

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ОДЕССКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

**Лабунец Ольга Васильевна**

УДК 616.314-089.23.004 “312”, “71”:001.5.008.5

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАННЕГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У  
ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**14.01.22 – стоматология**

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель

Деньга Оксана Васильевна

доктор медицинских наук, профессор

Одесса - 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ .....	7
РАЗДЕЛ I РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕ- ФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОСТОЯНИЕ ОР- ТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА .....	14
1.1 Распространенность малых включенных дефектов зубных ря- дов, их вторичных зубо-челюстных осложнений и факторы, способствующие их возникновению .....	14
1.2 Состояние стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста и тенденции её развития .....	23
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ..	31
2.1 Методика изучения распространённости малых дефектов зуб- ных рядов в молодом возрасте и их зубочелюстных деформа- ций и аномалий .....	32
2.1.1 Определение региона, выбор баз, объектов и методики стоматологического обследования .....	33
2.1.2 Определение перечня основных задач, подлежащих ре- шению в процессе эпидемиологических исследований ...	34
2.1.3 Определение минимально допустимого количества об- следованных лиц для достижения статистически досто- верных данных .....	35
2.1.4 Разработка подробного плана по организации и проведе- нию осмотров лиц молодого возраста, определение пе- речня объективных методов обследования, необходимой учетной документации для фиксации результатов кли- нического обследования .....	36
2.1.5 Экспертная оценка полученных результатов исследова- ния .....	40

2.1.6. Выкопировка, группировка и обработка полученных материалов .....	40
<b>РАЗДЕЛ 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ И АНОМАЛИЙ Г. ОДЕССЫ .....</b>	<b>44</b>
3.1 Численность и возрастно-половой состав обследованных лиц .....	44
3.2 Частота возникновения малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и их характеристика в динамике во временном аспекте .....	45
3.3 Количество малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Одессы на 1000 обследованных лиц .....	49
3.4 Интенсивность распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста с подобными дефектами .....	50
3.5 Структура малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста .....	52
3.6 Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов и лиц молодого возраста .....	54
3.7 Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов .....	56
3.8 Интенсивность возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и зубочелюстными аномалиями .....	58
3.9 Анатомо-топографическая характеристика вида смещения зубов при зубо-челюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов г. Одессы .....	60

РАЗДЕЛ 4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Г. ОДЕССЫ .....	70
4.1. Сравнительная характеристика и динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста за 1995 и 2012 годы .....	70
4.2. Состояние и динамика развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста .....	72
4.3. Сравнительная повозрастная характеристика нуждаемости и обеспеченности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов .....	76
4.4. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста г. Одессы в основных видах зубных протезов .....	81
РАЗДЕЛ 5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ ДЕФОРМАЦИЙ И АНОМАЛИЙ ГГ. ТЕРНОПОЛЯ, ИВАНО-ФРАНКОВСКА .....	90
5.1. Численность и возрастно-половой состав обследованных лиц ....	90
5.2 Частота возникновения и динамика развития во временном аспекте малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста .....	92
5.3. Общее число малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска, на 1000 обследованных лиц .....	95
5.4 Интенсивность распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста с подобными	97

дефектами .....	
5.5 Структура малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста .....	98
5.6 Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста .....	100
5.7. Распространенность зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов .....	102
5.8. Интенсивность возникновения зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и подобными патологическими состояниями .....	104
5.9 Анатомо-топографическая характеристика вида смещения опорных зубов и антагонистов при вторичных зубочелюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов гг. Тернополя и Ивано-Франковска на 1 обследованного .....	106
<b>РАЗДЕЛ 6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ГГ. ТЕРНОПОЛЯ И ИВАНО-ФРАНКОВСКА .....</b>	<b>114</b>
6.1. Сравнительная характеристика и динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста за 1995 – 2012 годы .....	114
6.2. Характеристика состояния и динамика развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста за 1995 и 2012 годы .....	116
6.3. Сравнительная повозрастная характеристика нуждаемости, но и обеспеченности лиц молодого возраста в основных видах зуб-	119

ных протезов	
6.4 Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска в основных видах зубных протезов .....	123
РАЗДЕЛ АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	131
Сравнительная характеристика стоматологической ортопедической заболеваемости, тенденции развития, вторичных зубочелюстных осложнений и состояния ортопедической помощи у лиц молодого возраста гг. Одессы и Тернополя, Ивано-Франковска .....	131
ВЫВОДЫ .....	140
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	143
ПЕРЕЧЕНЬ ССЫЛОК .....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	169
ПРИЛОЖЕНИЕ Б .....	180

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Общеизвестно, что несвоевременное ортопедическое лечение включенных дефектов зубных рядов или даже повреждение окклюзионной поверхности одного зуба, ведет, в большинстве своем, к возникновению различного рода вторичных зубочелюстных деформаций, аномалий, связанных с удалением зубов или их разрушением [26, 31, 32, 36, 46, 60, 65, 79, 159]. Причем, наиболее высокая степень частоты, интенсивности, скорости образования и тяжести их клинического проявления, наблюдаются, прежде всего, в молодом возрасте [20, 25, 67, 77, 141, 153, 211], катастрофически усугубляя и усложняя клиническую ситуацию всей зубочелюстной системы [41, 42, 81, 154, 198, 211], височно-нижнечелюстного сустава [27-29, 74, 75, 78, 187], и, особенно, анатомо-топографического состояния опорных зубов [23, 33, 111, 143, 148], тем самым в разы неоправданно и вынужденно увеличивает объем всей стоматологической помощи – ортопедической, ортодонтической, терапевтической, пародонтологической, хирургической и, том числе, имплантологической [52, 69, 85, 105, 140, 170, 181].

По данным Гаврилова Е. И. (1973), особенно интенсивно происходят деформации зубных рядов и аномалий опорных зубов, после удаления первых моляров именно в молодом возрасте и достигают практически 100 % случаев. Наск D. (1978) установлено, что в среднем, чаще всего удаление первых моляров происходит в 16 лет, после чего просвет между опорными зубами уменьшается более чем на половину (53,8 %), а в 9,2 % и вовсе закрывается полностью.

При этом, несмотря на огромное количество существующих методов ортопедического лечения включенных дефектов, исходя из данных Заблоцкого Я. В., Дидика Н. Н. (2005), в 62,5 % они не восстановлены, из которых в возрастной группе 15-19 лет в 100 % случаев, в 20-24 года – в 90 %, а в 25-29 лет – в 90,7 %. Причем аналогичные результаты просчитываются и в исследованиях других авторов (97,98).

Следует указать, что, несмотря на весьма значительный объем образо-

вавшихся аномалий и деформаций у данной категории больных, большинство из них не обращаются за ортопедической помощью, связывая это с невозможностью использования традиционных методов ввиду сложности клинического состояния, не говоря уже о финансовой составляющей [195, 218].

