26): 46-48. DOI: 10.21802/acm.2020.2.1 *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

6. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Обґрунтування медичної, соціальної необхідності та економічної доцільності реформування та планування стоматологічної ортопедичної допомоги молоді України. *Colloquium-journal*. 2020; 30 (82): 41-47. DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-42-49. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних сумісно з Лабунець О.В., написанні статті.*

7. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дієва ОЄ. Розповсюдженість і інтенсивність прояву стоматологічної ортопедичної захворюваності серед чоловіків призовного віку Півдня України. *Інновації в стоматології*. 2019; 1: 50-54. DOI: 10.35220/2523-



420X/2019.1.11. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

8. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Обґрунтування необхідності диференційного підходу при організації і плануванні стоматологічної ортопедичної допомоги особам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 4 (91): 11-15. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-491-11-15. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

9. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної захворюваності, допомоги, прогноз розвитку та спрямовані шляхи реформування системи організації протезування чоловікам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 8 (95): 4-8. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-895-4-8. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, сумісно з науковим керівником сформовані висновки, практичні рекомендації, написана стаття.*

10. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика анатомо-топографічної структури зруйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування у міських і сільських мешканців призовного віку в Одеській області. *Вісник стоматології*. 2021; 1: 20-24. DOI: 10.35220/2078-8916-2021-39-1-20-24. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

11. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ВА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Захворюваність та стан стоматологічної ортопедичної допомоги у допризовників та військовослужбовців України (огляд літератури). *Вісник стоматології*. 2019; 4 (109): 57-61. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2019->

34-4-57-61. *Участь здобувача полягає у проведенні літературного пошуку, аналізі стану питання, написанні огляду літератури.*

12. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Економічна доцільність раннього протезування зубів і дефектів зубних рядів у молодому віці. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 83-84. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

13. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Лабунець ВА, Дієва ТВ. Частота виникнення та анатомо-топографічна структура патологічного зміщення зубів у осіб молодого віку з дефектами зубних рядів в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 85-87. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

14. Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Порівняльна характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 137-139. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

15. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної допомоги у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області. Інноваційні технології в сучасній стоматології : наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 11-13 березня 2020 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2020; 115-116. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез*

16. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Порівняльна характеристика частоти видалених і зруйнованих зубів, які підлягають ортопедичному відновленню у осіб призовного віку Прикарпаття. Медицина транспорту – 2020: IV Міжнарод. конгрес, 16-18 вересня 2020 р., Одеса. Одеса, 2020; 36-39. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

17. Лабунець ВА, Шнайдер СА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Номеровська ОЄ. Медичні, соціальні й організаційні заходи щодо реформування системи організації надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку в Україні. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021; 55-57. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

18. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика потреби та рівня задоволеності осіб призовного віку у ортопедичній допомозі у різних медикогеографічних регіонах України. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021; 62-63. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

## ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	24
ВСТУП.....	25
РОЗДІЛ 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ЇХ ВТОРИННИХ УСКЛАДНЕНЬ ТА РІВЕНЬ НАДАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ МОЛОДОГО ВІКУ ТА ДОПРИЗОВНИКІВ (огляд літератури).....	
	33
1.1 Стоматологічна захворюваність та частота виникнення дефектів зубних рядів, коронкової частини зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню і їх вторинних ускладнень у молодому віці та допризовників .....	33
1.2 Потреба, забезпеченість та рівень задоволеності молодого населення в стоматологічній ортопедичній допомозі .....	48
РОЗДІЛ 2. ОБ'ЄКТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	57
2.1 Вибір баз і об'єкта дослідження.....	58
2.2 Визначення переліку основних завдань, які підлягають вирішенню у даній роботі.....	59
2.3 Визначення репрезентативної сукупності необхідної кількості обстежених осіб, для отримання статистично достовірних результатів дослідження .....	60
2.4 Розробка плану безпосередньої організації і самого проведення поглибленого стоматологічного обстеження призовників та необхідної облікової документації для реєстрації отриманих результатів клінічного обстеження .....	61
2.5 Проведення експертної оцінки отриманих матеріалів обстеження	63

2.6 Первинна викопіровка, групування отриманих результатів у спеціально розроблені таблиці, згідно поставлених завдань та їх обробка.....	63
2.7 Статистична обробка отриманих матеріалів дослідження.....	65
РОЗДІЛ 3 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНА СТРУКТУРА, СТАН НАДАННЯ, СТУПІНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ТА ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ.....	67
3.1 Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області .....	69
3.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення у залежності від виду щелепи та класу дефектів зубних рядів .....	73
3.3 Стан стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів .....	77
3.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку західного регіону України .....	83
РОЗДІЛ 4 ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНА СТРУКТУРА, СТАН НАДАННЯ, СТУПІНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ТА ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ.....	90
4.1 Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Одеської області.....	92

4.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення в залежності від виду щелеп та класу дефектів зубних рядів .....	97
4.3 Стан стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів .....	103
4.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку Південного регіону України.....	109
<b>РОЗДІЛ 5 ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СТАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ У ЗАХІДНОМУ ТА ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ .....</b>	
5.1 Порівняльна характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіону України .....	115
5.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення у залежності від виду щелепи та класу дефектів зубних рядів .....	120
5.3 Порівняльна характеристика стану стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України .....	129
5.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку Західного і Південного регіонів України .....	137
<b>РОЗДІЛ 6 ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ НЕОБХІДНОСТІ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОЦІЛЬНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ.....</b>	
	147

6.1 Анатомо-топографічна структура та порівняльна характеристика вартості стоматологічних ортопедичних і ортодонтичних послуг, пов'язаних з виникненням вторинних зубощелепних аномалій і деформацій у молодому віці, внаслідок видалення зубів.....	147
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	176
ВИСНОВКИ.....	192
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	197
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	199
ДОДАТОК А.....	232
ДОДАТОК Б.....	237
ДОДАТОК В.....	238
ДОДАТОК Г.....	240
ДОДАТОК Д.....	249

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗСУ – Збройні сили України

НАМН – Національна академія медичних наук

НДР – науково-дослідна робота



## ВСТУП

**Актуальність теми.** Згідно ст. 65 Конституції і ч.1 ст.1 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» та п.1 ст.3 Указу Президента України, проводиться обов'язковий строковий призов громадян України на воєнну службу з 20, а за власним бажанням з 18 років. При цьому, однією із визначальних вимог і умов їх ефективного професійного навчання військовій справі і виконання службових обов'язків, є наявність повноцінного здоров'я, як загально-медичного так і стоматологічного [1, 2].

Однак, спираючись на цілу низку літературних джерел, вже в молодому віці спостерігається вельми значний рівень стоматологічної терапевтичної [7, 26, 54, 55, 63, 152], хірургічної та ортопедичної захворюваності (3, 4, 168-170, 216).

Так, за даними сучасних стоматологічних оглядів [12, 17] у нашій країні величина потреби в стоматологічній ортопедичній допомозі у вікових групах 15-19 і 20-24 роки вже сягає 25,0-35,9% та 40,4-57,9%, відповідно, у залежності від медико-географічного регіону, з явними тенденціями до її зростання у часі та високою ступінню схильності виключно у наймолодшій віковій групі 15-19 років, до виникнення і різкого зростання зубощелепних аномалій і деформацій на рівні 90,0-91,0% пов'язаних з видаленням зубів та подальшими серйозними проблемами щодо їх лікування і відновлення, включаючи і фінансову складову.

У свою чергу Мочалов Ю.О. (2020) наголошує, що вже у 23,0% підлітків видалені постійні зуби і потребували ортопедичного лікування [275]. При цьому тільки 7,3% з них були соматичн здоровими. За ствердженням багатьох дослідників поява різноманітних зубощелепних аномалій, деформацій та скронево-нижньощелепних розладів напряму пов'язана з відсутністю та нехтуванням відповідного раннього протезування [9, 27, 73-75; 142-144, 147, 149, 213, 216), наявність яких значно збільшує вимушений додатковий об'єм ортодонтичних, терапевтичних і хірургічних

втручань та вкрай ускладнює і утруднює безпосередньо сам клінічний та зуботехнічний процес її надання [8, 208, 210].

Практично аналогічне положення спостерігається і у військовослужбовців рядового складу нашої країни. Так, за даними [267, 268] основну частку військових з періапикальною інфекцією, ускладненою періоститом, складають рядові строкової служби - 73,1%. При цьому 87,5% видалених у них зубів були, згідно рентгенологічним даним, попередньо ліковані, що на думку авторів вказує на необхідність проведення повторної сонації порожнини рота у групі призовників.

Саме на останньому акцентував також увагу Камалов Р.Х. стверджуючи про погіршення стану стоматологічної захворюваності у призовників, яка склала 52,4%, що змусило військово-лікувальні заклади витратити понад 9 млн.гривень на їх лікування, непролікованих до призову на військову службу [237]. При цьому, як свідчать дані Лунічевої Н.В. (2005) у 72,3% військовослужбовців рядового складу спостерігається ортопедична захворюваність, при вкрай низькому рівні задоволеності в основних видах зубних протезів.

Отже, зважаючи на наведене вище і у повній відповідності до пропонованих в останній час НАМН України щодо пріоритетних напрямків і першочергових завдань з розвитку наукових досліджень, які повинні бути орієнтовані на соціальні виклики, які існують на сьогодні у нашому суспільстві, що ведуть до ранньої втрати здоров'я і працездатності, вирішення питань докорінного поліпшення рівня надання стоматологічної ортопедичної допомоги призовникам до Збройних сил України, є вкрай актуальним, соціально значимим і потребує свого як наукового так і практичного вирішення.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**  
Дисертація виконана відповідно до плану НДР Державної установи «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України» (далі – ДУ «ІСЦЛХ НАМН») «Корекція патогенетичних

механізмів порушень метаболізму в тканинах ротової порожнини у пацієнтів в залежності від екологічних та аліментарних факторів, що впливають на вуглеводний та ліпідний обмін» (№ ДР 0118U006966), де автор був безпосереднім співвиконавцем окремого фрагменту.

**Мета дослідження** – підвищення рівня надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку шляхом визначення величини захворюваності, інтенсивності прояву, прогнозу розвитку, стану надання, величини потреби, забезпеченості та ступеню задоволеності в основних видах ортопедичного лікування та розробки спрямованих пропозицій щодо докорінного її поліпшення на підставі проведення стоматологічних оглядів в найбільш характерних медико-географічних регіонах України серед міського і сільського населення.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити величину розповсюдженості та інтенсивності клінічного прояву основних стоматологічних ортопедичних захворювань у осіб призовного віку у різних медико-географічних регіонах нашої країни, які потребують ортопедичного лікування.

2. Встановити стан ортопедичної допомоги у даній категорії населення країни, визначити величину потреби, забезпеченості та розрахувати рівень їх задоволеності в основних видах зубних протезів.

3. Провести порівняльну характеристику стоматологічної ортопедичної захворюваності та об'єму наданої і необхідної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку до Збройних сил України, у різних медико-географічних регіонах нашої країни.

4. Надати прогноз розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у даній категорії населення країни на перспективу, при умові збереження існуючої системи організації й планування стоматологічної допомоги.

5. Розрахувати та доказово довести показники економічної доцільності обов'язкового раннього ортопедичного лікування як для осіб

призовного віку так і для бюджету Збройних сил України та переконливо обґрунтувати про медичну, соціальну і економічну доцільність взяття їх на плановий активний диспансерний облік та надання пільгового протезування.

б. Запропонувати низку медичних, соціальних і правових заходів щодо докорінного реформування стоматологічної ортопедичної допомоги призовникам до Збройних сил України у практичній охороні здоров'я у масштабах країни.

**Об'єкт дослідження** – стоматологічна ортопедична захворюваність та стан стоматологічної ортопедичної допомоги у чоловіків призовного віку від 18 до 20 років.

**Предмет дослідження** – визначення величини розповсюженості стоматологічної ортопедичної захворюваності, інтенсивності її клінічного прояву, стану надання і рівня задоволеності в основних видах зубних протезів та надати прогноз подальшого розвитку даної захворюваності у осіб призовного віку.

**Методи дослідження:** епідеміологічні – для визначення величини розповсюженості стоматологічної ортопедичної захворюваності, інтенсивності їх клінічного прояву та стану ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку; клінічні – для визначення стоматологічного статусу за основними ортопедичними захворюваннями, видів зубних протезів, анатомо-топографічного стану зубів зі зруйнованою коронковою частиною твердих тканин та дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування; рентгенологічні – для визначення швидкості формування вторинних зубощелепних аномалій і деформацій пов'язаних з руйнуванням коронкової частини зубів і дефектів зубних рядів; математичні – для розрахунку вартості стоматологічних послуг; економічні – для визначення соціально-економічної доцільності раннього ортопедичного лікування осіб призовного віку; статистичні – для визначення статистичної вірогідності отриманих результатів дослідження.

**Наукова новизна отриманих результатів.** За матеріалами проведених досліджень була вперше у нашій країні встановлена величина розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності, інтенсивності її клінічного прояву, визначено стан надання ортопедичної допомоги і рівень задоволеності в основних видах зубних протезів у чоловіків призовного віку серед міського і сільського населення, а також надано прогноз розвитку ортопедичної захворюваності на перспективу в різних медико-географічних регіонах України.

Встановлено пряму залежність величини розповсюдженості і, особливо, інтенсивності клінічного прояву, основних стоматологічних захворювань від медико-географічного регіону проживання даної категорії населення і соціального статусу.

Визначено більш значну величину розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у осіб призовного віку західного регіону нашої країни у порівнянні з південним.

Доведено, що при проведенні епідеміологічних досліджень, більш об'єктивними і обгрунтованими показниками стану ортопедичної захворюваності є не величина її розповсюдженості, а інтенсивність її клінічного прояву, що набуває вирішального значення при плануванні ортопедичної допомоги даній категорії населення у різних медико-географічних регіонах країни.

Встановлено, що рівень захворюваності, особливо інтенсивності прояву серед даної категорії населення значно вищий у сільській місцевості у порівнянні з міськими населенням. Так, у західному регіоні серед міського населення загальний об'єм зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування становить 767,6 і 1899,4 серед сільського на 1000 осіб, а у південному, відповідно 452,9 і 463,0.

Доведено, згідно структурі дефектів зубних рядів, як серед міського так і сільського населення у даному віці і статі, в обидва регіонах спостерігається у переважній більшості своїй, дефекти з відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається в межах 92,3% - 96,5%. При цьому більшість

видалених зубів складають шості жувальні зуби, які становлять по західному регіону, серед міських і сільських мешканців, відповідно 61,8 % та 56,6% і 55,4 % та 53,1 % — по південному.

Визначено, що незалежно від медико- географічного регіону і соціального статусу даних осіб, переважна кількість зубів зі зруйнованою коронковою частиною і твердих тканин, які потребують ортопедичного лікування, становлять також шості жувальні зуби, відсоток яких складає відповідно 62,4% і 57,2% та 56,6% і 53,1 %.

Встановлена значна величина потреби осіб призовного віку в основних видах зубних протезів і вкрай незначна кількість виготовлених, незалежно від регіону їх проживання. Так, при величині потреби в одиночних коронках 2098,0, мостоподібних протезах – 686,3 і штифтових конструкціях серед міського і відповідно 2491,0, 1140,4 та 508,7 серед сільського населення на заході країни та відповідно 904,8, 928,6 і 238,1 та 1146,3, 682,9 і 170,7 у південному регіоні, їх виготовляється відповідно тільки 476,6, 0 і 0 серед міського і 158,0,0 і 0 – сільського у західному і відповідно 428,5, 0 і 142,9 та 146,0, 0 і 24,4 у південному. При цьому рівень задоволеності у західному регіоні по одиничним коронками склав 18,3%, мостоподібним протезам – 0% і штифтовим зубам – 0% серед міських і відповідно 6,0%, 0% і 0% - сільських, а у південному, відповідно 32,2%, 0% і 37,5% та 8,8%, 0% та 12,5%.

Доведено вкрай незначну кількість обстежених повністю забезпечених ортопедичною допомогою, яка склала на заході країни, відповідно 32,4 і 18,4, а на півдні 23,5 та 6,2 на 1000 осіб. При цьому, загальна величина їх потреби в протезуванні становить відповідно 281,1 і 550,5 та 241,2 і 259,2.

Прогнозовано, що при збереженні теперішньої, вкрай незадовільної ситуації, надання ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку, об'єм зубних протезів, які будуть потребувати виготовлення, може зрости серед міського і сільського населення західного регіону з 578,4 і 1302,8 одиниць до 5784,2 і 6412,7 на 1000 обстежених осіб і по південному, відповідно з 223,5 і 290,1 до 1058,8 та 1339,5 протезних одиниць.

Розраховано й доказово доведено економічну доцільність проведення раннього ортопедичного лікування зруйнованої коронкової частини твердих тканин та дефектів зубних рядів у молодому віці, яка дозволяє знизити загальну вартість ортопедичних, хірургічних і терапевтичних втручань на додаткову передпротезну підготовку на 540% - 1100%.

**Практичне значення отриманих результатів.** Враховуючи встановлену різну величину розповсюдженості і особливо інтенсивності клінічного розвитку стоматологічних ортопедичних захворювань у чоловіків призовного віку в найбільш характерних медико-географічних регіонах нашої країни, доцільно використовувати диференційний підхід до планування даної спеціалізованої медичної допомоги і, у тому числі враховувати фінансову складову, при введенні їм гарантованої державної пільгової допомоги.

Приймаючи до уваги вельми значну потребу даної категорії населення країни і вкрай незадовільний ступінь задоволеності у них в основних видах зубних протезів та зважаючи на потенційний стрімкий розвиток у даному віці вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, пропонуємо брати їх на активний диспансерний облік і проводити раннє протезування.

З метою підвищення рівня надання їм ортопедичної допомоги, потрібно терміново реформувати саму систему організації й планування з урахуванням фінансової складової на державному рівні.

Отримані матеріали дослідження та запропоновані рекомендації впроваджені й використовуються в лекційній та клінічній діяльності кафедри ортопедичної стоматології та кафедри післядипломної освіти Інституту стоматології Івано-Франківського національного медичного університету, відділенні ортопедичної стоматології ДУ «ІСЦЛХ НАМН», кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету, кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та ще в низці університетів.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто проведено патентно-інформаційний пошук та порівняльний аналіз літературних джерел з обраної теми, спільно з науковим керівником визначені мета, завдання, опрацьовано план проведення дослідження та сформульовані висновки і практичні рекомендації. Самостійно обрані методи дослідження, проведені клінічні дослідження, статистична обробка, аналіз і узагальнення отриманих результатів та написання й оформлення дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Опрацьовані положення і отримані результати були представлені й обговорені на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми ортопедичної стоматології» (Харків, 2019), на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» (Івано-Франківськ, 2020), на IV міжнародному конгресі «Медицина транспорту – 2020», на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» (Івано-Франківськ, 2021), на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування» (Одеса, 2021).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 18 наукових робіт, з них 6 статей у наукових фахових виданнях України групи Б, 1 стаття у науковому фаховому виданні України групи А, 3 статті у наукових виданнях Польщі, 1 огляд літератури, 7 тез у матеріалах науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 251 сторінці принтерного тексту, складається із анотацій, списку публікацій здобувача, вступу, огляду літератури, 5-ти розділів власних досліджень, розділу аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (275 джерел, з них 35 написано латиницею) та 5-ти додатків. Робота містить 40 таблиць, ілюстрована 15 рисунками.



## РОЗДІЛ 1

# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ, ЇХ ВТОРИННИХ УСКЛАДНЕНЬ ТА РІВЕНЬ НАДАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ МОЛОДОГО ВІКУ ТА ДОПРИЗОВНИКІВ

### 1.1 Стоматологічна захворюваність та частота виникнення дефектів зубних рядів, коронкової частини зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню і їх вторинних ускладнень у молодому віці та допризовників

Згідно даних наукових досліджень цілої низки дослідників, спостерігається достатньо висока ступінь розповсюдженості дефектів зубних рядів та дефектів коронкової частини зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню вже у молодому віці [3-24, 169].

Слід зазначити, що основними факторами, що спричиняють подібне становище, є висока розповсюдженість карієсу і його ускладнень, низький рівень надання стоматологічної терапевтичної допомоги у нашій країні даної категорії населення, практична відсутність будь-якої диспансеризації, низький рівень гігієни порожнини рота, неправильне харчування, необізнаність населення про тяжкі наслідки нехтування своєчасного лікування й відновлення зубних рядів, тощо [25, 27, 28, 30-48, 51-52].

Достатньо значне місце у подальшому руйнуванні зубощелепної системи займають з віком захворювання м'яких тканин парадонту, що напряму впливають на інтенсивність прояву карієсної хвороби зубів і, особливо, їх ускладнень [49-51].

Так, за матеріалами стоматологічних оглядів 636 молодих осіб віком від 14 до 22 років (53, 54, 55) встановлено, що поширеність карієсу і його ускладнень сягає 71,8% — 78,9%, тобто захворювань, які є головними чинниками у подальшому видалення зубів виключно у молодому віці. При

цьому, на думку автора, серед головних факторів, що сприяють подібної їх поширеності у даному віці є соматичні захворювання, надмірне вживання вуглеводів, солодких газованих напоїв, наявність шкідливих факторів, низький рівень гігієнічної інформованості і установок на здоровий спосіб життя.

Висока ступінь впливу наведених вище факторів ризику виникнення основних стоматологічних захворювань у даної категорії хворих, як наслідок втрати зубів, спостерігається також у роботах [29, 31, 32, 42, 48, 51, 52, 65]. При цьому у динаміці з віком, саме захворювання м'яких тканин парадонту значно збільшить об'єм видалення зубів [20, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 84].

Як стверджує Костлан Я., захворювання тканин парадонту будуть з часом все більше і більше впливати на сам об'єм стоматологічної допомоги і, особливо, ортопедичний, оскільки дуже значна частина її потреби на сьогодні, на жаль, все ще залишається потенційною і не задіяною, особливо у нашій країні [20, 49, 62]. При цьому, у віці 50 і більше років, об'єм видалених у 2 — 6 разів буде більше ніж від ускладнення карієсу [60, 64].

Разом з тим, на сьогодні, у молодому віці головною причиною видалення зубів все ж таки залишається ускладнення карієсної хвороби та його висока розповсюдженість [18, 20, 51, 21), навіть у дітей підліткового віку [66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73].

Так, за даними масових епідеміологічних обстежень 1383 дітей м. Києва віком від 7 до 18 років (1240 школярів та 143 студента 18 років), кількість дефектів зубних рядів у них, унаслідок видалення постійних зубів, зросла майже вдвічі, у порівнянні з молодшою групою до 10 років [75]. При цьому, за ствердженням автора, майже кожна 2-а дитина у віці від 7 до 18 років втрачала постійний жувальний зуб [73]. Висока ступінь розповсюдженості дефектів зубних рядів у даної вікової категорії населення Києва віддзеркалюється також і у роботах Тріля С.І., згідно яких, починаючи

з 13 років, кількість дефектів зубних рядів постійно зростає і становить у віці 13 — 16 років від 11 % до 16% [76].

Збільшення кількості дефектів зубів й зубних рядів на території нашої країни у дітей і підлітків, унаслідок ускладнені карієсу зубів та захворювань тканин парадонту, відзначається також [25, 77, 78] за даними яких цей показник досягає майже 30 %.

Виходячи з досліджень [79] дефекти зубних рядів у дітей та підлітків виникають частіше унаслідок раннього видалення постійних молярів, особливо перших на нижній щелепі та збільшується з 0,2% у віці 6 років до 15,4% в 14 років і 17,89% в 16 років, тобто за словами даних дослідників, постійні зуби були видалені у кожної шостої дитини.

Дещо схожі показники стоматологічної захворюваності спостерігаються серед даної категорії населення і у роботі [80]. Так, за матеріалами епідеміологічних досліджень 1861 дітей Прикарпаття [80] було встановлено, що вже в 12 — 13 років 6 — 7% дітей мають вже видаленні постійні зуби, з яких 31,8% потребують зубного протезування.

Особливо неприємно вражають результати дослідження [73], за даними якого з 200 обстежених молодих осіб, які мали малі дефекти зубних рядів, жодна з них не отримала відповідного ортопедичного лікування, як дефектів зубних рядів, так і нажаль дефектів коронкової частини зуба, несвоєчасне протезування яких, як відомо, дуже скоро приводить до видалення зубів. Аналізуючи дане становище автор стверджує, що головними чинниками, які приводять до передчасного видалення зубів є не тільки погіршення навколишнього середовища, соціальні й економічні труднощі у нашій країні на даний час, а перш за все, воно всеціло пов'язане з відсутністю належної, дійової та адекватної стоматологічної допомоги. Подібний погляд на дану проблему зазначається також у дослідженнях [81, 82, 90, 91, 92].

При цьому Ляхова Н.О. зі співавт., закликає відповідних медичних фахівців до активного виявлення основних груп населення з найбільш високою ступінню інтенсивності карієсної хвороби і її ускладнень [85].

Окрім наведених вище факторів, що сприяють розвитку основних стоматологічних захворювань у молодому віці, ряд дослідників пов'язують високий рівень їх розповсюдженості з відмінностями їх життя, урбанізацією, харчування, екологію, не дотриманням основних правил гігієни порожнини рота, шкідливими звичками й, особливо, незнання тяжких наслідків від їх ускладнень. [86, 87, 88, 89, 93, 94, 245]. Так, Островський А.В. на підставі стоматологічного обстеження 124 осіб віком 17 — 35 років стверджує, що у осіб молодого віку встановлена велика ступінь поширеності захворювань пародонту, яка фіксується на рівні 73,4 % з дуже високим показником індексу ОНІ-S-2,52 +/- 0,12 бала, що відповідає критерію «поганої гігієни порожнини рота» [93].

Ретроспективний аналіз літературних джерел відносно розповсюдженості стоматологічних захворювань серед осіб молодого віку засвідчив також, про високі її показники серед студентської молоді, що опосередковують свідчить і про подібні показники у допризовників до Збройних сил, зважаючи на їх вік і середовище проживання до вступу до вищих навчальних закладів.

Так, за даними Колесник Т.В., (2015), яка провела поглиблене стоматологічне обстеження 137 осіб молодого віку на базі військових училищ, 70,1% даних осіб з захворюваннями пародонту і це при тому, що, як акцентує увагу дослідник, були соматично здорові молоді люди, які на переконання автора пов'язані з поганою гігієною порожнини рота і генетичної схильністю до стоматологічних захворювань (96), яка доведена порушеннями біохімічних, біофізичних параметрів ротової рідини, крові, кісткового метаболізму, тощо [95].

Високі показники частоти виникнення карієсу і захворювання тканин пародонту серед студентської молоді доведені також у роботах [97, 98, 99, 100, 101, 102, 103]. При цьому, Турянська Н.І. (2016), вказує на низку особливостей їх клінічної течії, етіопатогенезу, пов'язує з специфікою студентського життя, навчання, нервові стреси, зміни медико-географічного

регіону їх проживання [100]. Інші дослідники [99, 101, 102], зважаючи на наведене вище пропонують їх взяття на диспансерний облік, збільшення лікарських кадрів за їх лікуванням [98], тощо. Деякі пов'язують високу ступінь стоматологічної захворюваності серед студентів з вже існуючими проблемами загального здоров'я [104, 103, 105], навіть з строками навчання. Так, згідно даним [30], студенти перших курсів у 2 — 4 рази частіше хворіють, ніж студенти четвертих курсів, пов'язуючи це з поступовою адаптацією студентів як до навчання (нервовий стрес), так і до зміни соціальних умов проживання і харчування. Не останню роль у погіршенні стоматологічної захворюваності осіб молодого віку відіграють шкідливі звички [107], ігнорування основних правил гігієни порожнини рота [108, 109, 110, 111, 277].

На думку багатьох дослідників [25, 65, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 150, 184, 264, 265], найбільш суттєвим виходом з даного положення і отримання дійсно ефективних результатів зі зниження стоматологічних захворювань, є прийняття спрямованих державних програм по їх попередженню.

Отже, спираючись на наведені вище показники стоматологічної захворюваності молодого населення як у нашій країні, так і за кордоном і приймаючи до уваги її високу ступінь розповсюдженості, тенденції до збільшення і вкрай недостатню стоматологічну допомогу даної категорії населення, а також пряму залежність від неї об'єму й структури ортопедичного лікування, питання безпосередньо ортопедичної захворюваності виходить на провідне місце у комплексному їх лікуванні.

Так, згідно даних масових стоматологічних оглядів 5090 осіб міського населення України проведених у її різних медико-географічних регіонах (Одеса, Біла Церква, Дніпропетровськ, Тернопіль) Лабунець В.А. [10, 11] встановив достатньо високу ступінь потреби населення країни в стоматологічній ортопедичній допомозі вже у молодому віці. Виходячи з отриманих матеріалів вона становила у віковій групі 15 — 19 років у Одесі

293,8, Білий Церкві — 399,3, Дніпропетровську — 300,0 і у Тернополі — 411,3 осіб на 1000 осіб дорослого населення, а у віковій групі 20 — 24 роки, відповідно 480,8; 546,6; 480,5; 523,8 осіб у даних містах. Назагал даний показник у цілому по Україні складає у віковій групі 15-19 років — 35,1 % а в віці 20-24 — 50,8%, тобто за достатньою невеликий проміжок часу у 5 років, кількість осіб молодого віку які потребують протезування, як дефектів твердих тканин коронкової частини зубів, так і самих дефектів зубних рядів, зросла у 1,5 рази.

Окрім цього, автором доведено про різну величину потреби населення України у різних медико-географічних її регіонах, зі значним її збільшенням у західних регіонах у порівнянні з південно-східними.

Що стосується структури дефектів зубних рядів у даному віці, автор наголошує на наявність у більшості своїй виключно часткових дефектів зубних, особливо включених з відсутністю переважно одного жувального зуба з різних сторін щелеп [119, 120, 121].

Практично аналогічні результати у нашій країні отримані також Мунтяном Л.М. [3, 122], згідно яких 33,3% осіб у віці 17 — 22 роки мають часткові дефекти зубних рядів. При цьому, більша їх кількість спостерігається на нижній щелепі 60 %, а на верхній був 35%, а 5% за даними автора були суміжні дефекти. Що стосується анатомо-топографічної їх структури, то їх розподілення за класифікацію Кеннеді було наступне: 1-й клас склав 12 %, 2-й — 16 %, 3-й — 66 % і 4-й клас — 6 %, з чого виходить, що практично 80 % серед осіб даної вікової групи, зустрічаються включені дефекти. Окрім цього, автором доведено, що серед усіх часткових дефектів зубних рядів у 40 % вже були клінічно виражені вторинні зубощелепні деформації й аномалії пов'язані у першу чергу з видаленням зубів і, як зазначає автор — несвоєчасним протезуванням. Аналогічної думки ще низка дослідників [72, 123, 124, 125, 126, 27, 128, 120, 247, 248, 249]. Більш того, нехтування своєчасним відновленням включених дефектів зубних рядів,

призводить ще і до появи різноманітних порушень у скронево-нижньощелепних суглобах [130, 131, 132, 133, 142, 244, 245].

Виходячи із матеріалів дослідження [129], розповсюдженість часткових дефектів зубних рядів у молодому віці складає 20,5%, з яких у 72% відсутні й 1 зуб. Але, що стосується загальної потреби в ортопедичному лікуванні, то цей показник значно збільшується за рахунок ще і 37,9% осіб які мають суттєві дефекти твердих тканин коронкової частини зубів, що потребують протезування. Тобто, назагал, показник потреби в ортопедичній допомозі знаходиться на рівні 40 — 45%, що власне опосередковано підтверджується дослідженнями Заблоцького Я.В. і Дидика Н.Н. за даними яких, частота виникнення дефектів зубних рядів у віковій групі 15 — 19 років становить 15%, у 20 — 24 — 51,7% і у віці 25 — 29 років сягає 76,1 % [7].

Факт видалення перших молярів частіше всього, підтверджено у роботах [134, 135, 137, 138]. Як свідчить Наск D. [135], їх видаляють досить багато ще у 16 років. При цьому, вже через 6 — 8 років, за рахунок зміщення сусідніх опорних 5-го і 7-го зубів, відповідно у дистальному і мезіальному напрямку, проміжок між ними зменшується більш ніж наполовину, а у 9,2% випадків - зникає повністю. При цьому, кількість і швидкість медіальних зміщень практично у 3 рази більше ніж дистальних.

Як стверджує [134], після видалення перших мулярів у молодому віці і відсутності своєчасного протезування, практично у 100 % випадків утворюються зубощелепні деформації і аномалії положення опорних зубів. Зважаючи на це і спираючись на матеріали власних досліджень [136], автор пропонує віднести дану вікову категорію населення до групи ризику і наполягає на своєчасному ортопедичному лікуванні. Окрім цього, зважаючи на дійсно значні проблеми, які виникають з видаленням перших мулярів, низка дослідників пропонує проводити активне виявлення подібних хворих і взяття їх на активний медичний облік [139, 140, 141, 142, 143].

Враховуючи наведені вище результати та їх порівняльний аналіз, слід вказати на їх практичну ідентичність з матеріалами проведених досліджень

[71], за даними яких найбільш значною групою пацієнтів у молодому віці, саме є особи з відсутністю 1 зуба 82,8%, з них 40,8% пов'язані з видаленням перших молярів. При цьому рівень задоволеності в ортопедичній допомозі у даній категорії населення вкрай недостатній і складає всього 25,9%, внаслідок чого практично 70% їх вже найближчим часом будуть уражені різноманітними деформаціями й аномаліями і, таким чином, різко збільшується з часом як об'єм ортопедичної допомоги так і складність її надання [220].

Визначальна роль і місце у формуванні різноманітних зубощелепних деформацій і аномалій положення окремих опорних зубів, видалених шостих перших постійних молярів, також всебічно доведена Драгомирецькою М.С. (2001, 2012, 2013), пропонуючи при цьому більш поглиблене клінічне обстеження подібної категорії хворих з застосуванням магнітно-резонансної томографії. Проведення також комплексного всебічно поглибленого обстеження з використанням сучасних клініко-лабораторних методів та використання диференційного підходу щодо протетичної їх реабілітації у кожному клінічному випадку [144, 145, 146]. Окрім цього, Захарова А.В. (2007, 2009), наголошує на необхідності у даній категорії хворих дотримання постійної профілактики і лікування оклюзійних порушень пов'язаних з видаленням постійних молярів [147, 148].

Більш того, Неспрядько В.П. зі співавторами (2006), стверджують, що не тільки при видаленні перших молярів, але й при значних порушеннях тільки їх коронкової частини твердих тканин виникають оклюзійні порушення та пропонують до їх нормалізації з метою профілактики можливого виникнення зубощелепних порушень та функціональних змін у скронево-нижньощелепному суглобі та жувальних м'язах [149].

Достатньо вагомий внесок у розкриття даної проблеми у нашій країні вносять дослідження Мартініка Г.Б. (2013), де автор на підставі поглиблених стоматологічних оглядів 888 підлітків у віці 13 — 17 років з постійним прикусом на базі шкіл інтернатів міста Львова встановив, що у 21, 8%



обстежених були вже дефекти зубних рядів, внаслідок втрати шостих зубів, у яких були особи яким було видалено усі 6-і зуби. Окрім цього у 22, 3% обстежених були виявлені дефекти твердих тканин коронкової частини зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню. При цьому, автором доведено, що на кожну молоду особу, яка має дефекти зубних рядів, припадає по 1, 5 дефектів, з втратою постійних зубів від 1, 3 до 2, 0 зубів на 1 особу залежно від віку. Зважаючи на це, автор застерігає і наголошує, що не дивлячись на молодий їх вік і достатні компенсаторні можливості організму і тканин парадонту, при відсутності відповідного і вчасного зубного протезування у них у подальшому виникають як морфологічні так і функціональні патологічні зміни [23, 245].

Особливо слід звернути увагу на матеріали дослідження [13, 14, 15, 16, 17], згідно яких було вперше встановлено, що поширеність дефектів зубних рядів у молодому віці не тільки напряму залежить від віку, але значно збільшилось у часі в аналогічних вікових групах через 20 років. Так, автори, на підставі проведених стоматологічних оглядів в найбільш характерних медико-географічних регіонах України 282 осіб молодого віку у місті Одеса і 211 осіб у Івано-Франківську та Тернополі у 2012 років і аналогічних оглядів проведених у 1995 — 96 роках за аналогічними методичними прийомами і вимогами ВОЗ, щодо проведення подібних епідеміологічних досліджень, згідно яких в Одесі було обстежено 273 людини і у Тернополі 635 осіб молодого віку. Всі обстежені були розподілені на 3 вікові групи — 15 — 19, 20 — 24 і 25 — 29 років. Авторами була встановлена, чітка тенденція до збільшення кількості осіб даної вікової групи населення з включеними малими дефектами зубних рядів, як в цілому так і по окремих вікових групах. Так, якщо в Одесі у 1995 році їх загальна кількість становила 230,0 осіб на 1000 обстежених, а у Тернополі і Івано-Франківську 414,3, то вже у 2012р. їх кількість сягнула у даних містах, відповідно до 409,0 та 635,1, тобто фактично збільшилась на 78,0% і 53, 3%. При цьому спостерігається вельми стрімке їх зростання особливо у молодших групах — 15-19 і 20-24

роки, відповідно на 270,0% і 241 % та 187,0% і 162,2 %, при більш значних абсолютних величинах їх розповсюдженості у західних районах.

Поряд зі зростанням кількості осіб молодого віку з включеними дефектами зубних рядів, автором обґрунтовано доведено про об'єм їх зростання з віком. Так, в Одесі у віковій групі 15 — 19 років вони фіксувались на рівні 390, 7 на 1000 обстежених, в Тернополі і Івано-Франківську — 666,4, та вже у віковій групі 25 — 29 років вони сягнули відповідно до 1399,3 та 2089,6, тобто кількість дефектів зубних рядів збільшилась у населення даних міст, відповідно в 3,6 та 3,2 рази. При цьому їх кількість назагал складає 2 дефекти на 1 хворого, а кількість видалених зубів зростає з 1,3 і 1,9 у віці 15 — 19 років до 2,9 і 3,4 зубів у віці 25 — 29 років, відповідно. Було ще раз підтверджено що у даному віці більше всього зустрічається дефекти з відсутністю 1 зуба — 82,2 %, 2-х — 13,2 % і 3-х — 4,6%.

Що стосується поширеності вторинних зубо-щелепних деформацій і аномалій, пов'язаних з видаленням зубів, авторами встановлено наступне. В Одесі вони склали 90, 9% у віковій групі 15 — 19 років, 90, 8% — у 20 — 24 роки і 86, 11% у групі 25 — 29 років, а у Івано-Франківську й Тернополі, відповідно 90, 0%, 94, 2 % і 95, 5%. При цьому, назагал, у віці 15 — 29 років даний показник у зазначених містах склав, відповідно 89, 1 % та 93, 7%, а за даними їх анатомо-топографічної характеристики їх співвідношення було наступне: вертикальні — 6,9% — 10,9%, медіальні — 45,08% — 42,6%, дистальні - 9, 6 — 8, 0%, оральні 10, 07 — 16, 1 %, вестибулярні — 5, 6 — 3, 6%, поворот навколо осі зуба — 1, 1 — 0, 4% і комбіновані — 17, 5 — 18, 4%, відповідно у даних містах.

Зважаючи на наведене вище і, вкрай незадовільний стан зубо-щелепної системи у молодих осіб населення нашої країни, автори наполягають на медико-соціальной необхідності обов'язкового раннього ортопедичного лікування малих включених дефектів зубних рядів у даної категорії хворих в Україні [150].

Що стосується безпосередньо призовників до збройних сил України, то слід зазначити і вказати про вкрай недостатній рівень уваги до них дослідників, особливо у нашій країні, що приділяють свої наукові дослідження саме визначенню рівня стоматологічного здоров'я даної категорії населення країни у повному розумінні даного висловлення. Разом з цим існують декілька робіт які висвітлюють стоматологічний стан у студентів військових училищ, що опосередково свідчать і дають змогу у якоїсь мірі судити про стоматологічну ортопедична Захворюваність у допризовників, зважаючи на практично однаковий їх вік.

Так за даними Лепського В.В. (2011, 2012, 2013), у молодих людей чоловічої статі віком 18 — 22 роки, що займається у військових училищах міста Києва, без наявності у них загально медичної патології, тобто здорові люди, з 137 обстежених подібних осіб у 31 чоловіка були виявлені одиночні дефекти зубних рядів тобто 22, 6%, що наразі дещо корелює з наведеними вище показниками у даному віці і, це, як свідчить автор — у практично здорових молодих людей. Ранню втрату зубів автор пояснює поганою гієною порожнини рота, несвоєчасним зверненням до стоматолога та не завжди обгрунтованим видаленням зубів внаслідок ускладнення карієсу чи травми [151, 152]. Стосовно самих призовників, то за даними Лепського В.В. зі співавторами (2007), розповсюдженість зубощелепних аномалій серед призовників сягає 63, 3 %. При цьому, практично 2% даних молодих осіб мають пряму заборону до служби у армії, як такі. Головним фактором подібного становища є фактор страху даної категорії населення перед стоматологічним втручанням [153]. Саме через страх, на думку Короля М.Д. (2003) перед стоматологічними маніпуляціями від 5% до 14% молодого населення відмовляється від медичних послуг стоматолога [5].

Як стверджує експерт ВОЗ в галузі стоматології Леус П.А. (2004) — не останнє місце у поширеності стоматологічної захворюваності має, нажаль, недостатня доступність населення до надання стоматологічної допомоги особливо з профілактичною метою, яких всього налічується 5% від загальної

кількості звернувшись людей [154, 155]. Практично аналогічні дані наводить Чопчик В.Д. (2004), доповнюючи наведене вище становище ще й “професійними і економіко-правовими проблемами”, пов’язуючи “доступність для населення можливостей стоматології і компенсації втрати потенціалу” [156].

На думку Гордової В.В. (2008), саме наведене вище і спричиняє значну поширеність дефектів зубних рядів у молодому віці. Так, автором на підставі масових стоматологічних обстежень 998 дітей і підлітків встановлено, що вже у віці 14 — 18 років чітко спостерігається тенденція поступового збільшення дефектів зубних рядів, з 6,5% обстежених осіб у віці 14 років до 9, 8% і 12, 8% відповідно у віці 16 і 18 років, головною причиною яких стало саме видалення постійних зубів. Схожі показники отримані також у дослідженнях Бакернікової Т.Н. (2009), згідно яких частота виникнення дефектів зубних рядів унаслідок передчасного їх видалення у віковій групі 13 — 15 років складає 12, 7% [246]. При цьому, як засвідчили дослідження Мірзи Р.О. (2013), з 1013 молодих осіб, що мають проблеми з дефектами зубних рядів і коронкової частини зубів, у 970 осіб, що складає 95, 7%, були клінічно виявлені зубощелепні аномалії та деформації, з яких у віці 18 — 25 років найбільш розповсюдженою формою подібних патологічних станів був поворот нахлону осі опорних зубів, а згодом за даними автора переважають вертикальні форми. Останні ствердження знайшли своє підтвердження і у роботах Дмитренко І.А. та Ожогана З.Р. (2008, 2009, 2013), згідно результатів яких у 71,7% осіб з дефектами зубних рядів у молодому віці мають вторинні деформації зубних рядів і положення окремих опорних зубів. При цьому, 64, 5% даних осіб мають клінічні виражені форми дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів [158, 159, 160], що також всебічно було обґрунтовано й доведено дослідженнями Моргунської В.А. (2011), визначно у осіб призовного віку [161].

Високі показники ураження постійних зубів у молодому віці підтверджені також у дослідженнях [162], який за даними епідеміологічного

обстеження біля 3000 осіб показав, що кількість осіб які потребували видалення у віці 16 — 19 років сягала 7, 7%, при цьому ще 5, 3% даних осіб мали у наявності ускладнення від карієсу і у випадку відсутності їх лікування також підпадали на видалення, тобто їх можливо бути у найближчу перспективу — 12% — 13%. Слід зазначити, що основну причину даного положення автор бачить у відсутності дієвої державної і відповідних програм з надання планової спрямованої стоматологічної допомоги, яка знаходить своє віддзеркалення і у дослідженнях [164].

Дане ствердження знаходить вагомі підстави у дослідженнях [236], згідно яких на підставі стоматологічних оглядів 197 осіб у віці 20 — 24 роки кількість осіб які мають дефекти зубних рядів і складають 383 (38,3%) на 1000 осіб, сягає вже у віковій групі 25 — 29 років — 774 (77,4%). При цьому, інтенсивність зростання їх збільшується з 687 подібних дефектів у віці 24 — 29 років до 2054 у 25 — 29 роках, а кількість видалених зубів з 1, 8 до 2, 7 на 1 подібного хворого, найбільший об'єм яких фіксуються серед шостих зубів — 44, 6%, далі п'ятих — 19, 6 та четвертих і сьомих зубів — 5, 6% — 4, 7%, відповідно.

Аналізуючи літературний і патентно-ліцензійний пошук з проблемами вирішення стану стоматологічної захворюваності та організації її надання призовникам та військовослужбовцям строкової служби у нашій країні слід зазначити, що, з нашої точки зору, найбільш опрацьованим науковим дослідженням з цього питання є опрацювання Камалова Р.Х. (2006, 2001), який на підставі стоматологічних оглядів військовослужбовців строкової служби у віці 18 — 20 років, курсантів — 18 — 22 роки, офіцерів — 22 — 55 років та ветеранів військової служби віком понад 55 років у загальній кількості 2187 осіб, встановив, стосовно молодого віку, що із загальної кількості оглянутих у порядку планової санації призовників 52, 4% потребували стоматологічної допомоги, а у призовників західного регіону України цей показник сягав 80 — 85% при цьому, як наголошує автор вони зростають з кожним роком. Визначаючи причину даного положення автор

напрямку вказує на вкрай низький рівень її надання напередодні призиву даної категорії населення країни у лікувально-профілактичних установах МОЗ України. Визначно через це військові медичні установи змушені додатково витратити значні кошти й час на надання стоматологічної допомоги [234, 244].

Поряд з цим, низка дослідників пов'язують дане становище з додатковими навантаженнями та стресами, які пов'язані з специфікою строкової служби військовослужбовців та курсантів військових учбових закладів [250, 251, 252, 253].

Так, за даними Шмідта П.А.(2021), серед військовослужбовців з періодонтитом, ускладненим періоститом, виражено домінувало виключно кількість рядових строкової служби, які склали на загал 73,1% від усіх хворих з подібними ускладненнями [253, 254].

Високі показники захворюваності тканин парадонта у віці 19 — 24 років отримані Івановою Ж.В. (2002), яка на підставі стоматологічних оглядів 820 осіб молодого віку довела, що вони складають майже 52%. При цьому, тільки у 32% обстежених осіб був задовільний стан гігієни порожнини рота, а у 68% — «погана» і «дуже погана» [256] та аргументовано доведено про їх зростання з віком.

Достатньо сходині показники стоматологічної захворюваності спостерігаються і серед військовослужбовців в МВФ України, яка за матеріалами досліджень Алфімова В.І. і Гордієвського Г. (2003) у 1,6 рази вища ніж у військовослужбовців сухопутних військ і у майже у 3 рази вища серед моряків ніж у 1983 — 1989 роках. Головну причину даного становища автори пов'язують з дезантациєю, яка з часом призводить до зниження порогу імунної системи і, як наслідок, загальної резистентності усього організму [251].

Поряд з іншими дослідниками вони вказують на відсутність необхідної санації у допризовників за місцем безпосереднього проживання.

Вкрай високі показники захворювань тканин парадонту та карієсу зубів серед призовників до лав ВМС України зафіксовано [270], згідно яких самий високий їх рівень фіксуються у західному регіоні нашої країни і сягає 98% по карієсу. При цьому автором доведено, що вже у військовослужбовців ВМС України зі збільшенням строку їх служби вона зростає практично до 100 %, а захворювання парадонту фіксується на рівні 87%. На думку автора це пов'язано зі збільшенням у призовників ступеня дисбіозу у 2 рази відносно норми і у 6 разів зі збільшенням їх строків військової служби [259-263].

Отже, наведений вище літературний огляд з питань стоматологічної захворюваності і, у тому числі ортопедичної, переконливо свідчить про вельми значну розповсюдженість і інтенсивність прояви захворювань тканин парадонту, частоту втрату зубів й руйнування їх коронкової частини, які підлягають ортопедичному лікуванню, наявність негативної тенденції до їх постійного збільшення у часі і ускладнення за рахунок виникнення вторинних зубощелепних аномалій і деформацій вже у молодому віці, які у подальшому значно утримують і ускладнюють саме протезування та різко збільшують як його об'єм, так і додаткову спеціальну передпротезну підготовку терапевтичного, ортодонтичного й хірургічного плану.

Зважаючи на це, на нашу думку, вкрай актуальними і життєво важливими стають питання визначення стану безпосередньо ортопедичної допомоги, величини її потреби, забезпечення й ступеня задоволеності серед даної категорії населення України, як назагал так і в тому числі серед призовників і військовослужбовців строкової служби, що власне і стало предметом дослідження у наступному підрозділі 1.2.

## 1.2 Потреба, забезпеченість та рівень задоволеності молодого населення в стоматологічній ортопедичній допомозі

Попередній аналіз літературних джерел стосовно стану стоматологічної ортопедичної допомоги, особливо молодого віку, вказав про вкрай незадовільний його рівень, значно величину їх потреби в протезуванні та виявив цілий ряд факторів і причин які уможливають її надання у повному обсязі при подібної організації і планування стоматологічної ортопедичної допомоги на теперішній час.

Так, як засвідчили дослідження [73], які частково наведені у попередньому підрозділі, ортопедична допомога у даному віці практично не надається і це притому які наслідки несе несвоєчасність її надання, як з медичної так і соціальної точок зору, вже не кажучи про невиправдані економічні втрати як зі сторони подібних пацієнтів, так, як не дивно, і медичних працівників стоматологічного профілю.

Розкриваючи дане питання, насьогодення найбільш масштабним і поглибленим дослідженням по встановленню величини потреби і ступеня задоволеності, як назагал, так і по окремим основним видам зубного протезування, слід віднести дослідження Лабунець О.В.(2015) [17].

Так згідно даним масових стоматологічних обстежень молодих осіб віком від 15 до 29 років у різних медико-географічних регіонах України (Одеса, Тернопіль, Івано-Франківськ), спостерігається достатньо значне зростання кількості осіб даної категорії населення країн, які потребують протезування, як з віком так і у часі.

Так, якщо в Одесі кількість осіб які мали потребу в ортопедичній допомозі у 1995 році було 457,5 осіб на 1000 обстежених (45,8%), то вже у 2012 році їх стало 704,5 (70,5%) і у Івано-Франківську й Тернополі, відповідно з 577,2 до 814,2 осіб (з 57,7% до 81,4%). Особливо помітні вельми суттєві темпи зросту ортопедичної захворюваності у най молодший групі — 15 — 19 років, з 252,7 до 536,6 осіб в Одесі за даний період часу (з 25,3% до



53,7%), і 407,8 до 680,9 осіб в Тернополі та Івано-Франківську (з 40,8% і 68,1%), тобто зросла відповідно, в 2,1 та 1,7 рази. Зважаючи на вражаючі наведені вище показники, автор також провів дослідження з визначення структури забезпеченості ортопедичною допомогою. Так, за отриманими матеріалами кількість осіб які повністю забезпечені протезуванням вкрай мала, та ще і знизилася в Одесі з 71,3 осіб на 1000 обстежених до 41,7, а у Івано-Франківську й Тернополі за 51,5 до 12,3, тобто зменшилась, відповідно в 1,7 і 4,2 рази. Особливо зниження кількості осіб які повністю забезпечені протезуванням, знову ж таки, помітно, нажаль, у наймолодшій групі, де згідно отриманих даних практично воно не проводиться. У цьому зв'язку автор підтверджує дослідження [73], наведені вище. Зважаючи на це, стає достатньо зрозумілим значне зростання величини потреби в ортопедичному лікуванні. Так, назагал, кількість осіб які потребують його в Одесі за менш ніж 20 років, збільшилась з 386,3 осіб до 662,8 на 1000 обстежених, а у Тернополі й Івано-Франківську з 525,7 до 809,4, тобто фактично в 1,7 і 1,5 рази. Практично аналогічна ситуація і по основним видам зубних протезів. При цьому рівень задоволеності молодого населення нашої країни за основними зубними протезами вкрай незадовільний і становить в Одесі по одиночним коронкам — 21,8%, мостоподібним протезам — 10,7%, штифтовим конструкціям — 24,3%, а у Тернополі й Івано-Франківську, відповідно, — 19,5%, 7,5% та 17,7%. Наведені показники вельми показово свідчать про вкрай низький рівень задоволеності молодих людей України в протезуванні, особливо, у мостоподібних протезах, яка ледве сягає 10 %, тобто при включених дефектах зубних рядів, які більше всього, якщо вони своєчасно не відновлені, підвержені появі різноманітних зубощелепних аномалій і деформацій [231, 232, 233].

Високі показники потреби в ортопедичній допомозі і низького рівня забезпеченості в ній у нашій країні також простежується і у дослідженнях Заблоцького Я.В (2005, 2006), згідно яких, знову ж таки нажаль, за даними автора у віковій групі 15 — 19 років, а це саме вік допризовників і

призовників до військової служби, часткові дефекти зубних рядів зовсім не відновлені, а у віковій групі 20 — 24 роки, тільки у 10%, а у групі 25 — 29 років вони запротезовані у 9,3% молодих осіб [7, 164].

При цьому, на переконання автора найліпшими видами ортопедичного лікування подібних дефектів у цьому віці є саме імплантати. Аналогічної думки й Єфіменко А.С. (2021) і Бучок Р.А. (2012), які також стверджують, що дентальна імплантологія це найліпша альтернатива ортопедичного лікування включених дефектів зубних рядів у підлітковому і юнаковому віці [166, 167].

Згідно даних Семенова Є.І. (2016, 2018), потреба молодого населення міста Одеси в дентальних імплантатах у якості опор незнімних ортопедичних конструкцій становить 2364 імплантати на 1000 обстежених осіб даної категорії населення, а у мешканців даного віку Івано-Франківську 4171 імплантат. При цьому автор стверджує, що показники забезпеченості осіб молодого віку в імплантатах недостатні і становлять всього 9, 7% і 4%, відповідно у даних містах [168,169], Окрім цього автор наголошує, що несвоєчасне відновлення часткових малих дефектів зубних рядів, призводить до виникнення вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, які у свою чергу роблять практично неможливим проведення дентальної імплантації без попередньої ортодонтичної підготовки опорних зубів. У зв'язку з чим пропонує у віці 15 — 19 років обов'язково налагодити виготовлення тимчасових заміщуючих знімних конструкцій з метою їх попередження, як таких [170].

Аналогічної думки і Лепський В.В., з співавт. (2012), який на підставі поглиблених клініко-лабораторних досліджень обґрунтовано довів про високу ступінь медичної ефективності і соціальної значимості саме використання дентальних імплантатів виключно у молодому віці [171-175]. Схожі результати проведених досліджень і практичні рекомендації щодо використання дентальних імплантатів, їх високу ступінь медичної ефективності і естетичної доцільності при їх застосування у фронтальному

участку, при відновленні часткових включених дефектів зубних рядів, доведено також і у роботі [176].

Аналізуючи фактори, що призводять до такої значної потреби молодих осіб в ортопедичні допомозі, слід зазначити, що на думку низки дослідників, окрім головної патогенетичної ролі гігієни у розвитку карієсної хвороби і захворювань пародонту [211, 212, 223], з ортопедичної сторони вельми важливим моментом в цьому є соціальні і економічні фактори, а саме рівень її доступності для населення та його фінансова спроможність оплати за протезування [177, 178, 182, 221].

Визначаючи клінічні покази до відновлення часткових малих дефектів зубних рядів у осіб молодого віку, низка авторів достатньо виправдано стверджує, що поряд з імплантатами, не потрібно ігнорувати інші види як класичного так і не стандартного незнімного протезування [8, 181, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 207, 217, 218]. При цьому достатньо вагоме місце займає спеціальна попередня ортодонтична підготовка до постійного незнімного протезування [179, 183, 185, 186, 187, 188], з урахуванням стану скронево-нижньощелепних суглобів [160, 189, 199, 206, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 218, 219]. При цьому Фліс П.С. з співавт. в котрий раз наголошує, що несвоєчасне протезування часткових дефектів зубних рядів призводить до цілого арсеналу ортодонтичних порушень та необхідності невправданих додаткових стоматологічних втручань [185].

Абсолютно згодні з даним ствердженням і ще низка дослідників [201, 202, 203, 204, 205], рахуючи несвоєчасне протезування малих включених дефектів зубних рядів, а іноді і неадекватне, головним фактором ортодонтичних порушень. Більш того, на їх думку, поряд з анатомо-топографічними змінами положення опорних зубів, зубних рядів і центрального співвідношення щелеп, при подальшому ортопедичному й ортодонтичному зубощелепних аномаліях і деформаціях, має не менш важливе значення ще й низка функціональних порушень. У зв'язку з чим, ще і ще раз акцентують увагу, що тільки при подібному комплексному підході

можливо досягнути найбільш повноцінну і максимальну реабілітацію даної категорії хворих.

Велика стурбованість і занепокоєність виникає у деяких дослідників (Дорошенко С.І. зі співавт. 2009), пов'язана з тим, що, нажаль, ще на теперішній час у дітей шкільного віку міста Києва, видаляють постійні зуби, що спонукає до стрімкого розвитку різних деформацій і аномалій, приймаючи до уваги ще не сформованість кісткової тканини щелеп. І це у столиці, що говорити про мешканців молодого віку у сільській місцевості [66].

Розглядаючи питання потреби в стоматологічній ортопедичній допомозі, окрім дефектів зубних рядів, важливий об'єм у даній допомозі відіграють ще і значне руйнування окремих зубів, особливо їх коронкової частини, які підлягають протезуванню у вигляді різного виду штучних коронок [190, 191].

Так, Івлєва Ю.В. (2013) наголошує, що згідно отриманих нею матеріалів, найбільш частою ортопедичною патологією у школярів і підлітків саме є дефекти коронкової частини зубів, які склали 61,8%, з яких 38,6% потребували визначно тільки ортопедичної допомоги. При цьому, у 26,7% випадків, дефекти коронкової частини зубів були вже у постійних зубів і частіше у перших молярів - 83,8%. Окрім цього, за даними автора, практично кожний 10-й учень у віці від 6 до 17 років, вже втратив 1 постійний зуб [226].

Однак, як стверджує автор, самим жахливим є те, що не 1 дитина не отримала відповідного ортопедичного лікування, враховуючи постійне збільшення з віком як дефектів твердих тканин коронкової частини зубів, так і самих часткових дефектів. І це при цьому, зважаючи на дослідження [227], мінімальне руйнування навіть 1 зуба, вже призводить до відповідних порушень, як анатомо-топографічного так і функціонального характеру, які у свою чергу до виникнення різноманітних аномалій, особливо у молодому віці. Спираючись на дані положення автор ще раз стверджує на життєвій

необхідності ортопедичного відновлення усіх дефектів твердих тканин коронкової частини зубів шляхом протезування, як найбільш ефективного метода профілактики подальшого порушення усієї зубощелепної системи. Дана пропозиція простежується і у дослідженнях [228, 230], де акцентовано увагу на оклюзійних порушеннях у молодому віці, головною причиною яких саме і стало порушення твердих тканин коронки зуба у одного моляра, які призводять до м'язово-суглобової дисфункції у даної групи населення у 47,0% випадків, а вже при наявності малих дефектів зубних рядів у 58,3% [209].

Згідно новітнім даним Молчанова Ю.О. (2020), який на підставі проведення профілактичних оглядів підлітків м.Ужгорода, 502 особи мали вже видалені постійні зуби, потребуючи ортопедичного лікування для запобігання розвитку вторинних зубо-альвеолярних деформацій, що склало 23,0% і тільки 7,3% від загальної даної групи були соматично здоровими [275].

Визначаючи частоту виникнення дефектів твердих тканин зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню і динаміку їх розвитку, як у часі так із віком у молодого населення України Лабунець В.А з співавт. [231, 232, 233] встановив значне зростання кількості осіб які потребують виготовлення штучних коронок, так і об'єму самих коронок.

Так, якщо в Одесі в 1995р. кількість молодих осіб які потребували одиночні коронки було 397,2 осіб на 1000 обстежених, а в Тернополі — 483,2, то вже у 2012 році даний показник досяг, відповідно, 560,3 та 575,8. Що стосується самої кількості коронок, то вона зросла в Одесі з 906,5 одиниць у віці 15 — 19 років на 1000 обстежених до 2767,0 у віковій групі 25 — 24 роки, а в Тернополі я в Івано-Франківську, відповідно, з 1468,5 до 2385,2 коронки.

Окрім цього, авторським колективом визначено також значне розповсюдження зубощелепних аномалій і деформацій, пов'язаних з видаленням зубів, які складають у даних містах відповідно 89,1 % і 93,7%. При цьому відсотковий розподіл усіх видів зміщень окремих зубів, коливався

в межах: вертикальні — 6,9% — 10,9%, медальні — 45,1% — 42,6%, дистальні — 9,6% — 8,6%, оральні — 10,1% — 16,0%, вестибулярні — 5,6% — 3,6%, поворот навколо осі — 1,1% — 0,4% та комбіновані — 17,5% — 18,4% [234, 235].

Погоджуючись з наведеними вище даними про високу медичну ефективність застосування імплантатів для відновлення часткових дефектів зубних рядів, особливо включених, Дієв Е.В. (2018), достатньо обгрунтовано довів про незадовільний рівень забезпечення ними у вікових групах 20 — 24 і 25 — 29 років, який реєструвався на рівні 2,6 і 3,4 імплантатів на 383 і 774 осіб з подібними дефектами [236]. При цьому автор надає анатомо-топографічну їх структуру згідно класифікації Кенеді яка склала: 1-й клас — 0,89%, 2-й — 3,5%, 3-й 93,7% і 4-й клас — 2,5% на верхній щелепі і 1-й — 2,2%, 2-й — 3,5%, 3-й - 94,3% і 4-й клас практично не зустрічається на нижній щелепі. Наведене вище переконливо свідчить, що найбільший об'єм часткових дефектів зубних рядів складають включені дефекти 94,0%, а серед них 80,7% з 1 видаленим зубом, тобто дефекти при яких найбільш показано застосування імплантатів.

Враховуючи наведене вище достатньо зрозумілим стає ствердження Камалова Р.Х. (2006) про погіршення стану стоматологічної захворюваності призовників яка склала 52,4% даних осіб які потребують санації ротової порожнини, що, за даними автора, змусило військово-лікувально-профілактичні заклади витратити протягом 1998 — 2000 років понад 9 млн.грн на їх лікування, не пролікованого до призиву на військову службу. При цьому автор засвідчив про негативну тенденцію до подальшого поширення стоматологічної захворюваності протягом 2000 — 2003 років, серед солдатів строкової служби на 5%, захворювань порожнини рота та на 9,4% карієсу зубів [237].

Головною причиною даного становища автор вважає застарілою організаційно-управлінську структуру стоматологічної служби Збройних Сил України та пропонує нову систему стоматологічного забезпечення

військовослужбовців за схемою «медичний адикт військової частини — медична рота з'єднання — військовий госпіталь оперативного командування — центральна стоматологічна поліклініка 140 України», що на думку автора відповідає вимогам одного медичного простору в умовах військового гарнізону [237].

Окрім цього, автор опрацьовує стандартизацію сил та засобів стоматологічних закладів і визначає критерії оцінки якості надання стоматологічної допомоги в Збройних Силах України, а також пропонує загальну методологію розробки бізнес-плану стоматологічних закладів, на підставі проведення поглиблених досліджень сучасного стану та перспектив розвитку організації надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям збройних сил нашої країни. [238, 239, 240, 241]. Окрім цього, автор переконливо наголошує на наявності суттєвих особливостей в організації і налаштуванні стоматологічної допомоги військовослужбовцям, включаючи і членів їх сімей [242], акцентує увагу на все ще недостатній рівень фінансування медичної служби збройних сил України [243].

Що стосується безпосередньо ортопедичної допомоги військовослужбовцям, то за даними [255], у 72,3% їх складу спостерігається ортопедична захворюваність, при вкрай низькому показнику задоволеності. При цьому автор акцентує увагу на кадрову й фінансову неповноцінність її надання у повному обсязі на теперішній час.

Опосередковано, при наголошені вище служать новітні дані про кадрову забезпеченість лікарем-стоматологом-ортопедом на 2018 рік та рівень надання ортопедичної допомоги населенню України у порівнянні з попередніми.

Так, за даними Павленка О.В. з співавт. (2018), кількість осіб дорослого населення віком від 18 років і старше, що отримали зубні протези на 100 осіб у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2008 році склала 1,4, 2012 — 1,2 і у 2017 році — 0,8 осіб, тобто практично у 2 рази менше 9 років назад [266].

Окрім цього, автор вказує на вкрай недостатню санацію порожнини рота допризовників ще на етапі вступу їх до складу Військово-морських сил України, що, нажаль, значно збільшує фінансові витрати медичної служби ВС нашої країни та заважає безпосередньо самій повноцінній їх службі і навчанню, як таких.

Практично аналогічне положення спостерігається і за даними Федірко І.В., з співавт. (2016), Гулюка А.Г. з співавт.(2016), за даними яких основну частку військових з періапикальною інфекцією ускладненою періоститом, складають рядові строкової служби - 73,1%. При цьому 87,5% видалених у них зубів були, згідно рентгенологічним даним попередньо ліковані до призову, що на думку авторів вказує на необхідність проведення повторної санації порожнини рота у групі призовників [267, 268, 270].

### *Резюме*

Наведений вище поглиблений літературний огляд і інформаційний пошук з визначенням стану стоматологічної захворюваності і ортопедичної допомоги молоді України переконливо засвідчив про вкрай високий рівень її розповсюдженості, наявні тенденції до її збільшення у часі, вельми значний необхідний об'єм ортопедичної допомоги для забезпечення повноцінної стоматологічної реабілітації даної категорії населення нашої країни та ставить невідкладні завдання щодо докорінного їх реформування як назагал, так і, особливо, серед допризовників до Збройних Сил України, які по достатньо зрозумілим причинам повинні бути стопроцентно сановані і, у тому числі, ортопедично.

За даними літературного огляду опубліковано:

Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ВА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Захворюваність та стан стоматологічної ортопедичної допомоги у допризовників та військовослужбовців України (огляд літератури). Вісник стоматології. 2019; 4 (109): 57-61. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2019-34-4-57-61>.



## РОЗДІЛ 2

### ОБ'ЄКТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення основної мети і виконання запланованих завдань з визначення стану стоматологічної ортопедичної допомоги призовників до збройних сил України, була розроблена спеціальна комплексна програма на базі методичних рекомендацій проф. Лабунця В.А. (13), стосовно проведення епідеміологічних досліджень у галузі ортопедичної стоматології у масштабах всієї країни з дотриманням базових їх вимог про наявність в Україні залежності її величини від відповідного медико-географічного її регіону й рівня розвитку матеріально-технічної бази ортопедичної стоматології і зуботехнічного виробництва у практичній охороні здоров'я.

Зважаючи на це, вона передбачала:

1. Вибор баз й об'єкта досліджень
2. Визначення переліку основних завдань, які підлягають вирішенню у даній роботі.
3. Визначення репрезентативної сукупності необхідної кількості обстежених осіб для отримання статистично достовірних результатів дослідження.
4. Розробка плану безпосередньої організації і самого проведення поглиблених стоматологічних оглядів дослідженої категорій населення та необхідної облікової документації для реєстрації отриманих результатів клінічного обстеження.
5. Проведення експертної оцінки отриманих матеріалів обстеження.
6. Первинна вкопіровка, групування отриманих матеріалів у спеціально розроблені таблиці, згідно поставлених завдань та їх обробка.
7. Статистична обробка отриманих матеріалів дослідження.
8. Складання загальних таблиць, статистична оброблених результатів дослідження, у повній відповідності з метою і завданнями даного наукового дослідження та їх порівняльний аналіз.

Слід зазначити, що кожен із питань у наведеній вище програмі епідеміологічних досліджень, потребувало окремих спрямованих організаційних і розрахункових дій для забезпечення успішного і повноцінного виконання поставленої мети, а саме:

## **2.1 Вибір баз і об'єкта дослідження**

При виборі баз для проведення епідеміологічних досліджень, ми виходили із фундаментальних досліджень Косенко К.Н. [20], згідно яких в Україні чітко спостерігається залежність величини розповсюженості основних стоматологічних захворювань від її медико-географічного регіону та наявність більш значної її величини і інтенсивності у західних регіонах. Що стосується стоматологічної ортопедичної захворюваності та стану і рівня надання ортопедичної допомоги, визначальним у цьому виборі стали фундаментальні дослідження Лабунця В.А. [10, 11], за даними яких також встановлена різна величина нормативної потреби населення України в ортопедичні допомози з явними ознаками збільшеного її об'єму у західних регіонах і, що досить важливо, пряму її залежність, окрім медико-географічного регіону, ще і від рівня розвитку ортопедичної стоматології та зуботехнічного виробництва, яке досить суттєво впливає на кількість лікарських посад і посад зубних техніків у практичній охороні здоров'я для повноцінного вирішення питань протезування дефектів зубних рядів та зруйнованої коронкової частини.

Зважаючи на наведене вище, нами у якості найбільш характерного медико-географічного регіону для проведення стоматологічних оглядів призовників до збройних сил України, були обрані Івано-Франківська й Одеська області, з умовою клінічного обстеження як міського так і сільського походження даної категорії населення країни.

Для встановлення поглибленого стоматологічного ортопедичного статусу, діагнозу й необхідного об'єму протезування у допризовників, був

обраний метод моментних їх спостережень при загальному їх медичному обстеженні у військоматах при проведенні їх набору до Збройних сил України. Даний методичний підхід повністю співпадає з основними вимогами щодо проведення подібних епідеміологічних досліджень за умови дотримання необхідної кількості спостережень для досягнення статистично достовірних результатів даного наукового дослідження.

## **2.2 Визначення переліку основних завдань, які підлягають вирішенню у даній роботі**

Враховуючи головну мету даного науково-практичного дослідження і поставлені завдання, нами попередньо були визначені основні питання які необхідно було вирішити у процесі набору спрямованої інформації щодо стану ортопедичної допомоги наших допризовників до збройних сил, а саме:

1. Визначення стоматологічної ортопедичної захворюваності та встановлення її величини і структури у призовників до збройних сил серед міського й сільського населення на 1000 осіб даної категорії населення країни.

2. Встановити величину потреби і забезпеченості даних осіб в ортопедичні допомозі та розрахувати рівень їх задоволеності в основних видах зубних протезів.

3. Надати поглиблено характеристику стану стоматологічної ортопедичної допомоги у допризовників по 4 основним критерієм її надання, а саме:

- кількість осіб які повністю забезпечені в ортопедичному лікуванні,
- кількість осіб які частково забезпечені в ортопедичному лікуванні і потребують додаткового протезування,
- кількість осіб які потребують ортопедичного лікування і зовсім не мають зубних протезів,

- кількість осіб які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування.

4. Провести поглиблену порівняльну клінічну характеристику захворюваності, анатомо-топографічної структури, стану надання, ступені задоволеності, рівня забезпеченості та прогнозу розвитку стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку Західного і Південного регіонів України.

### **2.3 Визначення репрезентативної сукупності необхідної кількості обстежених осіб, для отримання статистично достовірних результатів дослідження**

При визначенні мінімальної кількості обстежених призовників до збройних сил України, для отримання найбільш імовірних і статистичних достовірних результатів даного дослідження, керувались методичною розробкою у цьому плані Лабунця В.А.(11), яка становить при проведенні подібних епідеміологічних досліджень 74 особи та розраховувалась за формулою:

$$n = t^2 \frac{\Delta^2}{P}$$

де:  $n$  - об'єм вибіркової сукупності;

$t$  - довірчий коефіцієнт, що порівнює 2 при якому можливість відповідності вибірових даних генеральної сукупності складає 95%.

$\Delta$  - середнє квадратне відхилення. Значення  $\Delta = 1,2$  взято за даними літератури, які віддзеркалюють результати обстеження населення 3-х міст півдня України;

$P$  - помилка виборки, яка не перевищує 0,3 зуба.

Таким чином:

$$n = 22 \frac{1,220,32}{0,09} = 4 \times 1,440,09 = 64,0$$

тобто, мінімальна кількість клінічних спостережень при заданій величині точності у 95%, кількість обстежених осіб, а саме призовників до збройних сил України, повинна становити не менше ніж 69 чоловіка. Зважаючи на це дана величина і була взята за основну у наших дослідженнях.

#### **2.4 Розробка плану безпосередньої організації і самого проведення поглибленого стоматологічного обстеження призовників та необхідної облікової документації для реєстрації отриманих результатів клінічного обстеження**

На теперішній час існують декілька діагностичних карт обстеження. Однак усі вони переслідують фіксацію окремих назологічних формам стоматологічних захворювань і, що дуже важливо, тільки по тій чи іншій дисципліні, тобто по терапевтичній стоматології, хірургічній, ортопедичній і ортодонтичній.

Зважаючи на це і внаслідок того, що поглиблене клінічне обстеження призовників до збройних сил України передбачає фіксацію не тільки ортопедичної категорії, а і інших стоматологічних дисциплін, нами для проведення стоматологічних оглядів даної категорії населення країни, була обрана універсальна «Діагностична карта обстеження стоматологічного ортопедичного (ортодонтичного) хворого», розроблена у ДУ «ІСЦЛХ НАМН» [10], яка передбачає якраз віддзеркалення усіх основних стоматологічних захворювань і тим самим надає реальну можливість одночасно проаналізувати весь стоматологічний статус і зв'язати воедино весь, як діагностичний комплекс так і весь необхідний об'єм медичної допомоги тої чи іншої обстеженої особи. Дана карта складається з 3 розділів — паспортної, облікової і експертної частини. Окрім цього в неї включено ще додаткові графи, які доповнюють інформацію про основні проблеми.

Паспортна частина передбачала віддзеркалення домашньої адреси, року народження, статті, соціального положення, освіти та наявності контактного телефону.

Облікова частина представляє у вигляді зубної формули і складається з 3-х розділів. У 1-му розділі, який складався у свою чергу з двох граф, «хірургія» і «терапія» фіксувався терапевтичний і хірургічний стоматологічний статус. У 2-му розділі, який складається з 3-х граф реєструвались дані ортопедичного й ортодонтичного статусу з одночасною фіксацією даних про наявність мікропротезів та імплантатів. І нарешті у 3-му розділі, який складався також з 3-х граф відображали необхідний об'єм ортопедичної, ортодонтичної допомоги по основним, найбільш розповсюдженим видам зубних і ортодонтичних протезів, які потребували виготовлення для досягнення повноцінної комплексної стоматологічної реабілітації.

При цьому, для забезпечення єдиного методичного підходу у діагностуванні основних ортопедичних захворювань були використані наступні класифікації відповідних захворювань, а саме. Ступені руйнування твердих тканин коронкової частини зубів визначались за Клемінім, анатомо-топографічний стан коренів зубів за Цукановою, часткова відсутність зубів за класифікацією Кенеді, повна відсутність зубів на верхній щелепі за Шредером, а на нижній — за Келером, тип слизової оболонки в області альвеолярного відростку по Супле.

Окрім цього визначалась форма альвеолярного відростку в області часткового дефекта зубних рядів, патологічна стертість зубів, як за ступінню стертості твердих тканин так і за її анатомо-топографічним положенням, тощо, поглиблено характеристика яких наведена у Додатку Б.

## **2.5 Проведення експертної оцінки отриманих матеріалів обстеження**

З метою запобігання можливих помилок при проведенні епідеміологічних досліджень і, особливо, при визначенні діагнозу й кінцевого вибору ортопедичного лікування, отримані матеріали піддавались експертній оцінці високопрофесійними фахівцями в галузі ортопедичної стоматології — професором, докторам медичних наук, кандидатами медичних наук й лікарями стоматологами вищої категорії для забезпечення отриманих найбільш обґрунтованих й ймовірних даних.

У випадку виявлення експертами подібних недоліків у діагностичній карті обстеження, дана карта виключалась із подальшої розробки матеріалів даного дослідження.

## **2.6 Первинна вкопіровка, групування отриманих результатів у спеціально розроблені таблиці, згідно поставлених завдань та їх обробка**

Після проведення експертної оцінки усіх “Діагностичних карт обстеження стоматологічного ортопедичного (ортодонтичного) хворого”, статистичні результати поглибленого клінічного обстеження призовників до Збройних сил України вкопійовувались, згідно поставленим завданням і реєструвались за шуканими відповідними ознаками стосовно виду, об’єму й структури проведеної й необхідної ортопедичної та ортодонтичної допомоги даної категорії населення нашої країни, згідно даних основних стоматологічних ортопедичних й ортодонтичних захворювань та їх клінічної структури, у спеціально попередньо розроблені таблиці по кожному питанню. Окрім цього вкопійовувались також окремі результати досліджень терапевтичного й хірургічного профілю, які напряду впливали на об’єм ортопедичної допомоги. При цьому враховувались також графі пов’язані з статтю досліджених, місцем проживання за ознаками міського і сільського походження, їх віком, освітою та відповідною базою обстеження.

Групування даних стоматологічної ортопедичної захворюваності проводилось за наступними показниками:

- Кількість осіб зі зруйнованою коронковою частиною зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню,
- кількість зубів зі зруйнованою коронковою частиною, які підлягали ортопедичному лікуванню на 1 обстеженого,
- Кількість зубів зі зруйнованою коронковою частиною, які підлягають ортопедичному лікуванню на 1 обстеженого, який потребує зубного протезування в штучних коронках,
- кількість осіб з видаленими зубами, серед усіх обстежених,
- кількість осіб з видаленими одним, двома, трьома і більше зубами серед обстежених;
- Кількість видалених зубів серед усіх обстежених,
- кількість видалених зубів у осіб, у яких видалялися зуби на 1 обстеженого,
- кількість осіб які потребують виготовлення:
  - одиничних коронок,
  - одиничних коронок і мостоподібних протезів,
  - мостоподібних протезів,
  - штифтових конструкцій,
  - часткових знімних протезів,
  - бюгельних протезів,
  - повних знімних протезів,
  - імплантатів,
- Кількість одиничних коронок, які потребують виготовлення,
- кількість мостоподібних протезів, які потребують виготовлення,
- кількість штифтових конструкцій, які потребують виготовлення,
- кількість знімних часткових пластинкових протезів, які потребують виготовлення,
- кількість бюгельних протезів, які потребують виготовлення,



- кількість повних знімних протезів, які потребують виготовлення,
- кількість імплантатів, які потребують виготовлення.

Окремо слід зазначити, що сам стан стоматологічної ортопедичної допомоги представникам до збройних сил України, визначався окремо за наступними показниками, які характеризували наступне:

- кількість даних осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою,
- кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і які ще додатково потребують ортопедичного лікування,
- кількість осіб, які потребують ортопедичну допомогу і не мають зубних протезів,
- кількість осіб, які не потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів.

Слід також наголосити, що усі зазначені вище показники реєструють в окремі таблиці, як по міському так і сільському населенню, для їх порівняльної характеристики і встановлення відповідного по ним рівня задоволеності по основним видам зубних протезів, які більш всього використовуються у практичній охороні здоров'я нашої країни.

## **2.7 Статистична обробка отриманих матеріалів дослідження**

При статистичній обробці зведених у відповідні таблиці абсолютних величин для обґрунтованого аналізу отриманих матеріалів даного наукового дослідження і встановлення ступеня їх імовірності, нами розраховувалась середня арифметична величина та середня помилка середньоарифметичної величини, що абсолютно притаманне при проведенні подібних епідеміологічних досліджень.

Так, при встановленні частоти виникнення дефектів зубних рядів у допризовників у Збройні сили України, частота виникнення при цьому вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, їх об'єм й структура,

ступінь потреби й забезпеченості даної категорії людей в ортопедичній допомозі, встановлювалась тільки їх середня арифметична величина на 1000 населення відповідно вікової групи, що абсолютно притаманне для подібних досліджень.

У свою чергу, такі показники як ступінь утворення зубощелепних аномалій і деформацій, швидкість патологічного нахилу опорних зубів та видвиження зубів антагоністів у зону видалених зубів, розраховували за умови обов'язкового використання середньої помилки їх середньоарифметичної величини з використанням сучасних комп'ютерних систем у пакетах "Statistica-S" та t-критерію Ст'юдента.

### РОЗДІЛ 3

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНА СТРУКТУРА, СТАН НАДАННЯ, СТУПІНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ТА ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ**

Насьогодення у нашій країні приділяється достатня увага вітчизняних дослідників дослідженням стоматологічній терапевтичній захворюваності серед осіб молодого віку, як до призову до лав Збройних сил України, так і безпосередньо військовослужбовцям строкової служби.

Згідно результатам проведених досліджень доведено про достатньо значну розповсюдженість даних захворювань і інтенсивність їх розвитку у даній категорії населення країни та надання пропозицій по удосконаленню низки лікувально-профілактичних методів, засобів, препаратів, ополаскувачів, тощо.

Разом з тим, питанням стану ортопедичної захворюваності у молодих осіб призовного віку серед міського і, особливо, сільського населення, їх порівняльної характеристики, визначенню ступеня задоволеності в ортопедичній допомозі та прогнозу розвитку на перспективу, частоти виникнення дефектів твердих тканин коронкової частини зубів, які потребують протезування та, особливо, дефектів зубних рядів у зв'язку з стрімкою появою у даному віці вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, нажаль, приділяється вкрай недостатньо спрямованих досліджень, визначно з ортопедичної стоматології, вже некажучи про прямі рекомендації ВООЗ, щодо проведення моніторингу стоматологічних захворювань через кожні 5 років.

Приймаючи до уваги останнє, нами саме і було поставлене питання визначення стану стоматологічної ортопедичної захворюваності, допомоги та прогнозу розвитку у осіб призовного віку.

При визначенні бази проведення досліджень, перш за все виходили із фундаментальних досліджень вітчизняних дослідників, згідно яких, на підставі масових стоматологічних оглядів населення України у масштабах всієї держави, була встановлена різна величина розповсюдженості і інтенсивності розвитку основних стоматологічних ортопедичних захворювань з максимальними показниками їх прояву у Західному регіоні нашої країни. Виходячи із даного положення, нами, у якості бази дослідження, була обрана Івано-Франківська область. У процесі проведення поглиблених клінічних оглядів було обстежено 294 чоловіка призовного віку до 20 років, з яких 185 осіб серед міського і 109 – серед сільського населення.

Усі вихідні дані реєстрували у спеціальній “Карті обстеження стоматологічного ортопедичного хворого”, розробленій в ДУ “Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії”, яка складалась з 3-х основних розділів у вигляді зубної формули з наведенням відповідного умовного шифратора облікового запису отриманих даних згідно основних стоматологічних захворювань з усіх дисциплін.

У 1-му розділі визначався терапевтичний і хірургічний статус, у 2-му ортопедичний і ортодонтичний і у 3-му – пропонувані вид і об'єм ортопедичного лікування.

Окрім цього, була приведена ціла низка додаткової інформації згідно поставленої меті. Саме подібна організаційна структура даної карти обстеження з усіх стоматологічних спеціальностей, дозволяє одночасно цілком охопити практично весь стоматологічний статус і визначити найбільш оптимальний об'єм тої чи іншої медичної спеціалізованої допомоги. При цьому, для дотримання єдиних методичних підходів щодо встановлення діагнозу і пропонуваного виду й об'єму ортопедичної допомоги, ступінь руйнування твердих тканин коронкової частини зубів визначали за В.А. Кльоміним, анатомо-топографічний стан коренів зубів за Ф.Н. Цукановою, часткову відсутність зубів за Кенеді, тощо. Вся отримана інформація піддавалась відповідній вибірці, групуванню по міському й

сільському населенню та статистичної обробці з отриманням середньоарифметичних величин при умові дотримання необхідної кількості обстежених для отримання статистично достовірних даних, згідно методичних рекомендацій Комітету експертів ВОЗ (1989 р.) пропонованих при проведенні подібних епідеміологічних досліджень зі стоматології. Виходячі із загальної кількості обстежених осіб призовного віку до 20 років, а саме 185 серед міського і 109 – серед сільського населення, вона була більш ніж достатня офіційно пропонованих ВОЗ з даного питання.

### **3.1 Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області**

У повній відповідності з метою даного науково-прикладного дослідження у табл. 3.1 представлені показники розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку Західного регіону України до 20 років, як серед міського так і сільського населення, порівняльний аналіз яких засвідчує про достатньо високу їх величину, зважаючи на молодий вік обстежених осіб та вельми суттєву їх різницю у залежності від медико-географічного регіону місця їх проживання (табл. 3.1).

Так, згідно даних в табл.3.1 розповсюдженість стоматологічної ортопедичної патології серед даної категорії населення склала по міському населенню 275,7 і сільського – 522,9 осіб на 1000 населення зазначеного віку, тобто серед сільських мешканців вона більша на 189,7%, чи практично у 2 рази. Що стосується інтенсивності розвитку даної захворюваності серед міського і сільського населення, то тут спостерігаються ще більш вражаючі негативні відповідні показники.

Таблиця 3.1

**Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області, на 1000 осіб**

Склад населення	Кількість осіб, які підлягають протезуванню	Кількість зубів, які підлягають протезуванню	Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	Кількість видалених зубів		Кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
				Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
міське	275,7	578,4	189,2	210,8	0,21	767,6	0,79
сільське	522,9	1302,8	596,3	651,4	0,65	1899,1	1,90

Так, кількість зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню серед сільського населення у даних осіб складає 1302,8 проти 578,4 зубів у міського населення, тобто більше ніж у 2,3 рази.

Подібна негативна ситуація складається і при порівняльному аналізі показників кількості дефектів зубних рядів та видалених зубів серед даної категорії населення. Так, якщо кількість дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку серед міського населення становить 189,2, а видалених зубів 210,8 на 1000 осіб, то серед сільського населення вони сягають відповідно 596,3 і 651,4, тобто більш ніж на 3,2 і 3,1 рази відповідно.

Якщо розглядати загальну суму кількості зубів і дефектів зубних рядів у даної категорії населення, то даний показник становить серед міського населення 767,6 і 1899,1 серед сільського, відповідно, тобто у чоловіків сільської місцевості він більш ніж у 2,4 рази.

Аналізуючи отримані показники (табл. 3.1), слід засвідчити про вкрай високий рівень стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку Івано-Франківської області, особливо серед сільських мешканців, зважаючи на їх молодий вік.

Окрім наведених вище матеріалів, певне практичне значення, маючи на увазі подальше планування об'єму ортопедичної допомоги для даної категорії населення, мають показники структури стоматологічної ортопедичної

захворюваності вже безпосередньо серед осіб призовного віку, які потребують ортопедичного лікування, дані яких представлені у табл.3.2.

Таблиця 3.2

**Структура стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків  
призовного віку Івано-Франківської області, які потребують  
ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Склад населення	Кількість зубів, які підлягають протезуванню		Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню		Кількість видалених зубів		Кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
міське	2098,0	2,1	686,3	0,69	764,7	0,77	2784,3	2,78
сільське	2491,0	2,5	1140,4	1,14	1245,6	1,25	3736,8	3,74

Згідно наведених у табл.3.2 даних, кількість зубів, які підлягають протезуванню серед даної категорії пацієнтів серед міського населення становить 2098,0 і сільського – 2491,0, чи 2,1 та 2,5 зубів на 1-ну особу. Кількість же дефектів зубних рядів становить відповідно 686,3 і 1140,4, чи 0,69 та 1,14 на 1 чоловіка.

Назагал дані показники реєструються на рівні 2784,3 і 3736,8 серед міського і сільського населення, відповідно, чи 2,78 та 3,74 на 1-ну особу.

Аналізуючи отримані показники слід вказати на достатньо помітну та менш вражаючу різницю між ними серед міського та сільського населення, але все ж таки достатньо суттєві все ще і серед сільських і міських мешканців, враховуючи ще вельми молодий їх вік.

При плануванні стоматологічної ортопедичної допомоги, як практичне так і певне теоретичне значення має наявність інформації про структуру протяжності дефектів зубних рядів і, особливо, у молодому віці стосовно імплантатів. Враховуючи сказане у табл. 3.3 наведені показники структури дефектів зубних рядів досліджуваної нами певної категорії населення України.

Таблиця 3.3

**Структура дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області, на 1000 осіб**

Склад населення	Загальна кількість дефектів зубних рядів	Структура дефектів зубних рядів					
		1 зуб		2 зуба		3 зуба	
		Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %
міське	189,2	173,3	92,3	15,9	7,7	–	–
сільське	596,3	550,5	92,3	36,7	6,2	9,2	1,5

Згідно представлених у табл. 3.3 даних, серед загальної кількості дефектів зубних рядів, найбільш вагому групу склали часткові дефекти з відсутністю 1-го зуба, як серед міського так і сільського населення, а саме 92,3%. З відсутністю 2-х зубів серед міських мешканців було 7,7% і 6,2% серед сільських.

Слід зазначити, що дефекти зубних рядів у осіб призовного віку з відсутністю 3-х зубів серед міського населення не спостерігались, а серед сільського населення, на жаль, складає 1,5%. Наведені показники свідчать про більш менш рівний розподіл аналогічних по структурі часткових дефектів зубних рядів, як серед міського та сільського населення даної категорії пацієнтів, при переважній більшості, як таких, серед мешканців сільської місцевості.

Отже, наведені у даному підрозділі матеріали поглиблених клінічних стоматологічних оглядів 294 чоловіків призовного віку Івано-Франківської області засвідчили про достатню значну розповсюдженість ортопедичної захворюваності та інтенсивності її розвитку, особливо серед сільського населення. При цьому кількість осіб даної категорій населення західного регіону України, що потребують ортопедичного лікування складає 275,7 серед міського і 522,9 серед сільського населення на 1000 обстежених.



Встановлено також, що загальна кількість дефектів зубних рядів і зубів зі зруйнованою коронковою частиною твердих тканин серед осіб призовного віку у сільського населення, які потребують протезування у 2,4 рази більша ніж у міського і становить 1899,1 проти 787,6 дефектів, відповідно. Визначено, що у чоловіків призовного віку, як серед міського, так і сільського населення практично ідентична структура дефектів зубних рядів, з яких включені дефекти складають 100%, з переважною більшістю дефектів з відсутністю 1-го зуба (92,3%).

### **3.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення у залежності від виду щелепи та класу дефектів зубних рядів**

Поряд з наведеними вище матеріалами розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у даній категорії населення України, важливе прикладне й практичне значення має також наявність інформації про анатомо-топографічну структуру, як руйнованих зубів, які потребують ортопедичного лікування так і безпосередньо дефектів зубних рядів. У табл. 3.4 представлені показники анатомо-топографічної структури зубів зі руйнованою коронковою частиною, які підлягають ортопедичному лікуванню.

Таблиця 3.4

#### **Анатомо-топографічна структура руйнованих зубів у чоловіків призовного віку Івано-франківської області, які підлягають ортопедичному лікуванню, у %**

Склад населення	Вид щелепи	Зубна формула															
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Міське	в/щ	–	3,5	27,6	1,7	1,7	–	3,5	3,5	3,5	5,2	1,7	1,7	1,7	31,0	13,7	–
	н/щ	–	15,8	35,1	–	1,8	–	–	–	–	–	–	1,8	1,8	29,8	14,0	–
Сільське	в/щ	–	8,1	25,6	3,5	2,3	1,2	4,7	3,5	4,7	5,8	2,3	4,7	3,5	23,3	7,0	–
	н/щ	–	16,0	34,6	2,5	–	–	–	1,2	–	–	–	1,2	1,2	27,7	16,0	–

Як свідчать наведені у таблиці дані, найбільший об'єм зубів зі руйнованими твердими тканинами коронкової частини припадає, як серед міського та сільського населення даної статі і віку на 6-ті зуби.

На верхній щелепі він складає 58,6% (27,6 + 31,0) і 48,% (25,6 + 23,3), а на нижній щелепі 64,9% (35,1 +29,8) та 62,3% (34,6 + 27,7), серед міських і сільських мешканців, відповідно. На другому місці, якщо умовно можливо так висловитися, знаходяться 7-мі зуби і складають по об'єму серед міського населення на верхній щелепі 17,2%, на нижній - 29,8% і сільського відповідно 15,1% і 32,1%. Далі йдуть по відсотковому зниженню 2-гі зуби і практично усі за рахунок руйнування їх на верхній щелепі складають 8,7% по міському і 10,5% - сільському населенню. Потім практично аналогічні показники простежуються між 4 і 5-ми зубами. Практично не вражені ікла та різці на нижньої щелепі, як серед міських так і сільських мешканців.

Наступним питанням стало визначення анатомо-топографічної структури видалених зубів серед даної категорії населення, вихідні дані про яких мають певне значення при плануванні відповідних видів і конструкцій зубних протезів, а також видів використаних конструкційних матеріалів. Зважаючи на це, у табл. 3.5 наведені показники анатомо-топографічної структури видалених зубів.

Таблиця 3.5

**Анатомо-топографічна структура видалених зубів у чоловіків  
призовного віку Івано-Франківської області, у %**

Населення	Вид щелепи	Зубна формула															
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Міське	в/щ	-	-	25,0	18,8	6,3	-	-	-	-	-	-	6,3	6,3	37,5	-	-
	н/щ	-	12,5	29,1	4,2	-	-	-	-	-	-	-	4,2	16,7	33,3	-	-
Сільське	в/щ	-	3,7	25,9	14,8	7,4	-	-	-	-	-	-	7,4	7,4	25,9	7,4	-
	н/щ	-	6,8	40,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47,7	4,6	-

Аналізуючи приведені показники слід зазначити, що як із кількістю руйнованих зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню, так і з об'ємом видалених зубів, 6-ті зуби займають також провідне місце. Так, виходячи з

отриманих даних у чоловіків призовного віку серед міського населення об'єм видалених 6-х зубів на верхній щелепі складає 57,5% (25,0 + 37,5), нижній 63,2% (29,9 + 33,3) та 51,8% і 88,6% відповідно у сільських мешканців. Далі йдуть по об'єму видалених зубів, як це не дивно і парадоксально, 5 і 4-ті зуби, тобто зуби яких можливо, при належній організації надання ортопедичної допомоги і фаховісті відповідних спеціалістів, практично у 100% врятувати, враховуючи нинішній стан розвитку ортопедичної стоматології і зубопротезного матеріалознавства у нашій країні у всіх регіонах, відсоток яких складає відповідно 25,1% і 20,9% та 12,6% і 2,1% серед міського населення, та 21,9% і 14,8% у сільського, при відносній відсутності видалених 4 і 5-х зубів серед сільських мешканців даної вікової групи на нижній щелепі. Деяко нижчі показники видалення 7-х зубів. Слід зазначити, що як серед міського, так і сільського населення у даному віці спостерігається 100% відсутність видалених ікл і різців, як на верхній, так і на нижній щелепах. Окрім цього, нами були отримані дуже цікаві матеріали, як пізнавального характеру, так і прикладного значення, стосовно анатомо-топографічної структури видалених зубів у залежності не тільки від їх виду, а і щелеп на яких вони розташовані (табл. 3.6)

Таблиця 3.6

**Структура загального об'єма видалених зубів у чоловіків призовного віку Івано-франківської області у залежності від виду щелеп, на 1000 осіб**

Населення	Вид щелепи	Кількість видалених зубів	Співвідношення у %	Співвідношення у абс.показниках
Міське	в/щ	81,1	38,5	1
	н/щ	129,7	61,5	1,6
Сільське	в/щ	247,7	38,1	1
	н/щ	403,7	61,9	1,6

Звертаючись до представлених у табл.3.2.6 даних, спостерігається вочевидь достатньо цікава інформація. Виявляється, що у цьому віці, вельми різюча різниця у кількості видалених зубів у залежності від виду щелепи.

Так, на верхній щелепі серед міського і сільського населення видалається відповідно 38,5% і 38,1%, а на нижній – 61,5% та 61,9%, тобто на нижньої щелепі незалежно від статусу населення видалається в 1,6 разів більш ніж на верхній щелепі, при загальній більшості їх серед сільських мешканців, а саме на верхній щелепі 247,7 проти 81,1 зубів і 403,7 проти 129,7 зубів на нижній щелепі у міського населення, на 1000 осіб, чи відповідно 3,1 та 3,1 рази при рівності, як наведено вище, їх відсоткового співвідношення у залежності від щелепи.

У клініці ортопедичної стоматології важливе значення мають також дані про структуру часткових дефектів зубних рядів, які у нашій країні у більшості своїй визначається за класифікацією Кенеді, враховуючи, що вони є невід’ємною частиною клінічного діагнозу в історії хвороби, як така.

З огляду на це, у табл. 3.7 приведені матеріали, які характеризують структуру часткових дефектів зубних рядів у даної категорії населення та його виду.

Таблиця 3.7

**Топографія дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області за Кенеді (у %)**

Населення	Класи дефектів							
	1-й		2-й		3-й		4-й	
	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ
Міське	–	–	–	–	45,7	54,3	–	–
Сільське	–	–	–	–	35,9	64,1	–	–

Виходячи із наведених даних, серед чоловіків призовного віку даної області спостерігаються тільки часткові дефекти зубних рядів і виключно III класу за Кенеді. При цьому відсоткове співвідношення їх у залежності від виду щелеп наступне. В верхній щелепі серед міського населення III клас виявляється у 45,7% випадків, а на нижньої щелепі – 54,3%, а серед сільського – відповідно 35,9% та 64,1%.

Як на нас подібне повинне бути несумісним враховуючи молодий вік обстежених і сучасний стан матеріально-технічної бази у нашій країні з усіх спеціальностей стоматології і фаху спеціалістів. Рахуємо, що подібне становище напряду пов'язані з відсутністю належного рівня організації і планування стоматологічної допомоги молодим особам призовного віку.

Аналізуючи наведені матеріали у даному підрозділі слід засвідчити про достатньо значний об'єм видалених зубів у даній категорії населення, особливо серед сільських мешканців, який серед сільського населення становить 651,4 проти 210,8 зубів у міського на 1000 осіб даної вікової групи, тобто співвідношенні як 3,1 до 1,0. Спостерігається залежність кількості видалених зубів від виду щелепи. При цьому, незалежно від статусу населення міське чи сільське, об'єм видалених зубів на нижній щелепі у 1,6 рази більший ніж на верхній. Порівняльний аналіз самої структури видалених зубів показав, що найбільший об'єм складають 6-ті зуби незалежно від статусу населення, а саме серед міського населення на верхній щелепі це складає 57,5%, а на нижній - 84,6% і у сільського, відповідно, 51,8% та 88,6%. Далі йдуть по порядку 5-ті, 4-ті і 7-мі зуби. Ікла і різці практично не видаляються. При цьому за класифікацією Кеннеді у молодих осіб призовного віку Івано-франківської області зустрічаються тільки практично дефекти зубних рядів 3-го класу, тобто включені дефекти з переважною більшістю по протяжності з видаленням 1-го зуба (92,3%).

### **3.3 Стан стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів**

Враховуючи наведені вище дані про достатньо значну величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності, інтенсивності її прояву, особливо серед осіб призовного віку у сільській місцевості, як для даного віку, вкрай важливе значення набувають дані про ступінь їх забезпеченості стоматологічною ортопедичною допомогою,

зважаючи на їх подальший життєвий шлях пов'язаний з військовою службою у Зброєних силах нашої країни, особливо з огляду на те, що держава зобов'язана надавати їм повноцінну медичну допомогу у повному обсязі. Приймаючи до уваги останнє, при плануванні надання ортопедичної допомоги безпосередньо в практичній охороні здоров'я, важливе значення набувають дані про саме її об'єм й структуру зубних протезів, які підлягають виготовленню, кількість і структура виготовлених протезів, визначення ступеню задоволеності тої чи іншої категорії населення. Виходячи із зазначеного у табл. 3.8, перш за все наведені кількісні показники об'єма основних видів зубних протезів які підлягають виготовленню у даній категорії населення.

Таблиця 3.8

**Кількість основних видів зубних протезів, які підлягають виготовленню серед чоловіків призовного віку Івано-Франківської області, які потребують ортопедичного лікування на 1000 осіб**

Населення	Види зубних протезів				
	Одиночні коронки	Мостоподібні протези	Штифтові зуби	Бюгельні протези	Знімні часткові пластинкові протези
Міське	2098,0	686,3	372,5	—	—
Сільське	2491,0	1140,4	508,7	—	—

Наведені показники вельми показово свідчать, як для даного віку, про достатньо значну розповсюдженість і об'єм ортопедичної патології у даній категорії населення, які потребують протезування. Саме на фоні даних показників стає вкрай зрозумілим фактичний рівень надання ортопедичної допомоги, та її безпосередній стан.

Так, згідно представлених у табл. 3.8 даних, кількість одиночних коронок, які підлягають виготовленню серед міського населення становить 2098,0 на 1000 осіб даної вікової групи, а сільського – 2491,0. Мостоподібних

протезів відповідно 686,3 і 1140,4, а штифтових конструкцію також відповідно 372,5 і 508,7 серед міських і сільських мешканців.

Разом з тим, незважаючи на певну значимість зазначених показників, вони ще не визначений наявний рівень надання ортопедичної допомоги, і цей показник стосується не тільки встановлення рівня надання ортопедичного лікування, але і інших видів стоматологічної допомоги. Саме тому нами проведено дослідження з визначенням кількості виготовлених основних видів зубних протезів у даній категорії населення, порівнюючи їх з показниками величини їх фактичної потреби і встановлюється наявний рівень їх задоволеності у різних видах зубних протезів, дані яких наведені у табл.3.9.