Учитывая неосведомленность пациентов к чему приводит несвоевременное восстановление малых включенных дефектов зубных рядов, особенно в молодом возрасте, и принимая во внимание практически полное отсутствие профилактических упреждающих наставлений со стороны всех врачей стоматологического профиля, о тяжелейших последствиях, возникающих в зубочелюстной системе Burst В. А. et al. (1990) рекомендует данную категорию больных отнести к факторам риска, а Лабунец В. А. с соавт. (2013) считают за социально необходимое постановления их на диспансерный учет с поиском юридической возможности льготного профилактического протезирования.

Принимая во внимание изложенное выше, а также рекомендации ВОЗ (1980, 1989) о необходимости постоянного мониторинга распространенности стоматологической заболеваемости, возникла настоятельная необходимость всестороннего исследования вопросов распространенности, интенсивности, тенденций развития, структуры, объема, анатомо-топографической характеристики малых включенных дефектов зубных рядов, их вторичных осложнений, состояния ортопедической помощи и степени удовлетворенности в ней лиц молодого возраста, как во временном, так и в возрастном аспектах.

**Связь работы с научными программами, планами, темами.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планами научно-исследовательских работ ОНМедУ: «Усовершенствовать профилактику и лечение основных стоматологических заболеваний у пациентов на фоне сниженной неспецифической резистентности обусловленной антропогенными и биогеохимическими макро- и микроэлементами» (№ ГР 013U00532) и ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»: «Определение распространенности малых дефектов зубных рядов в молодом возрасте, выявить осложнения и обосновать необходимость их



раннего ортопедического лечения» (№ ГР 0111U000513), где автор был непосредственным исполнителем отдельных фрагментов указанных тем.

**Целью работы** стало повышение уровня оказания ортопедической помощи лицам молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, путем всестороннего медико-социального обоснования настоятельной необходимости их обязательного раннего восстановления, на основании установления их распространенности, интенсивности, тенденции развития, клинической характеристики их осложнений и степени обеспеченности ортопедическим лечением.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить распространенность, интенсивность, структуру и объем малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста в разных медико-географических регионах Украины и установить тенденции их развития во временном и возрастном-половом аспектах.

2. Выявить частоту возникновения и интенсивность проявления вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций у данной категории населения, связанных с удалением зубов и определить анатомо-топографическое состояние опорных зубов и антагонистов.

3. Определить состояние ортопедической помощи у лиц молодого возраста в исследуемых регионах и установить степень нуждаемости, обеспеченности и уровень удовлетворенности в основных видах зубных протезов.

4. Провести сравнительную характеристику стоматологической ортопедической заболеваемости, помощи, распространенности, интенсивности, структуры и объема малых включенных дефектов зубных рядов, тенденций развития и их зубочелюстных осложнений, деформаций у лиц молодого возраста южного и западного регионов нашей страны.

5. Всесторонне аргументировано обосновать и доказать настоятельную необходимость обязательного раннего ортопедического лечения малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и довести медико-социальную целесообразность взятия их на диспансерный учет и льготное про-

тезирование.

**Объект исследования** – малые включенные дефекты зубных рядов и их осложнения у лиц молодого возраста в наиболее характерных медико-географических регионах Украины. Состояние ортопедической помощи.

**Предмет исследования** – всестороннее обоснование настоятельной медико-социальной необходимости обязательного раннего ортопедического лечения малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста.

**Методы исследования:** – клинические – для определения клинического состояния малых включенных дефектов зубных рядов, их осложнений и ортопедической помощи;

– эпидемиологические – для определения распространенности, интенсивности малых включенных дефектов зубных рядов, их вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста, степени обеспеченности в ортопедической помощи;

– анатомо-топографические – для определения анатомо - топографического состояния дефектов зубного ряда, расположения опорных зубов и антагонистов;

– рентгенологические – для определения периапикального состояния опорных зубов и антагонистов;

– статистические – для определения достоверности полученных результатов исследования.

**Научная новизна полученных результатов.** Впервые в стране изучено состояние стоматологической ортопедической заболеваемости, дана характеристика ортопедической помощи, определена величина потребности, обеспеченности, нуждаемости, степень удовлетворенности в основных видах зубных протезов у лиц молодого возраста в наиболее характерных медико-географических регионах Украины и установлены тенденции их развития за 1995-2012 годы, сравнительный анализ которых засвидетельствовал об общем снижении уровня ортопедической помощи и росте заболеваемости, как с возрастом так и во времени.

Определена величина распространенности, интенсивности, структуры и

объема малых включенных дефектов зубных рядов в возрастном-половом и временном аспектах у данной категории больных, установлены тенденции их развития в данных регионах за последние 15-20 лет и дан прогноз на ближайшую перспективу, результаты которых указали на значительное их увеличение во всех отношениях, особенно в младших возрастных группах 15-19 и 20-24 года. При этом, впервые, согласно данным эпидемиологических исследований, установлена четкая зависимость величины их распространенности и, особенно, интенсивности от медико-географического региона нашей страны с более характерными высокими показателями в западном регионе. Установлена частота возникновения и интенсивность проявления зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста, связанных с удалением зубов в южном и западном регионах в зависимости от пола и возраста обследованных, которая практически идентична и колеблется в пределах 89,1-93,7 %, а также выявлены наиболее характерные виды патологического смещения опорных зубов, антагонистов, степень тяжести их клинического состояния и их клиническая характеристика.

Впервые, на основании полученных комплексных результатов настоящего исследования, свидетельствующих о повсеместном увеличении распространенности, интенсивности малых включенных дефектов зубных рядов в молодом возрасте, крайне высокой частоте возникновения при этом характерных зубочелюстных аномалий и деформаций, усугубляющих тяжесть их клинического состояния, сложности ортопедического лечения и многократном увеличении объема всей стоматологической помощи, падении уровня удовлетворенности в основных видах зубных протезов, все углубляющих тенденциях их развития за последнее время и отрицательном прогнозе на ближайшую перспективу по всем исследуемым показателям, особенно в младшей возрастной группе 15-19 лет, научно-обосновано и всесторонне аргументировано, убедительно доведена настоятельная медицинская и социальная необходимость обязательного их раннего ортопедического лечения и целесообразность постановки на диспансерный учет.

**Практическое значение полученных результатов.** Практическое ис-

пользование разработанных рекомендаций, касающихся обязательного раннего ортопедического лечения лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, постоянного динамического диспансерного наблюдения за данной категорией больных, особенно младшей возрастной группы 15-19 лет, связанного с очень высокой степенью и скоростью образования у них зубо-челюстных аномалий и деформаций при удалении зубов, позволит, прежде всего, практически избежать их появления и тем самым весьма значительно уменьшить как в целом необходимый объем всей стоматологической помощи (ортопедическая, ортодонтическая, терапевтическая, пародонтологическая, хирургическая, имплантологическая), так и снизить их финансовую составляющую, как одну из главных факторов столь низкой степени обращаемости населения за ортопедической помощью.

Учитывая профилактическую направленность съемных зубных протезов по предупреждению подобных осложнений, входящих в перечень льготного протезирования для ряда социальных групп населения, а также медицинскую необходимость, социальную целесообразность введения льготного протезирования для данной категории больных, результаты настоящего научного и прикладного исследования могут в полной мере служить медико-правовым основанием к его практическому осуществлению, клиническая реализация которого резко увеличит саму доступность и реальность его оказания.

Разработанные и предложенные рекомендации внедрены в клиническую практику и лекционный материал кафедры ортопедической стоматологии Одесского национального медицинского университета, кафедры ортопедической стоматологии и кафедры стоматологии последипломного образования института стоматологии Ивано-Франковского национального медицинского университета, отделения ортопедической стоматологии ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины», кафедры ортопедической стоматологии с имплантологией и кафедры последипломного образования врачей-стоматологов ортопедов ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия».

**Личный вклад соискателя.** Автором лично проведен патентно-

информационный поиск, анализ научной литературы по исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем разработан план исследований, определена цель и запланированы основные задачи, сформулированы выводы и практические рекомендации работы.

Совместно с исполнителями научно-исследовательской работы проведены стоматологические осмотры, выкопировка и группировка результатов обследования. Самостоятельно проведена статистическая обработка, анализ и обобщение полученных данных, написана и оформлена диссертация.

Эпидемиологические исследования были проведены в отделе ортопедической стоматологии ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины» (зав. – д. мед. н., проф. В. А. Лабунец).\*

**Апробация результатов диссертации.** Материалы диссертации были представлены и обговорены на международной научно-практической конференции "Інноваційні технології в пародонтології" (Одесса, 2012); "Сучасна реконструктивна стоматологія. Міждисциплінарний підхід" (Одеса, 2012); "Особенности первинної, вторинної і третинної профілактики у пацієнтів з різним соматичним статусом"(Одеса, 2012); "Актуальні проблеми сучасної стоматології" (Полтава, 2013); "Фармацевтичні та медичні науки: актуальні питання (Дніпропетровськ – 16-17 травня – 2014); "Сучасний вимір медичної науки та практики" (Дніпропетровськ – 13-14 червня – 2014).

**Публикации.** Основные положения диссертации нашли свое отражение в 22 научных работах, из них 14 статей (11 – в научных специализированных изданиях Украины, 2 статьи в зарубежных изданиях, 1 статья в журнале), 8 тезисов докладов в материалах конференций.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 185 страницах принтерного текста, состоит из введения, раздела литературы, 5 разделов собственных исследований, анализа и обобщения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, который содержит 219 источников (из которых 191 написано кириллицей и 28 латиницей) и приложения. Работа содержит 36 таблиц, иллюстрирована 20 рисунками.

## РАЗДЕЛ I РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОСТОЯНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

### **1.1. Распространенность малых включенных дефектов зубных рядов, их вторичных зубо-челюстных осложнений и факторы, способствующие их возникновению**

Общеизвестна прямая зависимость величины потребности населения в стоматологической ортопедической помощи от уровня распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний [1-9], которая, прежде всего, связана с кариесом зубов и пародонтитом, приводящим к значительной потере зубов или разрушению их целостности. Следует отметить, что наряду с весьма и весьма высокими показателями их распространенности и интенсивности [10-15], наблюдается четкая тенденция постоянного увеличения частоты и тяжести течения заболеваний пародонта [12. 16. 17], представляющие большую медико-социальную проблему [17-20], так как на фоне некоего снижения кариеса зубов в развитых странах, они выдвигаются на первое место среди стоматологических заболеваний [12]. При этом, согласно данным ВОЗ и ряда исследователей, у людей в возрасте свыше 50 лет частота удаленных зубов от них, будет в 2-6 раз больше, чем от осложнений кариеса [17-19].

Вышеизложенное, естественно, и предопределило наблюдаемый рост объема ортопедической помощи, который по данным [6, 7] в нашей стране колеблется от 76,6 %, в Днепропетровске до 84,9 %, в Тернополе среди взрослого городского населения, довольно значительную часть, которого составляют лица молодого возраста [7, 21].

Так, согласно данным [21] в возрасте 17-22 года у 33,3 % лиц выявлены частичные дефекты зубных рядов, из которых 35 % на верхней челюсти, 60 % – на нижней, а у 5 % – сочетанные дефекты. По топографии дефектов, следуя классификации Кеннеди, они распределились следующим образом: I класс –

12 %, II-й – 16 %, III-й – 66 % и IV-й класс – 6 %, т. е. включенные дефекты составили практически 80 % среди обследованных. Среди же частичных дефектов выявлено 40 % зубочелюстных деформаций и аномалий, из которых 40 % в горизонтальной плоскости, 55 % – в вертикальной и 15 % имели смешанный характер. Принимая во внимание полученные материалы исследования, авторы ставят вопрос о необходимости ранней диагностики и ортопедического лечения частичных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста для профилактики возникновения вторичных зубочелюстных деформаций, так как отсутствие или даже повреждение окклюзионной поверхности одного зуба или несвоевременного стоматологического лечения ведет к перестройке функции всего жевательного аппарата, как с анатомо-топографической, так и функциональной стороны [30, 61].

Рассматривая динамику развития зубочелюстных деформаций и аномалий при возникновении данного рода зубных дефектов, некоторые исследователи установили прямую зависимость частоты их возникновения и сложность клинических форм, от времени их существования [89].

Достаточно высокие показатели распространенности частичных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста выявлены также [23]. Так, согласно результатам обследования 590 лиц данного возраста их распространенность составляет 20,5 %, из которых у 72 % обследованных отсутствует один зуб, а у 37,9 % случаев фиксируется нарушение окклюзионной поверхности зубов. Помимо этого, у 43,6 % обследуемых лиц выявлено 43,6 % случаев дентоальвеолярной деформации. При этом, в 22 % данные дефекты ограничивают интактные зубы, в 28 % случаев – с восстановленными твердыми тканями зубов, в 39 % случаев – дефект ограничивает один депульпированный зуб, а в 11 % – оба опорных зуба депульпированы. По характеру же деформаций у 42 % обследованных они выявлены в горизонтальной плоскости, у 38 % – в вертикальной. Горизонтальные деформации более всего связаны с медиальным наклоном зубов в сторону дефекта – 37 %. Комбинированные же деформации встречаются у 20 % обследованных.

Согласно данным Заблоцкого Я. В. и Дидика Н. Н., распространенность включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста составляет: в 15-19 лет – 15 %, в 20-24 года – 51,7 % и в 25-29 лет – 76,1 % [22].

Следует особо указать, что, несмотря на значительный объем аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов, большинство таких пациентов не обращаются за ортопедической помощью [27], связывая это с невозможностью использования традиционных методов ортопедического лечения ввиду сложности клинического состояния, как в зубо-челюстной системе, так и в височно-нижнечелюстном суставе [22. 26. 28. 29. 50. 51. 53], даже при отсутствии или повреждении одного моляра [23,30. 31. 48-49. 52-54].

По данным [32] нарушение окклюзионного соотношения при частичной потере зубов приводит и к нарушению функций жевательных мышц, асимметрии движений нижней челюсти, развитию дисфункции нижнечелюстного сустава и, как следствие, возникновению одностороннего типа жевания, который наблюдается у 75 % лиц молодого возраста, и в 100 % случаев проявляется после 40 лет. Аналогичные результаты получены также и рядом других исследователей [31. 33-38].