Таблиця 3.9

**Структура та рівень задоволеності в стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків Івано-Франківської області, які потребують ортопедичного лікування на 1000 осіб**

Види зубних протезів	Міське			Сільське		
	Виготовлено	Потребують виготовлення	Ступінь задоволеності у %	Виготовлено	Потребують виготовлення	Ступінь задоволеності у %
Одиночні коронки	470,6	2098,0	18,3	158,0	2491,0	6,0
Мостоподібні протези	–	686,3	0	–	1140,4	0
Штифтові зуби	–	372,5	0	–	508,7	0

Виходячи з наведених показників кількість виготовлених одиночних коронок становить 470,6 і 158,0 відповідно серед міського і сільського населення. Що стосується виготовлених мостоподібних протезів і штифтових зубів, як за нашими даними, то вони практично серед даної категорії молодих осіб не виготовляються і це визиває гостре занепокоєння, особливо відносно мостоподібних протезів, несвоєчасне виготовлення яких, на думку переважної більшості дослідників, приводить, особливо у молодому віці, до появи і стрімкому розвитку вторинних зубощелепних аномалій і деформацій,

які значно утруднюють відповідне подальше протезування, не кажучи вже про різке збільшення вимушеної передпротезної підготовки та її фінансової складової, що особливо важливо у теперішніх умовах економічного стану нашої країни.

Що стосується імплантатів, то ми умисно не розглядали дане питання, використання яких у цьому віці, при наявності повних їх клінічних показань, залежить на жаль у повній мірі від добробуту населення і є не самим визначальним показником у загальному об'ємі ортопедичної допомоги.

Зважаючи на це, нами розраховано і наведено у табл. 3.10 рівень задоволеності чоловіків призовного віку даного регіону країни в основних видах зубних протезів.

Таблиця 3.10

**Порівняльна характеристика рівня забезпеченості потреби в  
стоматологічній ортопедичній допомозі у чоловіків призовного віку  
Івано-Франківської області, на 1000 осіб**

Характеристика ортопедичної допомоги	Міське населення		Сільське населення	
	Абсолютний показник	Відсоток у %	Абсолютний показник	Відсоток у %
Кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою	32,4	3,2	18,4	1,85
Кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування	27,0	2,7	18,4	1,85
Кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів	254,1	25,4	532,1	53,2
Кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування	686,5	68,7	431,1	43,1



Згідно представлених даних, ступінь їх задоволеності назагал в ортопедичному лікуванні вкрай низька, якщо не сказати ніяка. Так по одиночним коронкам він складає всього 18,3% серед міського і 6,0% – сільського населення від загальної потреби. По мостоподібним протезам і штифтовим зубам практично нульова. Аналізуючи наведені показники слід констатувати про вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги даній категорії населення країни.

Більш того на наше переконання, вже у недалекому майбутньому, приймаючи до уваги вельми низький рівень задоволеності їх в одиночних коронках і досить значний рівень розповсюдженості руйнованих зубів, які потребують ортопедичного лікування, при відсутності надання їм дієвої спеціалізованої допомоги, різко зросте кількість видалених зубів та їх ускладнень вторинного характеру, а значить і об'єм мостоподібних протезів та передпротезних відповідних втручань зі усіх спеціальностей по стоматології.

Слід зазначити, що окрім наведених вище критеріїв визначення стана ортопедичної допомоги і ступеня задоволеності населення в основних видах зубних протезів, її поглиблена якісна характеристика ще і проводиться за основними 4-ма параметрами: а саме – кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичним лікуванням, кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування, кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів і кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування.

Виходячи із наведених критеріїв і отриманих матеріалів стоматологічних оглядів (табл. 3.10), кількість осіб призовного віку серед міського населення, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою, складає 32,4 на 1000 осіб даної вікової групи (3,2%), а серед сільського – 18,4 осіб (1,85%). Кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною

допомогою і потребують додаткового протезування складає відповідно 27,0 і 18,4 осіб (2,7% та 1,85%).

Аналізуючи дані показники по наведеним двом параметрам слід вказати про вкрай незадовільний та низький рівень надання ортопедичної допомоги молодим чоловікам призовного віку. Враховуючи дане положення, достатньо вагомим з практичної і цікавим з наукової і прикладної точок зору, стають матеріали, які віддзеркалюють групу осіб даного віку та статусу, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів. Так, згідно отриманих даних, вона як для даного віку обстежених осіб, становить серед міського населення 254,1 осіб і 532,1 серед сільського. Порівнюючи дані показники та враховуючи, що у 2-ї групи ще 27,0 осіб серед міського і 18,4 серед сільського населення також потребують протезування, слід засвідчити про достатньо значну кількість даних осіб, приймаючи до уваги вельми молодий вік обстежених, навіть з врахуванням, що кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, а саме, відповідно, 696,5 і 431,1, достатньо значна, але це заслуга не лікувально-профілактичних заходів, як на нас, а тільки і тільки молодого їх віку.

Одже, наведені вище матеріали безумовно свідчать про достатньо значну розповсюдженість стоматологічної ортопедичної захворюваності та вкрай незадовільний стан надання ортопедичного лікування чоловікам призовного віку, як серед міського, так і сільського населення. Останнє беззаперечно ставить питання про нагайну необхідність докорінного реформування організації планування ортопедичної допомоги даній категорії населення країни.

### **3.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку західного регіону України**

Попередньо нами вище були висвітлені матеріали про сучасний стан даної проблеми у Західному регіоні нашої країни, у одному з найбільш характерних регіонів з високою ступінню розповсюдженості стоматологічних захворювань. Встановлена значна частота виникнення ортопедичної захворюваності, інтенсивності її розвитку у даній категорії населення, особливо серед сільських мешканців. Визначена анатомо-топографічна характеристика зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню. Доведено вкрай низький рівень задоволеності даних осіб в ортопедичній допомозі. Враховуючи наведене, стає питання, а що далі і який прогноз розвитку даної патології на найближчий час та як вона може впливати на загальний об'єм ортопедичної допомоги. Зважаючи на це, метою даного підрозділу саме і стало – прогноз розвитку ортопедичної захворюваності у осіб призовного віку та його обґрунтування.

Перш ніж надавати прогноз розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у осіб призовного віку й об'єму необхідної ортопедичної допомоги та, особливо, її обґрунтування, нами у попередній табл.3.1 представлено її дійсний стан на теперішній час. При цьому, у групу “Кількість зубів, які підлягають протезуванню”, нами заносились тільки ті зуби, коронкова частина твердих тканин яких була зруйнована на  $\frac{2}{3}$  частини, чи повністю зруйнована з можливістю їх відновлення штифтовими конструкціями. Слід зазначити, що нами у зубній формулі карти обстеження у всіх зубів з руйнованою коронковою частиною вказувався також безпосередньо ще і об'єм руйнування твердих тканин клінічної коронки за класифікацією Кльоміна, тобто  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  та більше  $\frac{2}{3}$  частини. При цьому, зуби зі руйнованою на  $\frac{1}{3}$  та  $\frac{1}{2}$  коронковою частиною чи пломбовані з

подібним об'ємом руйнування ми не включали до клінічних показань щодо їх ортопедичного лікування.

Разом з тим, знаючи про недовгостроковий вік пломб, як таких, та значну частину зубів з подібним об'ємом руйнуванням коронки зуба ще зовсім нелікованих, можливо з повною впевненістю їх віднести до певної групи ризику. А, враховуючи вкрай незадовільний стан надання стоматологічної допомоги даній категорії населення, про що яскраво і переконливо свідчать дані табл. 3.1, вони вже у найближчу перспективу складуть групу “ортопедичні хворі”, як за необхідністю їх покриття штучними коронками, так і виготовлення мостоподібних протезів за рахунок видалення зубів жувальної групи, в силу достатньо понятних нами причин. Приймаючи до уваги останнє, у табл.3.11 наведена кількість осіб і кількість зубів зі зруйнованою чи пломбованими на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  коронковою частиною зубів жувальної групи у осіб призовного віку.

Таблиця 3.11

**Кількість осіб і зубів зруйнованих на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  коронкову частину жувальної групи у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області на 1000 осіб**

Населення	Кількість осіб		Кількість зубів		Кількість зубів на 1-го обстеженого
	Всього	Співвідношення у %	Всього	Співвідношення у %	
міське	881,5	51,4	5210,8	50,5	5,2
сільське	834,6	48,6	5109,9	49,5	5,1

Згідно представлених даних, кількість осіб з подібним об'ємом руйнування коронкової частини зубів серед міського населення складає 881,5 і 834,6 осіб серед сільського населення даного віку і статі на 1000 обстежених. При цьому, прогнозований об'єм ортопедичної допомоги, а саме виготовлення одиночних коронок може зрости серед міського населення до 5210,8 і сільського 5109,9 одиниць на 1000 осіб.

Отже, зважаючи на це, у табл. 3.12 наведено можливий загальний об'єм ортопедичного лікування чоловіків призовного віку на найближчі 3-5 років.

Так, при теперішньому етапі організації надання стоматологічної ортопедичної допомоги даній категорії населення, розповсюдженість ортопедичної захворюваності може зрости серед міського населення з 275,7 осіб (табл.3.1) до 881,5, тобто у 3,2 рази, а сільського з 522,9 осіб до 834,6, тобто у 1,6, зважаючи, що у сільського населення вона вже висока і складає 522,9 осіб на 1000 населення даної вікової категорії. І це не останнє у подібній ситуації.

Таблиця 3.12

**Загальна кількість зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню та зруйнованих чи пломбованих на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  коронкової частини жувальної групи, у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області, на 1000 осіб**

Населення	Кількість зубів, що потребують ортопедичного лікування			Кількість зубів зруйнованих чи пломбованих на $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ частину			Загальна кількість зубів		
	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках
міське	578,4	30,8	1,0	5210,8	50,5	1,02	5789,2	47,5	1,0
сільське	1302,8	69,2	2,1	5109,9	49,5	0,98	6412,7	52,5	1,1

Приймаючи до уваги, що кількість видалених зубів у осіб призовного віку вже на сьогоднішній день достатньо значна, а саме 210,8 серед міських і 651,4 серед сільських мешканців на 1000 осіб, що вкрай негативно характеризує ще раз рівень надання стоматологічної допомоги, можливо стверджувати, що як група осіб, так і кількість видалених зубів можуть різко збільшитися, особливо серед сільського населення.

Слід зазначити, що кількість видалених зубів серед допризовників у міського населення на теперішній час у 3,1 рази менша ніж у сільського. Але вона всеціло залежить не від рівня захворюваності, а тільки за рахунок більш

високого рівня надання стоматологічної, як терапевтичної так і ортопедичної допомоги у містах у порівнянні з селами.

Аналізуючи отримані матеріали слід зазначити, що при відсутності достатнього рівня надання стоматологічної допомоги чоловікам призовного віку, вже у найближчі роки може різко зросте як сам рівень стоматологічної ортопедичної захворюваності так і, особливо, вимушено потрібний і нічим не виправлений об'єм зубних протезів.

Саме останнє ставить невідкладні питання термінового реформування системи організації надання ортопедичної допомоги даній категорії населення з обов'язковим активним їх диспансерним обліком і пільговим протезуванням, приймаючи до уваги їх майбутній військовий статус і зобов'язаність держави дбати за їх стоматологічне здоров'я.

### *Резюме*

Матеріали проведених стоматологічних оглядів осіб призовного віку Івано-Франківської області дозволили дослідити і визначити розповсюдженість ортопедичної захворюваності і інтенсивності розвитку структури, стан надання ортопедичної допомоги і ступінь задоволеності, перспективи розвитку та зробити наступні висновки.

1. Враховуючи молодий вік обстежених спостерігається достатньо висока ступінь розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності серед чоловіків призовного віку західного регіону України, особливо серед сільських мешканців, яка становить 275,7 серед міського і 522,9 осіб серед сільського населення на 1000 обстежених до 20 років.

2. Встановлено вельми значний об'єм дефектів зубних рядів та зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які підлягають ортопедичному лікуванню, що складає відповідно 189,2 і 578,4 серед міських та 596,3 і 1302,8 серед сільських на 1000 осіб даного віку і статі. При цьому дані показники серед сільського населення перевищують міські у 2,3 та 3,1 рази, відповідно.

3. Визначено, що найбільший об'єм руйнованих зубів, які потребують ортопедичного лікування, як серед міських так і сільських мешканців, припадає на 6-ті зуби і складає відповідно 58,6% і 48,9% на верхній та 64,9% і 62,3% на нижній щелепах. Далі – 2-гі зуби – 8,7% і 10,5% на верхній, при відносній відсутності на нижній щелепі. Схожі показники між 4 і 5-ми зубами і менше всього уражені ікла і різці на нижній щелепі.

4. Доведено, що найбільший об'єм видалених зубів також спостерігається серед 6-х зубів і складає 57,5% і 84,6% на верхній та 51,8% і 88,6% на нижній щелепах відповідно. Далі йдуть 5 і 4-ті зуби – 25,1% і 19,1% та 12,6% і 3,9%, відповідно, при практично повній відсутності їх видалення серед сільських чоловіків призовного віку. Слідом за ними 7-мі – які серед сільського населення склали 11,1% на верхній і 11,4% на нижній щелепах і у міського 10,0% на нижній, при відносній відсутності їх видалення на верхній щелепі. При цьому в усіх обстежених фіксуються тільки дефекти зубних рядів III класу за Кеннеді.

5. Встановлена залежність об'єма видалення зубів від виду щелепи. При цьому, як серед міських так і сільських мешканців даного віку і статі, їх видаляється на нижній щелепі 1,6 рази більше ніж на верхній, при загальній їх більшості серед сільського населення, а саме, на верхній 247,7 проти 81,1 та 403,7 проти 129,7 на нижній у міського, тобто у 3,1 та 3,1 рази, відповідно, при рівності їх відсоткового співвідношення у залежності від виду щелепи.

6. Встановлено вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку. При потребі у 2098,0 одиночних коронок, 189,2 мостоподібних протезів і 102,7 штифтових конструкцій на 1000 осіб серед міських мешканців та відповідно 2491,0, 558,8 і 271,0 даних видів протезів серед сільських, які потребують ортопедичного лікування їх виготовляється вельми недостатньо, а саме 129,7 і 82,6 одиночних коронок, відповідно, при практично повній відсутності виготовлення мостоподібних протезів і штифтових конструкцій. При цьому, рівень задоволеності склав по

одиначним коронкам всього 18,3% і 6,0%, при кульовій ступені задоволеності по мостоподібним протезам і штифтовим зубам.

7. При теперішньому стані надання ортопедичної допомоги і відсутності докорінного реформування системи організації її надання чоловікам призовного віку, величина розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності у даній категорії населення нашої країни, може зрости вже у недалекому майбутньому, серед міських мешканців у 3,2 і сільських 1,6 рази і скласти відповідно 881,5 і 834,6 осіб на 1000 обстежених. При цьому, об'єм ортопедичної допомоги тільки по одиначним коронкам за рахунок виключно жувальної групи зубів, може сягнути до 5789,2 та 6412,7, відповідно, тобто збільшиться у 9,0 і 4,0 рази зі вже збільшеним на сьогоднішній день даного об'єма у 2,2 рази по сільському населенню. І це тільки по одиначним коронкам нерахуючи видалені зуби з їх ускладненнями вторинного характеру та невиправданим додатковим об'ємом передпротезної їх підготовки.

За отриманими результатами дослідження у даному розділі опубліковані й видані наступні наукові роботи.

1. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА/Анатомо-топографічна характеристика зубів і дефектів зубних рядів, що підлягають ортопедичному лікуванню у осіб призовного віку Івано-Франківської області. Інновації в стоматології. 2020; 1: 32-37. DOI: 10.35220/2523-420X/2020.1.7.

2. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дзигал ОФ. Потреба та забезпеченість молодих осіб призовного віку у стоматологічній ортопедичній допомозі. Вісник стоматології. 2020; 111 (2): 67-71. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-35-2-67-71.

3. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку західного регіону



України. Вісник стоматології. 2020; 112 (3): 64-69. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-37-3-64-69.

4. Rachinsky S., Schnayder S., Labunets O., Dieva T., Labunets V. Dental orthopedic morbidity among drafted men residing in Ivano-Frankivsk region. Архів клінічної медицини. 2020; 2 (26): 46-48. DOI: 10.21802/acm.2020.2.1

5. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Обґрунтування медичної, соціальної необхідності та економічної доцільності реформування та планування стоматологічної ортопедичної допомоги молоді України. Colloquium-journal. 2020; 30 (82): 41-47. DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-42-49.

6. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної допомоги у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області. Інноваційні технології в сучасній стоматології : наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 11-13 березня 2020 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2020; 115-116.

7. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Порівняльна характеристика частоти видалених і зруйнованих зубів, які підлягають ортопедичному відновленню у осіб призовного віку Прикарпаття. Медицина транспорту – 2020: IV Міжнарод. конгрес, 16-18 вересня 2020 р., Одеса. Одеса, 2020; 36-39.

## РОЗДІЛ 4

### **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНА СТРУКТУРА, СТАН НАДАННЯ, СТУПІНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ, ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ТА ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ПІВДЕННОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ**

У попередньому розділі, спираючись на фундаментальні дослідження вітчизняних дослідників в галузі стоматології, про пряму залежність між величини розповсюдженості і ступеню інтенсивності розвитку стоматологічних захворювань від медико-географічного регіону нашої країни, була надана і всебічно розглянута стоматологічна ортопедична захворюваність, стан надання ортопедичної допомоги та прогноз її розвитку на найближчий час у чоловіків призовного віку до лав Збройних сил України Західного регіону. У якості основної бази дослідження на Півдні України була обрана Одеська область, як найбільш типічний представник по географічному розкладу даного регіону. При цьому у стоматологічних епідеміологічних дослідженнях були задіяні як міські та сільські мешканці даного регіону чоловічої статі до 20 років, тобто призовного віку, згідно Конституції України та статуту Зброєних сил нашої країни, щодо обов'язкового проходження військової служби.

Приймаючи до уваги наведене вище, головною метою досліджень даного розділу саме і стало проведення і аналіз аналогічних епідеміологічних досліджень у південному регіоні нашої країни, у районі зі суттєво меншою величиною розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічних захворювань у порівнянні із Західними областями, за даними літературних джерел, вже не кажучи про важливість визначення ступеню надання стоматологічної ортопедичної допомоги, даній категорії населення, яка абсолютно не залежить від епідеміологічних обставин, а всеціло

віддзеркалює організацію та стан надання ортопедичної їм допомоги, зважаючи на подальш їх служіння у Зброєних силах.

Враховуючи наведене вище основною базою дослідження з даного питання як було вже сказано вище, була обрана Одеська область. При цьому, одним із визначальних факторів такого обрання стало не тільки її обрання, як одного із характерних регіонів Півдня України, а і те, що вже на протязі 40-50 років у даному регіоні Інститутом стоматології та щелепно-лицевої хірургії проводять постійні моніторингові дослідження стоматологічної захворюваності зі усіх спеціальностей стоматології, особливо у дитячому й підлітковому віці. Більш того, на протязі останніх 30 років у даній області були проведені, проаналізовані й публічно висвітлені фундаментальні дослідження з ортопедичної стоматології а саме – визначення величини ортопедичної захворюваності, динаміка її змін на протязі певного проміжку часу, надана порівняльна їй характеристика. Встановлено стан та рівень надання мешканцям даного регіону ортопедичної допомоги, особливо у молодому віці. Розроблено практичні рекомендації, щодо її удосконалення, тощо.

Тобто регіон з найбільш обґрунтованими до нього, як до “об'єкта дослідження” з наявною можливістю порівняльного аналізу отриманих нами даних із результатами попередніх досліджень, що вельми важливо у прогностичному розрізі.

Для практичної реалізації головної мети даного розділу, нами було обстежено 332 особи чоловічої статі до 20 років, з яких 170 - серед міського 162 - серед сільського населення.

Усі отримані дані поглиблених клінічних оглядів даної категорії населення були занесені до універсальної “Карти обстеження стоматологічного ортопедичного хворого” з усіма вимогами, щодо даного питання, які всебічно розкриті у попередньому розділі, перелікувати яких знову нема ніякого сенсу й методичної необхідності.

#### 4.1 Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Одеської області

На підставі даних проведених епідеміологічних досліджень з поглибленим клінічним обстеженням призовників Одеської області та ретельно проведеної стоматологічної їх обробки у табл. 4.1 представлені матеріали, що характеризують стоматологічну ортопедичну захворюваність у даній категорії населення, як у міських, так і у сільських мешканцях. Аналізуючи отримані дані, перш за все слід вказати на відсутність суттєвої різниці у даному питанні між міським і сільським населенням у даній віковій групі і статті, у порівнянні із Західним регіоном.

Таблиця 4.1

#### Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Одеської області, на 1000 осіб

Склад населення	Кількість осіб, які підлягають протезуванню	Кількість зубів, які підлягають протезуванню	Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	Кількість видалених зубів		Загальна кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
				Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
міське	247,1	223,5	229,4	252,9	0,25	452,9	0,45
сільське	253,1	290,1	172,8	179,0	0,18	463,0	0,46

Так, виходячи з отриманих даних таблиці 4.1, частота виникнення стоматологічної ортопедичної патології серед чоловіків призовного віку даного медико-географічного регіону практично ідентична і становить серед міського населення 247,1 осіб на 1000 населення даного віку і 253,1 - серед сільських мешканців. Що стосується інтенсивності прояву даного захворювання за такими показниками, як кількість зубів, які підлягають протезуванню та кількості дефектів зубних рядів, то у даних питаннях вже ж

таки спостерігається деяка різниця і відмінність від медико-географічного регіону їх проживання.

Так, кількість зубів, коронкова частина яких підлягає ортопедичному лікуванню серед міських мешканців сягає 223,5, а сільських - 290,1 зубів, на 1000 обстежених даної категорії населення. При цьому слід відмітити й пояснити на перший погляд неймовірності більш високого показника кількості осіб, які потребують протезування у порівнянні з показником кількості зубів, які потребують ортопедичного лікування. Справа у тому, що у показник, який характеризує величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної патології входять ще і показник кількості осіб, що мають дефекти зубних рядів, але без необхідності у них ортопедичного лікування руйнованих твердих тканин коронкової частини зубів, внаслідок їх відсутності у них, я таких. Враховуючи наведене стає достатньо зрозумілим більш значна його величина у порівнянні з показником кількості зубів, які потребують протезування. Аналогічна ситуація пояснюється також з таким показником, як кількість дефектів зубних рядів і кількості видалених зубів.

Так, згідно ж таки даних табл. 4.1, кількість дефектів зубних рядів серед міського населення даної вікової групи складає 229,4, а серед сільського – 172,8, на 1000 осіб, що в 1,3 рази більша ніж у міських мешканців. Що стосується показника видалених зубів, то він наступний. Серед міського населення їх видаляється 252,9 зубів, сільського – 179,0, на 1000 обстежених, тобто у 1,4 рази більше ніж у сільських мешканців. Пояснення даного факту, на наш погляд потрібно шукати у відсутності надання потрібної хірургічної допомоги у сільській місцевості у зв'язку з повним закриттям стоматологічних кабінетів і перенесенням даного виду медичної допомоги до районних лікарень, прямим доказом якого саме і є дещо більший показник, як кількості осіб даного віку, які підлягають ортопедичному лікуванню, так і особливо показник кількості зубів, які підлягають протезуванню серед сільського населення (табл. 4.1).

Що стосується назагал таких показників, як кількість зубів і дефектів зубних рядів серед даної категорії населення, то він практично ідентичний і знаходиться на рівні 452,9 серед міських і 463,0 серед сільських мешканців на 1000 осіб даної вікової групи і статі.

Аналізуючи наведені вище матеріали потрібно вказати на більш менш посередню величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності та інтенсивності її прояву серед осіб призовного віку на півдні України та їх практичну ідентичність, як серед міського так і сільського населення у порівнянні з західними областями.

Розглядаючи питання ортопедичної захворюваності та її структури, слід наголосити, що достатньо вагоме значення вже для безпосереднього надання даній категорії населення ортопедичної допомоги, її планування, визначення фінансових складових, мають велике значення матеріали, що характеризують її структуру вже безпосередньо у самих осіб призовного віку, які потребують ортопедичного лікування. Враховуючи наведене, у табл. 4.2 віддзеркалені дані про структуру стоматологічної ортопедичної патології у чоловіків призовного віку, які вже насьогодні потребують протезування.

Таблиця 4.2

**Структура стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку Одеської області, які потребують ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Склад населення	Кількість зубів, які підлягають протезуванню		Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню		Кількість видалених зубів		Загальна кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
міське	904,8	0,91	928,6	0,91	1023,8	1,02	1833,3	1,83
сільське	1146,3	1,15	682,9	0,68	707,3	0,71	1829,3	1,83

Згідно представлених у табл. 4.2 даних, кількість зубів, які підлягають протезуванню серед даної категорії населення становить серед міського населення 904,8, а серед сільського – 1146,3 зубів, на 1000 осіб, які потребують ортопедичного лікування, чи відповідно 0,91 та 1,15 – на 1-го обстеженого у даній віковій групі. Виходячи із наведених показників слід засвідчити про недостатньо значне збільшення даного показника серед сільських мешканців, що співвідношується як 1,27 до 1,0.

Розглядаючи питання кількості дефектів зубних рядів, то тут спостерігається протилежна тенденція, а саме загальна кількість дефектів зубних рядів серед містян значно більша ніж у сільських мешканців і відзначається на рівні 928,6 проти 682,9 дефектів, які потребують ортопедичного лікування і співвідносяться, як 1,36 – 1,0. Окремо слід також засвідчити, що даний показник, незважаючи на свою цінність, все ж таки недостатньо віддзеркалює дану патологію у порівнянні з показником об'єма видалених зубів, який виходячи табл. 4.1.2 становить серед міського населення 1023,8, а сільського – 707,3 і співвідношується, як 1,45-1,0.

Окрім цього вже при безпосередньому протезуванню даної категорії населення, вирішальне значення набувають дані про загальний об'єм кількості зубів і дефектів зубних рядів, які потребують протезування, який згідно отриманим результатам дослідження сягає відповідно 1833,3 серед міських і 1829,3 серед сільських мешканців на 1000 осіб даного віку і статті, які потребують ортопедичного лікування, тобто практично повністю ідентичні у порівнянні з Західним регіоном.

Достатньо вагоме прикладне, медичне й соціальне значення має сама характеристика структури дефектів зубних рядів у даній категорії населення, зважаючи на зовсім їх молодий вік, тобто дані про їх протяжність. Виходячи з цього, нами було проведено відповідне дослідження, результати яких представлені у табл. 4.3.

Так, згідно наведених даних, назагал, як серед міського так і сільського населення даної вікової групи здебільше спостерігається дефекти зубних

рядів з відсутністю 1-го зуба, а саме – серед містян 211,8 і серед сільських мешканців – 166,7 на 1000 осіб, що відповідно складає 93,3% і 96,5% серед загальної кількості дефектів зубних рядів.

Таблиця 4.3

**Структура дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку Одеської області, на 1000 осіб**

Склад населення	Загальна кількість дефектів зубних рядів	Структура дефектів зубних рядів					
		1 зуб		2 зуба		3 зуба	
		Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %
міське	229,4	211,8	92,3	11,8	5,2	5,8	2,5
сільське	172,8	166,7	96,5	6,1	3,5	–	–

Незначну частину складають дефекти зубних рядів з відсутністю 2-х зубів – 11,8% серед міського і 6,1% серед сільського населення, що відповідно складає 5,2 і 3,5%. Що стосується дефектів зубних рядів з 3-ма зубами, то їх вкрай мало – 5,8% серед міських мешканців (2,5%), при повній їх відсутності серед сільського населення.

Аналізу отримані дані слід засвідчити про переважну більшість об'єма дефектів зубних рядів з 1-м видаленим зубом у даній групі населення.

Порівняльний аналіз отриманих у даному підрозділі матеріалів даного дослідження вказав на посередньо величину розповсюдженої стоматологічної ортопедичної захворюваності серед чоловіків призовного віку, їх практичну і ідентичність серед міського і сільського населення, стосовно загального об'єму даної патології, незважаючи і на деяку різницю між ними по окремим показникам, головною причиною, як на нас, є різний рівень організації надання стоматологічної допомоги серед міського і сільського населення України і у тому числі ортопедичної за рахунок закриття у сільській місцевості, як лікарень загального профілю та фельдшерсько-акушерських пунктів, де власне кажучи й надавалось



стоматологічне лікування даній категорії населення країни на усій її території.

#### **4.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення в залежності від виду щелеп та класу дефектів зубних рядів**

Виходячи із нагайної необхідності наявності інформації про поглиблену характеристику анатомо-топографічної структури зубів зі руйнованою коронковою частиною, які підлягають протезуванню та видалених зубів і зважаючи на їх достатнє прикладне й наукове значення стосовно причин і частоти ураження тих чи інших зубів, саме у даній віковій групі населення, нами у табл. 4.4 й наведені результати проведених відповідних досліджень з даного питання.

Таблиця 4.4

#### **Анатомо-топографічна структура руйнованих зубів у чоловіків призовного віку Одеської області, які підлягають ортопедичному лікуванню, у %**

Склад населення	Вид щелепи	Зубна формула															
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Міське	в/щ	0,8	5,8	27,5	2,5	1,7	–	3,3	0,8	0,8	3,3	–	5,0	10,8	18,3	6,7	0,8
	н/щ	–	13,0	3,0	8,0	1,8	–	–	–	–	–	–	1,0	3,0	32,0	7,0	–
Сільське	в/щ	–	6,5	21,5	17,8	0,9	–	–	–	–	0,9	–	2,9	12,2	29,0	8,4	–
	н/щ	–	11,8	30,9	4,4	1,5	–	–	–	–	–	–	1,5	4,4	29,4	16,2	–

Так, згідно представлених у таблиці показниках, назагал, як серед міських, так і сільських мешканців даного віку і статі найбільший об'єм зубів зі руйнованою коронковою частиною зубів, які потребують протезування приходить на 6-ті жувальні зуби. Так, на верхній щелепі серед міського населення, назагал, кількість подібних зубів склала 45,8%, від усієї кількості зубів на ній. При цьому, на лівій стороні даної щелепи їх було 18,3%, а правій 27,5%. На нижній щелепі цей показник значно більший і визначається на

рівні 65,0%, з яких зліва 32,0% і справа 33,0%. Що стосується сільського населення даної вікової групи і статі, то тут розподіл наступний. Назагал на верхній щелепі вони склали 50,5% (29,0% зліва і 21,5% справа), на нижній 60,3%, чи відповідно 29,4% зліва і 30,9% – справа.

Якщо йти далі за хронологією частоти кількості зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які підлягають ортопедичному лікуванню, то слідом йдуть за цим показником практично по загальній сумі уражень 5-ті і 7-мі зуби, а саме – серед міських мешканців 5-ті зуби, які на верхній щелепі складають 24,1% (10,8% зліва і 13,3% справа) і 10,0% (8,0% зліва і 3,0% справа) на нижній. У свою чергу даний показник серед сільських мешканців становить відповідно 30,0% (17,8% зліва і 12,2% справа) на верхній і 8,8% (4,4% зліва і 4,4% справа). Що стосується 7-х зубів, то тут розподіл наступний. Серед міського населення на верхній щелепі він становить 12,5% (6,7% зліва і 5,8% справа), на нижній – 20,0% (7,0% зліва і 13,0% справа), а серед сільського населення він складає відповідно 14,9% (8,4% зліва і 6,5% справа) і 28,0% (16,2% зліва і 11,8 справа).

Слідом за ними, на достатньо значній відстані йдуть 4-ті зуби – 7,5% (5,0% зліва і 2,5% справа) серед міського населення на верхній щелепі і 4,0% на нижній (1,0% і 3,0% відповідно), а серед сільського 3,8% по верхній (2,9% і 0,9%) і 3,0% на нижній (1,5% і 1,5%). Далі йдуть 2-гі зуби - 6,6% і 1-ші - 1,6% і тільки серед міських мешканців даної статі і віку. Практично нема зубів з подібним руйнування твердих тканин їх коронкової частини серед ікл і різців у міського населення на нижній щелепі, і даних зубів, як на верхній, так і на нижній щелепах серед міського населення.

Аналізую отриману інформацію у даному розділі, потрібно зосереджувати постійну особливу увагу при профілактичних клінічних оглядах даної категорії населення на 6-ті, 5-ті й 7-мі зуби, зважаючи на їх високу ступінь ураженості твердих тканин та стрімкість клінічної течії їх руйнування, що ще і ще раз говорить про необхідність їх диспансерного обліку й постійним динамічним спостереженням.

Не лише цікавим і важливим з різних точок зору набуває також інформація про анатомо-топографічну структуру видалених зубів. Враховуючи дане положення нами також були проведені відповідні дослідження по визначенню анатомо-топографічного стану видалених зубів серед даної категорії населення України, дані яких представлені у таблиці 4.5.

Таблиця 4.5

**Анатомо-топографічна структура видалених зубів у чоловіків  
призовного віку Одеської області, у %**

Населення	Вид щелепи	Зубна формула															
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Міське	в/щ	–	4,3	30,4	13,0	13,0	–	–	–	–	–	–	4,3	13,0	17,7	4,3	–
	н/щ	–	4,8	33,3	14,3	–	–	–	–	–	–	–	–	14,3	33,3	–	–
Сільське	в/щ	–	5,6	44,4	11,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33,3	5,8	–
	н/щ	–	11,1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	11,1	44,4	–	–

Виходячи із представлених у таблиці матеріалів, перш за все слід засвідчити, що як за загальним об'ємом руйнованих зубів, коронкова частина яких підлягає ортопедичному лікуванню, так і за кількістю видалених зубів, провідне місце займають 6-ті зуби, як серед міського, так і сільського населення. Так, даним табл. 4.5 кількість видалених 6-х жувальних зубів серед міських мешканців на верхній щелепі сягає 47,8% (30,4% справа і 17,4% зліва) від загального об'єму видалених зубів на даній щелепі, а на нижній - 66,6% (33,3% і 33,3% відповідно).

Що стосується сільського населення, то у осіб призовного віку на верхній щелепі їх видаляється 77,7% (44,4% справа і 33,3% зліва) і 77,7% на нижній (33,3% і 44,4%, відповідно). Далі у хронологічному порядку йдуть 5-ті зуби і також як серед міського так і сільського населення, а саме – на верхній щелепі серед міських мешканців цей показник становить 26,0% (13,0% зліва і 13,0% справа), а на нижній - 28,6% (14,3% і 14,3%, відповідно).

У сільського населення дане положення наступне, на верхній щелепі їх видалається 11,1% (11,1% зліва і 0 – справа), а на нижній 11,1%, при відносній їх відсутності зліва на даній щелепі.

У порівнянні з 6-ми і 5-ми зубами, відсоток видалення 4-х і 7-х зубів вкрай незначний, і то за рахунок тільки міського населення. Окремо слід засвідчити, що видалених ікл і різців серед міських мешканців, і видалених ікл, різців і 4-х зубів серед сільських осіб призовного віку, зовсім не спостерігається.

Аналізую отримані у даному підрозділі дані із зазначеного питання, слід наголосити наступне. Як на нас, подібна кількість видалених зубів, особливо премолярів у віці до 20 років, абсолютна невиправдана і не зрозуміла з професійної медичної точки зору, тим паче, що у даному віці видалених зубів від ускладнень пародонтиту зовсім не існує, а тільки за рахунок ускладнень карієсу, тобто захворювання, при належній організації надання стоматологічної допомоги та професійності лікарів-стоматологів, яке лікується практично у 100% випадків.

Враховуючи останнє, з нашої точки зору, потрібні невід'ємні міри по корінному реформуванню й поліпшенню організації надання стоматологічної допомоги даній категорії населення нашої країни.

Певне прикладне значення також набувають дані про структуру видалених зубів у залежності від виду щелепи і статусу населення, показники якої представлені у таблиці 4.6.

Поглиблений аналіз наведених у таблиці даних засвідчив про достатньо суттєву наявність різниці об'єма видалених зубів у осіб призовного віку Одеської області між верхньою і нижньою щелепами. При цьому чітко спостерігається переважна більшість видалених зубів на верхній щелепі, як серед міських, так і особливо серед сільських мешканців.

Таблиця 4.6

**Структура загального об'єма видалених зубів у чоловіків призовного віку Одеської області у залежності від виду щелеп, на 1000 осіб**

Населення	Вид щелепи	Кількість видалених зубів	Співвідношення у %	Співвідношення у абс.показниках
Міське	в/щ	135,3	52,5	1,1
	н/щ	123,4	47,5	1,0
Сільське	в/щ	111,1	66,7	2,1
	н/щ	55,5	32,3	1,0

Так, кількість видалених зубів серед осіб призовного віку до 20 років по даному регіону становить 135,3 серед міського і 123,4 серед сільського населення на 1000 осіб даного віку, що склало відповідно 52,5% і 47,5% і співвідноситься як 1,1 до 1,0. Особливо суттєва різниця даного показника спостерігається серед сільських мешканців, а саме – на верхній щелепі у них видаляється 111,1, а на нижній щелепі - 55,5 зубів по 1000 осіб даної категорії населення, що відповідно склало 67,7% і 32,3% і співвідноситься як 2,1 до 1,0, тобто на верхній щелепі їх видаляється в 2,1 рази більше ніж на нижній щелепі. Якщо брати у цілому об'єм видалених зубів на верхній щелепі і серед міського і сільського населення і співставити з аналогічним показником на нижній щелепі, то їх співвідношення фіксується як 1,4 до 1,0, тобто у осіб призовного віку у даному регіоні, назагал, видаляється у 1,4 рази більше зубів на верхній щелепі.

Доречі подібна тенденція фіксується і серед Західного регіону нашої країни, згідно отриманих нами даних і представлених у попередньому розділі (таблиця 3.6).

В ортопедичній стоматології і зуботехнічному виробництві та матеріалознавстві достатньо вагоме, як з наукової, прикладної і, особливо, практичної точок зору, мають значення безпосередньо дані про топографію

дефектів зубних рядів, при частковій їх відсутності. При цьому слід зазначити, що даний показник офіційно пропоновано рахувати за класифікацією Кенеді, згідно якої існує 4 відповідних класи. Зважаючи на це, у таблиці 4.7 представлені дані з цього питання.

Таблиця 4.7

**Топографія дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку Одеської області, за Кенеді (у %)**

Населення	Класи дефектів							
	1-й		2-й		3-й		4-й	
	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ
Міське	–	–	–	–	44,7	52,6	2,7	–
Сільське	–	–	–	–	72,2	27,8	–	–

Аналізуючи, наведені у таблиці матеріали слід засвідчити, що у даному регіоні нашої країни, як серед міського, так і сільського населення у досліджуємої вікової категорії і статі, практично повністю спостерігаються часткові дефекти зубних рядів 3-го класу за Кенеді. При цьому тільки серед міських мешканців у край у незначній кількості фіксуються подібні дефекти 4-го класу і складають лише 2,7 % від загального їх об'єму.

При цьому слід вказати про відсутність певної прямої залежності їх об'єма від виду щелепи. Так на верхній щелепі даний показник складає серед міського населення 44,7%, а на нижній 52,6% по 3-му класу, а серед сільського, відповідно 77,2% і 27,8%.

Якщо розглядати дане питання про види ортопедичного лікування при даній топографії дефектів зубних рядів у даній категорії населення, то вони цілком потребують тільки незмінне протезування різного виду у залежності від індивідуальної клінічної ситуації.

Отже, наведені вище матеріали даного підрозділу засвідчили, що переважна більшість об'єму зубів з дефектом коронкової частини, які потребують ортопедичного лікування, як серед міських, так і сільських мешканців припадає на 6-ті жувальні зуби і складає відповідно 45,8% і 60,5%

на верхній та 65,0% і 60,3% на нижній щелепі. Далі йдуть послідовно 5-ті, 7-мі й 4-ті зуби зі значно меншими показниками. Практично аналогічне положення складається і з об'ємом видалених зубів, за структурою якого 6-ті зуби серед міського населення складають на верхній щелепі 47,8%, а у сільського - 77,7% і відповідно на нижній щелепі 66,6% та 77,7%. Далі також за хронологією йдуть 5-ті, 7-мі і 4-ті зуби. Стосовно топографії дефектів зубних рядів, то усі вони, як серед міського так і сільського населення практично III-го класу за Кенеді, тобто включені часткові дефекти зубних рядів.

#### **4.3 Стан стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів**

Наведені вище у 1-му і 2-му підрозділах даного розділу показники про наявність у осіб призовного віку півдня України певної стоматологічної ортопедичної захворюваності та приймаючи до уваги ще вкрай молодий їх вік, з погляду на майбутнє, вельми велике наукове й практичне значення набувають питання рівня надання даній категорії населення спеціалізованої ортопедичної допомоги та встановлення ступеня задоволеності їх в основних видах зубних протезів, які найбільш поширені у нашій країні, особливо враховуючи їх подальший соціальний статус.

Зважаючи на останнє, у таблиці 4.8 представлені дані об'єма основних найбільш поширених у нашій країні зубних протезів, які підлягають виготовленню у даній категорії населення, з клінічними показниками до ортопедичного лікування.

Таблиця 4.8

**Кількість основних видів зубних протезів, які підлягають виготовленню серед чоловіків призовного віку Одеської області, які потребують ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Населення	Види зубних протезів				
	Одиночні коронки	Мостоподібні протези	Штифтові зуби	Бюгельні протези	Знімні часткові пластинкові протези
Міське	904,8	928,6	238,1	–	–
Сільське	1146,3	682,9	170,7	–	–

Так згідно наведених у даній таблиці показників, загальний об'єм одиночних коронок, які потребують виготовлення у чоловіків призовного віку, які потребують ортопедичного лікування, складає – 904,8 одиниць серед міського і 1146,3 – серед сільського. Об'єм мостоподібного протезування становить серед міських мешканців 928,6, а серед сільських 682,9. Що стосується штифтових конструкцій, то їх розклад наступний - 238,1 серед міського і 170,7 - серед сільського населення на 1000 осіб даного віку і статі, які потребують ортопедичного лікування. При цьому слід пояснити, чому саме у такому розрізі нами досліджувався даний показник. Справа у тім, що якщо ми будемо його розраховувати і інтерпретувати, назагал, на всю дану категорію населення, то ми у такому разі це не змогли б у подальшому розрахувати такий показник, як ступінь задоволеності таких осіб в ортопедичної допомозі. Окрім цього, для встановлення науково-обґрунтованого й достовірного даного показника необхідні також дані про структуру й об'єм уже виготовлених зубних протезів.

Зважаючи на це нами були проведені відповідні дослідження і у таблиці 4.9 представлені дані про структуру й об'єм проведеного ортопедичного лікування у даній категорії населення, які потребували протезування.



Таблиця 4.9

**Структура та рівень задоволеності в стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків Одеської області, які потребують ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Види зубних протезів	Міське			Сільське		
	Виготовлено	Потребують виготовлення	Ступінь задоволеності у %	Виготовлено	Потребують виготовлення	Ступінь задоволеності у %
Одиночні коронки	428,5	904,8	32,2	146,3	1146,3	8,8
Мостоподібні і протези	–	928,6	–	–	682,9	–
Штифтові зуби	142,9	238,1	37,5	24,4	170,7	12,5

Звертаючись до наведених у таблиці показників, загальна величина потреби осіб призовного віку в одиночних коронках складає 1333,3 одиниць серед міського населення. При цьому на сьогодні і їх виготовлено 428,5 і 904,8 коронок ще підлягала б виготовленню. Зважаючи на це ступінь їх задоволеності у даному виді зубного протезування становить 32,2%. Відносно сільського населення, то тут величина загальної потреби у них становить 1292,6 одиниць, з яких 146,3 вже виготовлено і 1146,3 потребували б виготовленню. Виходячи з цього рівень задоволеності в них серед сільських мешканців складає всього 8,8%, що практично у 4 рази нижчий чим у міського населення. Що стосується мостоподібного протезування щодо даної категорії населення, то виявити ступінь їх задоволеності у виготовленні мостоподібних протезів не представляється можливим у зв'язку з тим, що за нашими даними, згідно проведених стоматологічних оглядам, вони практично зовсім ним не виготовляються. При цьому слід одностайно наголосити про повну недопустимість подібного становища, приймаючи до уваги, що вже у подальшому майбутньому, практично у 100% у них почнуть стрімко розвиватись і формуватись вторинні зубо-щелепні аномалії й деформації, що потім вкрай ускладнюють проведення ортопедичного

лікування, необхідність їм надання попередніх ортодонтичних послуг, не виключаючи також терапевтичне й хірургічне лікування, вже не кажучи про суттєве підняття ціни на дані послуги.

Що стосується рівня задоволеності їх у штифтових конструкціях, то положення з ними наступне.

При загальній величині потреби у них у кількості 381,0 на 1000 осіб, які потребують протезування серед міського населення, їх виготовляється 142,9 одиниць і ще 238,1 їх поспробують виготовлення, рівень задоволеності яких склав 37,5%. По сільським мешканцям даного віку і статі, які потребують ортопедичного лікування показники наступні. Загальна кількість штифтових конструкцій, що потребувала виготовлення складає 195,5, виготовлено 24,4, потребують виготовлення насьогодення 170,7, ступінь задоволеності яких склав 12,5%.

Що стосується інших видів зубних протезів включаючи знімні протези, то вони практично у даній віковій категорії населення, як серед міських, так і сільських мешканців клінічно не показані і не виготовляються, як такі.

Розглядаючи питання надання ортопедичної допомоги населенню, велике прикладне і практичне значення набувають дані про якісну характеристику наданого ортопедичного лікування, яка зазвичай оцінюється по таким критеріям, як кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою, частково нею забезпечені і потребують додаткового протезування, кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів і останній критерій - кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування. Виходячи із наведених вище критеріїв, нами були проведені відповідні дослідження, дані яких віддзеркаленні у табл. 4.10.

Таблиця 4.10

**Порівняльна характеристика рівня забезпеченості потреби в  
стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку  
Одеської області, на 1000 осіб**

Характеристика ортопедичної допомоги	Міське населення		Сільське населення	
	Абсолютний показник	Відсоток у %	Абсолютний показник	Відсоток у %
Кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою	23,5	2,4	6,2	0,6
Кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування	35,3	3,5	18,5	1,9
Кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів	205,9	20,6	240,7	24,1
Кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування	735,3	73,5	734,6	73,4

Ретроспективний аналіз отриманих результатів показав, що загальна кількість осіб даної категорії населення вкрай не забезпечена ортопедичною допомогою, особливо сільські мешканці, і складає по міському населенню 23,5 і 6,2 осіб на 1000 обстежених даного віку і статі, що склало відповідно всього 2,4% і 0,6%.

Що стосується кількості осіб, які частково забезпечені і потребують додаткового ортопедичного лікування, то їх також вкрай недостатньо, а саме по міському населенню вони становлять 35,3 осіб, сільському - 18,5 на 1000 обстежених, що відповідно становить 3,5% і 1,9%.

Враховуючи наведене вище показники, достатньо зрозумілим і прийнятним сприймаються достатньо висока кількість осіб даної категорії населення, які потребують ортопедичної допомоги не отримують її зовсім. Так серед міського населення даний показник склав 205,9 і сільського - 240,7 на 1000 обстежених, що відповідно склало 20,6% і 24,1%. При цьому враховуючи, що показник кількості осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують ще і додаткового протезування, загальний показник величини потреби у даних осіб сягне до 241,2 серед міського і 259,2 серед сільського населення на 1000 осіб, що відповідно складає 24,1% і 26,0%.

Що стосується на перший погляд високих показників кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують протезування, то пояснення тут більш ніж просте - молодий вік обстежених і цим вже пояснюється, але не виправдовується цим вкрай незначний рівень задоволеності даної категорії населення в основних видах зубних протезів.

Саме це наразі повинне стати основним обґрунтуванням нагайної необхідності щодо докорінного реформування самої системи планування, організації й, особливо, гарантовану пільгову фінансову допомогу, зважаючи на їх майбутній військовий статус не на контрактній основі.

#### **4.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку Південного регіону України**

Отримані у даному розділі матеріали проведених нами досліджень, ставить перед нами безперечне питання, а що далі, рахуючи повну невідповідальність відповідних структур органів практичної охорони здоров'я, щодо надання обов'язкової стоматологічної допомоги даній категорії населення країни і у тому числі ортопедичної.

Однак, зважаючи на те, що у даному питанні держава не тільки не приділяє увагу і відповідні практичні дії, але і все більше утруднює і ускладнює роботу державних стоматологічних закладів, працюючих за бюджетні кошти, стає ще питання, а саме зі станом стоматологічної ортопедичної захворюваності через декілька років, якщо залишиться так усе, як воно є. Зважаючи на сказане, нами в якості робочої гіпотези при визначенні прогнозу розвитку ортопедичної захворюваності на перспективу, було взяте положення, що при нинішній організації й планування надання стоматологічної допомоги даній категорії населення і, на жаль, недостроковий термін існування пломб, як самих, та приймаючи до уваги ще значної кількості зубів зі руйнуванням їх коронкової частини на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  частини, які ще зовсім неліковані, можливо з повною впевненістю стверджувати, що подібні зуби вже у найближчий термін можуть перейти з відносних показів до ортопедичного лікування до абсолютних і це, на жаль, реалії сьогодення.

Отже зважаючи на це, нами було проведене дослідження з визначення кількості зубів коронкова частина яких запломбована чи руйнована на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  частину, показники яких наведені у табл. 4.11.

Згідно представлених у даній таблиці показників, кількість осіб з подібною патологією серед міського населення у осіб призовного віку 417,7 на 1000 обстежених, а сільського - 543,2.

Таблиця 4.11

**Кількість осіб і зубів зруйнованих на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  коронкову частину жувальної групи у чоловіків призовного віку Одеської області, на 1000 осіб**

Населення	Кількість осіб		Кількість зубів		Кількість зубів на 1-го обстеженого
	Всього	Співвідношення у %	Всього	Співвідношення у %	
міське	417,7	43,5	835,3	44,3	0,84
сільське	543,2	56,5	1049,4	55,7	1,05

При цьому об'єм з подібним руйнуванням твердих тканин коронкової частини зубів чи пломбованою з подібним об'ємом втраченої частини, у міських мешканців сягає 835,3, а у сільських 1049,4 на 1000 обстежених даної групи осіб.

Отже, знаючи це і маючи у наявності величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності з даного питання на сьогоднішній день (табл. 4.1), нами розрахована загальна сума об'єму зубів, яка може бути достатньо реальною на найближче майбутнє, приймаючи до уваги вельми стрімку течію карієсу і його ускладнень (табл. 4.12).

Отже, представлені у даній таблиці показники красномовно свідчать, що при нинішній організації надання стоматологічної допомоги даній категорії населення, а скоріш ніякої внаслідок невдалої медичної реформи, яка була здійснена у нашій країні, особливо у стоматології, враховуючи практично повну ліквідацію її надання у сільській місцевості у дільничних лікарнях чи фельдшерсько-акушерських пунктах, про можливе різке зростання величини ортопедичної захворюваності і, як наслідок, загального об'єма кількості зубів, які будуть потребувати вже спеціалізованої ортопедичної допомоги.

Таблиця 4.12

**Загальна кількість зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню та зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 коронкової частини жувальної групи, у чоловіків призовного віку Одеської області, на 1000 осіб**

Населення	Кількість зубів, що потребують ортопедичного лікування			Кількість зубів зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 частину			Загальна кількість зубів		
	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс.показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс.показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс.показниках
міське	223,5	43,5	1,0	835,3	44,3	1,0	1058,8	44,2	1,0
сільське	290,1	56,5	1,3	1049,4	55,7	1,3	1339,5	55,8	1,3

Так, при їх кількості на теперішній час в об'ємі 223,5 зубів серед міського і 290,1 серед сільського населення загальний їх об'єм може сягнути відповідно до 1058,8 і 1339,5 подібних зубів на 1000 осіб призовного віку, тобто у 4,7 та 4,6 рази. Саме жахливе те, що це не останнє із можливих критичних ситуацій. Справа у тому, що з подібним зростом ортопедичної захворюваності пропорціонально зросте й кількість видалених зубів, що у свою чергу приведе до появи різноманітних часткових дефектів зубних рядів і, як наслідок - мостоподібних протезів і не тільки.

### *Резюме*

Аналізуючи усі отримані матеріали у даному розділі, слід зазначити і вказати на достатню величину ортопедичної захворюваності у Південному регіоні нашої країни і вкрай низький рівень забезпеченості чоловіків призовного віку у основних видах зубних протезів та зробити наступні висновки.

1. Спостерігається середній рівень стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку чоловічої статі до 20 років, як

серед міського, так і сільського населення, яка становить відповідно 247,1 і 253,1 осіб на 1000 обстежених даної вікової категорії. При цьому, рівень даної захворюваності серед різних верств населення практично ідентичний.

2. Загальний об'єм кількості зубів, коронкова частина яких потребує ортопедичного лікування та дефектів зубних рядів також практично аналогічна і сягає рівня 452,9 і 463,0 одиниць на 1000 обстежених.

3. Переважна більшість дефектів зубних рядів зустрічається з відсутністю 1-го зуба, як серед міських мешканців, так і сільських мешканців, а саме 92,3% і 96,5%, відповідно. При цьому, згідно анатомо-топографічній структурі їх розташування, всі вони, як серед міського, так і сільського населення 3-го класу за Кенеді.

4. Згідно даним анатомо-топографічній структури руйнованих зубів коронкова частина яких потребує ортопедичного лікування, найбільша їх кількість як серед міського так і сільського населення, даної вікової групи і статі, припадає на 6-ті жувальні зуби, яка відповідно становить серед міських 45,8% на верхній щелепі і 65,0% - на нижній та 50,5% і 60,3% відповідно у сільських мешканців. Аналогічне положення складається і з об'ємом видалених зубів на їх видом, а саме відповідно 47,8% і 66,6% та 77,7% і 77,7%.

5. Встановлена загальна величина потреби осіб призовного віку в основних видах зубних протезів, яка становить по одиночним коронкам серед міського населення - 904,8 і сільського - 1146,3, при фактичному об'ємі їх виготовлення у 428,5 і 146,3 одиниць, відповідно, тобто рівень задоволеності складає всього, відповідно 32,2% і 8,8%, що у 4,0 рази менший ніж у міських мешканців. По штифтовим конструкціям положення наступне. Загальна потреба в них серед міського населення сягає 363,0, при виготовлені їх у кількості 142,9 і відповідно 191,1 і 24,4 у сільського, з рівнем задоволеності тільки у 12,5%, що у 3 рази менше ніж у міських мешканців. Щодо мостоподібних протезів загальна їх величина потреби становить відповідно



928,6 серед міського і 682,9 серед сільського населення при повній відсутності їх виготовлення.

6. При відсутності належної організації й планування стоматологічної допомоги особам призовного віку півдня Україні, величина ортопедичної захворюваності може різко зрости, а кількість зубів коронкова частина яких буде потребувати ортопедичного лікування може зрости з 223,5 до 1058,8 серед міського населення і з 290,1 до 1339,5 серед сільського, тобто відповідно у 4,7 і 4,6 рази.

За отриманими результатами дослідження у даному розділі опубліковані наступні наукові роботи:

1. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дієва ОЄ. Розповсюдженість і інтенсивність прояву стоматологічної ортопедичної захворюваності серед чоловіків призовного віку Півдня України. Інновації в стоматології. 2019; 1: 50-54. DOI: 10.35220/2523-420X/2019.1.11.

2. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика анатомо-топографічної структури зруйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування у міських і сільських мешканців призовного віку в Одеській області. Вісник стоматології. 2021; 1: 20-24. DOI: 10.35220/2078-8916-2021-39-1-20-24.

## РОЗДІЛ 5

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СТАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ У ЗАХІДНОМУ ТА ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

У попередніх 3 і 4-му розділах нами була надана поглиблена характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності, стану надання спеціалізованої ортопедичної допомоги, визначена анатомо-топографічна структура руйнованих зубів, коронкова частина яких потребує ортопедичного лікування, дефектів зубних рядів, їх протяжність і класи за Кеннеді у чоловіків призовного віку до 20 років, окремо по Західному й Південному регіонах нашої країни, на базі Івано-Франківської і Одеської області.

Окрім цього було встановлено ступінь задоволеності даної категорії населення в основних видах зубних протезів, поглиблена характеристика об'єма їх забезпеченості в ортопедичному лікуванні за 4-ма критеріями загально прийнятими в вітчизняній ортопедичній стоматології та обрахований науково-обґрунтований прогноз подальшого розвитку стоматологічної ортопедичної допомоги на перспективу, при умові збереження нинішньої систему організації і планування, як такої.

Визначаючи певне наукове, прикладне і практичне значення отриманих результатів дослідження, наведених у попередніх розділів і враховуючи існуючу у нашій країні залежність величини розповсюдженості і інтенсивності розвитку основних стоматологічних захворювань і всеціло пов'язана з ним необхідність диференційного планування стоматологічної допомоги і у тому числі ортопедичної вельми важливим стають питання їх порівняльної характеристики і не тільки за медико-географічним регіоном, а і за місцем їх проживання.

## 5.1 Порівняльна характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіону країни

Отже, зважаючи на наведене у табл. 5.1, перш за все представлені одночасно матеріали про стан стоматологічної ортопедичної захворюваності у досліджуваних нами медико-географічних регіонах України.

Таблиця 5.1

### Стоматологічна ортопедична захворюваність у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, на 1000 осіб

Регіон України	Склад населення	Кількість осіб, які підлягають протезуванню	Кількість зубів, які підлягають протезуванню	Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	Кількість видалених зубів		Загальна кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
					Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
Західний	міське	275,7	578,4	189,2	210,8	0,21	767,6	0,79
	сільське	522,9	1302,8	596,3	651,3	0,65	1899,1	1,90
Південний	міське	247,1	223,5	229,4	252,9	0,25	452,9	0,45
	сільське	253,1	290,1	172,8	179,0	0,18	463,0	0,46

Виходячи із наведених у даній таблиці даних слід засвідчити, що суттєвої різниці у величині розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності серед міського населення у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України практично не спостерігається. Так у Західному регіоні вона становить 275,7, а у Південному 247,1 осіб на 1000 обстежених даного віку і статі. Однак, при цьому слід зазначити, що незважаючи на дане положення, інтенсивність розвитку і прояву даної захворюваності серед міських мешканців Західного регіона і Південного вкрай різюча. Якщо кількість зубів, руйнована коронкова частина твердих

тканин яких у Південному регіоні потребує ортопедичного лікування і становить 223,5 зубів на 1000 обстежених, серед Західного вона сягає 578,4, тобто збільшена у 2,6 разів. А якщо рахувати назагал кількість подібних зубів і дефектів зубних рядів, які потребують протезування, то по даному показнику вони співвідносяться, відповідно як 452,9 до 767,6, тобто у Західному регіоні їх більше ніж у Південному в 1,7 раза.

Аналізуючи показники розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед сільських мешканців даної вікової категорії і статті у цих регіонах нашої країни, зразу ж слід вказати, що у порівнянні з міськими, де практично немає особливої різниці, серед сільського населення вони є і вельми суттєва. Так, якщо серед чоловіків призовного віку у Південному регіоні вона фіксується на рівні 253,1 осіб на 1000 обстежених, то у Західному вона сягає рівня 522,9, тобто у Західному регіоні кількість осіб даної категорії населення, які потребують ортопедичного лікування в 2,1 рази більша ніж у Південному. Особливо вражає інтенсивний показник розвитку і прояву такого ортопедичного захворювання, як кількість зубів зі руйнованою коронковою частиною, які вже підлягають протезуванню. Так, якщо подібних зубів у Південному регіоні серед даної категорії населення, їх рахується 290,1 на 1000 обстежених, то подібних зубів по Західному регіоні є аж 1302,8, тобто у 4,5 разів більше серед сільських мешканців по даному регіону.

По чисто дефектах зубних рядів у досліджуваних регіонах вони співвідносяться, як 172,8 проти 596,3 на 1000 обстежених, тобто їх у 3,5 рази більше у даній категорії населення Півдня країни. Якщо брати загальну кількість, як зубів, так і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування серед досліджуваних груп населення, то по Південному регіону він становить 463,0, а Західному 1899,1 на 1000 осіб даної вікової групи населення, тобто інтенсивність розвитку і прояву основних стоматологічних захворювань, які потребують спеціалізованої ортопедичної допомоги у сільських мешканців Західного регіону у 4,1 рази

більше ніж Південному. Наведене встановлене положення, ще і ще раз свідчить про більш значну інтенсивність прояву стоматологічних захворювань і у тому числі ортопедичних хвороб серед сільського населення Західних регіонів нашої країни та практичну необхідність диференційованого підходу щодо організації і особливо, планування лікарських посад на території України у залежності від медико-географічного регіону громадян нашої країни, а саме за стандартом як ще є у нашій країні, а саме 1,0 посада лікаря стоматолога-ортопеда на 1000 міського і 0,8 посади даного фахівця на аналогічну кількість сільського населення.

Виходячи із наведених вище матеріалів і враховуючи достатньо очевидну наявність стоматологічних ортопедичних хвороб у даній категорії певне прикладне і, безпосередньо, практичне значення набувають питання об'єма й структури стоматологічної ортопедичної захворюваності вже безпосередньо у самих призовників, як таких, особливо при плануванні об'єма даної медичної допомоги на місці їх проживання. Зважаючи на дане положення у табл. 5.2 представлені подібні матеріали, як по міському, так і сільському населенню.

Навіть на перший погляд достатньо помітна різниця між усіма показниками, які характеризують ортопедичну захворюваність у цьому віці між Західним і Південним регіонами України, особливо серед сільського населення.

Так, торкаючись такого показника, як кількість зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які вже потребують визначно ортопедичного лікування, при їх об'ємі у 1146 зубів серед сільських мешканців Півдня країни, у Західному він сягає 2491,0 на 1000 осіб, які потребують лікування, що більше у 2,2 рази. Не менш вражаюче положення і по об'єму існуючих у них дефектів зубних рядів, а саме, відповідно 682,9 проти 1140,4, що у 1,7 більш у Південному регіоні. Назагал, дані показники становлять 1829,3 відповідно у південному регіоні і 3736,8 - Західному.

Таблиця 5.2

**Структура стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків  
призовного віку Західного і Південного регіонів України, які потребують  
ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Регіон України	Склад насе- лення	Кількість зубів, які підлягають протезуванню		Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню		Кількість видалених зубів		Загальна кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
		Всього	На 1-го обстежено го	Всього	На 1-го обстежено го	Всього	На 1-го обстежено го	Всього	На 1-го обстежено го
Західний	міське	2098,0	2,1	686,3	0,69	767,7	0,77	2784,3	2,78
	сільськ е	2491,0	2,5	1140,4	1,14	1245,6	1,25	3736,8	3,74
Південний	міське	904,8	0,91	928,6	0,97	1023,8	1,02	1833,3	1,83
	сільськ е	1146,3	1,15	682,9	0,68	707,3	0,71	1829,3	1,83

Що стосується такого показника, як кількість видалених зубів, то тут різниця дещо менша, але все таки ще досить значна і складає відповідно 707,3 проти 1245,6, тобто більш у 1,8 рази, у порівнянні з 2,2 по кількості руйнованих зубів, які потребують протезування.

Що стосується міського населення, то тут також спостерігається достатня різниця між досліджуваними показниками, хоч і дещо у менших об'ємах.

Так, кількість зубів, які підлягають протезуванню, серед міського населення Західного регіона складає 2098,0, а Південного - 904,8, кількість дефектів зубних рядів, відповідно 686,3 проти 928,6, видалених зубів 764,7 проти 1023,8, при загальній кількості зубів і зубних рядів, які підлягають

ортопедичному лікуванню у 2784,3 одиниць серед міських мешканців Західного регіону і 1833,3 - Південного, тобто 1,5 рази більш у Західному чим По даному рибі які різниці по окремим показникам які у більшості своїх залежить не стільки від захворюваності, скільки від рівня організації надання стоматологічної допомоги.

Окремим і не менш важливим в ортопедичній стоматології стає питання структури дефектів зубних рядів даній категорії населення і її ймовірну залежність від регіону проживання населення і його соціального статусу. Враховуючи дане положення у табл. 5.3 наведені показники і їх відсоткове співвідношення щодо топографії протяжності дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку зазначених регіонів.

Таблиця 5.3

**Структура дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, на 1000 осіб**

Регіон України	Склад населення	Загальна кількість дефектів зубних рядів	Структура дефектів зубних рядів					
			1 зуб		2 зуба		3 зуба	
			Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %	Всього	Відсоток у %
Західний	міське	189,2	173,3	92,3	15,9	7,7	–	–
	сільське	596,3	550,5	92,3	36,7	6,2	9,2	1,5
Південний	міське	229,4	211,8	92,3	11,8	5,2	5,8	2,5
	сільське	172,8	166,7	96,5	6,1	3,6	–	–

Виходячи із представлених у даній таблиці показників як серед міського так і сільського населення і у Західному і у Південному регіоні нашої країни спостерігається у переважній більшості своїй дефекти зубних рядів з

відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається у межах 92,3% – 96,5%. З відсутністю 2-х зубів він значно менший і знаходиться на рівні 3,6% – 7,7%. Що стосується даних дефектів з відсутністю 3-х зубів, то вони спостерігаються вкрай рідко і становлять 2,5% серед міського населення на Півдні України і 1,5% – сільського у Західному регіоні при повній їх серед міських мешканців у Західному і сільських у Південному регіоні.

Отже, заключаючи даний підрозділ слід зазначити про наявність значної величини розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку у нашій країні, особливо у інтенсивності і розвитку. При чому, по загальному об'єму показників основних ортопедичних хвороб у даній категорії населення у Західному регіоні серед міського населення вона більше ніж в 1,5 рази, а серед сільського – 2,1, серед осіб, які потребують ортопедичного лікування. При цьому переважна більшість дефектів зубних рядів спостерігається з 1-м видаленим зубом і коливається в межах 92,3% – 96,5%.

## **5.2 Анатомо-топографічна структура руйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування та їх співвідношення у залежності від виду щелепи та класу дефектів зубних рядів**

При плануванні стоматологічної ортопедичної допомоги, окрім матеріалів висвітлюючих розповсюдженість стоматологічної ортопедичної захворюваності і інтенсивності її розвитку, певне прикладне і практичне значення набувають дані про анатомо-топографічну структуру зубів зі дефектами твердих тканин, які потребують спеціалізованого ортопедичного лікування і їх відсоткове співвідношення у загальній кількості на верхній і нижній щелепах, як таких (табл. 5.4), особливо у молодому віці.



Таблиця 5.4

**Анатомо-топографічна структура руйнованих зубів у чоловіків  
призовного віку Західного і Південного регіонів України, які підлягають  
ортопедичному лікуванню, у %**

Регіон України	Склад населення	Вид щеле- пи	Зубна формула															
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Західний	Міське	в/щ	–	3,5	27,6	1,7	1,7	–	3,5	3,5	3,5	5,2	1,7	1,7	1,7	31,0	13,7	–
		н/щ	–	15,8	35,1	–	1,8	–	–	–	–	–	–	1,8	1,8	29,8	14,0	–
	Сільське	в/щ	–	8,1	25,6	3,5	2,3	1,2	4,7	3,5	4,7	5,8	2,3	4,7	3,5	23,3	7,0	–
		н/щ	–	16,0	34,6	2,5	–	–	–	1,2	–	–	–	1,2	1,2	27,7	16,0	–
Південний	Міське	в/щ	0,8	5,8	27,5	13,3	2,5	–	3,3	0,8	0,8	3,3	–	5,0	10,8	18,3	6,7	0,8
		н/щ	–	13,0	33,0	8,0	3,0	–	–	–	–	–	–	1,0	3,0	32,0	7,0	–
	Сільське	в/щ	–	6,5	21,5	17,8	0,9	–	–	–	–	0,9	–	2,9	12,2	29,0	8,4	–
		н/щ	–	11,8	30,9	4,4	1,5	–	–	–	–	–	–	1,5	4,7	29,4	16,2	–

Порівняльний аналіз наведених у таблиці показників показав, що найбільш всього і у міського, і у сільського населення і в Західному і у Південному регіоні нашої країни, у даній категорії населення руйнуються 6-ті жувальні зуби.

Так у міських мешканців Західного регіону на верхній щелепі їх відсоток складає 58,6%, на нижній - 64,9%, а у Південному, відповідно 45,8% і 65,0% на кожній із окремих щелеп. Що стосується сільських мешканців, то тут спостерігається наступне співвідношення 6-х зубів з руйнованою коронковою частиною, а саме 50,9% на верхній і 62,3% нижній у Західному та 45,8% і 60,3%, відповідно у Південному. Далі у хронологічному порядку за кількістю руйнованих зубів, які потребують протезування йдуть 7-мі і 5-ті зуби. Так, у Західному регіоні кількість подібних серед міського населення склала на верхній щелепі, відповідно 17,2% і 3,4%, а на нижній - 29,8% і 1,8%. У свою чергу Південному регіоні дане відсоткове співвідношення було наступним - 12,5% на верхній і 20,0% і 11,0% на нижній щелепі. По сільському населенню дане розділення було наступним. У Західному регіоні воно становить, відповідно 15,1% і 7,0% на верхній та 32,0% і 3,7% на

нижній щелепах, а у Південному, відповідно 14,9% і 30,0% на верхній та 28,0% і 6,2% на нижніх щелепі, відповідно.

Що стосується 4-х зубів і їх відсоткового співвідношення, то воно фіксується на рівні 3,4% на верхній і 3,6% на нижній щелепі серед міських мешканців Західного регіону, і відповідно 7,5% та 4,0% по Південному регіону. По сільському населенню відсоткове співвідношення за даними зубами було наступним 7,0% на верхній і 1,2% на нижній по Західному регіону і 3,7% та 3,0% по Південному.

Якщо взяти за 100 % усі зуби на верхній і нижній щелепах у даних регіонах серед осіб призовного віку і прорахувати відсоткове співвідношення кількості окремих зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які підлягають ортопедичному лікуванню і провести порівняльний їх аналіз, то тут спостерігається достатня цікава пізнавальна ситуація. По перше, окрім того, що у даних регіонах визначається різна ступінь розповсюдженості ортопедичних стоматологічних хвороб і інтенсивності їх прояву та розвитку. Вельми значна їх різниця серед міським і сільським населенням серед даної категорії населення та практична їх ідентичність серед даним населенням по Південному регіоні, певні розбіжності спостерігаються, і по кількості руйнованих зубів, які підлягають протезуванню згідно їх виду, у даних медико-географічних регіонах, особливо серед жувальних зубів, тобто між молярами і премолярами. Так, за даними матеріалів проведеного дослідження виявляється, що по Західному регіону у порівнянні з Південним серед міського населенням більше руйнується коронкова частина 6-х і 7-х зубів, тобто молярів і становить відповідно 61,7% і 23,5% проти 55,4% та 16,3% аналогічних зубів, відповідно по Південному, що, назагал, складає, відповідно 85,2% та 71,7%, тобто на 13,5% їх більше серед мешканців Західного регіону.

У свою чергу премоляри тобто 4-ті і 5-ті зуби, назагал, руйнуються частіше серед осіб призовного віку Південного регіону. Так, якщо їх кількість по Західному регіону у даній категорії населення у відсотковому

співвідношенні становить відповідно 3,5% і 2,6%, то серед даних осіб Південного регіону, відповідно 5,7% та 17,5%, що становить, назагал, відповідно 8,1% проти 23,2%, тобто у мешканців Південного регіону їх більше на 15,1%.

Стосовно різців і ікл, якщо йти за даним показником, то тут існує і вражає достатньо суттєва різниця у їх співвідношенні за даними медико-географічними регіонами, рахуючи визначне анатомо-топографічне значення фронтальної групи зубів для людей, як таке.

Так за кількістю даних зубів по Західному регіону досліджуваний показник складає 10,4%, а по Південному - 4,1%, тобто більше на 6,3%, при повній відсутності подібних уражень серед ікл у сільських мешканців на обох щелепах у даних регіонах і у міських по Південному регіоні.

На нашу думку дане положення перш за все пов'язане з різним геохімічним фактором у даних регіонах, особливо у Західному за рахунок дефіциту фтору, кальцію і йоду.

Враховуючи наведені вище матеріали й доведена достатньо суттєву різницю в об'ємі окремих зубів зі ураженням твердих тканин зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню між мешканцями Західного і Південного регіонів призовного віку і статі, певне практичне і прикладне значення набувають питання про структуру видалених зубів у даних регіонах і можливо наявність певних відмінностей по даним регіонам. Зважаючи на це, у табл. 5.5 представлені матеріали подібного дослідження.

Згідно наведених у даній таблиці показників об'єма видалених зубів і їх співвідношення у загальній структурі і анатомо-топографічному розташуванню, як і серед уражених карієсною хворобою і її ускладненнями, так і серед видалених зубів за даних регіонів і місця проживання, найбільш значний об'єм складають також 6-ті зуби. Так, у Західному регіоні серед осіб призовного віку їх об'єм становить по міському населенню 62,4%, а у Південному 57,2%.

Таблиця 5.5

**Анатомо-топографічна структура видалених зубів у чоловіків  
призовного віку Західного і Південного регіонів України, у %**

Регіон України	Склад населення	Вид щелепи	Зубна формула															
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Західний	Міське	в/щ	–		25,0	18,8	6,3	–	–	–	–	–	–	6,3	6,3	37,5		–
		н/щ	–	12,5	29,1	4,2	–	–	–	–	–	–	–	4,2	16,7	33,3	–	–
	Сільське	в/щ	–	3,7	25,9	14,8	7,4	–	–	–	–	–	–	7,4	7,4	25,9	7,4	–
		н/щ	–	6,8	40,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	47,7	4,6	–
Південний	Міське	в/щ	–	4,3	30,4	13,0	13,0	–	–	–	–	–	–	4,3	13,0	17,4	4,3	–
		н/щ		4,8	33,3	14,3	–	–	–	–	–	–	–	–	14,3	33,3	–	–
	Сільське	в/щ	–	5,6	44,4	11,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33,3	5,6	–
		н/щ	–	11,1	33,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	11,1	44,4	–	–

За 7-ми зубами їх співвідношення наступне 6,3% і 6,7%, що, назагал, серед зубів жувальної групи склало, відповідно, 68,7% і 63,9%, тобто у Західному регіоні їх видаляється на 4,8% більше ніж у Південному. Що стосується премолярів, то кількість видалених зубів у відсотковому співвідношенні виглядає наступним чином серед 5-х і 4-х зубів, відповідно 23,0% і 8,3% серед мешканців Західного регіону та 27,3% і 8,8% - Південного, що назагал склало відповідно 31,3% і 36,1%, тобто премолярів у відміні від молярів, більше видаляється у Південному регіоні, при переважній більшості 5-х зубів у порівнянні з 4-ми зубами, а саме по Західному регіону на 14,7%, а Південному - 18,5%.

Аналізуючи наведені вище показники слід сказати, що якщо певний відсоток жувальної групи зубів, які видалені, ще можливо якось пояснити, то показники 31,3% і 36,1% видалених зубів серед премолярів зовсім незрозумілі і вкрай, на нашу думку, не виправдані, особливо у молодому віці до 20 років. Тобто зуби при належній організації стоматологічної допомоги даній категорії населення країни і кваліфікації лікарів-стоматологів, повинні бути вилікувані практично у 100 відсотках випадків, без усяких виправдовувань.

Що стосується сільського населення стосовно анатомо-топографічної структури видалених зубів у чоловіків призовного віку і її порівняльної характеристики у даних медико-географічних регіонах нашої країни, то вона наступна. Так виходячи із табл.5.2.5, максимальний об'єм видалених зубів за їх видом фіксується також за 6-ми зубами, а саме у Західному регіоні на рівні 70,2% і у Південному 77,7%. Що стосується 7-х зубів, то їх відсоткове співвідношення наступне 11,3% і 11,2%. Назагал молоді склали серед Західного регіону 81,5% і Південного - 88,9%, тобто серед сільських мешканців Півдня України у даному віці їх видаляються на 7,4% більше ніж у Західному регіоні.

Торкаючись премолярів, то відсоткове співвідношення видалених подібних зубів виглядають наступним чином. 5-ті і 4-ті зуби у Західному регіоні склали відповідно 11,1% і 7,4%, а у Південному, серед даної категорії населення - 11,1% при повній відсутності видалення 4-х зубів, як на верхній, так і на нижній щелепі, тобто, назагал, склали відповідно 18,5% і 11,1%.

Аналізуючи дане положення слід сказати, що у Західному регіоні серед сільських мешканців їх видаляється на 7,4% більше ніж у Південному регіоні, у протилежес міському населенню, де їх видаляється більше у Південному у порівнянні із Західним, а саме на 4,2%.

Заключаючи даний підрозділ слід зразу ж акцентувати увагу на достатньо значний об'єм видалених премолярів серед осіб призовного віку, як на Заході, так і на Півдні нашої країни, незважаючи і на деяку їх різницю у відсотковому співвідношенню по даним регіонам, головною причиною яких є вкрай низький рівень організації надання стоматологічної допомоги даній категорії населення і кваліфікаційний фах спеціалістів.

Рахуючи наведені вище матеріали даного науково-прикладного дослідження, окрім певного практичного значення даних про анатомо-топографічну структуру й порівняльну характеристику кількості видалених зубів за їх видом, видом щелеп та місця проживання досліджуваних груп населення, достатньо вагоме значення набувають також питання про

загальний об'єм видалених зубів у осіб призовного віку в даних медико-географічних регіонах в абсолютних показниках на 1000 обстежених, виду щелеп та їх відсоткове співвідношення. Зважаючи на дане положення, нами було проведено відповідне дослідження, матеріали якого віддзеркаленні у табл. 5.6.

Таблиця 5.6

**Структура загального об'єма видалених зубів у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України у залежності від виду щелеп, на 1000 осіб**

Регіон України	Населення	Вид щелепи	Кількість видалених зубів	Спів-відношення у %	Спів-відношення у абс. показниках
Західний	Міське	в/щ	81,1	38,5	1,0
		н/щ	129,7	61,5	1,6
	Сільське	в/щ	247,7	38,1	1,0
		н/щ	403,7	61,9	1,6
Південний	Міське	в/щ	135,3	52,5	1,1
		н/щ	123,4	47,5	1,0
	Сільське	в/щ	111,1	66,7	2,1
		н/щ	55,5	32,3	1,0

Спираючись на наведені у таблиці показники слід, назагал, зазначити, що незважаючи і на деяку різницю у кількості видалених зубів на верхній і нижній щелепах у чоловіків призовного віку серед міського населення Західного і Південного регіонів, загальний їх об'єм у порівнянні, практично ідентичний з розрахунку на 1000 обстежених і складає відповідно 210,8 і 258,7 зубів, при їх співвідношенні, як 1,0 і 1,2. Проте порівняльний аналіз між даним показником по сільському населенню засвідчив про вельми

значну розбіжність між їх абсолютною величиною і відсотковим співвідношенням.

Так, якщо у Південному регіоні серед сільських мешканців даної групи населення їх видаляється тільки, якщо можна так сказати, 166,6 зубів на 1000 обстежених, то у Західному регіоні даний показник вже сягає 642,4, при їх співвідношенні, як 1,0 до 3,9, тобто серед сільського населення у даній віковій групі і статі їх видаляється в 3,9 разів більше у Західному чим у Південному регіонах.

Якщо брати, назагал, даний показник, тобто і серед міського і серед сільського населення по досліджуваних медико-географічних регіонах, у абсолютних величинах цей показник серед Західного регіону складає - 852,2, а серед Південного - 425,3 на 1000 осіб призовного віку і співвідноситься, як 2,0 до 1,0, тобто у Західному регіоні їх видаляється у 2 рази більше ніж у Південному. Саме цікаве те, що дане положення достатньо зрозуміле, враховуючи доведене нами вище положення про більш значну величину розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічних ортопедичних захворювань у Західному регіоні нашої країни у порівнянні з Південним, при практично однаковій організаційній формі надання стоматологічної допомоги даній категорії населення країни і у тому числі ортопедичній.

Враховуючи, як саму наявність та достатню величину об'єму видалених зубів серед осіб призовного віку у досліджуваних регіонах, певне практичне значення, з огляду на вибір оптимальних видів конструкцій зубних протезів даній категорії населення країни, особливу цінність набувають дані про саму топографію дефектів зубних рядів, як таких. Зважаючи на це у табл. 5.7 висвітлене відсоткове співвідношення часткових дефектів зубних рядів згідно їх класів за класифікацією Кеннеді, як основної класифікації подібних дефектів прийнятої до використання у клініці ортопедичної стоматології нашої країни.

Таблиця 5.7

**Топографія дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, за Кеннеді (у %)**

Регіон України	Склад населення	Класи дефектів							
		1-й		2-й		3-й		4-й	
		в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ	в/щ	н/щ
Західний	міське	–	–	–	–	45,7	54,3	–	–
	сільське	–	–	–	–	35,9	64,1	–	–
Південний	міське	–	–	–	–	44,7	52,6	2,7	–
	сільське	–	–	–	–	72,2	27,8	–	–

Виходячи із наведених у даній таблиці матеріалів, вже на перший погляд достатнього видно, що у чоловіків призовного віку, як у Західних так і Південних регіонах нашої країни, у значній своїй більшості превалюють часткові дефекти зубних рядів 3-го класу і за невеликим виключенням 4-го серед міських мешканців Південного регіону (2,7%), тобто у даній категорії населення нашої країни спостерігаються тільки включені дефекти зубних рядів, тобто дефекти з клінічними показниками до незнімного протезування.

При цьому, порівняльний їх аналіз засвідчив, що за відсотковим співвідношенням по міському населенню у даних регіонах, воно практично однакове і становить по Західному і Південному регіонах, відповідно 45,7% і 44,7% на верхній щелепі та 54,3% і 52,6% - на нижній, при додаткових 2,7% 4-го класу у Південному регіоні. Проте у порівнянні з сільським населенням дане положення за відсотковим співвідношенням, достатнього різке й помітне. Так 3-й клас серед сільських мешканців у Південному регіоні зустрічається на верхній щелепі у 35,9% обстежених осіб 64,1% - на нижній щелепі у порівнянні з якими у Південному регіоні подібний показник становить відповідно 72,2% і 27,8%, тобто серед сільських мешканців Західного регіону їх більше на нижній щелепі, а серед Південних - на верхній.



Отже, наведені вище матеріали переконливо свідчать про достатньо значний об'єм видалених зубів у чоловіків призовного віку у досліджуваних медико-географічних регіонах України, особливо серед сільського населення Західного регіону, а значить, паралельно з цим і об'єм часткових дефектів зубних рядів, які у 100% випадках потребують негайної невідкладної спеціалізованої ортопедичної допомоги, несвоєчасність якої особливо у даному віці приведе до подальших зубощелепних ускладнень і деформацій, і як наслідок, до значного підвищення усього об'єму стоматологічної допомоги, рахуючи необхідність попередньої передпротезної підготовки опорних зубів до протезування зі усіх спеціальностей стоматології.

Враховуючи наведене вище вельми важливе як з наукової так і, особливо, з практичної точок зору набувають матеріали, які б характеризували величину потреби даної категорії населення в основних видах зубних протезів, які показані до протезування згідно клінічній ситуації, безпосередньо вже об'єм їх виготовлення і, насамперед, як найважливіший показник у даному разі - ступінь задоволеності чоловіків призовного віку в спеціалізованої ортопедичної допомозі. Саме даний показник у першу чергу визначає якість і рівень надання даного виду медичної допомоги та стоматологічного здоров'я.

### **5.3 Порівняльна характеристика стану стоматологічної ортопедичної допомоги та ступінь задоволеності в основних видах зубних протезів у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів країни**

Виходячи із встановленого нами положення про достатньо значну величину розповсюженості і інтенсивності розвитку ортопедичних захворювань та необхідність надання даній категорії населення країни ортопедичної допомоги у повному обсязі, зважаючи на їх подальший соціальний статус у якості військовослужбовців, у таблиці 5.8 представлені

перш за все матеріали про фактичну їх потребу в ортопедичному лікуванні по усім основним видам зубних протезів

Таблиця 5.8

**Кількість основних видів зубних протезів, які підлягають виготовленню серед чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, які потребують ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Регіон України	Населення	Види зубних протезів				
		Одиночні коронки	Мостоподібні протези	Штифтові зуби	Бюгельні протези	Знімні часткові пластинкові протези
Західний	міське	2098,0	686,3	372,5	–	–
	сільське	2491,0	1140,4	508,7	–	–
Південний	міське	904,8	928,6	238,1	–	–
	сільське	1146,3	682,9	170,7	–	–

Спираючись на наведені у даній таблиці матеріали, вже з першого погляду видно достатньо замітна різниця в об'ємі протезів, які потребують виготовлення чоловіки призовного віку між Західним і Південним регіонами, як назагал, так і по окремим видам зубних протезів.

Так, якщо у даній категорії міського населення Південного регіону, які потребують ортопедичного лікування, кількість одиночних коронок складає 904,8 одиниць на 1000 даних осіб, то у Західному даний показник сягає 2098,0, тобто величина потреби у даному віці протезування серед мешканців Західного регіону більша 2,3 рази як у Південному.

Проте по мостоподібному протезуванню клінічна ситуація як раз навпаки потреба у мостоподібних протезах серед міського населення більше у Південному регіоні у порівнянні з Західним і складає, відповідно, 928,6 і 686,3 протезів на 1000 осіб, які потребують ортопедичного лікування, тобто в 1,4 рази.

Дане положення, на нашу думку, свідчить про більш недостатній і незадовільний рівень стоматологічної терапевтичної санації порожнини рота у даних осіб Південного регіону та опосередковано про сам факт даних спеціалістів.

Що стосується штифтового протезування серед міських мешканців, то як і за одиночними коронками переважна більшість штифтових конструкцій спостерігається по Західному регіону, де їх об'єм становить 372,5 проти 238 по Південному, на 1000 осіб, які потребують протезування, тобто більше в 1,6 разів серед мешканців Південного регіону.

Що стосується сільського населення даних медико-географічних регіонів, то тут за усіма видами зубних протезів величина їх потреби у виготовленні значно більша у Західному регіоні. Так, при величині потреби у одиночних коронках у Південному регіоні у кількості 1146,3 одиниць у Західному вона сягає позначки 2491,0, тобто у 2,1 рази. По мостоподібним протезам, відповідно, 682,9 і 1140,4 протезів, тобто в 1,7 рази і по штифтовим зубам - 170,7 і 508,7, тобто практично у 3,0 рази.

Якщо рахувати, назагал, по усьому об'ємі величини потреби з усіх видів зубних протезів, то серед Західного регіону по міському населенню даного віку і статі, він становить 3156,8, а Південного 2071,1 протезів на 1000 даних осіб, які їх потребують, тобто у мешканців Західного регіону він більше у 1,5 рази.

Останнє переконливо свідчить про необхідність проведення диференційного підходу щодо планування лікарських посад зі ортопедичної стоматології на території нашої країни.

Незважаючи на достатнє вагоме практичне значення отриманих матеріалів встановити рівень задоволеності даних осіб в ортопедичній допомозі без наявності даних про об'єм їх виготовлення, не представляється можливим.

Зважаючи на дане положення нами було проведене відповідне дослідження, матеріали яких представлені у табл. 5.9, зі вже розрахованими

показником ступені задоволеності по окремим видам зубних протезів у досліджуваних регіонах, як серед міського так і сільського населення.

Таблиця 5.9

**Структура та рівень задоволеності в стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, які потребують ортопедичного лікування, на 1000 осіб**

Регіон України	Види зубних протезів	Міське				Сільське			
		Виготовлено	Потребують виготовлення	Загальна потреба	Ступінь задоволеності у %	Виготовлено	Потребують виготовлення	Загальна потреба	Ступінь задоволеності у %
Західний	Одиночні коронки	470,6	2098,0	2597,6	18,3	158,0	2491,0	2649,0	6,0
	Мостоподібні і протези	–	686,3	686,3	0	–	1140,4	1140,4	0
	Штифтові зуби	–	372,5	372,5	0	–	508,7	508,7	0
Південний	Одиночні коронки	428,5	904,8	1333,3	32,2	146,3	1146,3	1298,6	8,8
	Мостоподібні і протези	–	928,6	928,6	–	–	682,9	682,9	–
	Штифтові зуби	142,9	238,1	381,0	37,5	24,4	170,7	194,7	12,5

Аналізуючи отримані показники, вже на перший погляд видно вкрай незадовільний стан надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку і вельми незначний ступень їх задоволеності по окремим видам зубних протезів як серед Західного так і Південного регіонів.

Перш ніж перейти до аналізу отриманих показників, слід пояснити як розраховувався показник задоволеності в тих чи інших видах зубних

протезів, а саме показник загальної потреби в зубних протезах складався із суми двох показників – показника виготовлених зубних протезів і протезів яких необхідно виготовити на день обстеження, тоді достатньо зрозумілими стають наведені у табл. 5.9 показники методично правильно розраховані.

Так, по міському населенню при загальній потребі у Західному регіоні у одиночних коронках в об'ємі 2597,6 серед даних осіб і 1333,3 у Південному регіоні їх виготовляється тільки відповідно 470,6 і 158,0 на 1000 осіб, які потребують ортопедичного лікування, ступінь задоволеності в яких склала 18,3% і 32,2%, відповідно. Що стосується мостоподібного протезування, то, нажаль, визначити ступінь задоволеності у них чоловіків призовного віку по даним регіонам і соціального статусу населення, не представляється можливим зовсім, у зв'язку з тим, що даний вид протезування, виходячи з отриманих нами даних, у них практично не проводився, тобто задоволеність складає нуль відсотків. І це при тому, що у подальшому, вже у кротчайші строки у них практично у 100% виникнуть різноманітні зубощелепні деформації й аномалії, зважаючи на їх молодий вік. Як на нас, положення як з медичної так і соціальної точок зору вкрай незадовільне і вимагає відповідної реакції з боку керівників охорони здоров'я як на місцевому так і державному рівні, як МОЗ України так і з боку Міністерства Оборони України, особливо з огляду на необхідність певного фінансування на підставі відповідних договірних домовленостей. У протилежному випадку, зважаючи на перехід самофінансування на місцевому рівні, дана проблема не буде вирішена ніколи і ніким.

Слід сказати, що окрім наведених вище показників стану ортопедичної допомоги, в практичній охороні здоров'я ще і надаються показники якості і рівня її надання ще і по іншим критеріям, а саме: кількості осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою, кількості осіб, які частково забезпечені даною медичною допомогою і потребують додаткового протезування, кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів та кількість осіб, які не мають зубних протезів і не

потребують ортопедичного лікування, а також за їх відсотковим співвідношенням.

Приймаючи до уваги останнє у табл. 5.10 наведені відповідні матеріали з віддзеркаленням їх, як абсолютних показників з розрахунку на 1000 осіб призовного віку так і у відсотковому співвідношенню.

Таблиця 5.10

**Порівняльна характеристика структури і рівня забезпеченості потреби в стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, на 1000 осіб**

Характеристика ортопедичної допомоги	Західний				Південний			
	міське		сільське		міське		сільське	
	Абсол. показн.	Відсоток у %	Абсол. показн.	Відсоток у %	Абсол. показн.	Відсоток у %	Абсол. показн.	Відсоток у %
Кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою	32,4	3,2	18,4	1,85	23,5	2,4	6,2	0,6
Кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування	27,0	2,7	18,4	1,85	35,3	3,5	18,5	1,9
Кількість осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів	254,1	25,4	532,1	53,2	205,9	20,6	240,7	24,1
Кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування	686,5	68,7	431,1	43,1	735,3	73,5	734,6	73,4

Виходячи із наведених у даній таблиці матеріалів дослідження спостерігається вкрай незадовільний рівень надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку до 20 років, як у Західному, так і Південному регіонах нашої країни.

Так, кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою серед міського населення складає 32,4 осіб у Західному і тільки 23,5 осіб у Південному регіоні на 1000 осіб даної категорії населення, рівень забезпеченості в неї вкрай низький і знаходиться в межах 3,2% - 2,4%. Не ліпший показник осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування, а саме всього 27,0 осіб серед Західного і 35,3% - Південного регіону України, що склало, відповідно 2,7% та 3,5%.

У відмінності від попередніх показників, вражає своїм об'ємом і величиною показник осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зовсім зубних протезів. Так по міському населенню він склав 254,1 осіб у Західному і 205,9 осіб у Південному, що у відсотковому співвідношенні сягає відповідно 25,4% і 20,6%. Слід зазначити, що дані показники не віддзеркалюють у повній мірі величину кількості осіб, які потребують ортопедичного лікування. Справа у тому, щоб отримати істинну величину потреби в ортопедичній допомозі даної категорії населення, потрібно ще до даної величини додати ще і кількість осіб, які частково забезпечені нею і потребують ще додаткового протезування. Враховуючи дане положення, ми провели відповідні розрахунки і встановили, що фактична величина потреби в ортопедичному лікуванні серед осіб призовного віку по Західному регіоні складає 281,1, а Південному - 229,4 осіб на 1000 осіб даного віку і статі, тобто відповідно 28,1% і 22,9%.

Відносно показника кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, який складає відповідно 686,5 і 735,3 осіб на 1000 обстежених, слід зазначити, що незважаючи на її на перший погляд і достатню величину, вона абсолютно не віддзеркалює стан ортопедичної захворюваності, рівня допомоги, а у всіляко пов'язана перш за все з молодим віком даної категорії населення.

Що стосується сільського населення, то порівнюючи рівень забезпеченості з міським населенням, то слід сказати, що він ще гірший ніж

можливо було це передбачити, враховуючи знову ж їх молодій вік і зобов'язаність держави пильнувати за їх стоматологічним здоров'ям, враховуючи їх подальший статус як військовослужбовців нашої країни. Так, згідно наведеним даним у табл.5.3.10, кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою серед сільського населення у Західному регіоні становить всього 18,4 осіб і у Південному - 6,2 осіб на 1000 обстежених, що відповідно склало 1,8% і 0,6% від їх загальної кількості. Не вражає також показник кількості осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування, який також у порівнянні зі міським населенням, значно нижчий і складає всього 18,4 по Західному і 18,5 осіб по Південному, що становить у відсотковому співвідношенні всього 1,8% і 1,9%.

Як і попередні показники так і показник осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів, вражають також своєю не виправданою величиною, а саме - у сільських мешканців Західного регіону він становить 532,1 осіб, а серед даних осіб у Південному - 240,7 осіб на 1000 обстежених осіб призовного віку, тобто відповідно 53,2% і 24,1%. Рахуючи, що у показник фактичної потреби входить також показник осіб, які частково нею забезпечені і потребують додаткового протезування, істинна величина потреби в ортопедичній допомозі серед сільських мешканців призовного віку становить по Західному регіону 550,5 і по Південному - 259,2 осіб на 1000 осіб даного віку і статі, що склало у відсотковому співвідношенні, відповідно 55,1% і 25,9%.

Як на нас, становище вкрай незадовільне, особливо у Західному регіоні нашої країни, де більш ніж 2 рази у Південному регіоні.

Відносно показника кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, то він серед даної категорії населення склав відповідно 431,1 і 734,6 осіб на 1000 обстежених, тобто 43,1% і 73,5%. На нашу думку, порівняно високих даних показник по Півдню країни, пояснюється не скільки з високим рівнем надання стоматологічної допомоги



даній категорії населення, скільки помірним рівнем ортопедичної захворюваності у порівнянні з мешканцями Західного регіону і не більш того.

Отже враховуючи наведені вище достатньо значні показники величини потреби чоловіків призовного віку в ортопедичній допомозі, особливо серед сільського населення Заходу України і вкрай незадовільний рівень надання ортопедичної допомоги даній категорії населення, вельми висловити як з наукової так і практичної точок зору видаються питання подальшого прогнозу розвитку ортопедичної захворюваності і разом з цим об'єма ортопедичної допомоги, що власне кажучи і розглянуто в наступному підрозділі.

#### **5.4 Прогноз розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку Західного і Південного регіонів України**

Приймаючи до уваги думку проведених спеціалістів в галузі ортопедичної стоматології нашої країни про незадовільний стан надання спеціалізованої ортопедичної допомоги молоді України та високі показники їх як загальностоматологічної так і ортопедичної захворюваності та враховуючи отримані й наведені вище матеріали, які це підтверджують та вкрай низький рівень їх задоволеності в ортопедичному лікуванні, вельми важливим стають питання дальшого їх розвитку тобто прогнозу на майбутнє, опрацюванні нами матеріали яких представлені у таблиці 5.11 і табл. 5.12.

Виходячи із основних критеріїв методики прогнозування щодо визначення подальшої розповсюдженості ортопедичної захворюваності, наведеної вище у наших матеріалах і враховуючи об'єм проведених попередніх досліджень в різних медико-географічних регіонах, нами у табл. 5.11 перш за все віддзеркаленні матеріали, які характеризують відносні клінічні покази щодо ортопедичного лікування, які у випадку несвоєчасного протезування вже через достатньо короткий строк переростають у абсолютні

покази і у першу чергу це зуби зі зруйнованою чи пломбованою коронковою частиною на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  їх об'єма.

Таблиця 5.11

**Кількість осіб і зубів зруйнованих на  $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$  коронкову частину жувальної групи у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, на 1000 осіб**

Регіон України	Склад населення	Кількість осіб		Кількість зубів		Кількість зубів на 1-го обстеженого
		Всього	Співвідношення у %	Всього	Співвідношення у %	
Західний	міське	881,5	51,4	5210,8	50,5	5,2
	сільське	834,6	48,6	5109,9	49,5	5,1
Південний	міське	417,7	43,5	835,3	44,3	0,84
	сільське	543,2	56,5	1049,4	55,7	1,05

Отже, виходячи із представлених у даній таблиці проведених матеріалів дослідження, вже на перший погляд чітко видна вельми значна кількість осіб з даними видами ортопедичної патології та, особливо, прогнозований об'єм зубів зі руйнованою на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  коронковою частиною твердих тканин, як лікуваних так нелікуваних і, по першу чергу у Західному регіоні нашої країни.

Так, спираючись на отримані дані у Західному регіоні кількість осіб даної категорії населення серед міських мешканців становить 881,5 осіб, на 1000 обстежених осіб даного віку у статі, в той час, як на Півдні країни вони становлять 417,7 осіб, тобто більше у 2,1 рази, а значить і можлива прогнозували кількість осіб, які будуть потребувати вже ортопедичної допомоги, якщо все так і залишиться на цьому рівні, рівні організації надання їм стоматологічної допомоги.

Що стосується показників об'єму прогнозованої ортопедичної допомоги з даними ортопедичними захворюваннями, то тут, окрім вельми значного їх об'єму по Західному регіону, спостерігається і вкрай значна різниця у їх загальному об'ємі, як така.

Так, якщо загальна кількість з даними ортопедичними хворобами по Південному регіону серед міського населення складає 835,3 одиниць, то вже по Західному регіону вона може сягати вельми значного об'єму, а саме 5210,8 на 1000 обстежених осіб у даному віку, тобто зрости і стати більшою в 6,2 рази у порівнянні з міськими мешканцями Південного регіону.

Не лише цікава і отримана інформація по даному досліджуваному питанні і по сільському населенню, як і за прогнозованою величиною ортопедичної захворюваності так і за загальним об'ємом можливої ортопедичної допомоги.

Так, виходячи із наведених у таблиці 5.11 даних, кількість осіб, які можуть потребувати ортопедичного лікування, при нинішньому стані організації стоматологічної допомоги серед сільських мешканців може зрости до 834,6 осіб по Західному і 543,2 - серед Південного регіонів, на 1000 осіб призовного віку. При цьому загальний об'єм прогнозованої ортопедичної допомоги тільки по одиночним коронкам може сягти величини у 5109,9 одиниць проти 1049,4 - у Південному регіоні, тобто практично у 5 разів, тобто як і за даними захворюваності так і за об'ємом прогнозованої ортопедичної допомоги, прогнозовані показники будуть значно вище серед мешканців Західного регіону нашої країни у порівнянні з Південним.

Маючи у наявності наведені вище матеріали (табл. 5.4) і отримані нами дані про фактичний теперішній стан стоматологічної ортопедичної захворюваності по Західному (табл.3.1) та Південному регіонах (табл.4.1), нами були проведені розрахунки можливої прогнозованої загальної кількості зубів зі руйнованою коронковою частиною зубів, які будуть потребувати ортопедичного лікування, матеріали яких представлені у табл. 5.12.

Таблиця 5.12

**Загальна кількість зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню та зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 коронкової частини жувальної групи, у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України, на 1000 осіб**

Регіон України	Населення	Кількість зубів, що потребують ортопедичного лікування			Кількість зубів зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 частину			Загальна кількість зубів		
		Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках	Всього	Співвідношення у %	Співвідношення у абс. показниках
Західний	міське	578,4	30,8	1,0	5210,8	50,5	1,02	5789,2	47,5	1,0
	сільське	1302,8	69,2	2,0	5109,9	49,5	0,98	6412,7	52,5	1,1
Південний	міське	223,5	43,5	1,0	835,3	44,3	1,0	1058,8	44,2	1,0
	сільське	290,1	56,5	1,3	1049,4	55,7	1,3	1339,5	55,8	1,3

Отже виходячи із наведених у даній таблиці показників загальний об'єм прогнозованої величини кількості зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, який існує на теперішній час, і об'єм потенційних зубів, які у край короткий строк, зважаючи на молодий вік обстежених, при відсутності дієвої організації надання призовникам стоматологічної допомоги, може сягти серед міського населення Західного регіону величини у 5789 зубів, а Південного 1058,8 подібних зубів на 1000 обстежених даного віку і статі, тобто у Західному регіоні об'єм ортопедичної допомоги у вигляді одиничних коронок буде більший ніж у 5 разів ніж у аналогічних мешканців Півдня України.

Практично аналогічна ситуація складається і по сільському населенню серед даної групи населення, а саме їх об'єм по Західному регіону можна скласти 6412,7 зубів, а по Південному - 1339,5, тобто серед сільських мешканців Західного регіону він також буде перевищувати практично у 5 разів.