Исследуя динамику развития и частоту возникновения частичных дефектов зубных рядов, рядом авторов было установлено [39], что в возрастной группе 21-30 лет подобные включенные дефекты составили 100 % при отсутствии дистально неограниченных, в возрасте 31-40 лет – 93,8 %, а дистально неограниченные – 6,2 %, в группе 41-50 лет, соответственно, 78,6 % и 21,4 %, и, наконец, в возрасте 51-60 лет – 61,5 % и 38,5 %, т. е. в молодом возрасте практически встречаются только включенные дефекты зубных рядов.

Что касается факторов, способствующих возникновению зубо-челюстных аномалий и деформаций, связанных с потерей зубов и, особенно, механизма их образования, то здесь также нет единого мнения среди исследователей. Основной причиной данного Пономарева В.Н. [62] считает слишком малый срок кли-



нического наблюдения и игнорирование тесной связи между формой (структурой) жевательного аппарата и функцией.

Дополняя изложенное и опираясь на фундаментальные исследования, С.И. Криштаб и А.И. Довбенко [63], считают, что главными факторами при этом, влияющими на действие жевательных сил, являются окклюзионные контакты, изогнутость корней (прямые, изогнутые и смешанные) и соответствующие движения нижней челюсти. При этом, прямая направленность корней, предрасполагает к вертикальному выдвигению зубов, лишенных антагонистов; их изогнутость способствует разного рода другим смещениям зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов. Наряду с этим, авторами выявлена взаимосвязь между типом лица (конусовидный, обратно-конусовидный и квадратный) и движениями нижней челюсти. При конусовидном типе лица (65 %) преобладают вертикальные движения (темпоральный тип жевания), обратноконусовидном (21 %) – трансверзальные (массетериальный) и при квадратном (14 %) (всевозможные – и темпоральный, и массетериальный) свойственен смешанный тип жевания.

Король М. Д. [77] среди прочих факторов находит, что изменение кровообращения тканей полости рта при потере зубов, приводит к сосудистым расстройствам, которые в свою очередь оказывают влияние на развитие вторичных деформаций. Принимая во внимание изложенное, он же акцентирует внимание проблеме зубо-челюстных аномалий и деформаций во всех возрастных группах и на всех стадиях развития данного патологического процесса в полости рта [78].

Ряд авторов, достаточно основательно доводят их появление вследствие ранних окклюзионных нарушений даже при отсутствии потери зубов, а лишь при значительных разрушениях коронковой части зубов [64-66].

К сожалению, незнание пациентами к чему приводит несвоевременное восстановление включенных дефектов зубных рядов и практически полное отсутствие должных профилактических наставлений о тяжелых последствиях, возникающих зубочелюстных деформаций со стороны всех врачей стоматоло-

гического профиля приводит к сложнейшим анатомо-топографическим и функциональным нарушениям всей зубочелюстной системы. Так, по данным Алимского А. В. с соавт. [67] ежегодно в России имеют ограничения к службе в армии до 2 % юношей по причине тяжелых видов аномалий и деформаций в зубочелюстной системе. При этом одним из главнейших факторов не обращаемости к врачам-стоматологам-ортопедам является фактор страха. И, что самое интересное, согласно данным ряда исследователей [67-71, 74-76] основной причиной возникновения стрессогенной ситуации в системе "врач–пациент" является не столько ортопедическое лечение, сколько сама психическая реакция на него. По мнению [72], именно из-за страха перед стоматологическими манипуляциями от 5 % до 14 % населения отказывается посещать стоматолога.

Волошина Л.И. и Рыбаков О.Р. [73] установили, что наряду со страхом, среди причин, способствующих возникновению психоэмоционального напряжения и, как следствие, не обращаемости на клинический прием, является также еще и несовершенство оборудования, интерьер клинического зала, где проводится клиническое лечение, недостаток времени для проведения индивидуальной профилактической работы с пациентами, а также личностные особенности больного, определяющие реакцию на неблагоприятные воздействия.

Сравнительный анализ представленных выше данных о распространенности малых включенных дефектов зубных рядов наводит на мысль о некой их противоречивости и даже в достоверности, так как согласно приведенным выше данным ее показатели колеблются от 20 % до 100 %. Что касается частоты возникновения деформаций и аномалий положения зубов при этом, то здесь данные также очень сильно разнятся.

Так, согласно проведенным исследованиям [40], смещение зубов, лишенных антагонистов, возникают в 20,8 % случаев после удаления зубов, а зубов, расположенных рядом с дефектом зубного ряда – в 37,7 % случаев. В исследованиях же [23] они фиксируются на уровне 43,6 %, в [80] – 44,9 %, в [81] – 50-52 %, в [82]– 67,7 % у студентов 18-25 лет, в [41] – 52,6 %, в [32] – 75 %, в [42] – 78,6 % случаев, а по данным [60, 87] даже достигают цифры в 98 %. Сравнивая

данные показатели и в ряде других аналогичных работах [6, 7, 21-23, 27, 32, 44, 50], они также не достаточно стыкуются и вызывают определенные сомнения в их достоверности.

Более того, по мнению [30] отсутствие или даже повреждение целостности окклюзионной поверхности одного зуба при несвоевременном стоматологическом лечении, ведет к перестройке функции всего жевательного аппарата, т. е. практически имеются данные патологического изменения в челюстно-лицевой области у 100 % данной категории больных.

Практически аналогичные показатели получены также [79, 83]. При этом Гаврилов Е.Н. считает, что особенно интенсивно происходят деформации зубных рядов и аномалии положения зубов, после удаления зубов, после удаления первых моляров, именно в молодом возрасте и достигают практически 100 % случаев, с возрастном же темпы их формирования снижаются [83].

При этом, согласно данным Наск Д. [84] установлено, что в среднем, чаще всего удаление первых моляров происходит в 16 лет. После их удаления через 8 лет просвет между опорными зубами уменьшается более чем на половину (53,8 %), а в 9,2 % закрываются полностью. Дистальное смещение моляров происходит в 15,2 %, а мезиальное – в 40,8 %.

Учитывая данное положение и основываясь на собственных результатах, Burst В.А. et al. [85] рекомендует отнести данную категорию больных к факторам риска.

Особенно актуально и практически значимо данная рекомендация принимает значение в свете данных Карпенко Н.И. [86] согласно которых деформации окклюзионной поверхности в юношеском возрасте встречаются в 67,7 %, из которых преимущественно были мезиальнодистальные смещения (62,1 %), затем вертикальные (28,7 %) [82]. У взрослых же перемещение зубов наблюдалось в 78,8 %, и так же, как в юношеском возрасте, чаще всего, наблюдались мезиодистальные смещения и реже – вертикальные. При этом на верхней челюсти (66,9 %) они происходят чаще, чем на нижней челюсти.

Принимая во внимание изложенное выше, следует заметить, что, несмотря на убедительные свидетельства пагубности несвоевременного восстановления подобного рода дефектов зубных рядов, существует также ряд, правда в крайне незначительном количестве научных работ, утверждающих об обратном, основываясь на достаточно больших компенсаторных возможностях зубочелюстной системы [91-95] и относящихся в большей мере к взрослому населению после 35-40 лет, связанной с минерализацией костной ткани альвеолярных отростков.