Поглиблений аналітичний аналіз наведених вище показників достатньо обґрунтовано й переконливо доводить, що у випадку продовження недієспроможної системи організації й планування стоматологічної і, у тому

числі, ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку у 20 років, може різко зрости загальний об'єм ортопедичного лікування, не кажучи вже про загальний об'єм видалених зубів, як наслідок невідповідного лікування зубів.

### *Резюме*

Враховуючи усі отриману у даному розділі інформацію можливо зробити наступні висновки:

1. Результати проведених стоматологічних оглядів 626 осіб призовного віку чоловічої статі до 20 років у найбільш характерних медико-географічних регіонах України, що засвідчили про різну величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності та інтенсивності її розвитку і прояву у Західному і Південному регіоні, як серед міського так і сільського населення.

2. У Західному регіоні нашої країни величина розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності у даній категорії населення становить серед міських мешканців 275,7 осіб і 522,9 - серед сільських на 1000 обстежених, а у Південному, відповідно 247,1 і 253,1, тобто при відносно однаковій її величині між міським населенням, у сільській місцевості Західного регіону вона більша у 2,1 рази ніж у Південному.

3. Доведена залежність загального об'єму зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування від медико-географічного регіону та соціального статусу населення країни. Так, у Західному регіоні серед міського населення він становить 767,6 і 1899,4 серед сільського на 1000 осіб, а по Південному відповідно 452,9 і 463,0, тобто по Західному регіоні по міському населенню він перевищує в 1,7, а по сільському у 4,1 рази у порівнянні з Південним, при відносно однаковому їх об'ємі серед міських і сільських мешканців по Південному регіоні і достатньо значної різниці у Західному регіоні, де серед сільського населення він більше у 2,5 рази більше ніж у міського.

4. Згідно структури дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку, як серед міського так і сільського населення спостерігаються у переважній більшості своїй з відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається у межах 92,3% - 96,5%. З відсутністю 2-х зубів він знаходиться на рівні 3,6%-7,7%, а 3-х вкрай рідко і становлять 2,5% серед міського населення Півдня і 1,5% - сільського у Західному регіоні, при повній їх відсутності серед міських мешканців на Заході і сільських у Південному регіоні.

5. Порівняльна характеристика анатомо-топографічній структури руйнованих зубів у даній категорії населення країни, які підлягають ортопедичному лікуванню засвідчили, що переважну більшість подібних зубів, як серед сільського, так і сільського населення даних регіонів країни складають 6-ті жувальні зуби, а саме, серед міських мешканців Західного регіону 61,8% і 55,4 - Південного, а сільських, відповідно, 56,6% та 53,1, при незначній більшості їх на верхній щелепі. Далі йдуть у хронологічному порядку 7-мі зуби, які відповідно склали 23,5% і 26,3% по міському та 23,6% і 21,5% сільському населенню. Потім 5-ті, відповідно, 2,5% і 17,5% та 5,4% і 19,5%. Далі йдуть 4-ті, 2-гі, 1-і і 3-ті зуби виключно у Західному регіоні, при практично повній відсутності подібності уражень серед сільських мешканців Півдня на обидвох щелепах та серед міських на нижній щелепі в обидвох регіонах. При цьому у Західному регіоні кількість уражених різців і ікл складає 8,7 серед міського і 11,7% у сільського населення, а на Півдні - тільки 4,1%, на верхній щелепі серед міських мешканців.

6. Доведено, як і за кількістю уражених так і за об'ємом структури видалених зубів, незалежно від медико-географічного регіона нашої країни і соціального статусу даної категорії населення, переважну більшість їх складають 6-ті жувальні зуби, які складають серед міських мешканців Західного і Південного регіонів, відповідно 62,4% і 57,2%. Далі по хронології йдуть 5-ті зуби, відповідно 23,0% і 27,3%, 4-і - 8,3% і 8,8%, 7-мі - 6,3 і 6,7%. Видалення 31,3% і 36,1% премолярів по даним регіонам абсолютно

незрозуміле й невинувачене, рахуючи зовсім молодий вік осіб призовного віку, тобто зуби, які практично у 100% випадках повинні бути вилікувані при належній організації і планування стоматологічної допомоги.

7. Встановлено, що загальний об'єм видалених зубів у чоловіків призовного віку серед міського населення у Західному регіоні становить 210,8, а у Південному - 258,7 на 1000 обстежених осіб, при їх співвідношенні, як 1,0 до 1,2. При цьому доведена значна розбіжність між даним показником по сільському населення, яка відповідно склала 642,4 і 166,6, при співвідношенні 3,9 до 1,0, тобто серед сільських мешканців Західного регіону їх видаляється практично у 4 рази більше ніж у Південному.

8. Враховуючи визначену у даному науково-прикладному дослідженні більш значну величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності у Західному регіоні України (275,7 і 522,9 на 1000 обстежених) у порівнянні з Південним (247,1 і 253,1) та загального об'єму зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування (767,6 і 1899,7 та 452,9 і 463,0, відповідно), необхідно запровадити у нашій країні диференційний підхід щодо організації й планування необхідної кількості лікарських посад та об'єму ортопедичної допомоги з урахуванням індивідуальних індивідуальної обрахованої фінансової складової по даним регіонам, а не за стандартом по усій території України.

9. Виходячи із даних топографії дефектів зубних рядів у даній категорії населення країни, як у Західному, так і у Південному регіонах, спостерігаються практично тільки часткові дефекти зубних рядів 3-го класу за Кенеді. При цьому, при відносно однаковому їх об'єму на верхній і нижній щелепах серед міського населення даних регіонів країни (відповідно 45,7% і 54,3% та 44,7 і 55,3%), по сільському населенню різниця достатньо помітна і складають, відповідно - 35,9% і 64,1% та 72,2% і 27,8%. Тобто у Західному регіоні серед сільських мешканців їх більше в 1,8 разів ніж на нижній щелепі, а у Південному, навпаки у 2,6 рази на верхній.

10. Встановлена значна величина потреби осіб призовного віку в основних видах зубних протезів, які потребують ортопедичного лікування і вкрай незначна кількість виготовлених, як у Західному так і у Південному регіонах країни. Так, при величині потреби в одиночних коронках 2098,0, мостоподібних протезів - 686,3 і штифтових конструкцій - 372,5 серед міського і відповідно 2491,0, 1140,4 та 508,7 серед сільського населення у Західному та відповідно 904,8 і 238,1 та 1146,3, 682,9 і 170,7 у Південному регіоні, їх виготовляється тільки відповідно 470,6, 0 і 0 серед міського і 158,0, 0 і 0 - серед сільського у Західному і відповідно 428,5, 0 і 142,9 та 146,0, 0 і 24,4 у Південному. При цьому рівень задоволеності по одиночних коронках склав 18,3%, мостоподібним протезам - 0% і штифтовим зубам - 0% серед міських і відповідно 6,0%, 0% і 0% серед сільських, а у Південному відповідно 32,2%, 0% і 37,5% та 8,8%, 0% та 12,5%. Приведені показники переконливо свідчать про вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку по усій території нашої країни.

11. Матеріали порівняльної характеристики структури і рівня забезпеченості потреби у стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку засвідчили про їх ідентичність з невеликими коливаннями у досліджуваних медико-географічних районах. Так, по міському і сільському населенню кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою на Заході країни вкрай незначна і склала відповідно 32,4 і 18,4, а на Півдні 23,5 та 6,2 на 1000 обстежених; кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування була відповідно 27,0 і 18,4 та 35,3 і 18,5 осіб. У свою чергу спостерігається достатньо значна кількість, як для даного віку осіб, осіб які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів особливо серед сільського населення, а саме у Західному регіоні серед міських мешканців, вона знаходиться на рівні 254,1 і 532,1, а у Південному - 205,9 і 240,7 осіб на 1000 обстежених. При цьому загальна величина фактичної потреби в ортопедичному лікуванні склала по Західному регіону серед міського і



сільського населення склала відповідно 281,1 і 550,5 (28,1% і 55,1%), а по Південному - 241,2 і 259,2 (24,1% і 25,9%) осіб на 1000 обстежених. Показник ж кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, склав по даним регіонам відповідно 686,5 і 431,1 та 735,3 і 734,6 осіб на 1000 обстежених.

12. При збереженні теперішньої вкрай незадовільною організації надання стоматологічної і у тому числі ортопедичної допомоги даній категорії населення, прогнозований об'єм зубних протезів, які будуть потребувати виготовлення вже за кілька років може зрости по Західному регіону серед міського і сільського населення з 578,4 і 1302,8 одиниць до 5784,2 і 6412,7 на 1000 обстежених і по Південному, відповідно з 223,5 до 1058,8 та 1339,5 протезних одиниць.

За отриманими результатами дослідження у даному розділі опубліковані й видані наступні наукові роботи:

1. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Обґрунтування медичної, соціальної необхідності та економічної доцільності реформування та планування стоматологічної ортопедичної допомоги молоді України. *Colloquium-journal*. 2020; 30 (82): 41-47. DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-42-49.

2. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Обґрунтування необхідності диференційного підходу при організації і плануванні стоматологічної ортопедичної допомоги особам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 4 (91): 11-15. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-491-11-15. Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.

3. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної захворюваності, допомоги, прогноз розвитку та спрямовані шляхи реформування системи організації

протезування чоловікам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 8 (95): 4-8. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-895-4-8.

4. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Лабунець ВА, Дієва ТВ. Частота виникнення та анатомо-топографічна структура патологічного зміщення зубів у осіб молодого віку з дефектами зубних рядів в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 85-87. Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.

5. Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Порівняльна характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 137-139.

## РОЗДІЛ 6

# ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ НЕОБХІДНОСТІ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОЦІЛЬНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧОЛОВІКАМ ПРИЗОВНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

### **6.1 Анатомо-топографічна структура та порівняльна характеристика вартості стоматологічних ортопедичних і ортодонтичних послуг, пов'язаних з виникненням вторинних зубощелепних аномалій і деформацій у молодому віці, внаслідок видалення зубів**

Загальновідома значна частота виникнення малих включених дефектів зубних рядів у молодому віці, які у свою чергу спонукають вже ранній появі вторинних зубощелепних аномалій і деформацій [3, 4, 5, 9, 12, 75, 130]. При цьому, швидкість їх виникнення, складність щойно утворених клінічних ситуацій та різноманітних сполучень, вельми активно протікає і анатомо-топографічно проявляється, виключно у молодому віці [15, 19, 23, 66, 72, 141, 170, 149].

Слід засвідчити, що наведене вище, абсолютно співпадає з аналогічним клінічним станом, як у осіб призовного віку, так і у військовослужбовців рядового складу Збройних сил України [153, 161, 238, 243, 251, 252, 254, 255, 270, 278].

Приймаючи до уваги зазначену вище вельми значну кількість наукових досліджень, як у нашій країні, так і у світі, присвячених питанню розповсюдженості ортопедичних захворювань і пов'язаних з утворенням вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, особливо у нашому інституті у осіб молодого віку, присвячувати теперішні дослідження знову

даній проблемі, з нашої точки зору, нема ніякого сенсу, як з наукової так і прикладної сторони.

Однак, зважаючи на їх наявність у даній категорії населення країни і у випадку бажання даних осіб до ортопедичного лікування часткових дефектів зубних рядів, стає, нажаль, питання передпротезної їх попередньої підготовки, особливо опорних зубів у зв'язку з неможливістю їх відновлення, як таких, тобто приведення їх до нормального фізіологічного й анатомо-топографічного стану, який був до утворення вторинних зубощелепних аномалій й деформацій.

Враховуючи зазначене і приймаючи до уваги, що насьогодення усі стоматологічні послуги, окрім низки льготних категорій населення, надаються на платній основі, метою даного дослідження у цьому розділі саме і стало визначення величини вартості на низку ортодонтичних послуг при лікуванні основних видів зубощелепних деформацій пов'язаних чи з несвоєчасним ортопедичним лікуванням окремих зубів чи з видаленням зубів, що виникли у результаті несвоєчасного їх протезування. Слід також зазначити, що окрім фінансової складової нами будуть розраховуватись ще і кількість клінічних відвідувань на протязі усього ортодонтичного лікування.

Слід зазначити, що успішне виконання наведеної вище мети і приймаючи до уваги різноманітну структуру вторинно утворених зубощелепних аномалій і деформацій, на перший план виходять питання визначення їх анатомо-топографічної структури, яке має вирішальне значення для обрання виду додаткових ортодонтичних, терапевтичних й хірургічних послуг та розрахунку на них ціни, як по окремих зазначених послугах, так і ортопедичних у повній відповідності з індивідуальними клінічним станом.

Виходячи із даного положення нами були проведені клініко-лабораторні дослідження у 163 пацієнтів з визначення не тільки їх анатомо-топографічної структури, а і зі швидкістю їх утворення у часі у осіб молодого віку, через кожний рік на протязі 5 років. При цьому, об'єктом дослідження стали

панорамні комп'ютерні рентгенологічні знімки щелеп з вказаними на них роком народження обстеженого і датою видалення відповідних зубів.

Зважаючи на дане положення розберем низку клінічних випадків, що потребують попереднього ортодонтичного лікування до 1-го року після видалення зубів з визначенням анатомо-топографічної структури, конструкції ортодонтичних апаратів, колець з додатковими елементами, брекетів, тощо та їх вартості відповідно до існуючих у нашій країні преїскурантів цін на ортодонтичні послуги у низці стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів. У якості прикладу нами було взято "Преїскурант цін на ортодонтичні послуги у комунальному некомерційному підприємстві стоматологічної поліклініки №3 Одеської міської ради (Додаток В).

Так, на рис.6.1 представлена анатомо-топографічна структура змін на верхній і нижній щелепі після видалення 36 зуба через 1 рік у 18-річного пацієнта К.



Рис. 6.1. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта К, після видалення 36 зуба через 1 рік.

Згідно даним Рграми спостерігається медіальний нахил 37 зуба з углом нахилу у  $8^\circ$ . На нашу думку, головною причиною вельми стрімкого нахилу 37 зуба у медіальну сторону дефекта пояснюється не тільки самим факторам

видалення 36 зуба рік назад, а насамперед ще і своєчасним ортопедичним лікуванням, а вірніше його нехтуванням у даному разі 36 зуба, коронкова частина якого поступово руйнувалась, а паралельно з цим і формувалось і медіальне зміщення 37 зуба.

Отже, маючи у наявності анатомо-топографічну структуру сформованої на протязі року вторинну зубощелепну аномалію, породжену несвоєчасним ортопедичним лікуванням 36 зуба і його подальшим видаленням, проводим визначення оптимального виду ортодонтичної послуги і розрахунок загальної вартості на подану послугу, згідно прейскуранту цін представленому у додатку А.

Таблиця 6.1

**Визначення вартості ортодонтичних послуг у пацієнта К при  
конвергенції 17 зуба**

№ п/п	Найменування послуг	Ціна
1	Первинне обстеження хворого	39,0
2	Повторне обстеження хворого	39,0
3	Аналіз ортопантомограми	27,0
4	Складання плану ортодонтичного лікування	92,0
5	Визначення центральної оклюзії	114,0
6	Клінічні діагностичні проби Ешлера-Бішлера	92,0
7	Медичне фотографування	22,0
8	Аналіз моделей	45,0
9	Виготовлення діагностичних моделей	104,0
10	Розрахунок на моделях щелепи	91,0
11	Брекет-система на 1 щелепу	8019,0
12	Зняття 15 брекетів	3930,0
13	Навчання пацієнта навичкам гігієни і догляду за ортодонтичними апаратами	137,0
14	Виготовлення ретенційного апарату	900,0
	Загальна ціна	13651

Виходячи із даних таблиці 6.1 загальна величина ортодонтичних послуг на відновлення анатомо-топографічного стану 17 зуба становить 13651

гривень. При цьому сам клінічний процес з надання даної ортопедичної послуги може тривати 3-4 місяці з 5-7 клінічними відвідуваннями.

Щоб зрозуміти наскільки більша чи менша дана послуга від ортопедичного у випадку своєчасного протезування даного дефекту зубного ряду, проведемо відповідний розрахунок і порівняємо їх загальну ціну.

Так, якщо даний пацієнт своєчасно відновив даний дефект найбільш простим видом у даному разі протезуванням, а саме – штамповано-паяний мостоподібний протез, то він заплатив би 2520,9 грн. (2 коронки штамповані – 963,4 грн.; 1 фасетка – 700,3 грн., цементування 2-х коронок – 233,8 грн.; зняття 2-х повних відбитків і 1-го окклюзійного С-силікованою відбитковою масою – 623,4 грн.); адгезивного мостоподібного протеза – 2512,3 грн. (Додаток Г) (адгезивний мостоподібний протез – 1076,3 грн.; шинування в мосту 2-х одиниць – 1437,6 грн.); металокерамічного – 5740,8 грн. (2 коронки металокерамічні – 3199,4 грн. + 1 металокерамічний зуб – 1591,0; 3 відбитка А-силіконовою відбитковою масою – 950,4 грн.), згідно цін наведених у Додатку Б і Додатку В.

Що стосується у даному разі виготовлення імплантату з подальшим покриттям його відповідною короною, то у даному разі враховуючи вік пацієнта, несформовану ще структуру верхньої щелепи та відносність показань щодо їх виготовлення, а також фінансову складову й саме головне бажання пацієнта, ми не проводили, приймаючи до уваги головну мету даного розділу – визначення вартості ортодонтичних послуг.

Порівнюючи отримані результати загальної ціни на ортопедичні й ортодонтичні послуги виявляється, що вимушене додаткове попереднє ортодонтичне лікування перевершує ортопедичне по штамповано-паяному мостоподібному протезі у 5,4 рази, адгезивному – 5,4 і металокерамічному у 2,4 рази. Тобто пацієнт заплативши вчасно, до появи даної зубощелепної аномалії за штамповано-паяний мостоподібний протез – 2520,9 грн., адгезивний – 2512,3 грн. і металокерамічний – 5740,8 грн., тепер додатково повинен заплатити відповідно 16171,9 грн.; 16163,3 грн. та 19391,8 грн., вже

не кажучи про необхідність додаткових 5-7 клінічних відвідувань лікаря, втрату власного часу і терміни загального лікування та вимушений додатковий труд низки лікарів-стоматологів. Це по-перше, а по-друге, якщо даний пацієнт провів би своєчасно й ортопедичне лікування руйнованої коронкової частини твердих тканин 36 зуба у вигляді, припустим простої штампованої металевої коронки, то він зовсім заплатив би всього 1014,2 грн. (1 коронка штампована – 481,7 грн., цементування 1 коронки – 116,9 грн. і 2 відбитки С-силіконовою відбитковою масою – 415,6 грн.), тобто у 13,5 рази тепер прийдеться більше ніж у попередньому варіанті.

Наведені вище розрахунки і ціни на відповідні стоматологічні послуги, окрім медичної й соціальної необхідності вказують ще і на високу ступінь економічної доцільності своєчасного протезування не тільки дефектів зубних рядів у молодому віці, а і руйнованих твердих тканин коронок зубів.

Вельми цікавим з наукової точки зору і прикладним значенням, як на нас, представляється стоматологічний статус пацієнта П, 2009 року народження рис.6.2, тобто на момент рентгенологічного обстеження йому виповнилось тільки 11 років, а вже видалено 2 постійних зуба, а один – 36 зуб, має ще і повністю зруйновану коронкову частину твердих тканин, з вже помітним формуванням медіального нахлону 37 зуба.

Тобто у випадку його невідновлення ортопедичними методами, а мова йде про виготовлення куксової штифтової вкладки в подальшому відновленням коронкової частини 36 зуба відповідними коронками бажаної конструкції за проханням пацієнта, його прийдеться вже в подальшому майбутньому видалити, тому що процес його руйнування продовжується.

При цьому, навіть у випадку його поки що невидалення, а зберігти у подібному віці, приймаючи до уваги активне формування 38 зуба і зруйновану коронкову частину 36 зуба, буде дуже швидко формуватись медіальний нахлон 37 зуба, з подальшим формуванням зубощелепної деформації та ускладненнями ортодонтичного лікування та вимушеним



попереднім об'ємом передпротезної підготовки та значною власною фіксованою втратою.

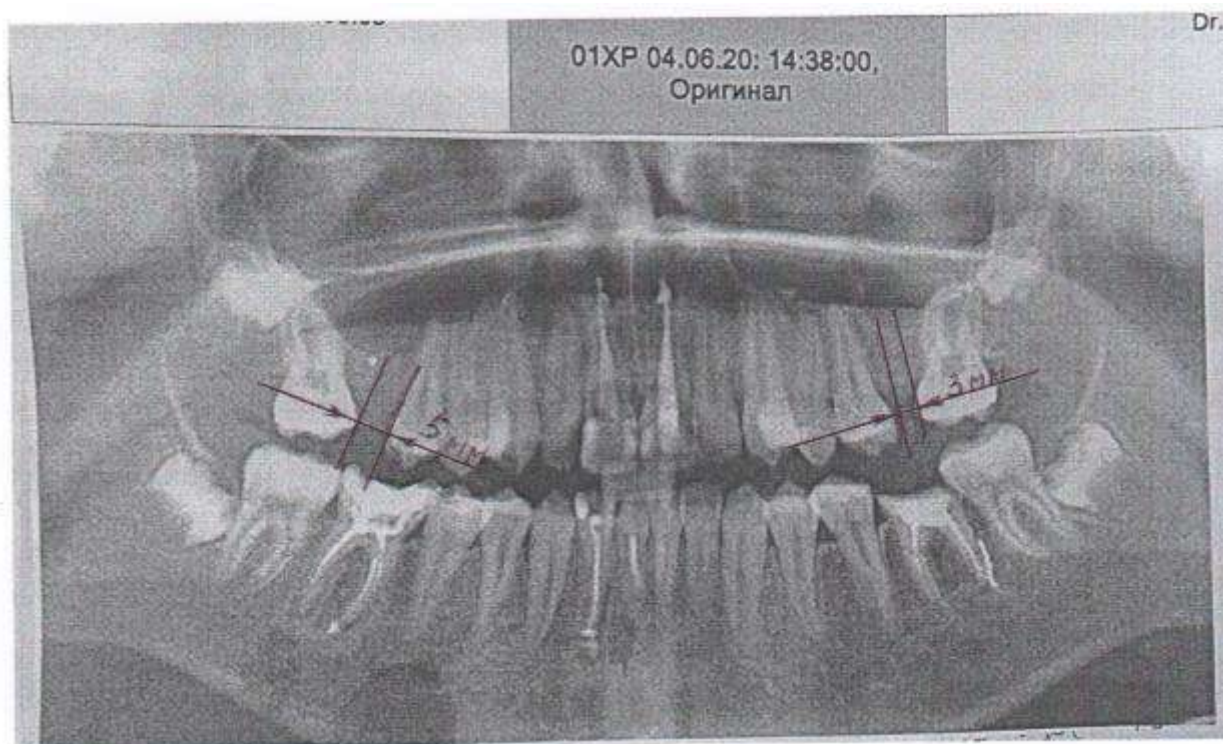


Рис. 6.2. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта П, після видалення 16 зуба через 1 рік і 26 зуба – через 2 роки.

Достатньо цікава клінічна ситуація спостерігається у даного хворого на верхній щелепі у віці 11 років, а саме 2 видалені постійні перші моляри і видаленні вони у різні роки. Тобто ми можемо розглянути питання формування зубощелепної аномалії і деформації вторинного характеру у однієї і тієї ж людини у динаміці та встановити даже швидкість її утворення у часі. Зважаючи на дане положення розберем більш докладно кожний із випадків. Так, виходячи із анатомо-топографічної структури зубів і дефектів зубних рядів, згідно даним ортопантомограми даного пацієнта, ми спостерігаємо наступне. З анамнеза встановлено, що 16 зуб був видалений рік назад, а 26 - 2 роки назад. Проведені відповідні заміри, а саме відстань проміжну між 17 і 15 зубами, за оклюзійною поверхнею у результаті медіального нахилу 17 зуба склала 5 мм і аналогічна між 27 і 25 зубами 3 мм,

тобто швидкість нахилу в динаміці 7-х жувальних зубів склала практично 2 мм 1 рік.

Більш того, у випадку відсутності протезування даних дефектів зубних рядів, вже через 2-3 роки проміжок між 5-ми молярами і 7 молярами може зовсім зникнути і тим самим буде породжуватись достатньо складна клінічна ситуація з подальшим наданням ортопедичної допомоги включаючи достатньо значний об'єм попередніх ортодонтичних послуг й, особливо фінансову її складову, а також кількість клінічних відвідувань пацієнта до досягнення повноцінної загальної стоматологічної реабілітації. Це, що стосується анатомо-топографічного стану зубощелепної системи даного пацієнта, динаміки розвитку зубощелепних аномалій і деформацій та об'єму стоматологічних послуг.

Далі розберем фінансову складову вартості необхідних попередніх передпротезних втручань ортодонтичного характеру для даного пацієнта у кожному із клінічних випадків на верхній і нижній щелепі. По-перше розберем дане питання по верхній щелепі, фінансовий розрахунок вартості ортодонтичних послуг яких представлено у табл. 6.2.

Слід зазначити, що згідно клінічної ситуації, що склалася, ортодонтичне лікування даній пацієнтці можливо проводитись за 2-ма способами, а саме в першому варіанті потрібно встановити 2 мікроімпланти, виготовити 2 ортопедичних кільця з допоміжними елементами і за рахунок спеціальній тязі переміщувати 7-мі моляри і другий варіант це виготовлення брекет-системи.

На нашу думку 2-й варіант більш медично ефективно виправданий, зважаючи на формування і близьку за часом можливу появу 18 і 28 зубів. Враховуючи останнє у табл.6.2 наведено обчислення вартості поданих ортодонтичних послуг з установкою брекет-системи. Окремо слід зазначити, що її розрахування нами проводилось при однакових послугах, по різних преїскурантах цін у деяких стоматологічних державних закладах, щоб не бути прикутним до одного преїскуранта, а надати інформацію в яких межах

може бути визначена ціна на дані послуги в різних стоматологічних установах.

Таблиця 6.2

**Визначення вартості ортодонтичної послуги у пацієнта П при  
конвергенції 17 і 27 зубів**

№ п/п	Найменування послуг	Ціна, грн
1	Консультація пацієнта	277,9
2	Подальше спостереження за пацієнтом	214,0
3	Визначення плану ортодонтичного лікування (аналіз ортопантомограми, ТЛВГ, КТ, аналіз моделей)	440,4
4	Фіксація брекет-системи на одну щелепу, металева	12280,5
5	Зняття брекет-системи з однієї щелепи. Очищення, полірування після зняття	5785,2
6	Шинування після ортодонтичного лікування	3233,9
	Загальна ціна	22231,9

Приймаючи до уваги останнє у табл.6.2 наведені розрахунки на ортопедичні послуги згідно прейскуранту цін на платні ортодонтичні послуги, що надаються стоматологічним відділенням Центру реконструктивної та відновлюваної медицини та стоматологічним відділенням Багатопрофільного медичного центру, що використовується в Одеському національному медичному університеті (Додаток Г). У попередньому разі нами було використано Прейскурант цін на ортодонтичні послуги в комунальному некомерційному підприємстві “Стоматологічна поліклініка №3” Одеської міської ради (табл.6.2) (Додаток В).

Отже, провівши відповідні розрахунки і виходячи із представлених даних у даній таблиці, загальна ціна ортодонтичних послуг у даного пацієнта склала 22231,9. Як на нас, це дуже велика ціна, але факт це є факт. Враховуючи дане положення, достатньо актуальне з практичної точки зору стає питання, а скільки коштували б ортопедичні послуги у випадку

своєчасного звернення даної пацієнтки за відповідною медичною допомогою. Зважаючи на можливу дану обставину, згідно клінічних показань і, насамперед, враховуючи вкрай молодий вік пацієнтки, а їй всього на момент видалення 26 зуба було 9 років, а 18-го – 10 років, у подібному випадку з метою попередження формування вторинних зубощелепних деформацій пропонується виготовлення тимчасових знімних протезів з періодичною їх заміною чи перебазуванням до досягнення 18-річчя, у зв'язку з ростом і формуванням щелепи.

Виходячи із цього і провівши розрахунок вартості подібного тимчасового знімного протезу (зняття 2-х відбитків С-силіконовою відбитковою масою – 415,6 грн.; виготовлення знімного протезу – 1441,5 грн.), яка становить 1857,1 грн., з періодичною його клінічною перебазиркою – 569,5 грн. (Додаток Д). Тобто, у випадку своєчасного ортопедичного протезування подібного дефекту зубного ряду у даному віці, пацієнт заплативши всього 1857,1 грн., з періодичною його перебазуванням у 569,5 грн., він повинен буде заплатити зараз 22231,9 грн., не рахуючи ще вартість подальшого постійного протезування.

Особливо показове подібне зміщення що пов'язане визначно з руйнуванням коронкової частини зуба, представлено на рисунку 6.3.

Здавалось, пройшло всього 3 місяця зі дня видалення 46 зуба, а дистальний уклін 47 зуба сягає близько 9°.

Представлене у динаміці клінічне утворення у часі медіального нахилу даного зуба, ще і ще раз вельми обґрунтовано й медично доказово доводить, про необхідність невідкладного раннього ортопедичного лікування не тільки часткових дефектів зубних рядів у молодому віці, а і обов'язкового безвідкладного протезування руйнованої, попередньо вилікуваної і відновленою пломбами коронкової частини відповідних зубів, з дотриманням оклюзійного співвідношення як зубів так і щелеп. Пригнічує те, і саме цікаве те, що все це трапилось у 12-річного пацієнта тобто у шкільному віці. Тобто при плановій санації школярів і при наявності лікаря-стоматолога у школі,

що раніш як раз і було, дане положення не виникло б і 46 зуб був би вилікуваний, запломбований і у крайньому разі запротезований шляхом виготовлення на коронкову його частину відповідної конструкції коронки.



Рис. 6.3. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта К, після видалення 46 зуба через 3 місяці.

Тепер розберем вартість різних стоматологічних послуг, як до повного руйнування 46 зуба, так і після його видалення з подальшим формуванням відповідних зубощелепних деформацій і аномалій у випадку несвоєчасного ортопедичного лікування.

Так, якщо на етапі теперішнього лікування з динамічним диспансерним спостереженням, даний зуб можливо було у свій час вилікувати і поставити пломбу із сучасних добротних пломбувальних матеріалів, то у даному випадку пацієнт заплатив би відповідно 1261,6 грн. (консультація пацієнта – 257,2 грн., прокладка лікувальна – 215,0 грн., прокладка ізолююча – 208,3 грн., пломба постійна з світло-твердіючого композита – 581,1 грн.). У випадку ортопедичного лікування це йому сталося у залежності від виду коронок, наступне а саме – металева штампована – 1014,2 грн., металева лита – 1655,7 грн., металокерамічна – 2132,2 грн. То наразі непроведення

ортопедичного лікування вже виникненого дефекту зубного ряду з відсутністю 46 і стрімкого продовження формування зубощелепної деформації, а вона вже є і почалась ще при руйнуванні коронкової частини 46 зуба, вимушені передпротезні ортодонтичні послуги можуть сягнути від 13651 грн. до 22231,9 грн. у залежності у якій установі вони будуть надаватися згідно існуючих у них Прейскурантів цін на дані послуги (ВБ, Додаток Г).

Враховуючи, що методично нами було заплановано дослідження з утворення вторинних зубощелепних аномалій і деформацій після видалення зубів через кожний рік, розберем тепер що стається з анатомо-топографічним станом опорних зубів в області дефекта потім. Зважаючи на дане положення на рис.6.4 представлена наявність сформованої на протязі 2-х років зубощелепної деформації пов'язана з видаленням 46 зуба 2 роки тому і знову ж таки пов'язана з нехтуванням, як своєчасним ортопедичним лікуванням коронкової його частини так і по подальшому з моменту його видалення, раннім його відновленням відповідними видами зубних протезів, як тимчасового характеру так і постійного, зі згодом. Що стосується самого медіального нахилу 47 зуба і динаміки його утворення, то міжоклюзійна відстань між 45 і 47 зубів зменшилась з 13 мм до 4 мм тобто на 11 мм. І це тільки за 2 роки. При цьому угол нахилу 47 зуба склав  $32^\circ$ . Окрім цього достатньо чітко видно вже і початок формування дистального нахилу 45 зуба, тобто згодом вже у недалекому майбутньому можуть формуватись вже як мінімум дві зубощелепні деформації, не рахуючи ще і 44 зуб.

Враховуючи наведені вище і віддзеркаленні на рис.6.4 анатомо-топографічні зміни в розташуванні 47 й 45 зубів та вже сформовану зубощелепну деформацію, загальний об'єм ортодонтичної допомоги буде складатися, як з ортодонтичних засобів так і хірургічного втручання, за необхідністю видалення 48 зуба, розрахунок вартості яких наведено у таблиці 6.3.

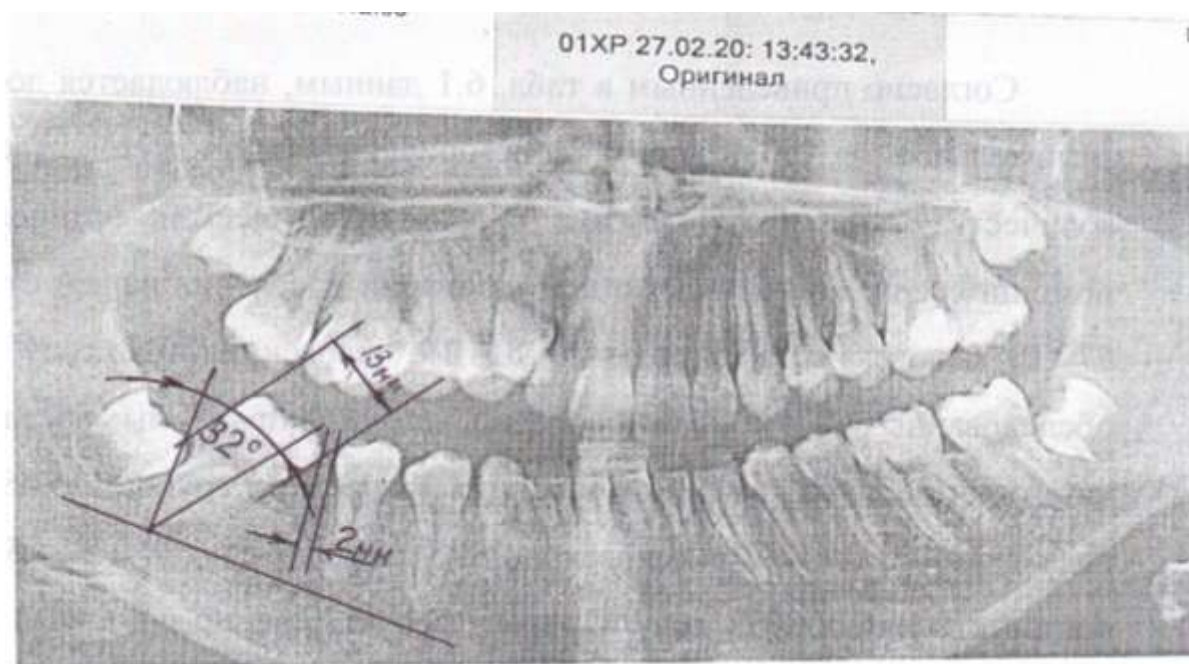


Рис. 6.4. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта В, після видалення 46 зуба 2 роки тому.

Виходячи, із наведених у таблиці 6.3 даних, загальна вартість хірургічних і ортодонтичних послуг може скласти 20411,6 грн., з яких 935,8 грн. необхідно пацієнту витрати на хірургічні послуги і 19475,8 грн. на ортодонтичні. Слід зазначити, що подібна клінічна ситуація формування зубощелепних деформацій і аномалій положення, з деякими індивідуальними клінічними особливостями спостерігаються і у хворої М, після дворічного видалення 38 зуба (рис.6.5). При цьому у неї спостерігається ціла низка вже давно сформованих зубощелепних деформацій, хоча враховуючи її вік – 23 роки на момент обстеження, то максимальні терміни видалення 26 і 45 зубів можуть бути у межах 6-10 років, зважаючи на її молодий вік і стрімку появу й утворення різноманітних деформацій.

Чому ми спрогнозували терміни появи відповідних дефектів зубних рядів? Справа у тому, що дана хвора не могла точно згадати коли їх видалили. Але даже виходячи з прогнозованого року видалення на даному рисунку, визначаються вкрай складні утворення деформацій.

Таблиця 6.3

**Визначення загальної вартості хірургічних та ортодонтичних послуг у пацієнта В при конвергенції 47 зуба і наявності зачатка постійного 48 зуба**

№ п/п	Найменування послуг	Ціни у грн
	<b>Хірургічні. Видалення 48 зуба</b>	
1	Консультація з використанням рентгенографії, КТ, складання плану лікування	333,8
2	Анестезія	216,0
3	Видалення зуба	386,0
	<b>Ортодонтичні послуги</b>	
1	Консультація пацієнта	277,9
2	Подальше спостереження за пацієнтом	214,0
3	Визначення плану ортодонтичного лікування (аналіз ортопантомограми, ТВГ, КТ, аналіз моделей)	440,4
4	Фіксація брекет-системи на одну щелепу металічна	12280,5
5	Зняття брекетів з однієї щелепи. Очищення, полірування після зняття	6266,0
6	Шинування після ортодонтичного лікування	
	Загальна ціна	20411,6

Так між 25 і 27 зубом міжоклюзійний проміжок з 11 мм зменшився до 2-3 мм, ще і углом медіального нахилу 27 зуба у 32°. Що стосується формування зубощелепної деформацій у даної хворої на нижній щелепі справа у наслідок видалення 45 зуба, то проміжок на оклюзійній поверхні між 45 і 46 зубом зовсім зник і це створює додаткові труднощі, як і з подальшим ортодонтичним і ортопедичним лікуванням так і з достатньо високою фінансовою складовою для даного хворого.



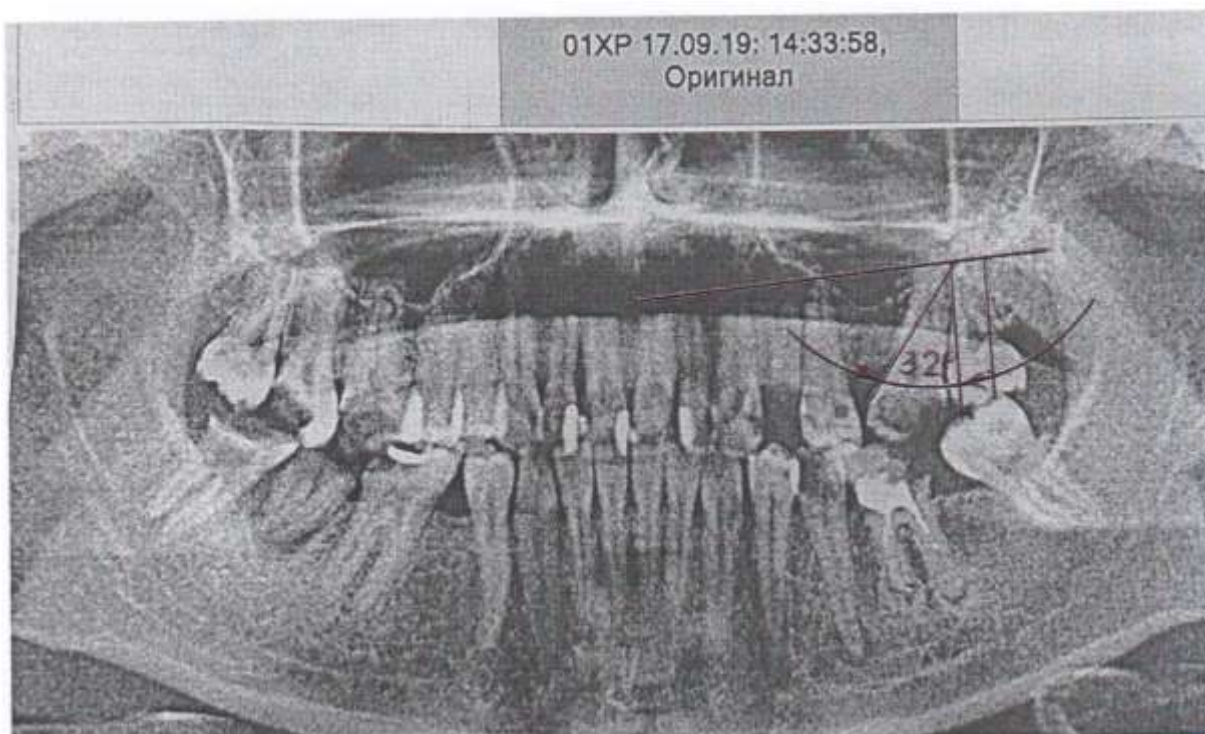


Рис. 6.5. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта М, після видалення 37 зуба через 2 роки.

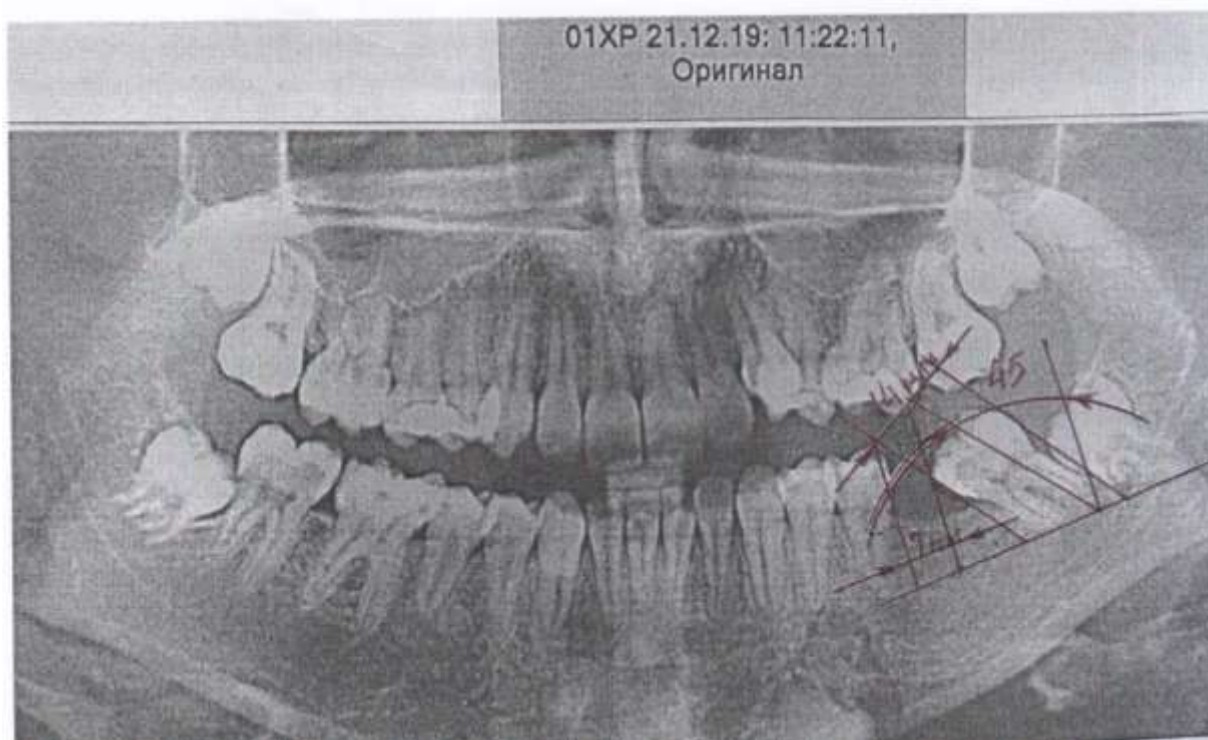


Рис. 6.6. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Б, після видалення 36 зуба через 3 роки

Достатньо цікава клінічна ситуація спостерігається з анатомо-топографічною структурою опорних зубів в області видалених зубів і через 3

роки (рис.6.6), а саме за цей час сформувалась зубощелепна деформація пов'язана з конвергенцією 37 зуба, ускладненням ще і з його оклюзійним вертикальним зміщенням і розворотом по осі та медіальним нахилом 37 зуба на  $45^\circ$ . При цьому, міжоклюзійна відстань в області дефекта між 35 і 37 зубом зменшилась з 14 мм до 7 мм за рахунок медіального нахилу 37 зуба.

Окрім того, слід вказати на наявність ще і на верхній щелепі відповідних аномалій положення окремих зубів і деформації у даній області пов'язаних саме з видаленням 46 зуба, несвоєчасним його відновленням та формуванням у подальшому зубощелепної деформації, анатомо-топографічний стан якої наведено вище.

Отже, виходячи із даної клінічної ситуації, ми провели розрахунок вартості як ортодонтичних так і хірургічних послуг, пов'язаних з вимушеною попередньою підготовкою до постійного протезування, результат яких наведено у табл.6.4.

Слід зазначити, що у даному клінічному випадку рахуємо, що найбільш ефективним методом виготовлення положення 37 зуба на ліквідації назагал сформованої зубощелепної деформації, було б наступне.

Хірургічне видалення 38 зуба, установка мікроімплантата в угол нижньої щелепи та ортодонтичне його переміщення за допомогою ортодонтичного кільця (коронки) з послідуочим його шинуванням.

Враховуючи дане положення, як вже було зазначено вище у табл.6.4 віддзеркаленні відповідні розрахунки і прорахована загальна сума на весь комплекс відповідних втручань.

Так, згідно отриманих даних загальна сума склала 11251,9 грн., з яких на видалення 38 зуба 935,8 грн., установка мікроімплантата 5951,8 грн., виготовлення ортодонтичних коронок з допоміжними елементами 4364,9 грн. та шинування після ортодонтичного лікування (ретенційна капа) – 719,4 грн. І це без урахування вартості на панорамну ортопантограму, КТ, тощо.

Таблиця 6.4

**Визначення загальної вартості хірургічних та ортодонтичних послуг у пацієнта Б після видалення 36 зуба**

№ п/п	Найменування послуг	Ціни у грн.
	<b>Хірургічні. Видалення 38 зуба</b>	
1	Розгорнута консультація з використанням рентгенографії, КТ, складання плану лікування	333,8
2	Анестезія	216,0
3	Видалення зуба	386,0
Продовження табл.6.4	<b>новка мікроімпланта</b>	
1	Розгорнута консультація з використанням рентгенографії, КТ, складання плану лікування	333,8
2	Подальше спостереження за пацієнтом	166,1
3	Анестезія	216,0
4	Тимчасова імплантація	4951,8
	<b>Ортодонтичні послуги</b>	
1	Консультація пацієнта	277,9
2	Визначення плану ортодонтичного лікування (аналіз ортопантомограми, ТРГ, КТ, аналіз моделей)	440,4
3	Подальше спостереження за пацієнтом	214,0
4	Зняття відбитка альгінатною масою і виготовлення діагностичних моделей із гіпсу	504,8
5	Фіксація ортодонтичних коронок допоміжними елементами	2207,8
6	Виготовлення ретенційної капи	719,4
	Загальна ціна	11251,9

Окремо слід зазначити, усі проведені розрахунки вартості наведених у даній таблиці послуг проводились за прейскурантом цін викладених у додатку Г.

Знову і знову зазначаємо, що якщо своєчасно була б надана ортопедична допомога ще на етапі виготовлення коронок, то пацієнт сплатив би всього 1014,2 грн. за штамповану коронку, металеву суцільнолиту 1655,7 грн., металокерамічну – 2132,2 грн., то наразі він заплатить аж 11251,9 грн., тобто у 11,1; 6,8 та 5,3 рази більше ніж на теперішній час, вже не кажучи про збереження ним даного зуба як повноцінного органа. При цьому слід зазначити, що даже у випадку його вимушеного видалення з різних причин за клінічних обставин, та своєчасного відновлення дефекта зубного ряду ортопедичними методами шляхом виготовлення також мостоподібних протезів таких як мостоподібний штамповано-паяний, ціна була б – 2520,9 грн., адгезивного – 2512,3 і металокерамічного – 5740,8 грн., тобто у 4,5, 4,5; і 2,0 рази більше ніж на сьогоднішній день із-за складних обставин у зв'язку з виникненням даної зубощелепної деформації.

Але це не остаточна сума. Справа у тому, що загальна сума гривень, яка становить на додаткову передпротезну підготовку, тобто у даному разі 11251,9 грн., це не остаточна сума до повної стоматологічної реабілітації даного хворого, а лише додаткова до вказаних вище можливих видів мостоподібного протезування чи проведення імплантації на місце видалення 37 зуба з послідуочим виготовленням супраструктури у вигляді відповідних коронок.

Наведене вище вкотре говорить, що окрім медичної й соціальної необхідності, існує ще і вельма значна фінансова доцільність своєчасного раннього протезування як дефектів твердих тканин коронкової частини зуба так і самих дефектів зубних рядів.

Практично аналогічна клінічна ситуація формування відповідних зубощелепних аномалій і деформацій, можливо з деякими індивідуальними

особливостями, представлена після 3-х років видалення відповідних зубів на рис.6.7 і рис.6.8.



Рис. 6.7. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта П, після видалення 36 зуба через 3 роки.



Рис. 6.8. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Л, після видалення 46 зуба через 3 роки.

При цьому слід зазначити, щоб не вести на них подрібні розрахунки на їх попередню передпротезну підготовку, як на хірургічні так і ортодонтичні послуги, їх вартість практично однакова, да і головна мета даного підрозділу не сягає в розрахунку до однієї гривні їх безумовно індивідуальної вартості, а показати назагал посередню ціну на їх надання та порівняти з ціною виключно ортопедичних послуг.

У повній відповідності з методикою запропонованої у даному науково-прикладному дослідженні, розглянемо далі динаміку формування зубощелепних деформацій і окремих аномалії положення зубів через 4 роки після видалення відповідних зубів.

Так, на рис. 6.9 представлена конвергенція 17 зуба пов'язана з видаленням у хворого І у 22-х річному віці 16 зуба.

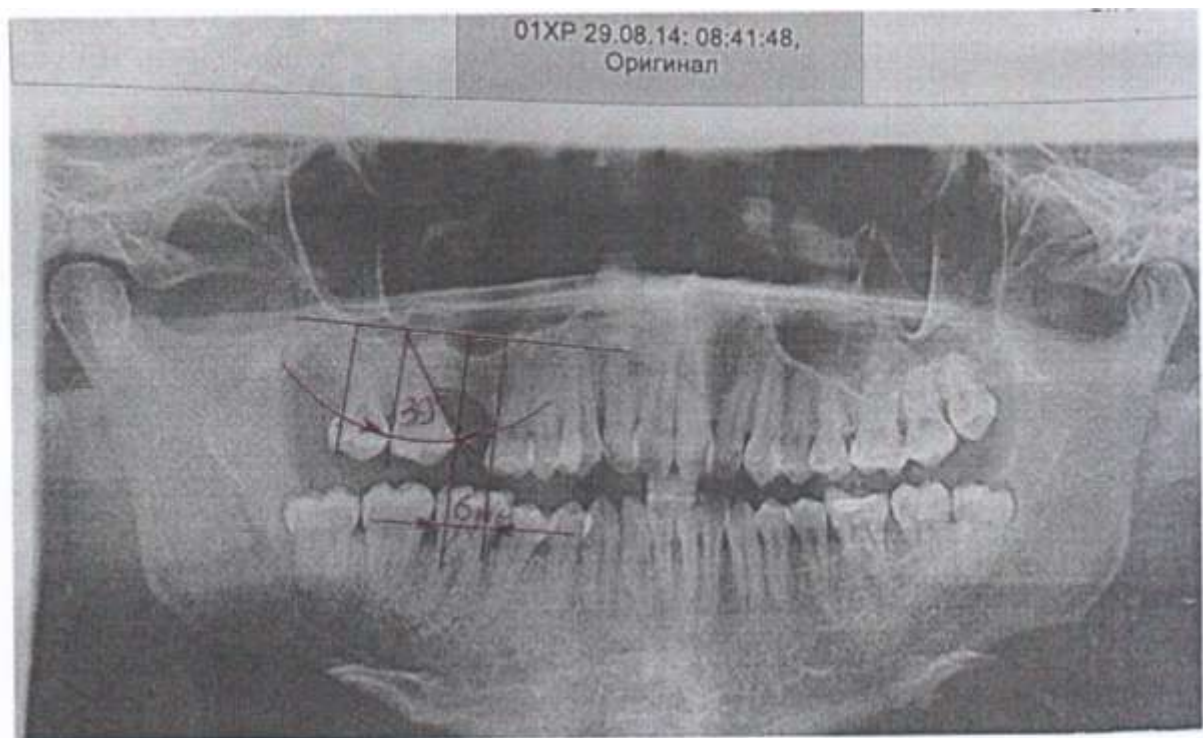


Рис. 6.9. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта І, після видалення 16 зуба через 4 роки.

Виходячи з анатомо-топографічної структури дефекти зубного ряду й медіального похилу 17 зуба у  $39^\circ$  проміжок між оклюзійною поверхнею 17 і 15 зубами зменшився з 12 мм до 6 мм.

При цьому спостерігається достатньо цікава ситуація, якщо у динаміці порівнювати швидкість зміщення відповідних зубів у залежності від терміну видалення. Так у попередньому клінічному випадку з 3-х річним видаленням 37 зуба (рис. 6.6) проміжок зменшився між 35 і 37 зубами на 7 мм, а у даному разі через 4 роки бачилось би тільки на 6 мм, тобто менше на 1 мм. Пояснення дуже просте - пряма залежність швидкості утворення нахилу зуба від віку обстеження, а саме 36 зуб був видалений у 16-річному віці, а 16 зуб у пацієнта і у 22-річному. Встановлене положення вельми переконливо доводить, що швидкість утворення зубощелепних деформацій напряму залежить від віку і більш стрімко проходить виключно у молодшому віці.



Рис. 6.10. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Н, після видалення 46 зуба через 4 роки.

Достатньо схожа клінічна ситуація з формуванням зубощелепної деформації і аномалії положення окремих зубів через 4 роки після видалення зубів спостерігається і у пацієнта Н (рис. 6.10).

Приймаючи увагу на залежність швидкості утворення зубощелепних аномалій і деформацій від віку пацієнта, зупинимось на даному факту і

розглянемо як вони утворюються в одному ж і тому віці з термінами спостереження і ступінню конвергенції. Як і у попереднього пацієнта 46 зуб у пацієнта П видалено 4 роки тому.

При цьому за 4 роки проміжок між 17 і 15 зубами у пацієнта І зменшився на 6 мм і у пацієнта П за цей період часу між 47 і 45 зубами зменшився з 14 мм до 8 мм, тобто на 6 мм.

Це ще раз говорить про залежність утворення відповідних зубощелепних аномалій і деформацій від віку.

Що стосується вартості додаткових передпротезних ортопедичних втручань, то у обидва клінічних випадках потрібна ортодонтична допомога з виготовлення брекет-системи з її індивідуальними особливостями у кожному випадку, але практично ідентичних стосовно їх загальної вартості.

Тому з нашої точки зору знову перерахувати практичну ідентичність загальних сум на їх надання немає ніякого сенсу.

Зважаючи на останнє перейдемо до розгляду утворення зубощелепних деформацій і аномалій через 5 років після видалення зубів. Спираючись на дане положення на рис.6.11 представлена анатомо-топографічна структура сформованої зубощелепної деформації після видалення у 19-річному віці 25 зуба.

Перш за все слід зразу ж зазначити, через 5 років після видалення 25 зуба проміжок між 24 і 26 зубом склав всього 2 мм, при наявності 24 зуба за шириною коронкової частини у 7мм, зважаючи зазвичай, на практичну ідентичність об'єму коронкової частини премолярів.



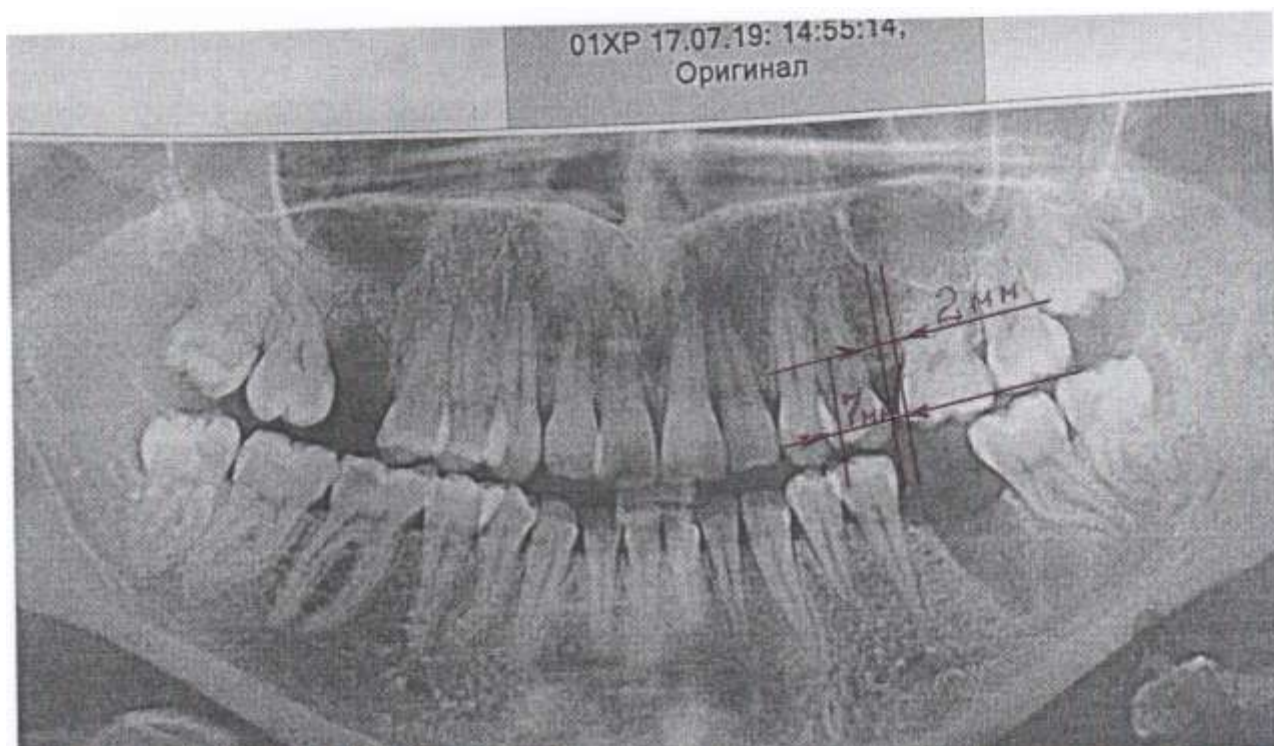


Рис.6.11. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Н, після видалення 25 зуба через 5 років.

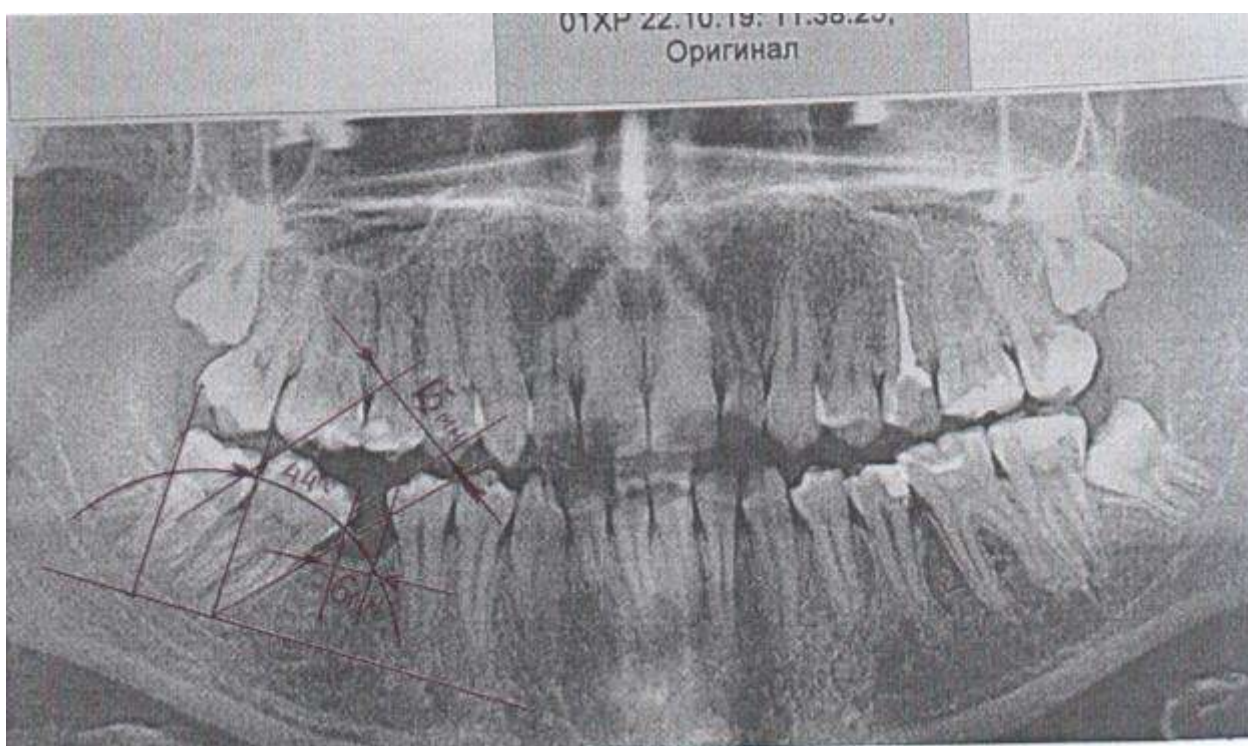


Рис.6.12. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Д, після видалення 46 зуба через 5 років.

Практично аналогічна клінічна ситуація з формуванням зубощелепної деформації спостерігається після 5-ти річного видалення 46 зуба і у пацієнта Д, за рахунок конвергенції 47 зуба.

Зразу ж слід замітити, що даному пацієнту 46 зуб було видалено у 16-річному віці. За цей період часу по оклюзійній поверхні проміжок між 47 і 45 зубом зменшився з 15 мм до 6 мм за рахунок його медіального нахилу. При цьому угол нахилу склав  $44^\circ$ .

Аналогічна ситуація за даний період часу спостерігається і у пацієнта К, анатомо-топографічну структуру вже сформованої деформації за рахунок конвергенції 46 зуба представлено на рис.6.13.



Рис. 6.13. Діагностична карта обстеження рентгенологічного дослідження пацієнта К, після видалення 45 зуба через 5 років.

Також слід зазначити, що 45 зуб було у даної пацієнтки видалено в 17-річному віці, тобто практично одночасно з різницею у півроку, приймаючи до уваги місяць і рік народження, що віддзеркалено у кожній ортопантограмі обстежених осіб.

Виходячи із анатомо-топографічної структури зубощелепної системи даного пацієнта, міжоклюзійний проміжок між 46 і 44 зубів зменшився з 7 мм до 2-х. При цьому медіальний нахил 46 зуба спотворений не тільки за його рахунок, але і за допомогою 47 зуба. Саме цікаве те, що міжкоренева відстань між опорними зубами в області дефекту зубного ряду, як у даному випадку так і у наведених вище утворених вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, практично залишається незмінною, тобто йде тільки практично нахил оклюзійної поверхні зубів у зоні дефекту зубного ряду і у більшій своїй за рахунок медіального нахилу жувальних зубів.

Як і у попередніх випадках немає нагайної необхідності знову визначати вартість відповідних хірургічних, ортодонтичних послуг на підготовку до постійного функціонально виправданого ортопедичного лікування, тому що воно практично ідентичне і у більшій мірі не стільки залежить від конструкції ортодонтичних послуг, кількості брекетів, тощо, скільки від преїскуранту цін якими користуються у той чи іншій стоматологічній установі.

Виключно із наведеного пояснення і твердження, але цікавої як з наукової так і практичної точок зору, нами далі буде представлені рентгенологічні знімки утворення вторинних зубощелепних аномалій і деформацій через 6 і 10 років з 5-річним інтервалом. Надаючи дану інформацію ми виключно виходили із медичної зацікавленості і практичної необхідності визначення наявності подібних утворень через значний період часу після видалення зубів, вже не кажучи про актуальність питань строків ненадання ортопедичної допомоги населенню нашої країни, як такої.

Зважаючи на це на рис.6.14, представлена анатомо-топографічна структура вторинно створеної зубощелепної деформації, за рахунок конвергенції 26 і 37 зуба, внаслідок видалення 25 і 36 зуба, у пацієнта Г.

Дана клінічна ситуація зацікавлює тим, що у даного хворого можливо проаналізувати одночасно у одного і того ж пацієнта, динаміку формування зубощелепної аномалії у часі через 6 років видалення зуба і через 15 років.

Так, згідно анамнезу хворого 25 зуб був видалений 6 років тому практично у 22 роки, виходячи із року народження і року обстеження, а 36 зуб у віці 13 років. За даний період часу на верхній щелепі за 6 років сформувався медіальний нахил 26 зуба на  $34^\circ$ . При цьому міжклюдий проміжок між 24 і 26 зубів скоротився до 2 мм, а на нижній щелепі за рахунок медіального нахилу 36 зуба і зовсім зчез, видалюючи 35 зуб у дистальну сторону з углом нахилу у  $51^\circ$ .

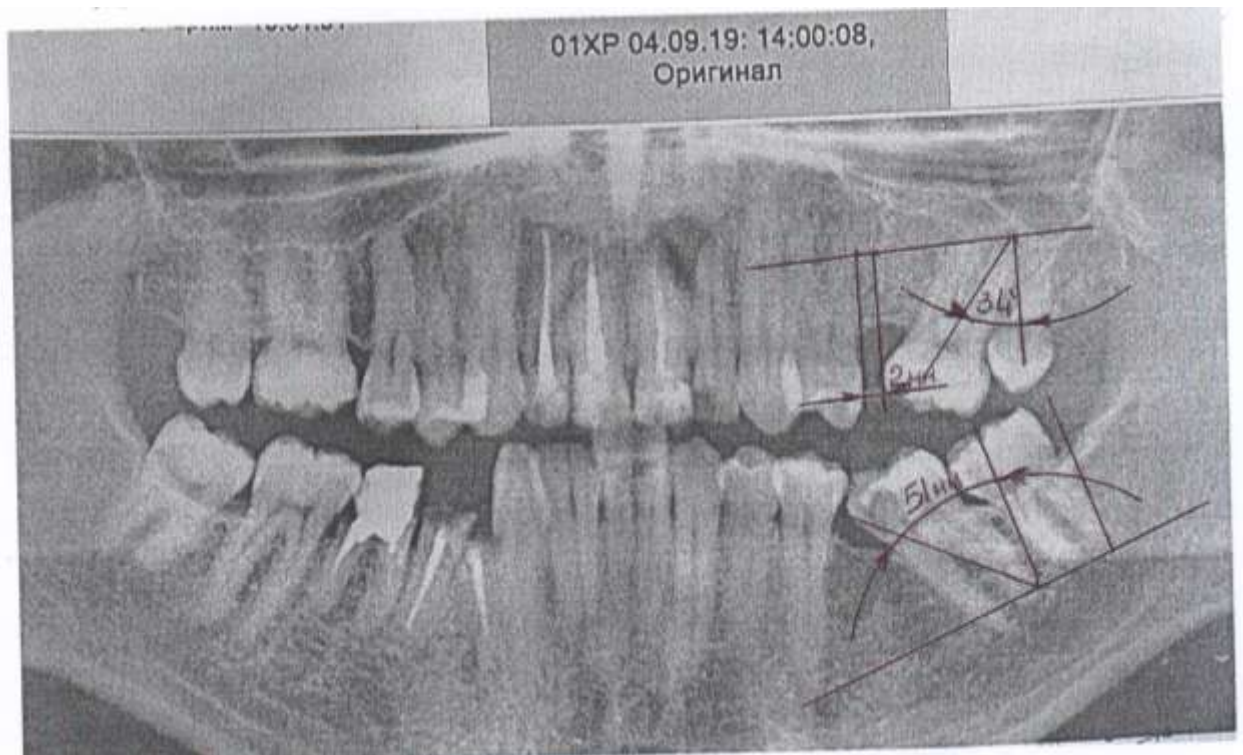


Рис.6.14. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта Г. після видалення 25 зуба через 6 років і 36 зуба через 15 років.

Аналогічна деструктивна ситуація спостерігається і у пацієнта П, анатомо-топографічне рентгенологічне дослідження якого представлено на рис.6.15, спонукана видаленням 46 зуба.

Виходячи із даного рентгенологічного дослідження проміжок між 45 і 47 зубами зовсім зник за рахунок дистального нахилу в сторону дефекту зубного ряду 45 зуба і медіального 47 зуба.



Рис.6.15. Діагностична ортопантомограма рентгенологічного дослідження пацієнта П, після видалення 46 зуба через 15 років.

Наведені вище рентгенологічні дослідження дуже яскраво і красномовно свідчать про вельми стрімке утворення у молодому віці вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, як за рахунок руйнування твердих тканин коронкової частини окремих зубів так і, особливо, видаленням зубів та їх ускладненнями по структурі у динаміці з віком, які однозначно ставлять питання про обов'язковість раннього їх ортопедичного лікування з використанням активного методу їх диспансерного спостереження.

Поруч з цим, отримані нами матеріали дослідження у даному розділі, більш ніж переконливо свідчать, що окрім медичної ефективності і соціальної необхідності, існує ще вельми велика ступінь економічної доцільності обов'язкового раннього ортопедичного лікування як дефектів зубних рядів у молодому віці так дефектів коронкової частини твердих тканин зубів. При цьому, загальна вартість медично необхідних додаткових передпротезних втручань у залежності від індивідуальної клінічної ситуації і етапа проведення ортопедичного лікування, перевищує вартість сумісно

визначеного виду й об'єма протезування між лікарем і пацієнтом у 5,3 та 11,1 рази, вже не кажучи про вимушений додатковий невиправданий труд лікарів-стоматологів та власний час і витрати пацієнта на відвідування стоматологічних закладів та порушення у скронево-нижньощелепному суглобі.

### *Резюме*

1. Підтверджена стрімка поява і різке зростання у часі формування вторинних зубощелепних аномалій і деформацій у молодому віці пов'язаних з нехтуванням обов'язкового раннього ортопедичного лікування, як дефектів коронкової частини твердих тканин зубів, так і самих дефектів зубних рядів.

2. Доказово доведена, окрім медичної ефективності і соціальної необхідності, висока ступінь економічної доцільності вчасного ортопедичного лікування зазначених захворювань у молодому віці, за умови якого пацієнт економить кошти від 5,3 до 11,1 разів менше у порівнянні з вимушеним потім необхідним об'ємом і вартістю додаткових передпротезних втручань хірургічного, ортодонтичного й терапевтичного характеру.

За отриманими результатами дослідження у даному розділі опубліковані й видані наступні наукові роботи:

1. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Економічна доцільність раннього протезування зубів і дефектів зубних рядів у молодому віці. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 83-84.

2. Лабунець ВА, Шнайдер СА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Номеровська ОЄ. Медичні, соціальні й організаційні заходи щодо реформування системи організації надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку в Україні. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-

практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021; 55-57.

3. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика потреби та рівня задоволеності осіб призовного віку у ортопедичній допомозі у різних медикогеографічних регіонах України. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021; 62-63.

## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Загальновідома достатньо значна розповсюдженість інтенсивність загальних стоматологічних захворювань серед осіб молодого віку в Україні, як до призову в армію, так і безпосередньо у військовослужбовців рядового складу.

Разом з тим подібних епідеміологічних робіт в галузі ортопедичної стоматології, особливо безпосередньо у чоловіків призовного віку від 18 до 20 років, як серед міського і, особливо сільського населення і їх порівняльної характеристики одночасно в основних найбільш характерних медико-географічних регіонах, практично не існує. Саме зважаючи на останнє метою даної науково-прикладної роботи власне і стало визначення величини розповсюдженості і інтенсивності прояву стоматологічної ортопедичної захворюваності, потреби й задоволеності в основних видах зубних протезів та розрахунок прогнозованого рівня розвитку зазначених питань на найближчу перспективу у Західному і Південному регіонах України, як серед міського так і сільського населення.

Приймаючи до уваги наведене вище, нами були проведені поглиблені стоматологічні огляди 294 чоловіків призовного віку від 18 до 20 років в Івано-Франківській, з яких 185 міських і 109 сільських мешканців та 332 даних осіб в Одеській області – 170 міського і 162 сільського населення.

При виборі баз з проведенням зазначених епідеміологічних досліджень керувалась фундаментальними дослідженнями у даній галузі ортопедичної стоматології проведеними в Одеському науково-дослідному інституті професором Лабунцем В.А. [10], виходячи з яких в Україні умовно існують 2 медико-географічних регіона з дещо східними показниками ортопедичної захворюваності, а саме - південно-східний регіон і західній та центрально-північний, не рахуючи очевидну наявність у них незначних, індивідуальних розбіжностей. Усі отримані матеріали фіксувались в спеціальній “Карті обстеження стоматологічного ортопедичного хворого”, розробленій і



опрацьовані у тому інституті. Окремо слід зазначити, що у даній карті обстеження були враховані і віддзеркалені практично усі основні стоматологічні захворювання з усіх стоматологічних спеціальностей, а саме, у 1-му розділі реєструвались дані про терапевтичну й хірургічну захворюваність, у 2-му - ортопедичну й ортодонтичну захворюваність і у 3-му розділі пропоновані види і об'єм ортопедичного лікування. Окрім цього у даній карті була також віддзеркалена також ще і додаткова інформація з низки досліджуваних питань та наведено спеціальний шифратор. Слід зазначити, що подібний формат даної карти обстеження дозволяє одночасно розглянути й охопити весь загальний стоматологічний статус і прослідити його у динаміці та протоколі стоматологічного лікування. Усі отримані матеріали стоматологічних оглядів піддавали відповідній вибірці, групуванню у відповідні таблиці з подальшою статистичною обробкою та порівняльним аналізом, як за досліджуємим регіоном, так і за міським і сільським населенням.

Окремо слід наголосити увагу, що необхідна кількість обстежених осіб, для отримання стоматологічних достовірних і ймовірних даних, була повністю дотримана згідно методичних рекомендацій ВООЗ та методикою їх обчислення в Україні проф. Лабунця В.А. [10], згідно якої мінімальна кількість обстежених осіб в окремій віковій групі не повинна бути меншою ніж 64 чоловік.

Зважаючи на кількість нами обстежених осіб призовного віку, вона була більша ніж достатньо.

Отже виходячи із головної мети даного науково-прикладного дослідження і у повній відповідності з матеріалами проведених епідеміологічних стоматологічних оглядів чоловіків призовного віку у Південному і Західному регіонах нашої країни, по-перше розглянемо і надамо порівняльну характеристику розповсюдженості та інтенсивності стоматологічної ортопедичної захворюваності серед міського і сільського

населення даної статі і віку осіб з найближчими аналогами, як на то вимагають основні вимоги щодо формування даного розділу дисертації.

Так, згідно отриманих нами матеріалів з цього питання суттєвої різниці у величині розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності серед міського населення у чоловіків призовного віку Західного і Південного регіонів України практично не спостерігається. Так у Західному вона становить 275,7, а у Південному 247,1 осіб на 1000 обстежених у даному віці і статі. Порівнюючи отримані нами з найближчими аналогами, а у даному разі мова йде безпосередньо осіб призовного віку, а про молодь України назагал з даного питання, то виходячи із даних [17] в 1995 році вона вправа 230,0 осіб на 1000 обстежених в Одесі і 409,0 у Тернополі й Івано-Франківську. Згідно новітнім даним Молчанова Ю.О. [275] згідно профілактичних оглядів підлітків, проведених ним у м. Ужгород 23,0% мали вже видалені постійні зуби, які потребували ортопедичного лікування і тільки 7,3% від загальної даної групи обстежених були соматично обстежені.

За даними Мохницького Д.М. [73] кількість видалених постійних зубів від 7 до 18 років, зросла майже удвічі. При цьому за його ствердженням кожна 2-га дитина у віці від 7 до 18 років втрачає постійний жувальний зуб. Висока ступінь розповсюдженості дефектів зубних рядів також простежується і у дослідженнях Тріля С.І. [76], згідно яких, починаючи з 13 років їх кількість постійно зростає і становить у віці 13-16 років від 11% до 16% і це без показників такої захворюваності як кількість осіб зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які потребують протезування, тобто показник ортопедичної захворюваності, назагал, може зрости на достатньо високу величину, рахуючи їх молодий вік. Збільшення кількості дефектів коронок зубів й зубних рядів на території нашої країни спостерігається також і у роботах [25, 77, 78].

Дещо схожі показники ортопедичної захворюваності з отриманими нами визначаються і в роботі [80], згідно яких 31,8% підлітків Прикарпаття потребують зубного протезування, а за даними [79] вже у віці 16 років 17,9%

обстежених були видалені постійні зуби, не рахуючи також руйновані зуби, як такі які потребують ортопедичного лікування. Високі показники даної захворюваності отримані також у дослідженнях Мунтян Л.М. [3, 122], згідно яких 33,3% осіб у віці 17-22 роки мають часткові дефекти зубних рядів. Схожі показники просліджуються і у роботах [7, 10, 11, 73, 79, 135]. При цьому, згідно дослідженнями [13, 14, 15, 16, 17] було вперше встановлено, що поширеність ортопедичної захворюваності не тільки збільшується у молодому віці не тільки збільшується з віком, а і в часі в одному і тому віці.

Отже, отримані нами дані практично повністю співпадають з даними інших вітчизняних дослідників.

Що стосується інтенсивності прояву ортопедичної захворюваності і даних по сільській місцевості, то згідно доступних нам літературних джерел з цього питання, подібною проблемою у нашій країні практично ніхто не займався, яка доречі дуже цікава як з наукової так і з прикладної точок зору.

Так, якщо згідно наведених вище даних особливої різниці між міським населенням Півдня й Заходу України, щодо розповсюдженості ортопедичної захворюваності, немає, то за даними інтенсивності її прояву у даних регіонах вона достатньо рязуча і значна. Так, якщо кількість зубів, руйнована коронкова частина яких потребує протезування у Південному регіоні становить 223,5 зубів на 1000 обстежених, то серед Західного регіону вона сягає вже 578,4, тобто збільшена у 2,6 рази. А якщо рахувати, назагал, кількість подібних зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування, то по даному показнику вони співвідносяться, відповідно як 452,9 до 767,6, тобто у Західному регіоні їх більше ніж у Південному в 1,7 рази.

Наведене більш ніж переконливо свідчить про більш високу ступінь об'єктивності і реальності стану стоматологічної ортопедичної захворюваності показника її інтенсивності прояву чим тільки величини розповсюдженості. Особливо дане встановлене нами положення відіграє роль при плануванні об'єму потреби ортопедичному лікуванні.

Що стосується сільського населення, то за нашими даними, аналогів проведеної нами роботи, немає. В той час за отриманими нами матеріалами вона вкрай цікава і пізнавальна, вже не кажучи про їх достатнє вагоме практичне значення.

Так у порівнянні з міським населенням, де практично особливої різниці у величині розповсюдженості ортопедичних захворювань серед чоловіків призовного віку немає, серед сільського вона є і є вельми суттєва. Якщо у Південному регіоні вона становить 253,1 осіб на 1000 обстежених, то у Західному вона сягає рівня 522,9, тобто у 2,1 рази більша ніж у Південному.

А що стосується інтенсивності її прояву, особливо за таким показником як кількість зубів з руйнованою коронковою частиною, які підлягають ортопедичному лікуванню, то й тут положення ще разуче, а саме у Південному регіоні вона становить 290,4 на 1000 обстежених, а у Західному доходить до рівня 1302,8, тобто у 4,5 рази більша ніж серед сільських мешканців Півдня.

Визначене нами положення ще і ще раз свідчить про необхідність диференційованого підходу щодо організації і планування ортопедичної допомоги на території України і не тільки у молодому віці.

Окремим і не лише важливим в ортопедичній стоматології як на нас так і на думку низки дослідників стає питання про структуру дефектів зубних рядів у даній категорії населення і її ймовірну залежність від регіону проживання і його соціального складу.

Так, згідно отриманих нами даних, як серед міського, так і сільського населення даного віку і статі у даних регіонах, спостерігається у переважній більшості своїй дефекти зубних рядів з відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається у межах 92,3% - 96,5%. З відсутністю 2-х зубів він значно менший і знаходиться на рівні 3,6-7,7. Що стосується даних дефектів з відсутністю 3-х зубів, то вони спостерігаються вкрай різко і становлять всього 2,5% серед міських мешканців Півдня України і 1,5% у сільських у Західному, при повній їх відсутності серед містян на Заході і селян на Півдні.

Що стосується порівняння отриманих нами загальних показників і інших дослідниками, то вони наступні. Так, згідно даними [119-121] у цьому віці спостерігаються у більшості своїй включені дефекти зубних рядів з відсутністю 1-го зуба з різних сторін щелеп. При цьому Білозерцев А.Ю. [220] наголошує, що вже у молодому віці у 82,8 осіб, як мінімум відсутній 1 зуб, з них 40,8% пов'язані з видаленням перших молярів, що на думку багатьох дослідників [144, 145, 146, 147, 148, 161, 245] проводять вже у найближчий час до появи зубощелепних аномалій і деформацій. За матеріалами досліджень Лепкого В.В. [151, 152] у молодих людей 18-22 роки, що займаються у військових училищах міста Києва у 22,6% вже виявляються одиночні дефекти зубних рядів.

За даними інших авторів [13, 14, 15, 16, 17], також більш всього зустрічаються дефекти зубних рядів з відсутністю 1-го зуба - 82,2%, 2-х - 13,2% і 3-х - 4,6%.

Що стосується даного питання серед сільського населення, то згідно доступній нам літературі подібних досліджень в Україні проведено практично не було тому порівнювати отримані нами дані в подібними аналогами не представляється можливим.

Поряд зі структурою дефектів зубних рядів, нами також була досліджена ще і сама структура видалених зубів у даній категорії населення країни, згідно якої найбільший об'єм подібних зубів складають 6-ті жувальні зуби, який у Західному регіоні серед міських мешканців призовного віку становить 62,4%, а у Південному - 57,2%, а, назагал моляри складають відповідно 68,7% і 63,9%. Що стосується премолярів то їх відсоток і співвідношення виглядає наступним чином 31,3% і 36,1%. Відносно сільського населення, то максимальний об'єм видалених зубів також припадає на 6-ті зуби, а саме у Західному регіоні він фіксується на рівні 70,2% і у Південному 77,7%, а назагал з 7-ми зубами, тобто тільки молярів, він становить відповідно 81,5% і 88,9%. Стосовно премолярів, то тут розподіл наступний, відповідно 18,5% і 11,1%. Порівнюючи отримані дані з матеріалами інших досліджень слід

засвідчити, що за даними (236) найбільший об'єм видалених зубів також стосується 6-х зубів і складає 44,6%, далі 5-х - 19,6% та 4-х і 7-х, відповідно, 5,6% і 4,7%. Схожі дані отримані й наводяться у роботах [73, 79, 80, 97, 98, 100-103].

Що стосується сільського населення, то знову ж, як і у наведених питаннях надати порівняльну характеристику анатомо-топографічної структури видалених зубів з найближчими аналогами не представляється можливим в силу її відсутності, як такої.

Поруч з протяжністю дефектів зубних рядів, дані про яку наведені вище, важливе клінічне значення при плануванні вибору найбільш оптимальних конструкцій зубних протезів, мають ще матеріали їх безпосередньої анатомо-топографічної структури, яка згідно класифікації Кенеді наступна. У чоловіків призовного віку, як у Південному так і у Західному регіонах нашої країни, у 100% випадків зустрічаються тільки включені дефекти зубних рядів, з яких у більшості своїй переважають дефекти 3-го класу, з невеликим виключенням 4-го серед міських мешканців Південного регіону - 2,7%. Що стосується порівняльної характеристики з даними інших авторів, то за матеріалами досліджень Мунтяна Л.М. [3, 122] анатомо-топографічна структура видалених зубів у віці 18-22 роки наступна: 1-й саме склав 12%, 2-й - 16%, 3-й - 66% і 4-й клас за Кенеді склав 6%, тобто практично 80% серед осіб даного віку зустрічаються включені дефекти зубних рядів. За даними [13-17] також у 100% випадків спостерігаються виключно включені дефекти зубних рядів.

Незважаючи на достатньо вагоме і прикладне значення наведених вище питань розповсюдженості основних стоматологічних захворювань, інтенсивності їх клінічного прояву та анатомо-топографічної структури зубів з руйнованою коронковою частиною твердих тканин, які потребують протезування, дефектів зубних рядів стосовно їх протяжності, структури та класів, визначальне значення для практичної охорони здоров'я, організаторів стоматологічної допомоги, набувають все ж такі дані про фактичний стан

стоматологічної ортопедичної допомоги та визначення ступеня задоволеності у тих чи інших основних видах зубних протезів.

Враховуючи наведене вище і виходячи з отриманих нами матеріалів з даного питання вже надана достатньо помітна різниця в об'ємі протезів, які потребують виготовлення чоловікам призовного віку між Західним і Південним регіонами.

Так, якщо у даній категорії населення серед міських мешканців Півдня, які потребують ортопедичного лікування, кількість одиночних коронок складає 904,8 одиниць на 1000 даних осіб, то у Західному даний показник сягає вже 2098,0, тобто величина потреби у даному виді протезування серед мешканців Західного регіону більша у 2,3 рази, як у Південному. Проте у мостоподібному протезуванні клінічна ситуація як раз навпаки, а саме величина потреби у них серед міського населення більше у Південному регіоні у порівнянні з Західними і складає, відповідно - 928,6 і 686,3 протезів на 1000 осіб.

Що стосується штифтового протезування, то як за одиночними коронками переважна більшість штифтових конструкцій спостерігається по Західному регіону, де їх об'єм становить 372,5 проти 238,0 по Південному, на 1000 осіб.

Що стосується сільського населення даних медико-географічних регіонів, то тут за усіма показниками зубних протезів їх потреба у виготовленні значно більша у Західному регіоні. Так, при величині потреби в одиночних коронках у Південному регіоні у кількості 1146,3 одиниць у Західному вона сягає позначки 2491,0 тобто більше у 2,1 рази. По мостоподібним протезам відповідно 682,9 і 1140,4 протезів, тобто і 1,7 рази і по штифтовим зубам – 170,7 і 508,7, тобто практично у 3,0 рази.

Якщо порівнювати отримані нами дані з найближчими аналогами, то згідно з даними [231-233], то кількість осіб молодого віку, які потребують в основних видах зубних протезів зросла з 1995 по 2012 року по одиночним коронкам з 397,2 осіб в Одесі і 483,2 в Тернополі і Івано-Франківську до

560,3 і 575,8, відповідно. В мостоподібному протезуванні з 222,4 і 289,4 до 454,5 і 561,4 осіб і у штифтових зубах з 94,4 і 98,6 до 324,8 та 495,1.

Знову ж таки, що стосується сільського населення, то порівнювати наведені вище показники не представляється можливим за їх повною відсутністю.

Незважаючи на достатньо вагоме практичне значення наведених вище показників потреби даних осіб в ортопедичному лікуванні, визначити рівень їх задоволеності в основних видах зубних протезів практично неможливо без даних про об'єм вже виготовлених зубних протезів. Провівши відповідні розрахунки нами встановлено, що у Західному регіоні при потребі чоловіків призовного віку в одиночних коронках у об'ємі 2597,6 і 19333,3 у Південному серед даних осіб їх виготовляється тільки відповідно 470,6 і 158,0 на 1000 обстежених, ступінь задоволеності яких склала 18,3% і 32,25, відповідно. Що стосується мостоподібного протезування, то, нажаль, визначити даний показник не представляється можливим, у зв'язку з тим, що даний вид протезування, виходячи з наших даних, практично не проводився, тобто задоволеність складає нуль відсотків.

Що стосується штифтового протезування, то у Західному регіоні серед міських мешканців призовного віку при загальній потребі у 372,5 подібних конструкцій, вони згідно нашим даним практично не виготовляються, а у Південному при потребі 381,0 одиниць їх виготовляється 142,9, тобто рівень задоволеності склав, відповідно 37,5%.

Що стосується сільського населення, то рівень задоволеності по основним видам зубних протезів склав відповідно по одиночним коронкам у Західному і Південному регіонах 6,0% і 8,8%, що вкрай недостатньо зважаючи на достатньо очевидну перспективу їх видалення на найближчий час, при збереженні теперішньої системи організації і планування ортопедичної допомоги даній категорії населення. Нажаль розрахувати ступінь задоволеності сільських мешканців даної статті і віку по



мостоподібному і штифтовому протезуванню по Західному регіоні і по мостоподібному у Південному, неможливо, за відсутності їх виготовлення.

Що стосується порівняння отриманих нами даних з іншими дослідженнями, то за даними [231-233] він становить серед молоді України відповідно по одиночним коронкам 21,8%, мостоподібним протезам 10,7% і 24,3% по штифтовим конструкціям в Одесі і відповідно 19,5%, 7,5% та 17,7% по Тернополю і Івано-Франківську.

Особливо вражають дані [73], результати дослідження якого з 200 обстежених осіб молодого віку, які мали дефекти зубних рядів, жодна із них не отримала відповідного ортопедичного лікування, як дефектів зубних рядів, так і дефектів коронкової частини зубів, несвоєчасне ортопедичне лікування яких, як відомо, дуже скоро приводить до видалення зубів. Аналогічне положення фіксується і у роботах Заблоцького Я.В. [7, 164], згідно матеріалами дослідження якого у віковій групі 15-19 років, а це практично вік допризовників часткові дефекти зубних рядів не відновлені. При цьому, за даними Камалова Р.Х. [238-241], при 72,3% показнику ортопедичної захворюваності у військовослужбовців показник задоволеності в ортопедичній допомозі вкрай низький. Окрім того Павленко О.В. з співавт. [276] наголошує, що з 2008 року по 2017 рік кількість осіб, які отримали зубні протези зменшилась за останні 9 років у 2 рази.

Аналізуючи наведені вище, як матеріали теперішнього дослідження так і даних інших авторів, слід засвідчити про вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги молоді України.

Слід сказати, що окрім наведених вище показників стану надання ортопедичної допомоги, за показником їх задоволеності в основних видах зубних протезів, в клініці ортопедичної допомоги ще визначається якісний рівень її надання за такими показниками як кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою, які частково нею забезпечені і потребують додаткового протезування, кількість осіб, які потребують

ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів та кількість осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування.

Виходячи із цього положення, згідно отриманих нами матеріалів теперішнього дослідження, назагал, спостерігається вкрай незадовільний рівень надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку від 18 до 20 років, як у Південному, так і у Західному регіонах нашої країни.

Так, кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою серед міського населення складає 32,4 осіб у Західному і тільки 23,5 осіб у Південному регіоні на 1000 осіб даної категорії населення, рівень забезпеченості в неї вкрай низький і знаходиться в межах 3,2% - 2,4%. Не ліпший показник осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування, а саме всього 27,0 осіб серед Західного і 35,3% - Південного регіону України, що склало, відповідно 2,7% та 3,5%.

У відмінності від попередніх показників, вражає своїм об'ємом і величиною показник осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зовсім зубних протезів. Так по міському населенню він склав 254,1 осіб у Західному і 205,9 осіб у Південному, що у відсотковому співвідношенні сягає відповідно 25,4% і 20,6%. Слід зазначити, що дані показники не віддзеркалюють у повній мірі величину кількості осіб, які потребують ортопедичного лікування. Справа у тому, щоб отримати істинну величину потреби в ортопедичній допомозі даної категорії населення, потрібно ще до даної величини додати ще і кількість осіб, які частково забезпечені нею і потребують ще додаткового протезування. Враховуючи дане положення, ми провели відповідні розрахунки і встановили, що фактична величина потреби в ортопедичному лікуванні серед осіб призовного віку по Західному регіоні складає 281,1, а Південному - 229,4 осіб на 1000 осіб даного віку і статі, тобто відповідно 28,1% і 22,9%.

Відносно показника кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, який складає відповідно 686,5 і 735,3 осіб на 1000 обстежених, слід зазначити, що незважаючи на її на перший погляд і достатню величину, вона абсолютно не віддзеркалює стан ортопедичної захворюваності, рівня допомоги, а у всіляко пов'язана перш за все з молодим віком даної категорії населення.

Що стосується сільського населення, то порівнюючи рівень забезпеченості з міським населенням, то слід сказати, що він ще гірший ніж можливо було це передбачити, враховуючи знову ж їх молодій вік і зобов'язаність держави пильнувати за їх стоматологічним здоров'ям, враховуючи їх подальший статус як військовослужбовців нашої країни. Так, згідно наведеним даним у табл.5.3.10, кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою серед сільського населення у Західному регіоні становить всього 18,4 осіб і у Південному - 6,2 осіб на 1000 обстежених, що відповідно склало 1,8% і 0,6% від їх загальної кількості. Не вражає також показник кількості осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування, який також у порівнянні зі міським населенням, значно нижчий і складає всього 18,4 по Західному і 18,5 осіб по Південному, що становить у відсотковому співвідношенні всього 1,8% і 1,9%.

Як і попередні показники так і показник осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів, вражають також своєю не виправданою величиною, а саме - у сільських мешканців Західного регіону він становить 532,1 осіб, а серед даних осіб у Південному - 240,7 осіб на 1000 обстежених осіб призовного віку, тобто відповідно 53,2% і 24,1%. Рахуючи, що у показник фактичної потреби входить також показник осіб, які частково нею забезпечені і потребують додаткового протезування, істинна величина потреби в ортопедичній допомозі серед сільських мешканців призовного віку становить по Західному регіону 550,5 і по Південному -

259,2 осіб на 1000 осіб даного віку і статі, що склало у відсотковому співвідношенні, відповідно 55,1% і 25,9%.

Як на нас, становище вкрай незадовільне, особливо у Західному регіоні нашої країни, де більш ніж 2 рази ніж у Південному регіоні.

Що стосується порівняльної характеристики отриманих нами й наведених вище показників з приблизними по даному питанню аналогами, то згідно матеріалами дослідження [231-233], у молодих людей у віці 15-29 років кількість повністю забезпечених ортопедичною допомогою у порівнянні з 1995 роком у 2012 року, знизилася з 71,3 осіб на 1000 обстежених на Півдні України до 41,7 і на Заході країни з 51,5 до 12,2.

Кількість же осіб, які потребують у неї, збільшилась, відповідно з 386,3 до 662,8 і з 525,7 до 809,4 осіб на 1000 обстежених, при значному превалюванні абсолютного показника у Західному регіоні - 80,9% проти 66,3% у Південному.

При цьому, кількість осіб, що не потребують ортопедичної допомоги і які не мають зубних протезів, знизилась з 548,5 до 295,5 і з 422,8 до 182,7, відповідно по даним регіонам, тобто у 1,8 та 2,3 рази.

Отже враховуючи наведені вище достатньо значні показники величини потреби чоловіків призовного віку в ортопедичній допомозі, особливо серед сільського населення Заходу України і вкрай незадовільний рівень надання ортопедичної допомоги даній категорії населення, вельми важливим, як з наукової так і практичної точок зору видаються питання подальшого прогнозу розвитку ортопедичної захворюваності і разом з цим об'єма ортопедичної допомоги.

Приймаючи до уваги думку провідних спеціалістів в галузі ортопедичної стоматології нашої країни про незадовільний стан надання спеціалізованої ортопедичної допомоги молоді України та високі показники їх як загальностоматологічної так і ортопедичної захворюваності та враховуючи отримані й наведені вище матеріали, які це підтверджують у повній мірі та вкрай низький рівень їх задоволеності в ортопедичному лікуванні, вельми

важливим стають питання подальшого їх розвитку тобто прогнозу на майбутнє.

Виходячи із основних критеріїв методики прогнозування щодо визначення подальшої розповсюженості ортопедичної захворюваності, наведеної вище у наших матеріалах і враховуючи об'єм проведених попередніх досліджень в різних медико-географічних регіонах, нами перш за все були віддзеркаленні матеріали, які характеризують відносні клінічні покази щодо ортопедичного лікування, які у випадку несвоєчасного протезування вже через достатньо короткий строк переростають у абсолютні покази і у першу чергу це зуби зі зруйнованою чи пломбованою коронковою частиною на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  їх об'єма.

Щодо даного ствердження, подібної думки ще ряд проведених спеціалістів у галузі як загальної, так і ортопедичної стоматології [20, 51, 62, 70, 76).

Отже, виходячи із отриманих нами проведених матеріалів дослідження, вже на перший погляд чітко видна вельми значна кількість осіб з даними видами ортопедичної патології та, особливо, прогнозований об'єм зубів зі руйнованою на  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  коронковою частиною твердих тканин, як лікуваних так нелікуваних і, по першу чергу у Західному регіоні нашої країни.

Так, спираючись на отримані дані у Західному регіоні кількість осіб даної категорії населення серед міських мешканців становить 881,5 осіб, на 1000 обстежених осіб даного віку у статі, в той час, як на Півдні країни вони становлять 417,7 осіб, тобто більше у 2,1 рази, а значить і можлива прогнозували кількість осіб, які будуть потребувати вже ортопедичної допомоги, якщо все так і залишиться на цьому рівні, рівні організації надання їм стоматологічної допомоги, на теперішній час.

Що стосується показників об'єму прогнозованої ортопедичної допомоги з даними ортопедичними захворюваннями, то тут, окрім вельми значного їх об'єму по Західному регіону, спостерігається і вкрай значна різниця у їх загальному об'ємі, як така.

Так, якщо загальна кількість з даними ортопедичними хворобами по Південному регіону серед міського населення складає 835,3 одиниць, то вже по Західному регіону вона може сягати вельми значного об'єму, а саме 5210,8 на 1000 обстежених осіб у даному віку, тобто зрости і стати більшою в 6,2 рази у порівнянні з міськими мешканцями Південного регіону.

Не менш цікава і отримана інформація по даному досліджуваному питанні і по сільському населенню, як і за прогнозованою величиною ортопедичної захворюваності так і за загальним об'ємом можливої ортопедичної допомоги.

Так, виходячи із наведених у таблиці 5.11 даних, кількість осіб, які можуть потребувати ортопедичного лікування, при нинішньому стані організації стоматологічної допомоги серед сільських мешканців, може зрости до 834,6 осіб по Західному і 543,2 - серед Південного регіонів, на 1000 осіб призовного віку. При цьому загальний об'єм прогнозованої ортопедичної допомоги тільки по одиночним коронкам може сягти величини у 5109,9 одиниць проти 1049,4 - у Південному регіоні, тобто практично у 5 разів, тобто як і за даними захворюваності так і за об'ємом прогнозованої ортопедичної допомоги, прогнозовані показники будуть значно вище серед мешканців Західного регіону нашої країни у порівнянні з Південним.

Маючи у наявності наведені вище матеріали (табл. 5.4) і отримані нами дані про фактичний теперішній стан стоматологічної ортопедичної захворюваності по Західному (табл. 3.1) та Південному регіонах (табл. 4.1), нами були проведені розрахунки можливої прогнозованої загальної кількості зубів зі руйнованою коронковою частиною зубів, які будуть потребувати ортопедичного лікування, матеріали яких представлені у табл. 5.12.

Отже виходячи із наведених у даній таблиці показників загальний об'єм прогнозованої величини кількості зубів зі руйнованою коронковою частиною твердих тканин, який існує на теперішній час, і об'єм потенційних зубів, які у край короткий строк, зважаючи на молодий вік обстежених, при відсутності дієвої організації надання призовникам стоматологічної

допомоги, може сягти серед міського населення Західного регіону величини у 5789 зубів, а Південного 1058,8 подібних зубів на 1000 обстежених даного віку і статі, тобто у Західному регіоні об'єм ортопедичної допомоги у вигляді одиничних коронок буде більший ніж у 5 разів ніж у аналогічних мешканців Півдня України.

Практично аналогічна ситуація складається і по сільському населенню серед даної групи населення, а саме їх об'єм по Західному регіону може скласти 6412,7 зубів, а по Південному - 1339,5, тобто серед сільських мешканців Західного регіону він також буде перевищувати практично у 5 разів.

Поглиблений аналітичний аналіз наведених вище показників достатньо обґрунтовано й переконливо доводить, що у випадку продовження недієспроможної системи організації й планування стоматологічної і, у тому числі, ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку у 20 років, може різко зрости загальний об'єм ортопедичного лікування, не кажучи вже про загальний об'єм видалених зубів, як наслідок невідповідного лікування зубів.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлені матеріали розповсюдженості, інтенсивності прояву та рівня надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку у найбільш характерних медико-географічних регіонах України та пропоновані шляхи вирішення питань докорінного реформування системи організації й планування спеціалізованої медичної допомоги даній категорії населення нашої країни.

1. Результати проведених стоматологічних оглядів 626 осіб призовного віку чоловічої статі від 18 до 20 років у найбільш характерних медико-географічних регіонах України, засвідчили про різну величину розповсюдженості стоматологічної ортопедичної захворюваності та, особливо, інтенсивності її розвитку і прояву у Західному і Південному регіонах, як серед міського так і сільського населення. При цьому, у Західному регіоні вона становить серед міських мешканців 275,7 осіб і 522,9 – серед сільських на 1000 обстежених, а у Південному, відповідно 247,1 і 253,1, тобто при відносно однаковій її величині між міським населенням, у сільській місцевості Західного регіону вона більша у 2,1 рази ніж у Південному.

2. Доведена залежність загального об'єму зубів і дефектів зубних рядів, які потребують ортопедичного лікування від медико-географічного регіону та соціального статусу населення країни. Так, у Західному регіоні серед міського населення він становить 767,6 і 1899,4 серед сільського на 1000 осіб, а по Південному відповідно 452,9 і 463,0, тобто по Західному регіоні по міському населенню він перевищує в 1,7, а по сільському у 4,1 рази у порівнянні з Південним, при відносно однаковому їх об'ємі серед міських і сільських мешканців по Південному регіоні і достатньо значної різниці у Західному регіоні, де серед сільського населення він більше у 2,5 рази ніж у міського.