В молодом же возрасте клиническая составляющая совсем иная, в связи с чем, по данным Гордовой В. В. [100. 101], обследовавшей 998 детей и подростков было установлено, что у 92 пациентов в возрасте 14-18 лет четко прослеживается тенденция к увеличению подобного рода дефектов зубных рядов. При этом, уже в 14 лет в 6,5 % из всего количества обследованных (998 человек) наблюдаются включенные дефекты, возникшие в результате удаления постоянных зубов, в 16-летнем возрасте эта цифра увеличивается до 9,8 %, а в 18-летних достигает 12,8 %.

Согласно данным Мырзы Р. А. [143] из 1013 пациентов требующих стоматологической помощи, связанных с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов, в 970 человек (95,7 %) обнаружены зубочелюстные деформации. При этом, в возрастной группе 18-25 лет наиболее частой патологией был поворот зуба вокруг своей оси, которая составила 84,7 %. В возрастной же группе 26-35 лет, которую частично также можно отнести к молодому возрасту, в 80,6 % было установлено наличие дистальной формы зубочелюстных деформаций, горизонтальное и вертикальное выдвигание зубов. При этом в 40-45 % случаев было выявлено вертикальное смещение зубов на одну четверть коронки зуба. Учитывая данное положение и клиническое состояние опорных зубов, автор считает, что независимо от возрастной группы все они подлежат соответствующему выравниванию, коррекции специальной их предпротезной подготовкой и после чего подлежат индивидуально согласованному с пациентом ортопедическому лечению [144-147]. Практически аналогичное положение и основные

принципы специализированного ортодонтического и ортопедического лечения доведено и рекомендовано в работах еще целого ряда авторов [151, 152, 156].

Углубляясь в эпидемиологическую диагностику и более детальную структуру малых дефектов зубных рядов и их вторичных зубо-челюстных аномалий и деформаций [141], была установлена четкая тенденция увеличения количества лиц молодого возраста с данными дефектами во времени, их интенсивность, число удаленных зубов, протяженность дефектов зубных рядов и т. д. Так, по сравнению с 1995 годом в 2012 году количество подобных пациентов увеличилось на 78 %. При этом весьма заметен их рост с возрастом, как абсолютных, так и интенсивных показателей – с 390,7 дефектов в 15-19 лет до 1399,3, в возрасте 25-29 лет на 1000 обследованных, при интенсивности их проявления с 1415,7 дефектов (15-19 лет) до 2265,7 в 25-29 лет, со средним количеством удаленных зубов 1,3; 1,9 и 2,9 зубов в возрастных группах 15-19; 20-24 и 25-29 лет. По протяженности же преобладают дефекты с отсутствием 1-го зуба (82,7 %); 2-х зубов (13,2 %) и 3-зубов (4,6 %), в целом на молодое население (15-29 лет) [141, 142].

Распространенность же вторичных зубо-челюстных аномалий и деформаций, согласно полученным данным, в целом среди данной возрастной категории и наличием дефектов зубных рядов, составила в среднем 89,1 %.

При этом частота их проявления как в возрастном, так и в половом аспекте практически идентична и колеблется в пределах 86,1 – 90,9 %, при интенсивности проявления 1,8 на одного подобного пациента, в целом.

Что касается вида структуры смещений опорных зубов и их количественной характеристики, то данные авторы [148] установили, что медиальные смещения встречаются в 45,1 % случаев, комбинированные 17,5 %, оральные 10,1 %, дистальные – 9,6 %, вертикальные - 9,6 %, вестибулярные – 5,6 % и поворот вокруг оси зуба – 2,2 %. При этом, в возрастной группе 15-19 лет особо преобладают медиальные (60,6 %), дистальные (15,2 %) и комбинированные (15,2 %) смещения. Феномен же Попова-Годона авторами отмечен в возрастной

группе 15-19 лет у 10 % больных, в 20-24 года – 15,5 % и в возрасте 25-29 лет установлен на уровне 45,6 %.

В большинстве своем, ряд авторов объясняет подобное явление вынужденной патологической перестройкой костной ткани как результат измененной жевательной нагрузки [163-167, 173, 177-179].

Касаясь причин удаления зубов в столь раннем возрасте В. В. Лепский [149, 150] на основании данных эпидемиологического обследования молодых людей в возрасте 18-22 года со всех регионов Украины, связывает данное с весьма плохой гигиеной полости рта, не своевременным обращением к стоматологам, не всегда оправданным их удалением вследствие осложненного кариеса и настоятельно рекомендует ортопедическое лечение [151].

При исследовании клинических, биометрических и функциональных изменений в зубо-челюстной системе подростков в возрасте 13-17 лет [153, 154] с малыми включенными дефектами зубных рядов в результате потери первых постоянных моляров в динамике, было установлено, что вторичные деформации у них начинаются сразу же и очень быстро прогрессируют в случае отсутствия ортопедического лечения. Причем в возрасте 13 лет наблюдаются достаточно часто тяжелые формы потери первых моляров (3 и более зубов), общее количество которых составило 19,6 % от общей численности с утерей первых моляров. Согласно клинико-биометрическим исследованиям в первый период после удаления зуба происходит уменьшение величины дефекта за окклюзионной поверхностью при относительно стабильной ширине дефекта в пришеечной области. И только в более позднем периоде (16-17 лет) происходит уменьшение дефекта в пришеечной части, т.е. начинается корпусное смещение зуба [154, 155]. Наведенные выше результаты по ряду исследуемых вопросов с высокой степенью вероятности согласовываются с данными [157, 159-161], с обязательной ортодонтической реабилитацией [170, 172, 174, 176, 185, 190], начиная со значительных дефектов коронковой части зубов, как обязательному методу профилактики их разрушения, как таковых [158, 171].

Согласно данным Дорошенко С. И. [176] достаточно одного года чтобы возникли изменения в окклюзионном соотношении челюстей при удалении зубов у детей и подростков [162].

В связи с чем, по утверждению [168, 169] немаловажную роль в формировании подобных патологических состояний имеет своевременность и комплексность оказания стоматологической помощи с полным восстановлением окклюзионных взаимоотношений.

На основании данных обследования 152 человек Дмитренко И. А. [186, 187] установил, что у 71,7 % лиц с дефектами зубных рядов встречаются вторичные зубочелюстные аномалии и деформации, среди которых преобладают вертикальные формы. При этом, функциональные расстройства и синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава составили 64,5 %. Высокие показатели заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у подростков отмечены также в исследовании [194]. Именно с трудностями ортопедического лечения, вызванными вторичными зубочелюстными деформациями, связывает ряд исследований [188, 189, 214] столь недостаточный уровень обеспеченности в нем данной категории населения с частичными включенными дефектами зубных рядов, более детальное изложение которого наведено в следующем подразделе – подраздел 1.2.

## **1.2 Состояние стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста и тенденции ее развития**

Принимая во внимание высокую степень распространенности включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, частоту возникновения вторичных зубо-челюстных аномалий и деформаций, вызванных несвоевременным ортопедическим лечением, важное научное и, особенно практическое значение приобретают данные о состоянии ортопедической помощи и уровне удовлетворенности в ней данной категории населения.