3. Згідно структури дефектів зубних рядів, які підлягають ортопедичному лікуванню у чоловіків призовного віку, як серед міського так і сільського населення спостерігаються у переважній більшості своїй з відсутністю 1-го зуба, показник яких коливається у межах 92,3% – 96,5%. З відсутністю 2-х зубів він знаходиться на рівні 3,6% – 7,7%, а 3-х вкрай рідко і становлять 2,5% серед міського населення Півдня і 1,5% – сільського, у Західному регіоні, при повній їх відсутності серед міських мешканців на Заході і сільських у Південному регіоні.

4. Порівняльна характеристика анатомо-топографічної структури руйнованих зубів у даній категорії населення країни, які підлягають ортопедичному лікуванню засвідчили, що переважну більшість подібних зубів, як серед міського, так і сільського населення даних регіонів країни складають 6-ті жувальні зуби, а саме, серед міських мешканців Західного регіону 61,8% і 55,4% – Південного, а сільських, відповідно, 56,6% та 53,1%, при незначній більшості їх на верхній щелепі. Далі йдуть у хронологічному порядку 7-мі зуби, які відповідно склали 23,5% і 26,3% по міському та 23,6% і 21,5% сільському населенню. Потім 5-ті, відповідно, 2,5% і 17,5% та 5,4% і 19,5%. І зовсім у незначній кількості 4-ті, 2-гі, 1-і і 3-ті зуби, виключно у Західному регіоні, при практично повній відсутності подібних уражень серед сільських мешканців Півдня на обидвох щелепах та серед міських на нижній щелепі в обидвох регіонах.

5. Доведено, що як і за кількістю уражених так і за об'ємом структури видалених зубів, незалежно від медико-географічного регіона нашої країни і соціального статусу даної категорії населення, переважну більшість їх складають також 6-ті жувальні зуби, яка становить серед міських мешканців Західного і Південного регіонів, відповідно 62,4% і 57,2%. Далі по хронології йдуть 5-ті зуби, відповідно 23,0% і 27,3%, 4-і – 8,3% і 8,8%, 7-мі – 6,3% і 6,7%. Слід засвідчити, що видалення 31,3% і 36,1% премолярів по даним регіонам відповідно, абсолютно незрозуміле й невиправдане, рахуючи

зовсім молодий вік осіб призовного віку та відсутність видалень у цьому віці за рахунок ускладнень пародонтиту.

6. Встановлено, що загальний об'єм видалених зубів у чоловіків призовного віку серед міського населення у Західному регіоні становить 210,8, а у Південному – 258,7 на 1000 обстежених осіб, при їх співвідношенні, як 1,0 до 1,2. При цьому доведена значна розбіжність між даним показником по сільському населенню, яка відповідно склала 642,4 і 166,6, при співвідношенні 3,9 до 1,0, тобто серед сільських мешканців Західного регіону їх видаляється практично у 4 рази більше ніж у Південному. При цьому, виходячи із даних топографії дефектів зубних рядів як у Західному, так і у Південному регіонах, спостерігаються практично тільки часткові дефекти зубних рядів 3-го класу за Кенеді.

7. Встановлена значна величина потреби осіб призовного віку в основних видах зубних протезів і вкрай незначна кількість виготовлених, як у Західному так і у Південному регіонах країни. Так, при величині потреби в одиночних коронках 2098,0, мостоподібних протезів – 686,3 і штифтових конструкцій – 372,5 серед міського і відповідно 2491,0, 1140,4 та 508,7 серед сільського населення у Західному та відповідно 904,8, 928,6 і 238,1 та 1146,3, 682,9 і 170,7 у Південному регіоні, їх виготовляється тільки відповідно 470,6, 0 і 0 серед міського і 158,0, 0 і 0 – серед сільського у Західному і відповідно 428,5, 0 і 142,9 та 146,0, 0 і 24,4 у Південному. При цьому рівень задоволеності по одиночних коронках у Західному регіоні склав 18,3%, мостоподібним протезам – 0% і штифтовим зубам – 0% серед міських і відповідно 6,0%, 0% і 0% серед сільських, а у Південному відповідно 32,2%, 0% і 37,5% та 8,8%, 0% та 12,5%. Приведені показники більш ніж переконливо свідчать про вкрай незадовільний стан надання ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку по усій території нашої країни.

8. Матеріали порівняльної характеристики структури і рівня забезпеченості потреби у стоматологічній ортопедичній допомозі чоловіків призовного віку засвідчили про їх практичну ідентичність з невеликими

коливаннями у досліджуваних медико-географічних районах. Так, по міському і сільському населенню кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою на Заході країни вкрай незначна і склала відповідно 32,4 і 18,4, а на Півдні 23,5 та 6,2 на 1000 обстежених; кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і потребують додаткового протезування була відповідно 27,0 і 18,4 та 35,3 і 18,5 осіб. У свою чергу спостерігається достатньо значна кількість, як для даного віку осіб, осіб які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів, особливо серед сільського населення, а саме у Західному регіоні серед міських мешканців, вона знаходиться на рівні 254,1 і 532,1, а у Південному – 205,9 і 240,7 осіб на 1000 обстежених. При цьому, загальна величина фактичної потреби в ортопедичному лікуванні по Західному регіону серед міського і сільського населення склала відповідно 281,1 і 550,5 (28,1% і 55,1%), а по Південному – 241,2 і 259,2 (24,1% і 25,9%) осіб на 1000 обстежених. Показник ж кількості осіб, які не мають зубних протезів і не потребують ортопедичного лікування, склав по даним регіонам відповідно 686,5 і 431,1 та 735,3 і 734,6 осіб на 1000 обстежених.

9. При збереженні теперішньої вкрай незадовільної організації надання стоматологічної і у тому числі ортопедичної допомоги даній категорії населення, прогнозований об'єм зубних протезів, які будуть потребувати виготовлення вже за кілька років, може зрости по Західному регіону серед міського і сільського населення з 578,4 і 1302,8 одиниць до 5784,2 і 6412,7 на 1000 обстежених і по Південному, відповідно з 223,5 і 290,1 до 1058,8 та 1339,5 протезних одиниць.

10. Враховуючи встановлену нами різну величину розповсюдженості і, особливо, інтенсивності клінічного течії стоматологічних ортопедичних захворювань у чоловіків призовного віку в основних медико-географічних регіонах нашої країни, доцільно використовувати диференційний підхід до планування ортопедичної допомоги і, у тому числі, враховувати фінансову складову, при введенні їм гарантованої державної пільгової допомоги.

11. Доказово доведено, окрім медичної ефективності, соціальної необхідності, економічну доцільність обов'язкового раннього ортопедичного лікування осіб молодого віку як дефектів зубних рядів, так і, особливо, дефектів твердих тканин коронкової частини зубів.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рахуємо, що головною причиною високої ступені розповсюдженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку, особливо в Західному регіоні нашої країни та вкрай незадовільного стану ортопедичної допомоги, є не медичний фактор, ступінь професійності лікарів, а організаційний, пов'язаний з повною невизначеністю певних державних структур щодо їх юридично-правової відповідальності з організації і надання стоматологічної допомоги даній категорії населення України.

2. Виходячи із наведеного вище, пропонуємо Верховній Раді України і Кабінету Міністрів України за погодженням з Міністерством фінансів і Міністерством економіки, відповідно до статті 7 основ законодавства України про охорону здоров'я, з метою реалізації прав громадян України на безкоштовну медичну допомогу, опрацювати закон про надання призовникам до Збройних сил України безкоштовної чи льготної зубопротезної допомоги по деяким видам зубних протезів, з занесенням їх до пільгової групи населення з надання гарантованої державної безкоштовної медичної допомоги та внести його у якості додатку до Постанови Кабінету Міністрів України №955 від 11 липня 2002 р. “Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державної безоплатної медичної допомоги”.

3. Пропонуємо Міністерству Оборони України і Міністерству охорони здоров'я України за погодженням Міністерства фінансів Міністерства економіки та питань європейської інтеграції та місцевих органів самоврядування, опрацювати, узгоджити і затвердити договір про сумісну відповідальність з надання стоматологічної допомоги даній категорії населення нашої країни, з визначенням чітких дій, прав, обов'язків і контролю за їх виконанням кожної із сторін, згідно існуючого законодавства.

4. На підставі наведеного вище договору й закону про безкоштовне чи пільгове надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку, розробити й затвердити регіональні програми з подання їм гарантованого державного ортопедичного лікування з передбаченням додаткових обсягів подання за рахунок коштів місцевих бюджетів.

5. Передбачити у Державному бюджеті України, з урахуванням обсягів асигнувань на охорону здоров'я, певний об'єм фінансування на надання стоматологічних послуг даній категорії населення країни.

6. Приймаючи до уваги вкрай незадовільне становище, що склалося з наданням ортопедичної допомоги даній категорії населення України, негативні тенденції її розвитку, надання та несприятливий прогноз щодо подальшого росту ортопедичної захворюваності, пропонуємо на усіх рівнях органів практичної охорони здоров'я в галузі стоматології, акцентувати увагу на обов'язковому ранньому ортопедичному їх лікуванні, яке повністю у подальшому зніме цілий блок питань, як для лікарів так і безпосередньо для даних осіб.

7. При подібному медико-соціальному підході до надання ортопедичної допомоги особам призовного віку, загальна економія вартості чи то бюджетного фінансування чи за рахунок власних коштів складе від 530% до 1100%, не рахуючи вже вимушений додатковий труд лікарів та власні витрати часу пацієнта на додаткові клінічні відвідування та його психоемоційний стан.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України “Про військовий обов’язок і військову службу”, ч.1 с.1.
2. Конституція України, ст.65.
3. Мунтян Л.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку / Л.М.Мунтян, А.М.Юр // Український стоматологічний альманах. - 2010. - №5. - с. 25-26.
4. Ожоган З.Р. Особливості клінічної картини дефектів зубних рядів у осіб молодого віку / З.Р.Ожоган, Л.П.Вдовенко // Дентальні технології. - 2006. - №3 = 6 (28-31). - с. 19-21.
5. Король М.Д. Пропедевтика ортопедичної стоматології / М.Д.Король. - Вінниця: Нова Книга, 2009. - с. 94-100, 130-139.
6. Король М.Д. Вторинні деформації зубних рядів / М.Д.Король. - Полтава: Астрей. 2003-104 с.
7. Заблоцький Я.В. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м.Львова та Львівської області / Я.В.Заблоцький, Н.М.Дидик // Вісник стоматології. 2005. - №4. - с.77-87.
8. Сидоренко Л.П. Порівняльна характеристика різних ортопедичних методів лікування малих дефектів зубних рядів: автореф. дис. на здобуття ступеня канд.мед.наук: спец. 14.01.22 “стоматологія” // Л.П.Сидоренко. - Івано-Франківськ, 2010. - 19 с.
9. Макєєв В.Ф. Частота дефектів зубів та зубних рядів у пацієнтів 13-17 років залежно від віку / В.Ф.Макєєв, Г.В.Мартінек // Український стоматологічний альманах. - 2012. - №4. - с.106-110.
10. Лабунець В.А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку:

автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 “стоматологія” / В.А.Лабунець. - К., 2000. - 37 с.

11. Лабунец В.А. Повозрастной характер распространенности дефектов зубных рядов и дефектов коронковой части зубов, требующих ортопедического лечения у лиц молодого возраста / В.А.Лабунец, Т.В.Диева, О.В.Лабунец // Одеський медичний журнал. - 2012. - №4 (132). - с. 47-50.

12. Лабунец О.В. Распространенность, интенсивность, структура и динамика развития малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г.Ивано-Франковска и Тернополя по данным обращаемости / О.В.Лабунец, О.В.Деньга, В.А.Лабунец, Т.В.Диева, В.В.Лепский, В.В.Лепский // Архів клінічної медицини. - 2014. - №1 (20). - с.83-86.

13. Лабунец В.А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе ее развития / Лабунец В.А. - Одесса, 2006. - 428 с.

14. Лабунец О.В. Возрастно-половая характеристика распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и тенденции их развития / О.В.Лабунец, О.В.Деньга, В.В.Лепский, В.В.Лепский // Інновації в стоматології. - 2014. - №3. - с.73-77.

15. Лабунец В.А. Распространенность, интенсивность, структура, тенденции развития малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и их осложнений / В.А.Лабунец, Т.В.Диева, Е.И.Семенов, Е.В.Диев, М.С.Куликов, В.В.Лепский, В.В.Лепский, Н.В.Рожкова, О.В.Лабунец, В.Ф.Шаблій // Вісник стоматології. - 2013. - №1. - с.93-100.

16. Лабунец В.А. Эпидемиология, тенденции развития, клиника, анатомо-топографическая характеристика малых включенных дефектов зубных рядов и их осложнений в молодом возрасте / В.А.Лабунец, О.В.Деньга, О.В.Лабунец, М.С.Куликов, Т.В.Диева, В.В.Лепский, В.В.Лепский, Н.В.Рожкова // Стоматологический журнал (Беларусь). - 2014.- №3. - с.214-217.



17. Лабунець О.В. Клінічне обґрунтування раннього ортопедичного лікування малих включених дефектів зубних рядів у молодому віці: Автореф. дис. на здоб. наук.ступеня канд.мед.наук: спец.14.01.22 “стоматологія” // О.В.Лабунець. - Одеса. - 2015. - 20 с.

18. Драгомирецкая М.С. Стоматологический статус молодежи Украины / М.С.Драгомирецкая, Т.В.Колесник, В.В.Лепский // Український стоматологічний альманах ( матеріали наук.-практ.конф. з міжнародною участю. Сучасні питання ортодонції. Місце ортодонції серед стоматологічних спеціальностей. Полтава 12-13 квітня 2012 р.: тези доп.). - 2012. - Т:1. №2. - с.54-56.

19. Мірза Р.О. Клініко-лабораторне обґрунтування нормалізації оклюзійних співвідношень при вторинних деформаціях зубних рядів: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед.наук: спец. 14.01.22 “стоматологія” / Р.О.Мірза. - Київ, 2013. - 17 с.

20. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи її профілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 “стоматологія” / К.М.Косенко. - К., 1994. - 45 с.

21. Макєєв В.Ф. Результати обстеження та аналіз причин виникнення дефектів зубних рядів у дітей / В.Ф.Макєєв, Т.Ю.Зосім // Вісник стоматології. - №5. - 2007. - с.45

22. Король М.Д. Частота виникнення вторинних дефектів зубних рядів / М.Д.Король // Вісник стоматології. - 1998. - №4. - с.75-77.

23. Мартінек Г.Б. Клініко-біометричні та функціональні зміни у зубощелепній системі підлітків із малими дефектами зубних рядів і методи їх попередження: автореф. дис. на здобуття наук.ступеня канд. мед. наук. - Львів. - 2013. - 18 с.

24. Пехнью В.В. Поширеність дефектів зубних рядів у вагітних // Вісник проблем біології та медицини. 2017.- №1. - с.270-272.

25. Мониторинг стоматологической заболеваемости у детей Украины. В к: Эпидемиология основных стоматологических заболеваний. Материалы конференции (Ивано-Франковск, 15-17 апреля 2004 г.) / К.Н.Косенко, О.В.Деньга и соавт. - 2004, с.18-19.

26. Деньга О.В. Рівень функціональних реакцій у порожнині рота та структурно-функціональний стан кісткових тканин у процесі комплексного ортопедичного лікування включених поодиноких дефектів зубних рядів / О.В.Деньга, В.В.Лепський, Е.М.Деньга, М.С.Дрогомирецька // Новини стоматології. - 2012. - №1. - с.91-94.

27. Лісецька І.С., Рожко М.М., Поширеність і структура захворювань тканин пародонту в підлітків із хронічним гастродуоденітом без соматичної патології. /Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології. ІХ стоматологічний форум «Медвін: Стоматологія 2020», 11-13 березня 2020 р., Івано-Франківськ 2020, с.76-77.

28. Петрушанко Т.О. Інтегральний індивідуальний підхід у профілактиці захворювань пародонта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / Т.О.Петрушанко. - К., 2001. - 39 с.

29. Хоменко Л.А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема, риски и диагностика \ Л.А.Хоменко, Н.В.Биденко, Е.И.Остапко // Стоматолог. - 2006. - №1-2. - с.54-58.

30. Данилевский Н.Ф. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины / Н.Ф.Данилевский, Л.Ф.Сидельникова, А.Г.Ткаченко // Современная стоматология. - 2003. - №3. - с.14-16.

31. Иванова Ж.В. Распространенность, интенсивность и особенности течения заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / Ж.В.Иванова // Современная стоматология. - 2002. - №4. - с.28-30.

32. Косоверов Ю.Е. Уровень стоматологической заболеваемости и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста // Вестник стоматологии. - 2002. - №3. - с.4-5.

33. **Кулыгина В.Н.** Результаты исследования распространенности и структуры заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / В.Н.Кулыгина, М.Аль Мохаммад, Л.Л.Козлова // Український стоматологічний альманах. - 2013. - №5. - с.29-31.

34. Парпалей Е.А. Профессиональная и персональная гигиена ротовой полости как метод профилактики стоматологических заболеваний / Е.А.Парпалей, Л.Б.Лепорская, Н.О.Савичук // Современная стоматология. - К. - 1999. - №4. - с.63-67.

35. Денисова Е.Г., Соколова И.И. Распространенность заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста. Медицина сьогодні і завтра. 2013. №4, с.113-116.

36. Сабуров С.К. Диагностическое и прогностическое значение профессиональной гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта: автореф.дисс. на соиск.ученой степени канд. мед. наук / Сабуров С.К.; Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров. - Душанбе, 2004. - 21 с.

37. Гасюк Н.В. Структура та поширеність хвороб пародонту у осіб молодого віку. Південноукраїнський медичний журнал. 2013., №3 (03), с. 36-37.

38. Ткаченко А.Г. Оценка заболеваемости тканей пародонта у лиц молодого возраста / А.Г.Ткаченко, М.Б.Лукашевич, К.П.Ярмоленко // Материалы 1 Международной славянской науч.-практ. конф. молодых ученых-стоматологов. - Одесса, - 2002. - с.29-30.

39. Возний О.В., Германчук С.М., Струк В.І., Біда В.І., Погоріла А.В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки. 2019. Т.12, №2 (30).С.229-234.

40. Дячук К.Г., Особливості планування заходів профілактики карієсу зубів у школярів старших класів м.Ужгорода. Дис...Магістра медицини. Спец. Стоматологія. Ужгород, 2015. 73 с.

41. Задорожна І.В., Поворознюк В.В. Поширеність та інтенсивність карієсу зубів у дітей України: результати клініко-епідеміологічного дослідження. Проблеми остеології, 2014. Т.16, №4. С. 55-60.

42. Чумакова Ю.Г. Уровень и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста (по анализу ортопантомограмм). / Ю.Г.Чумакова, В.И.Антипа, Ю.Е.Косоверов (и др.) // Современная стоматология, - 2004. - №2. - с.56-59.

43. Казакова Р.В, Білищук Л.В., Мельник В.С. Порівняльний аналіз показників карієсу зубів і захворювань тканин пародонту у підлітків, які проживають у різних екологічних умовах. Новини стоматології. 2013., №1. С.78-79.

44. Хоменко Л.А. Профессиональная гигиена полости рта при заболеваниях пародонта / Л.А.Хоменко, О.Н.Голубова // Современная стоматология. - 2011. - №1 (55). - с.32-36.

45. Казакова Р.В., Мельник В.С., Білящук Л.М., Дячук Е.Й., Кенюк А.Т. Вивчення стоматологічного статусу та факторів розвитку виникнення стоматологічних захворювань у студентської молоді міста Ужгород. Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина, 2024. №2., С.170-172.

46. Каськова Л.Ф., Амосова Л.І., [та ін.]. Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. Для студентів вищ.мед. закл./ за ред..проф. Л.Ф.Каськової. Х., 2011, 392 с.

47. Кумчир І.Р., Ожоган З.Р. Поширеність і причини дефектів твердих тканин зубів і зубних рядів фронтальної ділянки. Український морфологічний альманах, 2008, т.6., №2, с. 127-128

48. Гончарова Е.И. Воспалительные заболевания пародонта у людей молодого возраста / Е.И.Гончарова, П.П.Журавлева, Р.М.Валиева // Здравоохранение Казахстана. - 1989. - №7. - с.22-24.
49. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф.Данилевский, А.В.Борисенко. - Киев: Здоровье, - 2000. - 464 с.
50. Мащенко И.С. Болезни пародонта / И.С.Мащенко, - Д.: КОЛО, 2003. - 356 с.
51. Петрушанко Т.О. Розповсюдженість і інтенсивність основних стоматологічних захворювань у школярів 12-17 років м.Полтава / Т.О.Петрушанко // Медицина сьогодні і завтра. - 2000. - №2. - с.130-132.
52. Петрушанко Т.О. Щільність мікробної колонізації порожнини рота у осіб молодого віку залежно від інтесивності карієсу / Т.О. Петрушанко, В.В. Черета, Г.А.Лобань // Світ медицини та біології. - 2013. - №4. - с.49-52.
53. Шварцнау О.Г. Оптимізація лікування і профілактики стоматологічної захворюваності у студентської молоді. Автореф. канд. мед. наук, Одеса. - 2010. - 20 с.
54. Шварцнау Е.Г Состояние твердых тканей зубов и пародонта у студентов медицинских учебных заведений / Е.Г. Шварцнау, И.В.Ковач // Современная стоматология. - 2015. - №3. - с. 9-12.
55. Шварцнау Е.Г. Общая характеристика стоматологической заболеваемости у студенческой молодежи и влияние на нее факторов риска / Е.Г.Шварцнау, И.В.Ковач // Современная стоматология. - 2015. - №4. - с. 12-16.
56. Albandar, J.M. Periodontal diseases in North America / J.M.Albandar // Periodontal. - 2000. - 2002. - Vol. 29. - p. 31-69.
57. Jenkins W.M. Epidemiology of periodontal disease in children and addescents / W.M.Jenkins, P.N.Papapanou // Periodontal. - 2000. - Vol.26. - p.16-32.
58. Papapanou P.N. Epidemiology of periodontal diseases: an update / P.N.Papapanou // J.Int. acad. periodontol. - 1999. - Vol.1? №4. - p.110-116.

59. Sheiham A. Periodontal diseases in Europe / A.Sheiham, G.S.Netureli // *Periodontol.* - 2000. - 2001. - Vol.29. - p. 104-121.
60. Костлан Я. Стоматологическое обследование в Европе. - Копенгаген: ВОЗ, 1982. - 193 с.
61. Neely A.L. The natural history of periodontal disease in man. Risk factors for progression of attachment loss in individuals receiving no oral health care. / A.L.Neely, T.R.Hocford, H.Loe, // *J.Periodontal.* - 2011. -Vol.72, №28. - p.1006-1015.
62. Москаленко В.Ф., Косенко К.М., Синіцин Р.Г., Бахуринський Ю.М. Стан стоматологічної допомоги населенню України та перешкода її розвитку // *Вісник стоматології.* - 2000. - №2. - с. 54-56.
63. Макаренко М.В. Обґрунтування сумісного використання озонотерапії і кверцитинвмісного гелю в комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту у осіб молодого віку. Автореф. дис. канд. мед. наук. - Одеса. - 2015. - 20 с.
64. Dental health in 14 to 17 years old. Estonian school-children in Tartu and Tallin / J.Wolf, J.S.Peltola, T.Seedre [et al] // *Acta Odontologica Scandinavica.* - 1996. - Vol.54, №4. - p. 242-246.
65. Petersen P.E. Straightening the prevention of periodontal disease: the WHO approach / P.E.Petersen, H.Ogawa // *J. Periodontal.* - 2005. - Vol. 76, №12. - p. 2187-2193.
66. Дорошенко С.І. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубних рядів серед дітей шкільного віку м.Києва / С.І.Дорошенко, Є.А.Кульгінський, Ю.В.Ієвлева, О.В.Саранчук // *Вісник стоматології.* - 2009, - № 2. - с.76-81.
67. Заєц О.Р., Ожоган З.Р. Стан зубощелепної системи у дітей гірських районів Івано-Франківської області // *Український стоматологічний альманах.* - 2005. - №6. - с.31-33.
68. Латишева Н.М., Скороходова Т.Ю. Розповсюдженість дефектів зубних рядів у дітей зі змінним прикусом та потреба в ортопедичній та

протетичній допомозі серед дітей м.Дніпропетровська. “Медичні перешкоди”. 2011, том XVI №2. - ч.1. - с.75.

69. Курдиш Л.Ф. Лікування, профілактика та прогнозування множинного карієсу зубів у підлітків: автореф.дис... канд..мед.наук. Львів, 2010. 20 с.

70. Макєєв В.Ф. Результати обстеження та аналіз причин виникнення дефектів зубних рядів у дітей. Вісник стоматології. - №5. - 2007. - с.45.

71. Лабунец В.А., Диева Т.В. Семенов Е.И. К вопросу о неопределенности показателей распространенности малых дефектов зубных рядов, частоты возникновения при этом зубочелюстных деформаций в молодом возрасте и их причины. Вісник стоматології, 2012., №2., с. 125-127.

72. Тріль Т.В. Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями, обумовленими нахилом зубів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед.наук: спец. 14.00.21 “Стоматологія” / Т.В.Тріль. - К.1995. - 19 с.

73. Махницький Д.М. Профілактика і лікування вторинних зубощелепних деформацій у дітей, зумовлених ранньою втратою зубів : Автореф. дис. канд.мед.наук. - Одеса. - 2016. - с.

74. Махницький Д.М. Розповсюдженість дефектів зубів та зубних рядів серед дітей та молоді м.Києва / Д.М.Махницький, Є.А.Кульгінський // Український стоматологічний альманах. - 2012. - №5. - с.146-147.

75. Махницький Д.М. Розповсюдженість дефектів зубів та зубних рядів серед студентів КМУ УАНМ / Д.М.Махницький // XX Наук.конференція студентів та молодих вчених ПВНЗ “Київський медичний університет УАНМ”, м.Київ. 23-25 жовтня 2013 р.: тези доповню - Київ, 2013. - с.23-24.

76. Тріль С.И. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение включенных дефектов зубных рядов у детей и подростков [Текст]: дис...канд.мед.наук / С.И.Тріль. - Киев, 1992. - 136 с.

77.Гордова В.В. Спосіб профілактичного лікування включених дефектів зубних рядів у дітей і підлітків // Современная стоматология. - 2005. - №2. - с.102-103.

78. Хоменко Л.А Профілактика каріеса зубів у дітей шкільного віку / Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.І. // Современная стоматология. - 2005. - №4 (32). - с.73-75.

79. Смоляр Н.І., Гуменюк О.П., Кравець Т.Г. Профілактика стоматологічних захворювань: навч.посібник, Львів: Магнолія – 2006, 2012. 368с.

80. Макеев В.Ф. Особенности формирования зубных рядов у детей в возрасте от 4 до 13 лет. Вестник стоматологии №5. 2007. - с.74-77.

81. Ковач И.В. Состояние микроэкологии полости рта у студенческой молодежи со стоматологическими заболеваниями / И.В.Ковач, Е.Г.Шварцнау, М.В. Василишина // Journal of Education, Health and Sport (Польша). – 2015. - №5 (12). – с.240-252.

82. Шварцнау Е.Г. Изменения свойств ротовой жидкости у студентов после проведения лечебно-профилактических мероприятий в динамике наблюдения / Е.Г.Шварцнау // Інновації в стоматології. – 2015. - №4. – с.22-27.

83. Косенко К.Н. Комплексное ортопедическое лечение включенных одиночных дефектов зубных рядов / В.В.Лепский, А.Э.Деньга, Э.М.Деньга // Дентальные технологии. – 2012. - №1. – С.56-59.

84. Результаты эпидемиологического исследования населения Республики Беларусь в 2010 г. / Юрис О.В., Русак А.С. [и др.] // Стоматологический журнал (РБ). - 2011. - т.ХІІ, №1. -с. 22-26.

85. Ляхова Н.О., Філатова В.Л., Голованова І.А. Профілактика стоматологічних захворювань серед дитячого та дорослого населення України у практиці сімейного лікаря. Україна. Здоров'я нації. 2016, №1-2., с.132-139.

86. Oral health and risk factors for dental disease of Australian young people in custody /Haysom L., Inding D., Byun R. [et al] // J. Paediatr.Child.Health. - 2014. - №2. -[dor: 10.1111/ips.12761].



87. Knowledge of and attitudes towards periodontal health among adults in Tehran./ Gholami M., Pakdaman A., Javori A. Virtanen J.I. // East.Mediterr.Health. J. – 2014. - №20 (3). – p. 196-202.

88. Middleton E., Jr. The effects of plant flavonoids on mammalian cells: implications for inflammation, heart disease, and cancer / E.Jr.Middleton, C.Kandasmami, T.C.Theoharidis // Pharmacol. Rew. – 2000. – V.52, №4. – p.673-751.

89. Денисова Е.Г., Соколова Н.Н. Распространенность заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста. Медицина сьогодні і завтра. 2013. №4. С.113-116.

90. Бойченко О.М., Палій О.В., Гасюк Н.В. Поширеність стоматологічних захворювань у молодій сільській місцевості. Вісник української медичної стоматологічної академії. 2013, №2 (42). С. 21-23.

91. Леус П.А. Методы и подходы к обоснованию практической реализации индивидуальной профилактики кариеса зубов у взрослых / П.А.Леус // Dental forum. 2008. - №1(25). – с. 34-51.

92. Чумакова Ю.Г. Уровень гигиены полости рта и его влияние на стоматологический статус у лиц молодого возраста / Ю.Г.Чумакова, А.В.Островский // Стоматологический журнал. – Беларусь. – 2013. №4. – с.304-307.

93. Островський А.В. Організація методів професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота в комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта : автореф...дис..канд.мед.наук. – Одеса. – 2015. – 20 с.

94. Біденко Н.В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі, Сучасна стоматологія. 2007. №1. С.66-72.

95. Колесник Т.В. Комплексна профілактика запальних захворювань пародонту у студентської молоді: автореф...канд.мед.наук. – Одеса. – 2015. – 20 с.

96. Колесник Т.В. Эффективность комплексной профилактики и лечения воспалительных процессов у соматически здоровых лиц молодого

возраста / Т.В. Колесник, О.В.Деньга // Современная стоматология. – 2013. - №15(69), - с. 44-48.

97. Струк В.І. Аналіз динаміки захворюваності твердих тканин зубів у жителів міста Чернівці / В.І.Струк, Д.В. Тамазликяр, О.В.Митченко // Український стоматологічний альманах. – 2-13. - №3. – с.28-30.

98. Біда О.В. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування в Україні / О.В. Біда, В.І.Струк, Ю.І.Забуча // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім..П.Л.Щупика. – 2013. – Вип.22, кн.1. – с.370-376.

99. Турянська Н.І Розповсюдженість захворювань твердих тканин зубів у студентів. Вісник проблем біології та медицини. 2017, вип.. 4, Т.2 (140), с. 253-256.

100. Возний О.В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України / О.В. Возний, С.М.Тарманчук, В.І.Струк, В.І.Біда, А.В.Погоріла // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки і практики. – 2019. – Т.12, №2 (30). – с.228-234.

101. Костенко С.В., Фера М.О., Фера О.В.,Криванич В.М, Вілищук Л.П., Старенький А.Р. та ін.. Особливості впливу харчування та інших факторів побуту на виникнення й розповсюдження періодонтиту серед населення віком 25-30 років смт Великий Бичків. Проблеми клінічної педіатрії. 2020; 1-2:6-12.

102. Костенко С.Б, Денчик А.А., Романова Ю.Г. Оценка функционального состояния височно-нижнечелюстного сустава у лиц молодого возраста с локализованным периодонтитом. Нац. Конгр. С междунар. Участием. Паринские чтения 2020. Минск: Издательский центр БПУ. 2020. С.180-184.

103. Oral health in Latvian 15-year-olds / S.Biarnason, S.Berzina, R.Care [et al.] // Europ. J. oral. Science . – 1995. – Vol.103.№5. – p.274-279.

105. Upper gastrointestinal symptoms in medical professionals: a higher burden / J.A.Barkin, M.A.Sendzischew, D.C.Landy, B.Moshiree // *South med.j.* – 2015. – Vol. 108, №6. – p.402-404.

106. Костенко С.Б., Стецик М.О., Стецик А.О. Диференційні зміни стоматологічного статусу у віковому аспекті Collection de papiers scientifiques «ЛОГОЕ» avec des materiaus de la Conference scientifique international (Vol.1) 2020. P. 34-37.

107. Петрушанко Т.О. Розповсюдженість і інтенсивність основних стоматологічних захворювань у школярів 12-17 років м.Полтави /Т.О.Петрушанко // *Медицина сьогодні і завтра.* – 2000. - №2. - с.130-132.

108. Zero A.A. Relation between microbiological med/clinical parameters in periodontal disease./A.A.Zero// *J.Am.Dent. Assoc.*- 2004. – V.29. №4. P. 451-454.

109. Колесник Т.В.Экспериментальное обоснование применения комплексной терапии при лечении заболеваний пародонта / Т.В.Колесник // *Вісник стоматології.* – 2013. - №1. С.14-17.

110. A comparative in vitro study of a magnetostrictive and a piezoelectric ultrasonic scaling instrument / A.Busslinger, K.Lampe, M.Benchut, B.Lehniann./ *J.Clin. Periodontal.* – 2001. – Vol. 28, №7. – p.642-649.

111. Apatzidov D.A. Quadrant root planning versus same-day full-mouth root planning: 3. Dinamics of the immune response / D.A.Apatzidov, D.F.Kinane // *J.Clin. Periodontal.* – 2004. – Vol.31, №3, - p.152-159.

112. The role of individual oral neighbourhood social factors on periodontitis: the third Nation Health and nation examination survey / L.N.Borroll, B.A.Burnt, R.C.Warren [ et al.] // *J.Periodontal.* – 2006. – Vol. 77, №3. P. 444-453.

113. Безушко Е.В. Образовательные знания по уходу за полостью рта у детей школьного возраста / Е.В.Безушко, Н.Л.Чухрай// *Стоматологический журнал.*- Минск, 2013. – т. XIV, №3(52). – с.251-253.

114. Деньга О.В. Генетический метод оценки воспаления в тканях пародонта у лиц молодого возраста для профилактики данного заболевания / О.В.Деньга, Т.В.Колесник // *Актуальні питання сучасної медицини: наукові*

дискусії : міжнародна науково-практична конференція. М.Львів, 26-27 вересня 2014 року: тези доп. – Львів, 2014. – с.45-48.

115. Schneider Q. Correlation between psychosocial factors and periodontal disease – a systematic review of the literature / Q.Schneider, S.Legendecker // Z.Nafajee // Periodontol. 2006. – 2005. – Vol.38. – p. 135-187.

116. Бармс Д.Е. Всемирная организация здравоохранения и задачи развития стоматологии / Д.Е.Бармс, П.А.Леус // Стоматология. – 1982. - №6. С.80-81.

117. Фера О.В. Основні критерії структури територіальних оздоровчих програм профілактики захворювань органів порожнини рота / О.В. Фера, М.О.Фера, Т.В.Єрем// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012, спец видання, с.112-118.

118. Колесник Т.В. Клиническое обоснование эффективности комплексной профилактики и лечения воспалительных процессов у лиц молодого возраста. / Т.В.Колесник, О.В.Деньга // Медична наука в практику охорони здоров'я. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених, м. Полтава, 21 листопада 2014 р: теза доп. – Полтава 2014. С.14-15.

119. Структура дефектов зубных рядов у взрослого населения Украины по данным стоматологических осмотров / В.А.Лабунец, Е.И.Семенов, Т.В.Дієва // Перспективы. – 1998. – №2., додаток 3. – с.23-26.

120. Лабунец В.А., Дієва Т.В., Вікова та статевая характеристика потреби дорослого міського населення України в стоматологічній ортопедичній допомозі // Галицький лікарський вісник, - 2000. - №4 том. 8, с.105-107.

121. Лабунец В.А. Характеристика потреби дорослого міського населення України в стоматологічній ортопедичній допомозі // Вісник Одеського державного медичного університету. – 1999. – Том 4, випуск 3. – с. 140-143.

122. Мунтян Л.М. Вивчення потреби м.Вінниці і Вінницької області в незнімних протезах з опорою на імплантати / Л.М.Мунтян, Е.В.Беляев //

Матеріали наук.-практ.конф. «Сучасні технології лікування та профілактики ортопедичних та ортодонтичних хворих.- Вінниця, 2003. – с.53-54.

123. Сітлична О.М. Профілактика та моніторинг стоматологічного здоров'я у дітей шкільного віку / О.М. Світлична // Наукові та практичні аспекти індивідуальної та професійної гігієни порожнини рота у дітей та дорослих: наук.-практ. Конференція, м.Одеса, 14-15 квітня 2009 р.: теза допов. – Одеса, 2009. – с.101.

124. Мягкова Н.В. Оклюзионные нарушения у взрослых пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями / Н.В.Мягкова, Е.С.Бимбас // Ортодонтия. - 2003. - №4. - с.31-34.

125. Гордова В.В. Спосіб профілактичного лікування включених дефектів зубних рядів у дітей і підлітків.: Современная стоматология. – 2005. №2. – с.102-103.

126. Опрушенко І.І. Ортопедичні методи профілактики розвитку зубощелепних деформацій при малих дефектах зубних рядів: автореф.дис.. на здобуття наук.ступеня канд..мед.наук за спец.: 14.00.21 - стоматологія / І.І.Опрушенко. – К., 1994. – 13 с.

127. Криштаб С.И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов / С.И. Криштаб, А.И.Довбенко // Стоматология. - 1984. - №5. - с.60-61.

128. Почтарев А.А. Частота деформаций зубного ряда после удаления зубов / А.А.Почтарев // Проблемы ортопедической стоматологии. - К., 1966. - Вып.1. - с.89-92.

129. Лабунець В.А, О.В.Лабунець, С.А.Шнайдер, С.В.Рачинський, Т.В.Дієва / Анатомо-топографічна характеристика зубів і дефектів зубних рядів, що підлягають ортопедичному лікуванню у осіб призовного віку Івано-Франківської області // Вісник стоматології. – 2019. – №2. С.32-37.

130. Вдовенко Л.П. Стан скронево-нижньощелепного суглоба при протезуванні хворих із малими дефектами зубних рядів / Л.П.Вдовенко, З.Р.Ожоган // Вісник стоматології. - 2018. - №3. - с. 55-58.

131. The influence of altered occlusal guidance on condilar dishlacement / N.Ocano, K.Baba, S.Akishige, T.Ohyama // J. Oral Rehabil. - 2002. - V.29. - p.1091-1098.

132. Макеев В.Ф., Ю.О.Ріберт, В.А.Лабунець, Т.І.Пунін, О.Ю.Фецин. Оклюзійні чинники в розвитку мезо-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів // «Bulletin of dentistry». Вісник стоматології. - №2 (115), т. 40. – 2021. С.85-93.

133. Ocuda T.A. A clinical study o occlusal plane in relation with orofacial morphology and stomatoguathic function / T.Ocuda // Osaka Daigaku, Shigaku Zazzki. - 1990. - V.35. - №1. - p. 369-399.

134. Гризодуб Е.В., Гризодуб Д.В. Изучение распространенности заболеваний тканей пародонта среди населения Харьковского региона. Проблемы сучасної медичної науки та освіти. – 2010; 4: 67-71.

135. Hack D. Das verhalten des untered zweiten Molarin nach Extraction des ersten Molaren and Die Folgen / D.Hack // Juand. Diss. Mainz. - 1978. - 45 s.

136. Risk factors for tooth loss over a 28 year period. / В.А.Burst, A.V.Ismail, E.C.Morrison [et al.] // J.Dent.Pes. - 1990. - V.69, №5. - p.1126-1130.

137. Ляхова Н.О., Голованова І.А. Поширеність ортодонтичної патології серед дитячого населення окремих регіонів України. Здоров'я людини: теорія і практики: Матеріали між нар.наук.-практ. Конф. (Суми, 17-19 жовтня 2017р.). Суми. 2017. С.262-266.

138. Дячук К.Г. Особливості планування заходів профілактики карієсу зубів у школярів старших класів м.Ужгорода, Дис.магістра медицини. Спец. Стоматологія. Ужгород. 2015. 73с.

139. Макеев В.Ф. Особливості втрати шостих зубів у підлітків 13-17 років залежно від віку, статі та приналежності до відповідної щелепи / В.Ф.Макеев, Г.В.Мартінек // Український стоматологічний альманах. - 2002. - №6. - с.75-80.

140. Мартінек Г.Б. Сучасний стан проблеми профілактики та лікування вторинних деформацій зубних рядів: матеріали наук.практ.конф. “Сучасна

реконструктивна стоматологія. Міждисциплінарний підхід. /Г.Б. Мартінек/ - Одеса. - 2012. - с. 20-21.

141. Мартінек Г.В. Клініко-біологічні і функціональні зміни у зубощелепній системі підлітків із малими дефектами зубних рядів і методи їх попередження: автореф.дисс. на здобуття наук.ступеню канд.мед.наук: спец. 14.00.21 “стоматологія” // Г.В.Мартінек - Львів, 2013. - 16 с.

142. Драгомирецька М.С. Стан СНЩС у пацієнтів з дефектами зубного ряду малої протяжності та вторинними деформаціями з урахуванням переважної сторони жування // М.С.Драгомирецька, Р.О.Мірза // Проблеми екології та медицини: Матеріали науково-практичної конф. “Інноваційні технології в стоматології і клінічній медицині”. - Полтава. - 2011. - №3-4 (15). - с.78-79.

143. Мірза Р.О. Клініко-лабораторне обґрунтування нормалізації окклюзійних співвідношень при великих деформаціях зубних рядів: автореф.дис.на здобуття наукового ступеня канд.мед.науза спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // Р.О.Мірза. - Київ, 2013. - 17с.

144. Драгомирецька М.С. Доцільність застосування магнітно-резонансної томографії в пацієнтів з втратою перших постійних молярів / М.С.Драгомирецька, Р.О.Мірза // Современная стоматология. - 2011. - №4 (58). - с.131-134.

145. Драгомирецька М.С. Аналіз етіології вторинних деформацій зубних рядів у жителів Києва / М.С.Драгомирецька, Р.О.Мірза // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім.П.Л.Щупика. - К., 2012. - вип.21, кн.4, - с.33-39.

146. Драгомирецькая М.С. Детализация диагностики при вторичных дефектах зубных рядов, обусловленных отсутствием первых постоянных моляров / М.С.Драгомирецькая, Р.А.Мірза // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім.П.Л.Щупика. - К., 2012. - вип.21, кн.2, - с.108-111.

147. Захарова Г.Є. Зміни структури окклюзійної поверхні зубних рядів внаслідок втрати перших постійних молярів / Г.Є.Захарова // Сучасна стоматологія. - 2007. - №3 (30). - С.132-137.

148. Кононова О.В. Сучасний стан лікування карієсу та його ускладнень у населення України. Гігієна населених місць. 2014. №64. С. 336-342.

149. Неспядько В.П. Нарушение окклюзионных взаимоотношений при отсутствии одного моляра. / В.П.Неспядько, З.Е. Жегурович, А.Е.Захарова // Стоматология. - 2006. - №1. - с.23-28.

150. Медико-соціальні обґрунтування обов'язкового раннього ортопедичного лікування малих включених дефектів зубних рядів у осіб 15-29 років: - Методичні рекомендації. - Одеса, 2017. - 22 с.

151. Лепский В.В. Стоматологический статус соматически здоровых молодых людей Украины / В.В.Лепский, Т.В.Колесник, О.В.Деньга // Вісник стоматології. - 2011. - №4. - С.76-79.

152. Лепский В.В. Профилактика разных осложнений при ортопедическом лечении включенных одиночных дефектов зубных рядов / В.В.Лепский, О.В.Деньга, Т.Г.Вербицкая, О.А.Макаренко // Вестник стоматологии. - 2012. - №1. - с.53-57.

153. Стан стоматологічної ортопедичної захворюваності, допомоги, прогноз розвитку та спрямовані шаги реформування системи організації протезування чоловікам призовного віку в Україні / В.А.Лабунець, С.В.Рачинський, С.А.Шнайдер, О.В.Лабунець, Т.В.Дієва // Colloquium journal №8 (95), Czess (Warszawa Polska). – 2021. -с.4-8.

154. Леус П.А. Тенденции стоматологической заболеваемости в Европе и СНГ / П.А.Леус: Матеріали міжнародної наук.-практ.конф. “Епідеміологія основних стоматологічних захворювань, 15-17 квітня 2004 р. - Івано-Франківськ. - с.9-10.

155. Леус П.А. Мониторинг качества системы стоматологической помощи населению / П.А.Леус: матеріали міжнар. наук.-практ. конференції



“Епідеміологія основних стоматологічних захворювань” 15-17 квітня, - 2004 р. - Івано-Франківськ. - с.10-11.

156. Чопчик В.Д. Аналіз стоматологічної допомоги дорослому населенню / В.Д.Чопчик: Матеріали наук.-практ. конф. “Епідеміологія основних стоматологічних захворювань, 15-17 квітня 2004 р. - Івано-Франківськ. - с.81-83.

157. Гордова В.В. Удосконалення технології діагностики та лікування дефектів зубних рядів у дітей та підлітків: автореф.дисс. на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // В.В.Гордова. - Київ. - 2008. - 17 с.

158. Дмитренко І.А. Стан зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів. / І.А.Дмитренко, З.Р.Ожоган // Український стоматологічний альманах, - 2009. - №3. - С.23-25.

159. Дмитренко І.А. Особливості діагностики оклюзійних порушень у хворих з дефектами зубних рядів / І.А.Дмитренко, З.Р.Ожоган // Тези доповідей XII конгресу світової медицини українських лікарських товариств (Івано-Франківськ, 25-28 вересня, 2008). - Київ, Чикаго. - 2008. - С.411.

160. Дмитренко І.А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими зубними протезами з урахуванням стану скронево-нижньощелепного суглобу; автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // І.А.Дмитренко. - Київ, 2013. - 18 с.

161. Моргунская В.А. Состояние височно-нижнечелюстного сустава у лиц призывного возраста / В.А.Моргунская, Т.Б.Людчик // Стоматологія. - 2011. - №2. - С.29-31.

162. Малий Д.Ю., Антоненко М.Ю. Епідеміологія захворювань пародонта: віковий аспект. Український науково-медичний журнал. 2013, №4, С.41-43.

163. Мазур І.П.Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. Современная стоматология. – 2017. - №2. – с.69-71.

164. Світлична О.М. Розробка та обґрунтування регіональної програми профілактики основних стоматологічних захворювань [текст] : автореф.дис. канд..мед. наук: 14.01.22. – О., 2013. – 20с.

165. Заблоцький Я.В. Потреба та показання до заміщення включених дефектів зубних рядів незнімними протезами з опорою на імплантати залежно від стану зубів, які їх обмежують. / Я.В.Заблоцький // Матеріали II Укр.міжнар.конгресу “Стоматологічна імплантологія. Остеоінтеграція.” - К.,2006. - С.165-167.

166. Єфіменко А.С. Порівняльна оцінка остеоінтеграції одно етапних внутрішньо кісткових імплантатів з різним типом поверхонь: автореф. Дис.. канд..мед.наук, Полтава. – 2021. – 20 с.

167. Бучок Р.А., Беліков О.Б. Поширеність не каріозних уражень твердих тканин зубів серед студентської молоді та причинно-наслідкові зв'язки їх виникнення. Буковинський медичний вісник. 2012. Т.16. №4. С. 64.

168. Семенов Е.И. Нуждаемость и обеспеченность молодого населения Украины в стоматологической помощи / Е.И.Семенов, О.Н.Сенников // Вісник стоматології. - 2016. - №3. - с.45-47.

169. Семенов Е.І. Обґрунтування та шляхи підвищення ефективності надання ортопедичної допомоги хворим з використанням дентальних імплантатів: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // Є.І.Семенов. - Одеса, 2018. - 36с.

170. Семенов Е.И. Распространенность и структура дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г.Ивано-Франковск / Е.И.Семенов, В.А.Лабунец О.Н.Сенников // Вісник стоматології. - 2013. - №4. - с.80-82.

171. Лепський В.В. Диференційний підхід до ортопедичного лікування хворих з малими включеними дефектами зубних рядів: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук., Одеса, 2012. - 20с.

172. Дєньга О.В. Рівень функціональних реакцій у порожнині рота та структурно-функціональний стан кісткових тканин у процесі комплексного ортопедичного лікування включених дефектів зубних рядів / О.В. Дєньга,

В.В.Лепський, Е.М.Деньга, М.С.Драгомирецька // Новини стоматології. - 2012. - №1. - С.91-94.

173. Патент на корисну модель №68950, Україна. МПК А61К 6/00. Спосіб профілактики ускладнень при ортопедичному лікуванні включених поодиноких дефектів зубних рядів / О.В.Деньга, В.В.Лепський, - №201201033; Заявл. 31.01.2012; Опубл. 10.04.12. - Бюл. №7.

174. Косенко К.Н. Комплексное ортопедическое лечение включенных одиночных дефектов зубных рядов / К.Н. Косенко, О.В.Деньга, Э.М.Деньга, В.В. Лепський // Маестро стоматологии (Москва). - 2012. - №1. - С.24-29.

175. Лепский В.В. Оценка подвижности имплантатов и опорных зубов в процессе комплексного ортопедического лечения включенных одиночных дефектов зубных рядов / В.В.Лепский, Л.Э.Деньга, Э.М.Деньга // Дентальные технологии. - 2012. - №1. - с.56-59.

176. Мунтян Л.М. Вивчення потреби м.Вінниці і Вінницької області в незнімних протезах з опорою на імпланти / Л.М.Мунтян, Є.В.Беляев // Матеріали наук.практ.конф. "Сучасні технології лікування та профілактики ортопедичних та ортодонтичних хворих". - Вінниця, 2003, - с.53-54.

177. Курдиш Л.Ф. Лікування, профілактика та прогнозування множинного карієсу зубів у підлітків: автореф.дис. канд..мед.наук. Львів, 2010. 20 с.

178. Мазур І.П., Павленко О.В., Близнюк В.Г. Сучасний стан стоматологічної допомоги в Україні. Здоров'я України 21 сторіччя. 2017, №18(415) URL.: [http: \hcalth-ua.com](http://hcalth-ua.com) \ article \ 31266-suchasnij-stan-stomatologichno-dopomogi-v-Ukraini.28.01.2019.

179. Особливості клінічної картини дефектів зубних рядів у осіб молодого віку / З.Р.Ожоган, Л.П.Вдовенко // Дентальніе технологи. – 2006. - №3-6 (28-31). – с.19-21.

180. Павленко О.В., Вахненко А.Ю. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія. Современная стоматология. 2013.№4.с.180-184.

181. Павленко О.В., Листопад О.П. Вибір методики відновлення коронок перших молярів (огляд літератури). Современная стоматология. 2014. №2. С.100-103.

182. Павленко О.В., Кордіяк А.Ю. Організаційні та нормативно-правові аспекти управління якості надання стоматологічної ортопедичної допомоги. Український стоматологічний альманах. 2012. №3. С.46-49.