Сравнительный анализ даже тех, крайне незначительных данных по затронутой проблеме указал на крайне негативное состояние ортопедической помощи у лиц молодого возраста.

Так, основываясь на данных массовых эпидемиологических осмотрах жителей Львова и Львовской области, Заблоцкий Я. В с соавт. [22], указывает, что уровень обеспеченности ею данной возрастной категории населения весьма и весьма незначителен. Согласно полученным данным в возрастной группе 15-19 лет частичные дефекты зубных рядов не восстановлены в 100 % случаев, в 20-24 года - в 90 % и в 25-29 лет они составляют 90,7 %.

Показатели крайне негативны, особенно в плане прогноза стремительного развития именно в молодом возрасте их осложнений – вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций.

Наведенные выше данные перекликаются в определенной степени с результатами исследований [96-99], согласно которым наблюдается заметное падение уровня ортопедической помощи у лиц молодого возраста. Так за последние 15-20 лет количество полностью обеспеченных ее данной категории населения уменьшилось в 1,7 раза. Количество же лиц, нуждающихся в ней, и не имеющих зубных протезов увеличилось в 1,6 раза, а число лиц нуждающихся в ортопедической помощи и нуждающихся в дополнительном протезировании увеличилось в 1,7 раза. При этом, количество лиц, не нуждающихся в ней и не имеющих зубных протезов, т.е. практически здоровые лица, уменьшилось за данный период времени в 1,9 раза. Наряду с этим авторами установлен крайне низкий уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов, который составил по одиночным коронкам 21,8 %, мостовидным протезам – 10,7 % и штифтовым конструкциям – 24,3 %.

Особенно удручает создавшееся положение в самой младшей возрастной группе – 15-19 лет, где обеспеченность в мостовидном протезировании практически равняется нулю, а в одиночных коронках – 8,1 % и штифтовых конструкциях 15,2 %.



Столь неудовлетворительная оценка ортопедической помощи в данной возрастной группе, прежде всего, ассоциируется с неутешительным прогнозом их дальнейшего развития и большой доли вероятности резкого увеличения уже в ближайшем будущем количества лиц с дефектами зубных рядов, связанных с вполне возможным удалением зубов подлежащих восстановлению коронками и штифтовыми конструкциями, не говоря уже о возникновении вторичных зубочелюстных аномалиях и заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов [109, 110, 131].

Исходя из данных [101], 29,1 % детей и подростков, нуждающихся в ортопедической помощи, у которых в результате несвоевременного ортопедического их восстановления у 94,08 %; у пациентов в возрасте 14-18 лет возникают осложнения в виде различной степени тяжести зубочелюстных деформаций, аномалий, патологической перестройке височно-нижнечелюстных суставов, межокклюзионных соотношений, а также, целого ряда функциональных и эстетических нарушений. При этом, среди главных причин возникновения дефектов зубных рядов автор выделяет кариес и его осложнения (24,84 %); затем травма зубов 1,8 %, (ретенция (1,3 %) и адентия в период постоянного прикуса (1,2 %), с преимущественной потерей 1-го зуба. Практически аналогичные результаты отмечены и в исследованиях [98] согласно которым, по показаниям и структуре превалируют включенные дефекты в боковых участках с отсутствием 1 или 2-х зубов [102-105].

Исходя из результатов исследования [106] именно разнообразие клинического состояния опорных зубов и, особенно, вторичные осложнения, связанные с частичной утратой зубов и определяют сложность их ортопедического лечения и опосредованно указывают на причину недостаточно высокого уровня оказания специализированной ортопедической помощи.

Именно недостаточный уровень оказания и несвоевременное ортопедическое лечение подобного рода дефектов зубных рядов приводит со временем к появлению весьма сложных зубочелюстных деформаций, особенно при отсутствии зубов-антагонистов в виде феномена Попова-Годона. Так, по данным

[111] при отсутствии своевременного протезирования на протяжении 2-х лет данный феномен возникает в 18 % случаев, на протяжении 5 лет – у 58 %, а при наличии дефекта до 7 лет – в 70,2 % случаев.

Основываясь на появлении подобных осложнений, целесообразность восстановления частичных дефектов зубных рядов вполне очевидна и необходима по данным [107, 108] со всех точек зрения и в том числе на протезных конструкциях с использованием имплантатов, с учетом потенциально опасных сил окклюзионной нагрузки и, особенно ее величины [105].

В этой связи Косенко К. Н. с соавт. [112] указывают, что, несмотря на значительные достижения ортопедической и терапевтической стоматологии, в области разработки все новых и новых методов диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний, показатели распространенности дефектов зубных рядов и нуждаемости в ортопедической помощи, все еще остаются на достаточно высоком уровне и требуют от общества особого внимания к проблемам протезирования в нашей стране.

Одной из причин подобного состояния ортопедической помощи данной категории больных, связанного с несвоевременным ортопедическим лечением, ряд исследований связывают с возникновением и накоплением на протяжении всей жизни в большинстве пациентов отрицательного опыта лечения зубов, негативного эмоционального чувства боли, которое приводит в общей массе своей к оттягиванию стоматологического приема, прихода за медицинской помощью и т.д. [113-116, 180, 193].

Ведь не секрет, что после первичных неудачных стоматологических вмешательств, связанных первоначально с терапевтическим лечением зубов, их удалением и прочими вмешательствами, у большинства пациентов прочно формируется крайне отрицательное отношение к подобным вмешательствам, и, как следствие, в последующем и к ортопедическому лечению, как дефектов зубных рядов, так и дефектам твердых тканей зубов, связанного с препарировкой опорных зубов [116-124]. Более того, у ряда пациентов развивается на протяжении всей жизни стойкая стоматофобия [125-130].

С целью избежание психоэмоционального напряжения у подобных пациентов, ряд авторов [137] рекомендуют при этом использовать съемные пластинчатые протезы на основе нейлона, учитывая ряд положительных сторон съемных протезов, а также повышенную прочность и эстетичность данного материала, как в качестве постоянных протезов, так и временных с целью предупреждения возникновения различных вторичных осложнений, особенно у малых включенных дефектах зубных рядов, даже при отсутствии 1 зуба [138, 139].

Согласно данным [140] количество удаленных зубов возрастает с возрастом. При этом, в возрастной группе 21-30 лет их количество составляет в среднем  $2,1 \pm 0,46$  зубов на одного обследованного. Полученные данные полностью согласовываются с результатами исследований [141, 142].

На основании изучения состояния нуждаемости лиц подросткового и молодого возраста в специализированной ортопедической помощи, выявления основных причин и факторов, способствующих образованию дефектов зубных рядов, а также данных их анатомо-топографической характеристики, ряд авторов [181] очерчивают основные оптимальные пути ортопедической помощи и, в том числе – имплантологической, как одной из лучших ее альтернатив.

Достаточно высокие показатели нуждаемости лиц молодого возраста отмечены также в работах [182-184, 191, 192, 166-198]. Так, исходя из данных Пичуева Е. Е. [183], нуждаемость в лечебно-профилактической помощи касающейся непосредственно только протезирования, колеблется от 5,7 % до 68,7 % в зависимости от клинического состояния, возраста и, особенно, наличия зубочелюстных осложнений связанных с удалением зубов. Согласно данным [195] наиболее частой ортопедической патологией у школьников и подростков были дефекты коронковой части зубов – 61,8 %, из которых 38,6 % уже на день обследования требовали именно ортопедического лечения. Основной же причиной разрушения был кариес – 97,8 %, травма зубов (8,0 %). В 26,7 % обследованных были уже дефекты коронковой части постоянных зубов, преимущественно первых моляров – 83,8 %. Наряду с этим, у 25,0 % школьников были выявлены уже дефекты зубных рядов, связанные с преждевременным удалени-

ем молочных зубов и ранней утратой постоянных зубов, которые составили 10,2 %. А у детей, начиная с 11 лет до 17, количество дефектов зубных рядов, вследствие удаления постоянных зубов возросло в 2,5 раза по сравнению с младшей группой до 10 лет.

Это, со слов автора, свидетельствует о том, что практически каждый 10-й ребенок в возрасте от 6 до 17 лет уже утратил как минимум 1 постоянный зуб. И сейчас в стране ни один из школьников который имел дефекты зубных рядов не получил должного ортопедического лечения и в том числе значительных дефектов коронковой части зубов и это на фоне постоянного роста количества дефектов зубных рядов. Автор связывает данное положение в нашей стране не только с ухудшением окружающей внешней среды, социальными и экономическими трудностями в настоящее время, но и с полным отсутствием должной действенной и адекватной стоматологической помощи детям. Аналогичное нашло подтверждение и в ряде иных исследований [207].

Особенности ортопедического предпротезного лечения, появившихся вследствие удаления зубов вторичных зубочелюстных деформаций, раскрываются в исследованиях [199], свидетельствующие об крайне усугубляющейся клинической ситуации, особенно при вторичных формах адентии, которое значительно дополняет и усложняет как распространенность дефектов зубных рядов, так и ортопедическое и ортодонтическое лечение после удаления резцов [200-206], клыков [1208, 209].

Со слов Аболмасова Н. Г. с соавт. [210] и ряда других исследований [171, 211-213], даже при минимальном нарушении строения и функционирования зубочелюстной системы хотя бы одного из ее компонентов создаются предпосылки к образованию различного рода деформаций и аномалий. При этом, ортопедическое восстановление разрушенной коронковой части зубов обязательно, как наиболее эффективный метод профилактики перспективы дальнейшего их удаления, как таковых [157, 213].

В силу уже сложившихся вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с удалением зубов или значительных разрушений коронко-

вой их части важнейшее место в предпротезной подготовке опорных зубов отводится ортодонтической подготовке [215-218], как единственному в своем роде специализированному вмешательству позволяющему восстановить опорные зубы в первоначальное их физиологическое расположение и провести ортопедическое лечение в полном соответствии с анатомо-топографическим их нормальным положением. При этом Хорошилкина Ф. Я. [217] еще раз акцентирует внимание наряду с рядом других, что у взрослых деформации зубочелюстной системы связанные с удалением зубов развиваются постепенно, а у детей и подростков крайне стремительно связывая это с темпами роста костной системы.

К сожалению, по данным [218], исходя из результатов анкетирования по изучению уровня мотивации обращаемости за ортопедической помощью, важнейшим фактором при этом выступает состояние доходов. Именно финансовый фактор, а не медицинский, косвенным подтверждением которого в определенной степени могут служить показатели обращаемости населения за стоматологической помощью в нашей стране еще каких-то 20-30 лет назад, когда социальное положение в целом по Украине было гораздо лучше и защищенной чем ныне. И это притом, что в настоящее время разработано и внедрено в клиническую практику целый ряд самых разнообразных методов, методик и способов ортопедического и ортодонтического лечения частичных дефектов зубных рядов с зубочелюстными деформациями [21-25, 30, 33-36, 39, 41-43, 46, 50, 51, 53, 54, 56, 89, 103, 104, 132, 133, 135, 175]. Вместе с тем, учитывая столь значительную распространенность и частоту возникновения аномалий положения зубов, деформаций челюстей и патологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе, а также огромное количество работ, посвященных их лечению и устранению, мы не нашли должного ответа, принимая во внимание изложенное выше, о необходимости принятия ряда первостепенных профилактических мер социально-медицинской направленности по пресечению самой возможности их возникновения путем обязательного раннего ортопедического лечения или нахождения их хотя бы на активном диспансерном учете, не говоря уже об изыскании юридической возможности льготного протезирования

профилактической направленности. Ведь отсутствие при этом самой элементарной информации у пациентов о наличии целого ряда безболезненных, несвязанных с обязательной препаровкой опорных зубов, методов восстановления данного рода дефектов зубных рядов является, по нашему мнению, одной из главных причин подобного положения и, в частности, возникновения вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций.

Последнее обстоятельство и предопределило цель и задачи настоящего исследования – изучение распространенности, интенсивности, структуры, динамики и прогноза развития малых включенных дефектов зубных рядов в молодом возрасте; определение частоты возникновения аномалий и зубочелюстных деформаций, вызванных с ранним удалением зубов, особенностей их развития в разных географических регионах страны, интенсивность их проявления, структуры, тяжести клинического и анатомо-топографического состояния; установление состояния и тенденций развития ортопедической помощи данной категории населения, изучение медико-социальных факторов, способствующих их удалению и разработка ряда мер профилактической направленности медико-социального характера, по их предупреждению, устранению и обязательном раннем ортопедическом их лечении.

По материалам данного раздела опубликованы следующие статьи:

1. Лабунец В. А. Чинники, що сприяють неоднозначному тлумаченню показників розповсюдженості малих включених дефектів зубних рядів та частоти виникнення зубо-щелепних деформацій і аномалій у молодому віці / В. А. Лабунець, Т. В. Дієва, О. В. Лабунець. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в пародонтології» (26-28 квітня 2012 р., Одеса) // Вісник стоматології. – 2012. - № 6 (спец.вип.) – С. 114-115.

2. К вопросу о неопределенности показателей распространенности малых дефектов зубных рядов, частоты возникновения при этом зубочелюстных деформаций в молодом возрасте и их причины / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, Е. И. Семенов // Вісник стоматології. – 2012. - № 2. – С. 125-127.

## **РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для определения распространенности и интенсивности малых включённых дефектов зубных рядов в молодом возрасте, установления частоты возникновения при этом различного рода аномального расположения опорных зубов и зубочелюстных деформаций, а также медико-социальных факторов, способствующих удалению зубов, с целью разработки медицинских и профилактических мер по их раннему предупреждению и рациональному ортопедическому лечению, была разработана специальная программа исследований, включающая следующие этапы:

1. Определение распространенности и интенсивности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и определение медико-социальных факторов, способствовавших их возникновению.

2. Установление частоты возникновения аномального положения опорных зубов, антагонистов и челюстных деформаций у лиц с малыми дефектами зубных рядов.

3. Определение в динамике интенсивности возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и установление факторов, способствующих данным патологическим изменениям.