183. Угляр І.М. Аналіз результатів клініко-інструментальних досліджень окклюзійних порушень у пацієнтів з частковими дефектами зубних рядів / І.М.Угляр, В.Ю.Вовк, Ю.В.Вовк // Вісник стоматології. - 2013. - №4. - с.88-96.

184. Угляр І.М. Діагностика окклюзійних порушень у пацієнтів з частковими дефектами зубних рядів / І.М.Угляр // Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості, як пріоритетна функція держави: матеріали науково-практичної конференції 5-6 квітня. Одеса. - 2013.

185. Фліс П.С. Ортодонтична підготовка зубних рядів до протезування при частковій та множинній адентії / П.С.Фліс, С.І.Дорошенко, Ю.І.Бабаскін // Сучасна ортодонція. - м2005. - №1-2. - с.13-17.

186. Камалов Р.Х. Диагностика и функциональная характеристика ранних окклюзионных нарушений / Р.Х.Камалов, И.Ф.Логванюк// Вісник стоматології. – 1997. - №4. С.17-18.

187. Мізюк Л.В. Функціональний стан жувальних м'язів при частковій втраті зубів та після протезування /Л.В.Мізюк, Л.І.Полехан, З.Р.Ожоган // Архів клінічної медицини. – 2006. - №1. – с.49-50.

188. Лонгвинюк Н.Ф. Профилактика ранних окклюзионных нарушений при непрерывных зубных рядах ортогнатического прикуса / Н.Ф.Логвинюк, Р.Х.Кашалов, В.А.Сердина // Вісник стоматології, - 1997, №4. – с.24-26.

189. Король М.Д. Підготовка і ортопедичне лікування хворих з вторинними деформаціями зубних рядів: автореф.дис...д-ра мед.наук: спец. «стоматологія» / М.Д.Король. – 1999. 33 с.

190. Вознюк В.П. Діагностика та ортопедичні методи лікування дефектів коронкової частини зубів у дітей: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” / В.П.Вознюк. - Київ, 2006. - 17с.

191. Шибінський В.Я. Вплив оклюзійних порушень на внутрішній розлад скронево-нижньощелепних суглобів та їх диференційна діагностика з допомогою магнітно-резонансної томографії : автореф.дис.на здобуття наук. Ступеня канд..мед.наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В.Я.Шибінський. – Львів, 2009. – 18с.

192. Вдовенко Л.П. Методики заміщення малих дефектів зубних рядів із метою профілактики зубощелепних деформацій / Л.П.Вдовенко, З.Р.Ожоган / Український стоматологічний альманах. – 2004. - №3. С.51-53.

193. Гордова В.В. Спосіб профілактичного лікування включених дефектів зубних рядів у дітей та підлітків // Современная стоматология. – 2005. №2. – с.102-103.

194.Малюченко М.М.Потреба населення в незнімному протезуванні / М.М.Малюченко // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, Полтава, 2000. – с.70-71.

195. Чучмай Л.Д. Возмещение дефекта зубных рядов у детей и его значение в профилактике зубочелюстных аномалий; автореф. Дис. на соискание учен.степени канд.мед.наук; спец. 14.01.22 «Стоматология» / Л.Д.Чучмай. – Львов, 1967. – 17с.

196. Henrimo M. Studies of function and disfunction of the mastificatiry system. // Index for anamnestic and clinical disfunction and occlusal state. Sven.Taudiar. Tidskr, 1974; 2(76), 101-102.

197. Garg A.K. Analyzing dental occlusion for implants; Terscan`s T.S Can /// Dent implantal update. 2007. Sep; 18 (9): 65-70.

198. Заліський Б.Н. Ортопедичне лікування з частковими дефектами зубних рядів адгезивними мостоподібними протезами: автореф.дисс.на

здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” / Б.Н.Заліський, Львів, - 1994. - 16 с.

199. Завялова Т.С. Причины деформации зубных рядов у подростков и их последствия. Обзор литературы / Т.С.Завялова // Современная стоматология. – 2009. - №5. – с.124-126.

200. Состояние тканей пародонта у пациентов с зубочелюстными аномалиями в динамике лечения разными конструкциями ортопедических аппаратов / Н.В. Головкин, Хатаб, Шади Аль // Сучасна ортодонтия. - К., 2006. - №4. - с.14-16с.

201. Eckhart J.E. Orthodontic uprighting of horizontally impacted mandibular second molars / J.E.Eckhart // J.Clin.Orthod. - 1998. 32.p. - 621-624.

202. Thilander B. Basic mechanisms in craniofacial growth Acta Odontologica Scandinavica, Volume 53, No.3, Pages 144-151, 1995.

203. Turley P.K. Early treatment of the class II orthodontics patients // American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. - 2002. - Vol.121. No.2. - p.121.

204. Sicilani Q., Terranova S. Orthodontia Linguale. 2 edicionale. 256 pagine Masson; 2001;

205. William M. Northway, John B.Meade Jr. Surgically assisted rapid maxillary expansion: A comparison of technique, response, and stability. The angle Orthodontist, Volume 67, Issue 4, Pages 309-320, 1999.

206. Множинна втрата зубів та скронево-нижньощелепні розлади // Інноваційні технології в сучасній стоматології : наук.практ.конф. в рамках проведення III стоматологічного форуму “Медвін: стоматологія”, 20-22 березня 2014, Івано-Франківськ : тези доповідей. - Івано-Франківськ, 2014. - с.43-44.

207. Дорубець А.Д. Клініко-технологічні особливості протезування малих дефектів зубних рядів безметалевими конструкціями зубних протезів за технологією “IPS e max”, з використанням “Ips e max Zir CAD”:

автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” / Полтава, 2011.

208. Біда В.І. Особливості клінічного перебігу часткової втрати зубів та її ускладнення / В.І. Біда // Вісник стоматології, - 2000. - №5. - с.78-79.

209. Нестор Р.А. Клініко-технологічні особливості протезування хворих з частковою відсутністю зубів та м'язо-суглобовими розладами ортопедичними конструкціями з телескопічними системами фіксації: автореф.дис.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук, Львів. - 2015. - 18 с.

210. Біда О.В. Диференційовані методи ортопедичного лікування та функціональної реабілітації хворих з дефектами зубних рядів, ускладнених зубощелепними деформаціями: Автореф.дис.докт.мед.наук. - Івано-Франківськ. - 2018. - 42 с.

211. Біда О.В. Аналіз стану стоматологічного здоров'я та рівня зубного протезування населення в Україні / О.В.Біда, В.І.Струк, Ю.І.Забуга // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім.П.Л.Щупика. - К., 2013. - Вип. 22, кн.1 - с.37.

212. Біда О.В. Вплив часткової втрати зубів, ускладненої зубощелепними деформаціями на стан гігієни порожнини рота / О.В.Біда, В.І.Струк, Ю.І.Забуга // Інноваційні технології в сучасній стоматології, в рамках проведення третього стоматологічного форуму “Медвін-стоматологія”: тези доп.наук.практ.конф. (Івано-Франківськ, 20-22 березня, 2014 р.) - Івано-Франківськ, 2014. - с.14-15.

213. Оснач Р.Г. Обґрунтування диференційних підходів до лікування хворих з дефектами зубних рядів, ускладненими зубощелепними деформаціями та їх профілактика. Автореф.дис.канд.мед.наук, - Київ. - 2015. - С.19.

214. . Оснач Р.Г. Лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями / Р.Г.Оснач, А.С.Кулиш, В.И.Остряк // Современная стоматология. - №2. - 2012. - с.38-43.

215. Кулініченко Р.В. Клініко-морфологічна характеристика скронево-нижньощелепних суглобів за наявності дефектів зубних рядів. Автореф. дис. канд. мед. наук, - Львів, - 2016. - 20 с.

216. Макєєв В.Ф. Аналіз зв'язку між частотою виникнення скронево-нижньощелепних розладів із дефектами зубних рядів у хворих на СНР / В.Ф.Макєєв, Р.В.Кулініченко // Стоматологічні новини. - 2015. - Вип.14. - с.52-53.

217. Драгомирецька С.І. Клініко-лабораторне обґрунтування вибору конструкції адгезивних мостоподібних протезів: Автореф. дис. канд. мед. наук, - Київ. - 2016. - 21с.

218. Кавецкий В.П. Адгезивные мостовидные протезы. Метод. пособие / В.П.Кавецкий, К.М.Поляков. - Минск, 2009. - 18с.

219. Біда В.І. Досвід заміщення дефектів зубних рядів при захворюванні тканин пародонту зубними протезами, виготовленими з термопластичного матеріалу “Ацетал” на основі поліоксиметилену / В.І.Біда, О.А.Омельченко, Н.А.Кочкіна // Дентальні технології. - 2009. - №4 (43). - с.34-37.

220. Лабунець О.В., Лабунець В.А., Шнайдер С.А., Рачинский С.В., Тієва Т.В. Порівняльна характеристика частоти видалених і зруйнованих зубів, які підлягають ортопедичному відновленню у осіб призовного віку Прикарпаття. // Медицина транспорту – 2020, Матеріали IV Міжнародного конгресу (16-18 вересня 2020). – с.36-39.

221. Малюченко М.М. Потреба населення в незнімному протезуванні / М.М.Малюченко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. “Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонтії” - Полтава, 2000, - с.70-71.

222. Савчук О.В. Потреба населення м.Києва в незнімному протезуванні / О.В.Савчук, В.І.Рудько // Галицький лікарський вісник, - 2005. - т.2, №1., ч.1. - с.86-87.



223. Беда В.И. Гигиена полости рта при несъемном зубном протезировании / В.И.Беда, М.А.Ярифа // Современная стоматология. - 2009. - №4. - с.124-128.

224. Павленко О.В., Майструк П.О. Аналіз поширеності карієсу та ускладненого карієсу в мешканців Києва. Сучасна стоматологія, 2013. №5. С.16-18.

225. Політун А.М., Марченко Н.С. Загальна оцінка стану твердих тканин зубів та чинників розвитку карієсу зубів у осіб молодого віку. Science Rise Medicasl Science. 2016. №4(3). С.16-22.

226. Івлєва Ю.В. Особливості диференційної діагностики та лікування дітей з різними формами адентії: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” / Ю.В.Івлєва. - Київ, 2013. - 17 с.

227. Ляхова Н.О., Голованова І.А. Поширеність ортодонтичної патології серед дитячого населення окремих регіонів України. Здоров'я людини: теорія і практика: матеріали міжнар.наук.-практ.конф. (Суми, 17-19 жовтня 2017 р.). Суми, 2017. С. 262-266.

228. Неспрядько В.П. Нарушение окклюзионных взаимоотношений при повреждении первых моляров / В.П.Неспрядько, З.Е.Жегулович, А.Е.Захарова // Современная стоматология. - 2002. - №4. - с.86-89.

229. Жегулович З.Є. Ортопедичне лікування, прогнозування та профілактика окклюдійних порушень жувального апарату: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня д-ра.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” / З.Є.Жегулович, Київ, - 2007. - 34 с.

230. Захарова А.В. Патогенез, профілактика та лікування окклюдійних порушень у осіб із втратою перших постійних молярів: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // А.В.Захарова. - Київ, 2009. - 19 с.

231. Лабунец В.А. Заболеваемость, состояние и тенденции развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста г.г.

Ивано-Франковск и Тернополь / В.А.Лабунец, О.В.Лабунец, О.В.Деньга, Т.В.Диева, В.В.Лепский, В.В.Лепский // Инновации в стоматологии. - 2014. - №2. - с.81-89.

232. Лабунец В.А. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В.А.Лабунец, Т.В.Диева, О.В.Лабунец // Одеський медичний журнал. - 2012. - №4 (132). - с.47-50.

233. Лабунец В.А. Состояние и тенденции развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста / В.А.Лабунец, Т.В.Диева, М.С.Куликов, О.В.Лабунец, В.В.Лепский, В.В.Лепский, Н.В.Рожкова // Український стоматологічний альманах. - 213. - №5. - с.85-88.

234. Лабунец О.В. Частота возникновения и анатомо-топографическая характеристика вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста гг. Ивано-Франковска и Тернополя с малыми включенными дефектами зубных рядов / О.В.Лабунец, О.В.Деньга, В.А.Лабунец, Т.В.Диева, В.В.Лепский, В.В.Лепский, Ю.Г.Романова // Галицький лікарський вісник. - 2014, - т.21, №2. - с.43-46.

235. Лабунец В.А. Виды смещения зубов при вторичных зубочелюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов / В.А. Лабунец, Т.В.Диева, Е.И.Семенов, В.В.Лепский, В.В.Лепский, Е.В.Диев, Н.В.Рожкова, М.С.Куликов, О.В.Лабунец // Вісник стоматології. - 2013. - №2. - с.62-66.

236. Дієв Є.В. Клініко-організаційні основи надання стоматологічної допомоги з застосуванням дентальних імплантатів: автореф.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” і 14.02.03 - “соціальна медицина”// Є.В.Дієв, - Одеса, - 2018, - 35 с.

237. Камалов Р.Х. Реформування системи стоматологічного забезпечення збройних сил України: спец.дисс.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.02.03 - “Соціальна медицина” // Р.Х.Камалов, - Київ. - 2006. - 22 с.

238. Камалов Р.Х. Стандартизація сил та засобів стоматологічних закладів і визначення критеріїв оцінки якості надання стоматологічної допомоги в Збройних силах України / Р.Х.Камалов, Л.М. Павловський, Ю.О.Буртова // Лікарська справа - Врачебное дело. - 2006. - 33. - с.69-74.

239. Камалов Р.Х. Сущность, цели, формирование информационного поля и общая методология разработки бизнес-плана стоматологических учреждений / Р.Х. Камалов, Л.М.Павловский // Лікарська справа - Врачебное дело. - 2005. - №8. - с.81-89.

240. Камалов Р.Х. Сучасний стан та перспектива розвитку організації надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України // Військ. медицина України. - 2004. - №3. - с.5-11.

241. Камалов Р.Х. Стан та шляхи удосконалення стоматологічної допомоги у Збройних Силах України / Р.Х.Камалов, А.М.Лихота, В.Н.Белінський // Військова медицина України. - 2001. - №1. - с.41-43.

242. Камалов Р.Х. Особливості надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх сімей Деснянського гарнізону / Р.Х.Камалов, В.Б.Овчинников, В.В.Коваленко, І.В.Федірко, О.І.Гезун // Збірник наук.практ. ГВКГ МО України. - К., 2003. - Вип.8. - с.39-41.

243. Камалов Р.Х. Стан стоматологічного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України та завдання з подальшого удосконалення стоматологічної допомоги в умовах недостатнього фінансування / Збір керівного складу медичної служби Збройних Сил України 25-27 лютого 2004 р.: З.доп. - К.: УВМА, 2004. - ч.ІІ. - с.39-53.

244. Камалов Р.Х. Частота уражень твердих тканин зубів і захворювань парадонту у молодого покоління Збройних Сил України / Р.Х.Камалов, М.Ф.Данілевський // Військ.медицина України. - 2001. - №2. - т.І. - с.148-152.

245. Martynek J/ usuwanie wtornych zaburzen w lukach zabowych u nastolatkow: Streszczenia / Zjazdu polskiego towarzystwa ortodontycznego / J. Martynek. - Warszawa, 1997. - S.28.

246. Поліщук Т.В. Аналіз ураженості карієсом дітей та підлітків м.Полтава. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2013. Т.14, №4. С.37-40.

247. Celenza F.Jr. Periodontal and restorative considerations of molar uprighting / F/Jr Celenza, t.Q. Mantzikos // Compendium Contion.Educ.Dent. - 1996. - Vol.17, №3. - p.294-296.

248. Riise C. A clinical study of the number of occluded tooth contacts in the intercapsal position at light and hard pressure in adults / C.Riise / J.Oral Rehabil. - 1982. - Vol.9, №6. - p.469-477.

249. Satravaha S. Anthropometrische sowie Zahn-Mund und Kieferbefunde bei sundanesischer Kindern / S.Satravaha // Fortschr.Kieferorthop. - 1988. Bd.46, №2. - S. 108-131.

250. Гулюк А.Г. Аналіз деяких показників периферичної крові з хронічним періодонтитом військовослужбовців ЗС України // А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт // Priority directions of science and technology development: 1 міжнародн.нак.-практ.конф. м.Київ, 27-29 вересня 2020р: тези допов. – Київ. 2020. – с.129-134.

251. Алфімов В. Профілактика захворювань військовослужбовців: проблеми та головні напрямки / В.Алфімов, Г.Гордієвський // Морська держава. - 2003. - №6. - с.16-21.

252. Гулюк А.Г. Інформативні методи рентгенологічних досліджень періостальних запальних процесів у військовослужбовців ЗСУ // А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт // Вісник стоматології. – 2018. - №2. С. 91-92.

253. Гулюк А.Г. Прогнозирование обострений хронического апикального периодонтита у военнослужащих / А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт // Science of Europe. – 2020. Vol.1, №61, с.29-34.

254. Шмідт П.А. Клініко-лабораторні особливості перебігу хронічного періодонтиту у військовослужбовців. – автореф.дис.канд.мед.наук. Одеса. – 2021. 20с.

255. Чопчик В.Д., Орлова Н.В. Стоматологічні захворювання як соціальна проблема. Вісник стоматології. 2004. №3. С.99-101.

256. Иванова Ж.В. Распространенность, интенсивность и особенности течения заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / Ж.В.Иванова // Современная стоматология. - 2002. - №4. - с.28-30.

257. Ower P. The role of self-administered plaque control in the management of periodontal diseases: J.A.review of the evidence / P.Ower // Dent. Update - 2003. - Vol.30(2). - p.60-64,66,68.

258. Oral hygiene habits and the state of periodontal health among a population of 1228 students in Abidjan / Ahnoux A., Ekra D., Kone Dental // Odontostomatol. Trop. - 2003. - Vol.26. - №10. - p.21-24/

259. Крячко А.Г. Стоматологічна захворюваність військовослужбовців України та розробка профілактичних заходів: автореф. дис.на здобуття наукового ступеня канд.мед.наук за спец.: 14.00.21 “Стоматологія” // Крячко А.Г. - Одеса. - 2009. - 23 с.

260. Крячко А.Г. Состояние полости рта у военнослужащих ВМС Украины с ранними сроками службы / А.Г.Крячко // Вісник стоматології. - 2008. - №2. - с.112-118.

261. Косенко К.Н. Стоматологическая заболеваемость призывников Военно-морских сил Украины / К.Н.Косенко, А.Г.Крячко // Вісник стоматології. - 2008. - №2. - с.112-118.

262. Крячко А.Г. Стан здоров'я ротової порожнини у військовослужбовців військово-морських сил України / А.Г.Крячко // Військова медицина України. - 2007. - Том 7. - №1. - с.23-25.

263. Крячко А.Г. Актуальні проблеми військово-морської медицини на сучасному етапі / А.Г.Крячко // Проблеми військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. - 2007. - Вип.20. - с.351-357.

264. Крячко А.Г. Влияние профилактических средств на состояние полости рта у военнослужащих ВМС Украины / А.Г.Крячко, К.Н. Косенко, О.А.Макаренко // Вісник стоматології. - 2007. - №2. - с.28-32.

265. Крячко А.Г. Лечебно-профилактическое действие зубного эликсира “Лизомукоид” при стоматологической патологии у кадровых военно-служащих ММС Украины / А.Г.Крячко, О.Э.Кнава // Вісник стоматології. - 2008. - №5-6, - с.15-17.

266. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008-2018 роки. / Ю.В.Вороненко, О.В.Павленко, І.П.Мазур. - Кропивницький: Поліум, 2018. - 212 с.

267. Федірко І.В. Статистичні показники при захворюваності на хронічний періодонтит та його ускладнення серед військовослужбовців ЗСУ, які проходили лікування в клініці ЩЛХ НВМКЦ “ГВКГ” / І.В.Федірко, С.М.Козловський, П.А.Шмідт // Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць УВМА. Випуск 46. 2016. С. 205-211.

268. Гулюк А.Г. Аналіз звернень військовослужбовців Збройних сил України з періапикальною інфекцією за 2013-2014 роки, які знаходились в клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології Головного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” Міністерства оборони України / А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт, І.В.Федірко, С.М.Козловський // Вісник стоматології. - 2016. №2. С. 75-79.

269. Гулюк А.Г. Слина та періапикальна грануляційна тканина, її роль в процесі діагностики та лікування хронічного періодонтиту та його ускладнень у військовослужбовців Збройних Сил України / А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт // “Інновації в стоматології”. 2016. №2. с. 15-21.

270. Гулюк А.Г. Особливості перебігу гострої періапикальної інфекції у військовослужбовців Збройних Сил України / А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт // Вісник стоматології. 2018. Т.29, №3. С. 47-52.

271. Гулюк А.Г. Рентгенологічні дослідження при періостальних інфекціях, її роль в процесі діагностики та лікування у військовослужбовців Збройних сил України / А.Г.Гулюк, П.А.Шмідт, О.Ф.Дзигал // Вісник стоматології. с.37, №3. С.31-41.

272. Федірко І.В. Лікування хронічного періодонтиту та його ускладнення у військовослужбовців Збройних Сил України в клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології Національного військово-медичного клінічного центру “Головний військовий клінічний госпіталь” / І.В.Федірко, С.М.Козловський, П.А.Шмідт // Сучасні аспекти військової медицини: зб.наук.пр. / М-во оборони України, Нац.військ-мед.клін.центр “ГВКГ”. 2018. Вип.25. С.141-148.

273. Schmidt P, Gulyuk A. Changes in some peripheral blood immune parameters of patients with chronic periodontitis among servicemen of the armed forces of Ukraine. *Innovative technologies in healthcare*. 2020;5 (70); 54-60.

274. Клітинська О.В., Мочалов Ю.О. Дячук К.Г., Розлуцька В.З., Стрічко Н.Ф. Особливості поширення карієсу зубів у школярів старших класів міста Ужгород. *Молодий вчений*, 2015. №10(2), с.170-172.

275. Мочалов Ю.О. Комплексне обґрунтування вдосконалення лікування зубів з дефектами твердих тканин в умовах розвитку імпортозаміщення пломбувальних матеріалів: автореф.дис.на здобуття наукового ступеня д-ра мед.наук: спец. 14.01.22 - стоматологія, 14.02.03 - соціальна медицина / Ю.О. Мочалов. - Ужгород. - 2020. - 47с.

## ДОДАТОК А

### СПИСОК ПУБЛІКАЦІЇ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА/ Анатомо-топографічна характеристика зубів і дефектів зубних рядів, що підлягають ортопедичному лікуванню у осіб призовного віку Івано-Франківської області. *Інновації в стоматології*. 2020; 1: 32-37. DOI: 10.35220/2523-420X/2020.1.7. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

2. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Ступницький РМ. Захворюваність, анатомо-топографічна структура, стан надання та прогноз розвитку стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку західного регіону України. *Світ медицини та біології*. 2020; 4 (74): 135-139. DOI: 10.26724/2079-8334-2020-4-74-135-139. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

3. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дзигал ОФ. Потреба та забезпеченість молодих осіб призовного віку у стоматологічній ортопедичній допомозі. *Вісник стоматології*. 2020; 111 (2): 67-71. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-35-2-67-71. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

4. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Прогноз розповсюженості і інтенсивності розвитку стоматологічної ортопедичної захворюваності серед осіб призовного віку західного регіону України. *Вісник стоматології*. 2020; 112 (3): 64-69. DOI: 10.35220/2078-8916-2020-37-3-64-69. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*



5. Rachinsky S., Schnayder S., Labunets O., Dieva T., Labunets V. Dental orthopedic morbidity among drafted men residing in Ivano-Frankivsk region. *Архів клінічної медицини*. 2020; 2 (26): 46-48. DOI: 10.21802/acm.2020.2.1 *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

6. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Обґрунтування медичної, соціальної необхідності та економічної доцільності реформування та планування стоматологічної ортопедичної допомоги молоді України. *Colloquium-journal*. 2020; 30 (82): 41-47. DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-42-49. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних сумісно з Лабунець О.В., написанні статті.*

7. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Дієва ОЄ. Розповсюдженість і інтенсивність прояву стоматологічної ортопедичної захворюваності серед чоловіків призовного віку Півдня України. *Інновації в стоматології*. 2019; 1: 50-54. DOI: 10.35220/2523-420X/2019.1.11. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

8. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Обґрунтування необхідності диференційного підходу при організації і плануванні стоматологічної ортопедичної допомоги особам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 4 (91): 11-15. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-491-11-15. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

9. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної захворюваності, допомоги, прогноз розвитку та спрямовані шляхи реформування системи організації

протезування чоловікам призовного віку в Україні. *Colloquium-Journal*. 2021; 8 (95): 4-8. DOI: 10.24412/2520-6990-2021-895-4-8. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, сумісно з науковим керівником сформовані висновки, практичні рекомендації, написана стаття.*

10. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика анатомо-топографічної структури зруйнованих і видалених зубів, які потребують ортопедичного лікування у міських і сільських мешканців призовного віку в Одеській області. *Вісник стоматології*. 2021; 1: 20-24. DOI: 10.35220/2078-8916-2021-39-1-20-24. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні статті.*

11. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ВА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Захворюваність та стан стоматологічної ортопедичної допомоги у допризовників та військовослужбовців України (огляд літератури). *Вісник стоматології*. 2019; 4 (109): 57-61. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2019-34-4-57-61>. *Участь здобувача полягає у проведенні літературного пошуку, аналізі стану питання, написанні огляду літератури.*

12. Лабунець ВА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Економічна доцільність раннього протезування зубів і дефектів зубних рядів у молодому віці. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 83-84. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

13. Лабунець ОВ, Рачинський СВ, Лабунець ВА, Дієва ТВ. Частота виникнення та анатомо-топографічна структура патологічного зміщення зубів у осіб молодого віку з дефектами зубних рядів в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 85-87. *Участь*

*здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

14. Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Порівняльна характеристика стоматологічної ортопедичної захворюваності у чоловіків призовного віку в Україні. Інноваційні технології в сучасній стоматології: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 24-26 березня 2021 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2021; 137-139. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

15. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ. Стан стоматологічної ортопедичної допомоги у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області. Інноваційні технології в сучасній стоматології : наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 11-13 березня 2020 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ, 2020; 115-116. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез*

16. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА. Порівняльна характеристика частоти видалених і зруйнованих зубів, які підлягають ортопедичному відновленню у осіб призовного віку Прикарпаття. Медицина транспорту – 2020: IV Міжнарод. конгрес, 16-18 вересня 2020 р., Одеса. Одеса, 2020; 36-39. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

17. Лабунець ВА, Шнайдер СА, Рачинський СВ, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Номеровська ОЄ. Медичні, соціальні й організаційні заходи щодо реформування системи організації надання стоматологічної ортопедичної допомоги чоловікам призовного віку в Україні. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021;

55-57. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

18. Рачинський СВ, Шнайдер СА, Лабунець ОВ, Дієва ТВ, Лабунець ВА, Номеровська ОЄ. Порівняльна характеристика потреби та рівня задоволеності осіб призовного віку у ортопедичній допомозі у різних медикогеографічних регіонах України. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, 17-18 вересня 2021 р., Одеса. Одеса, 2021; 62-63. *Участь здобувача полягає у проведенні стоматологічних оглядів, статистичній обробці та аналізі отриманих даних, написанні тез.*

### **АПРОБАЦІЯ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Сучасні проблеми ортопедичної стоматології: науково-практична конференція з міжнародною участю, Харків, 6-7 грудня 2019 р. – доповідь.

2. Інноваційні технології в сучасній стоматології: науково-практична конференція з міжнародною участю, Івано-Франківськ, 11-13 березня 2020 р. – тези.

3. Медицина транспорту – 2020: IV міжнародний конгрес, Одеса, 16-18 вересня 2020 р. – тези.

4. Інноваційні технології в сучасній стоматології: науково-практична конференція з міжнародною участю, Івано-Франківськ, 24-26 березня 2021 р. – тези.

5. Сучасні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань: науково-практична конференція з міжнародною участю, Одеса, 17-18 вересня 2021 р. – тези.

## ДОДАТОК Б

Діагностична карта обстеження стоматологічного ортопедичного хворого

МОЗ України

ГНБ Лебанюківський Водоканал Точуєв База оглядівІП КРВДата обстеження 25.10.2014

Домашня адреса	Рік народження	Стать	Соціальне положення	Освіта	Контактний телефон
<u>Хмельницька обл. Ізяславський р-он. с. Козаки</u>	<u>2001</u>	<u>Чол</u>			

## СТОМАТОЛОГІЧЕСКИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Хирургия	Терапія	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Терапія	Хирургия																

## СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ОРТОПЕДИЧНИЙ І ОРТОДОНТИЧНИЙ СТАТУС

Ортодонція	Зубні протези	Мікропротези, імплантація	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Мікропротези, імплантація	Зубні протези	Ортодонція																

## ПОТРЕБУЄ ОРТОПЕДИЧНОГО ТА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Ортодонція	Зубні протези	Мікропротези, імплантація	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Мікропротези, імплантація	Зубні протези	Ортодонція																

1. Патологія твердих тканин зубів (карієс, гіпоплазія, флюороз, квітковидний дефект, травма, інше – підкреслити)
2. Ступінь руйнування клінічної коронки за Клемансом ( 1/3, 2/3, та більше 2/3 частини – підкреслити)
3. Анатомо-топографічний стан коронки за Пузановою (1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й клас – підкреслити)
4. Часткова відсутність зубів на верхній щелепі ( \_\_ клас, \_\_ підклас) та нижній щелепі ( \_\_ клас, \_\_ підклас) за Кенеді
5. Повна відсутність зубів на верхній щелепі за Шредером ( \_\_ клас)
6. Повна відсутність зубів на нижній щелепі за Келером ( \_\_ клас)
7. Форма альвеолярного гребня в області часткового дефекта зубних рядів (трикутно-загострена, зрізаний конус, піктоподібна, напіввогнута, співвогнута – підкреслити)
8. Тип спайкової оболонки в області альвеолярного відростка за Сулєєв (нормальна, гіпертрофована, атрофована, «гребінь, що гоїться») – підкреслити
9. Патологічна стертість зубів ( 1-а, 2-а, 3-я ступінь) (горизонтальна, вертикальна, змішана) (локалізована, генералізована) – підкреслити
10. Пародонтит ( 1-а, 2-а, 3-я ступінь)
11. Пародонтоз ( 1-а, 2-а, 3-я ступінь)
12. Аномалії, деформації зубів і зубних рядів \_\_\_\_\_ вказати
13. Скалина шелепи патологічна \_\_\_\_\_ вказати
14. Прикус (ортогнатичний, проксималь, білатеральний, проксималь, протезний – підкреслити)
15. Тимчасове протезування \_\_\_\_\_ вказати
16. Протезування зубів \_\_\_\_\_ вказати
17. Інші нозологічні форми захворювань \_\_\_\_\_ вказати

Шифратор облікового запису		
№	Діагноз	Умовне скорочення
1	Термін відсутності зубів	В1, В2, В3, тощо (ремія)
2	Ступінь руйнування клінічної коронки	К-1/3, К-1/2, К-2/3
3	Ступінь руйнування коронки і рухливості зубів	К-1/3П1, К-1/3П1 тощо
4	Об'єм пломби	П1/3, П1/2, П2/3
5	Об'єм пломби і рухливість зубів	П1/3П1, П2/3П1 і т.д.
6	Корінь зуба, що підлягає відновленню	КВ
7	Корінь зуба, що підлягає відновленню	КВод
8	Коронкова частина зуба, що відновлена другим матеріалом	КАМ
9	Зуб, що підлягає відновленню з приводу пародонтиту та його ускладнень	ВП
10	Коронка металова штативована	КМ
11	Коронка штативована, облицьована пластмасою	КО
12	Коронка пластмасова	КП
13	Коронка фарфорова	КФ
14	Зуб фарфоровий	ЗФ
15	Фарска	Ф
16	Зуб литий металевий	Л
17	Зуб пластмасовий	Пл
18	Металомерамічна коронка	МК
19	Металомерамічний зуб	МКз
20	Цельмолит коронка, облицьована пластмасою	МП
21	Цельмолитний зуб, облицьований пластмасою	Мпз
22	Штифтовий зуб протезний	ШП

23	Штифтовий зуб складний	ШС
24	Кухова штифтова вкладка	КШВ
25	Аккер	АР
26	Частковий пластинковий протез	ЧС
27	Повний зубний протез	ПС
28	Біосильний протез	БП
29	Зимні судинніканти шина	ШП
30	Зимній судинніканти шина-протез	ШПП
31	Знігта коронки	ЗК
32	Адаптивний мостоводібний протез а) коронка б) зуб	АК АЗ
33	Зуб із феноменом Попова-Годона що висунутий по: -вертикальній осі -вертикальній осі з підв'язаним шкелем -вертикальній осі з вестибулярним нахилом -вертикальній осі з клином нахилом	ПВ ПВН ПВВ ПВМ
34	Зуби, висунути з альвеолярним відростком	ПВАО
35	Види нахилу аномального положення опорних зубів: -вертикальний -нахилений -поворот навколо осі -вестибулярний -оральний -дистальний -медіальний -посідати види	ВН ВНб ДН МН СН
36	Відсутність контактного пункту між зубами, які обмежують дефект зубного ряду та судинними	ОКП

## ДОДАТОК В



ПРЕЙСКУРАНТ  
ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ  
НЕКОММЕРЧЕ

ПРЕДПРИЯТИИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

	осмотр	,0
	прицельной	,0
	Анализ ортопантограммы, панорамной рентгенограммы, томограммы	
406	С ортодонтического	
	Клинико-диагностические	
408	центр	
409		
	Антропометрическое измерение черепа	
	Медицинские фотографирования	
	на	
413	диагностиче	
414		
	Антропометрической анализ телерентгенограммы головы	
	Выборочное прицеливание горбылка зубов	
	Саморезка горбылка одного молочного зуба	
	Сепарация зубов	
420		
421	Перебалансировка ортодонтического аппарата	
422	Припасовка и сдача аппарата с вестибулярной дугой	
423	Припасовка и сдача аппарата с петлями	
424	Припасовка и сдача аппарата с винтом	
	Припасовка ортодонтической аппаратуры с вспомогательными элементами	
426	Брекет-система (металлическая) на 1 челюсть	
	Брекет-система (самонарезающие эстетические брекет) на 1 челюсть	
428	Брекет-система (брекеты керамические) на 1 челюсть	
	Фиксация одного брекета	
430	Фиксация каждого последующего брекета	
431	Резка одного брекета	
432	Снятие одного брекета	

УТВЕРЖДАЮ:  
 Директор ЦИТ  
 Стоматологическая  
 поликлиника МБДОУ  
 № 111 г. В.В. Дзержинско  
 01 августа 2020г.

КОД		ЦЕНА
433	ортодонтического аппарата	
434	Фиксация или замена лингатур (1 челюсть)	0
435	Фиксация или замена лингатур (2 челюсти)	321
436	Фиксация или замена дуги (1 челюсть)	655,0
437	Подготовка сложного аппарата	3 991,0
438	аппарата	1 195,0
439	коррекции	334,0
44	экспертную	137,0
44	информационный образовательный для взрослых выпуск	91,0
442	информационный для детей и родителей выпуск	91,0
443	информационный для детей и родителей во время кризиса	91,0
444	Копия плана ортодонтического	91,0
445	аппарата (капы)	900,00
446	Мини-протез	1 700,00
447	Шинирование в зубо	1 200,00

## ДОДАТОК Г

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Директора ОНМедУ  
С.Васильюк  
2020р.

на платні ортодонтичні послуги  
Центру реконструктивної відновної  
та стоматологічними відділеннями

N п/п	Найменування робіт	Ціна, грн
1	Консультація пацієнта	
2	Подальше спостереження за пацієнтом	277,90
3	Визначення плану ортодонтичн. лікування(аналіз Ортопантоногра)	214,00
4	Зняття відбитка альвінатною масою і виготовлення діагностичних моделей з гіпсу	440,40
5	Здача знімного апарату (1 категорія)	1949,40
6	Здача знімного апарату (2 категорія)	2537,00
7	Здача знімного апарату (3 категорія)	3122,60
8	Активізація або корекція знімного апарату	459,40
9	Лагодження знімного апарату	673,90
10	Фіксація брекет-системи на одну щелепу метал	12280,50
11	Фіксація брекет-системи на одну щелепу керамка	15386,50
12	Фіксація брекет-системи на одну щелепу сапфір	16990,00
13	Фіксація брекет-системи на одну щелепу самоліпучі металеві	16581,70
14	Фіксація брекет-системи на одну щелепу самоліпучі керамка	18812,40
15	Фіксація брекет-системи часткової(2*4)	6476,50
16	Фіксація сегменту брекет-системи	3476,60
17	Фіксація кільця (коронки)	366,90
18	Фіксація 1 брекета(повторне)	341,50
19	Заміна дуги	283,30
20	Активізація дуги	223,20
21	Зміна лігатур	482,10
22	Зняття брекетів з однієї щелепи. Очищення, поправлення після зняття	1431,90
23	Виготовлення корегуючої капи	719,40
24	Виготовлення ретенційної капи	1000,20
25	Виготовлення роз'єднуючої суглобової капи	4120,40
26	Примірка та здача незнімного розширюючого апарату з гвинтом для розкриття піднебінного шва)	2714,80
27	Квадрогелікс	439,30
28	Припасування лицьової маски та дуги	2183,60
29	Примірка та здача лінгвальної або піднебінної дуги	2207,80
30	Фіксація ортодонтичних коронок з допоміжними елементами	





ЗАТВЕРДЖЕНО



КУ Т

на платні хірургічні послуги, що надаються стоматологічним відділенням Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) та стоматологічними відділеннями Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ

п/п	робіт	
	Консультація пацієнта	
	Подальше спостереження за пацієнтом	
	Розгорнута консультація з використанням рентгенографії, КТ, складання попереднього плану лікування	333
	Аплікаційна анестезія	
	Інфільтраційна анестезія	6,00
	Видалення молочного зуба (при фізіологічній зміні), постійного зуба при 3 ступені рухливості	
	Видалення зуба	
	Складне видалення зуба	
	Атипове видалення зуба	1624,50
10	П... (робка)	
1	...	2092,70
	Видалення втерому	
	Видалення папіломи	655,00
	Пластика вуздечки	703
	Хірургічне оголення коронки ретенційованого зуба (віконце для бр...	
1	Видалення (розсчення)	378,60
	...	
18	Видалення охолка зуба	206,90
	Первинна хірургічна обробка з накладанням швів до 2 см	
20	Мікропластична пластика - 1 сегмент	1963,30
	...	
	Вестибулопластика	1565,90
	Корекція пародонтальних кишень	2564
	Установка внутрішньокісткового імплантанта I категорії	335,70
	Установка внутрішньокісткового імплантанта II категорії	12102,30
	Установка внутрішньокісткового імплантанта III категорії	15529,20
	Видирття імплантанта, встановлення форми у вазні	23100,90
	...	450,90
28	Тимчасова ...	4951,80
29	...	2803,50
30	...	

Найменування робіт	Ціна (грн)
Видалення епуліса	850,50
Видалення ретенційної кістки	749,50
Видалення екзостозів	341,10
Лікування альвеоліту, локального остеомиєліту (кюретаж, медикаментозне лікування)	294,00
Вправлення вивиху	202,60
Лікування дисфункції СНЩС (розтягнення м'язів, контроль оклюзії артикуляції (т.д.))	367,40
Зняття протезів та фіксаторів	6520,80
Зняття протезів	10702,00
Синусліфтинг закритий	8230,30
Видалення каменя слинного	1125,70
Зняття протезів	401,50
Зняття біопсії	264,10
Лазерна коагуляція	295,80
Зняття швів	208,40

планово-економічного відділу

Центру реконструктивної  
стоматологічної медицини (Університетська

Багатопрофільного

відділення стоматології Центру реконструктивної  
стоматологічної медицини (Університетська клініка)

відділення стоматології №1 Багатопрофільного медичного центру

відділення стоматології №2 Багатопрофільного медичного центру

*Усео*

*[Signature]*

*[Signature]*

Кадябс

Мурат

С.В.Кленовська

О.Г.Пархоменко

В.В.Багнюк

ЕРДЖУ



В.о. ректора ОНМедУ

Р.С. Васьнянов

2020 р

рей

в платні терапевтичні послуги, що надаються стоматологічним відділенням Центру реконструктивної відновної медицини (Університетська клініка) та стоматологічними відділеннями Багатопрофільного медичного центру

п/п	Найменування робіт	Цін грн
	Консультація пацієнта	257,20
	Подальше спостереження за пацієнтом	209,00
	Прокладка лікувальна	215,00
	Прокладка ізолююча	208,30
	Накладення девіталізуючої пасти	251,20
	Тимчасова пломба / пов'язка	204,30
	Пломба постійна цементна	393,80
	Пломба постійна склономірний цемент	500,10
	Пломба постійна світло-твердуючий композит	681,10
	Пломба постійна фотополімерна - 1 покоління	731,60
	Пломба постійна фотополімерна - 2 покоління	842,90
	Рестаурація до половини зуба	1001,80
13	Рестаурація понад половини зуба	1175,30
	Рестаурація понад половини однокореневого зуба	403,00
	Тимчасова пломба / пов'язка зуба	483,50
	Обтурація трикореневого зуба	518,00
	Обтурація одного кореневого зуба паста-цемент без пломби	452,40
	Обтурація одного кореневого зуба паста-гутталерчевий штифт без пломби	587,80
	Обтурація двукореневого зуба паста-цемент без пломби	678,00
	Обтурація двукореневого зуба паста-гутталерчевий штифт без пломби	738,10
	Обтур трикореневого	900,40
	Обтурація трикореневого зуба паста-гутталерчевий штифт без пломби	1145,30
	Розпломбування	518,80
	Розпломбування	888,80
	Лікування	408,90
	Лікування	428,80
	Фторювання	220,90
	Сріблення 1 од.	175,70
	Герметизація фісур 1 од.	336,50
30	Скейлінг ручний	151,90
31	Скейлінг ультразвуковий	163,60
32	Гієноструйна	163,50

Найменування робіт	Ціна, грн
зубів (м'яко відкладення) 1 од.	194,30
зуб	448,00
эле	3557,80
чня захворювань пародонту (аплікації) - 1 відвідування	410,50
(амальгама, металева)	199,50
зрювань пародонту за допомогою натурованої кислоти-1 відвідування	709,50
реалізація зубів	239,70

планово-експертного відділу

*Н.З. Кадебська*

Н.З. Кадебська

Центру реконструктивної та відновної медицини  
медицини (Університетська клініка)

*Т.М. Муратова*

Т.М. Муратова

ора Багатопрофільного медичного цен

*О.А. Подуст*

О.А. Подуст

відділення стоматології Центру реконструктивної  
медицини (Університетська клініка)

*С.В. Кленовська*

С.В. Кленовська

відділення стоматології №1 Багатопрофільного медичного центру

*О.Г. Вархоменко*

О.Г. Вархоменко

відділення стоматології №2 Багатопрофільного медичного центру

*Т.М. Муратова*

ЗАТВЕРДЖУЄ



В.о. ректора ОНМедУ

Р.С.Васильянов

2020 р.

## ПРЕЙСКУРАНТ

на платні ортопедичні послуги, що надаються стоматологічним відділенням Центру реконструктивної та відновної медицини та стоматологічними відділеннями Багатопрофільного медичного центру

на 2020 р.

№ п/п	Найменування робіт	Ціна, грн
1	Консультація пацієнта	286,70
2	Подальше спостереження	170,40
Відновлення зуба:		
Вкладки:		
3	а) металеві	1508,90
4	б) керамічні (E-MAX)	4791,60
5	в) композитні	3757,60
Штифтова конструкція:		
6	а) відновлення культі з титановим штифтом	880,20
7	б) відновлення культі з скловолоконним штифтом	982,20
8	в) адгезивний міст	1076,30
9	г) шеврування в мосту -1 од.	718,80
Вікери:		
10	а) вінір коронка (прес кераміка) (E-MAX)	6362,60
11	б) вінір композитний прямим методом	1064,60
12	в) вінір композитний лабораторним методом	1610,10
Незнімне протезування - 1 од. коронки:		
13	а) коронка Cad Cam, або ZrO2(оксид цирконію)	7893,40
14	б) металокераміка Cad Cam на гвинтовій фіксації	8060,70
15	в) металокераміка на гвинтовій фіксації NiCr	3188,60
16	г) металокераміка на гвинтовій фіксації CoCr	3735,30
17	д) металокераміка на абатменті	3946,30
18	е) коронка Cad Cam на абатменті	8750,40
19	с) телескопічна коронка	1845,50
20	ж) металокераміка NiCr	2770,40
21	з) металева літа	1943,60
22	и) металокераміка (однослойна)	2278,60
23	л) металокераміка Shofu CoCr	3506,40

24	л) пластмаса (прямий метод)	
25	й) WAX-UP 1 од	480.50
26	к) М од	575.70
27	л) нормалізація оклюзійних співвідношень	657.10
28	м) виготовлення індивідуальної ложки	242.10
29	н) ортопедична капа	481.10
	<b>Знімне протезування:</b>	850.50
30	а) частковий протез	
31	б) повний протез	4218.00
32	в) повний протез з гарнітурою (IVOCCLARE)	5411.60
33	г) нейлоновий протез	6630.50
34	д) безпосередній протез (іммедіат)	7962.50
35	е) іммедіат протез нейлон	1528.00
36	є) металевий базис (армування)	3187.90
37	ж) з м'якою прокладкою + зуби Ivoclar	2869.50
	<b>Бюгельне протезування:</b>	5447.40
38	а) на кламерах	8681.50
39	б) на телескопічних коронках (кріпленнях)	14180.10
40	в) на кріпленнях з фрезеруванням	16899.70
	<b>Лагодження знімного протезу:</b>	
41	а) базису	573.20
42	б) кламера	649.00
43	в) штучного зуба-1 од.	503.80
44	г) нейлонового протезу	594.90
45	д) перебазування на моделі	892.40
46	е) ребазування (м'яка прокладка)	641.10
47	є) корекція протезу	217.90
	<b>Зняття коронки - 1 од.:</b>	
	а) штампованої	138.10
	б) литої металевої	182.50
50	в) металопластмасової	182.50
51	г) металокерамічної	182.50
52	д) кулькової вкладки зі штифтом	230.90
	<b>Фіксація</b>	
53	а) фіксація тимчасова - 1 од.	398.40
54	б) фіксація постійна (коронки) - 1 од.	453.10
55	в) фіксація постійна (вкладка штифт) - 1 од.	477.50
	<b>Зняття відбитка</b>	
56	а) зняття відбитка альгінатом	183.10
57	б) зняття відбитка 3-силіконом	284.10
58	в) зняття відбитка під імплантант	375.40
59	г) зняття двошарового відбитка силіконом	295.80
60	д) зняття двошарового відбитка під імплантант	409.30
	<b>Встановлення абатментів:</b>	
61	а) стандартний (титановий) - II покоління	810.90
62	б) стандартний (титановий) - IV покоління	2300.10
63	в) індивідуальний (з платформою) - II покоління	1761.00

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. директора ОНМедУ



Ф.С. Васьнянов

2021 р.

## ПРЕЙСКУРАНТ

на платні рентгенівські послуги, що надаються  
стоматологічними відділеннями Багатопрофільного медичного центру

Найменування робіт	Код робіт
Контактна рентгенографія	483,541

ово-еко

В.о. директора Багатопрофільного медичного центру

відділен

О.Г. Пархоменко

Людист

В.В. Багнік



## ДОДАТОК Д



№ з/п		Одиниця виміру	Ціна, грн.
1		1	85,30
	<i>Незнімне протезування</i>		
2	ро	1	481,70
3	ро	1	660,70
4		1	540,70
5	коронки	1	166,80
6	у ( ро	1	166,40
7	оклюзійної протезі)	1	166,40
8	Зуб	1	700,50
9	Зуб ро	1	563,10
10	Корон	1	580,20
11	Зуб	1	329,60
12	рон	1	1122,20
13	рон	1	1198,30
14	Зуб ро	1	990,30
15	Зуб литий з пластмасовим облицюванням (в мостовидному протезі)	1	1057,70
16	Коронка металокерамічна	1	1599,50
17	Зуб металокерамічний (в мостовидному протезі)	1	1591,00
18	Коронка керамічна пресована із безметалевої кераміки	1	4026,10
19	протезі)	1	3962,70
20	Коронка з діоксиду цирконію	1	4711,40
21	Зуб з діоксиду цирконію (в мостовидному протезі)	1	4638,60
22		1	834,30
23	ратор	1	3613,10
24	ку	1	636,70
25		1	870,40

26	ку	штифтова в б	зуб (к)	1	893,30
27				1	1037,30
28		пки цинко-фосфа		1	116,90
29				1	139,50
30		цементом для тиз		1	131,50
31		р		1	141,60
32				1	250,70
33		ою відбитковою масою		1	115,10
34		відбитковою масою		1	207,80
35	Відбитк А-силіконов	відбитковою масою		1	316,80
36		ідбитковою масою		1	516,80
37	Відбиток корегуючою	відбитковою масою з застосуванням	індивідуальної ложки	1	166,80
38	Вибіркове припільфонування	зубів		1	470,30
39	Металозахисне покриття 1	одиниці хромування		1	20,00
40	Метало захисне покриття 1	одиниці нітридом титану (булат)		1	30,00
		<i>Зніме протезування (пластикові протези)</i>			
41	Виготовлення індивідуальної	ложки		1	451,50
42	Ізоляція торуса			1	52,30
43	Повний протез із пла	маси з гарнітуром з		1	1800,80
44		юго протеза без гарні	ри зубів	1	1130,50
45		імного протеза на 6	фронтальних зубів	1	311,00
46	Гарнітур для частков	ного протеза на 8		1	425,50
47	Виготовлення гнучого	ламмера		1	29,60
48	Арм			1	458,10
49		ротеза сіткою		1	561,50
50	Виготовлення литого	базису в знімному протезі		1	2442,90
51	Перебазування знімного	протеза клінічним способом		1	569,50
52	Перебазування знімного	протезу лабораторним способом		1	591,50
53		ні (ланка)		1	280,10
54				1	2802,50
55				1	2275,80
56		ор	виробництва для знімного протеза	1	19,60
57	Зуб пластмасовий вітчизняного	виробництва для знімного протеза		1	16,10
		<i>Зніме протезування (біогельні протези)</i>			
58		ротеза на гіпсовій моделі (постійн		1	20
59		утримув		1	349,30
60		гіпсовій моделі		1	518,70
61	Одна ланка кламмера багато	ланкового на гіпсовій моделі		1	130,70
62	Додаткова опорна ланка на	гіпсовій моделі		1	130,40
63		моделі		1	566,50
64	Ду			1	349,00
65	Сітка (сідро)	пластмасовим базисом		1	234,70
66				1	4477,90

Кламмер утримуючий опо			
		1	
		1	
		1	
Дуга нижня на вогнетривкій м			
		1	
Металозахисне покриття -			
		1	
Ла			3
Кр		1	
Кріплення одного кламеру на пластмасу			
			4

Директор

Зак. відділом ортопедичної стоматології

Лікар-стоматолог-ортопед

Лікар-стоматолог-ортопед

Зубний технік

Головна медична сестра



*[Handwritten signatures and initials]*