4. Установление потребности, обеспеченности, нуждаемости и степени удовлетворенности данной категории больных в стоматологической ортопедической помощи.

5. Разработка медико-социальных рекомендаций по раннему предупреждению возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций и обоснованности их раннего ортопедического лечения.

Каждый из вышеперечисленных этапов исследований предполагал разработку собственного плана изучения данных объектов и материалов исследования.

## **2.1 Методика изучения распространённости малых дефектов зубных рядов в молодом возрасте и их зубочелюстных деформаций и аномалий**

Исходя из данных эпидемиологии, существует ряд методических подходов изучения распространённости и интенсивности стоматологических заболеваний в зависимости от решаемых вопросов и проблем.

Вместе с тем, учитывая специфичность и целенаправленность настоящего исследования и необходимость получения наиболее достоверных данных о величине распространённости малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, частоту возникновения при этом различных аномалий и зубочелюстных деформаций, и, особенно, динамику их анатомических и топографических изменений во времени, нами были взяты за основу методические подходы изучения заболеваемости, разработанные Г. В. Базияном, Г. А. Новгородцевым (1968), дополненные А. В. Алимским (1983) и усовершенствованные В. А. Лабунцом (2008 г.), применительно к территории Украины, которые базируются на непосредственном обследовании населения в разных климато-географических зонах нашей страны, учитывая индивидуальные особенности социально-экономических и геохимических факторов внешней среды разных ее регионов.

Используемая нами методика стоматологических осмотров данного контингента больных предусматривала:

1. Определение региона, выбор баз, объектов исследования и методики стоматологического обследования.
2. Определение перечня основных задач, подлежащих решению в настоящем исследовании.
3. Определение минимально допустимого необходимого числа наблюдений для получения статистически достоверных данных результатов исследования.
4. Разработку подробного плана по организации и проведению осмотров лиц молодого возраста, определение перечня объективных тестов используемых



мых при обследовании, необходимой учетной документации для фиксации результатов клинического обследования.

5. Экспертную оценку полученных материалов.

6. Проведение первичной выкопировки, группировку по возрастнополовым группам и обработку материалов стоматологических осмотров.

7. Статистическую обработку полученных материалов.

8. Оформление сводных таблиц согласно результатов стоматологических осмотров. Анализ и обобщение результатов исследования.

### **2.1.1 Определение региона, выбор баз, объектов и методики стоматологического обследования**

При выборе региона нашей страны для проведения стоматологических осмотров лиц молодого возраста и правомочности репрезентации полученных данных на все население Украины, руководствовались фундаментальными исследованиями, проведенными в отделе ортопедической стоматологии государственного учреждения «Институт Стоматологии НАМН Украины» (2006 г), согласно которым наблюдается различная стоматологическая ортопедическая заболеваемость и при этом с вполне четкими индивидуальными показателями присущими в целом юго-восточному региону и отдельно западному и центральному регионам нашей страны. Учитывая, что данная работа не связана с определениями нормативной потребности населения Украины в ортопедической помощи и врачебных кадрах по ортопедической стоматологии и, принимая во внимание, наведенное выше, мы, остановились, при выборе баз обследования, на Одессе, по вполне понятным причинам и Тернополе и Ивано-Франковске, как наиболее типичных представителей западного региона. При этом мы учитывали также, что стоматологическая служба в данных регионах обладает хорошей материально-технической базой, доступна населению, а их лечебно-профилактическая помощь стоит на достаточно высоком профессиональном, методическом и организационном уровне, с максимально возможным

охватом населения, как ортопедической помощью, так и наравне с нею и терапевтической, дабы нивелировать влияние данных факторов на частоту распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста в данных регионах и их вторичных осложнений в виде различных зубочелюстных деформаций и аномалий, всецело связанных с удалением зубов и отсутствием своевременного ортопедического лечения.

Именно подобный методический подход позволил нам учесть влияние демографических, экономических, климатогеографических, геохимических и, особенно, медико-социальных факторов присущих данным регионам, имеющих первостепенное значение при проведении эпидемиологии стоматологических заболеваний и предопределил тем самым выбранные нами базы проведения настоящего исследования.

Для определения распространенности, интенсивности малых включенных дефектов зубных рядов и их вторичных осложнений, а также состояние ортопедической помощи у лиц молодого возраста был использован метод множественных выборочных наблюдений [88], применительно к данным обращаемости в стоматологические учреждения, который вполне отвечает требованиям санитарной статистики к проведению подобного рода медико-эпидемиологических исследований, предварительно определив необходимое минимально допустимое число наблюдений в каждой возрастной группе, методические подходы расчёта которого приведены ниже (2.1.3)

Объектом наблюдений служили лица молодого возраста и, в частности, их стоматологический статус в указанных выше базах обследования.

### **2.1.2 Определение перечня основных задач, подлежащих решению в процессе эпидемиологических исследований**

В соответствии с основной целью настоящего исследования, нами предварительно был определен ряд основных показателей, подлежащих выявлению в ходе стоматологических осмотров и характеризующих:

1. Возрастно-половую характеристику распространенности, интенсивности, объема и структуры малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста в исследуемых регионах.

2. Возрастно-половую характеристику частоты возникновения аномалий и зубочелюстных деформаций у данной категории больных, связанных с удалением зубов и степень интенсивности их проявления.

3. Виды, структуру, динамику возникновения, анатомо-топографическую характеристику вида смещений опорных зубов, антагонистов и челюстных деформаций, возникающих у данной категории больных вследствие удаления зубов и несвоевременного ортопедического лечения.

4. Потребность, обеспеченность, нуждаемость и степень удовлетворенности лиц молодого возраста в стоматологической ортопедической помощи по основным видам зубных протезов.

5. Медико-социальные рекомендации по предупреждению возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций в молодом возрасте и совершенствование организации оказания стоматологической ортопедической помощи данной категории населения в нашей стране.

### **2.1.3 Определение минимально допустимого количества обследованных лиц для достижения статистически достоверных данных**

При определении минимально допустимого количества наблюдений при проведении стоматологических осмотров населения по обращаемости в стоматологические учреждения [88], с целью достижения их репрезентативности и статистически достоверных полученных результатов исследования, руководствовались методическими рекомендациями ВОЗ (1989 г.) «Стоматологические обследования: Основные методы» (Женева, ВОЗ), согласно которым искомое количество наблюдений при проведении подобного рода исследований должно быть не менее 25-30 человек в каждой возрастно-половой группе. При этом мы

также, руководствовались исследованиями Бажана А.В. [89] применительно к Украине и Курбанова О.Р. [90], проводившим исследования непосредственно связанные с определением репрезентативности совокупности количества наблюдений для получения статистически достоверных данных, которые практически идентичны наведенным выше рекомендациями ВОЗ.

#### **2.1.4 Разработка подробного плана по организации и проведению осмотров лиц молодого возраста, определение перечня объективных методов обследования, необходимой учетной документации для фиксации результатов клинического обследования**

Для достижения максимально возможной полноты набора необходимой информации по исследуемой теме и соблюдения единого методического подхода при проведении осмотров, нами была усовершенствована ранее разработанная в отделе «Диагностическая карта обследования стоматологического ортопедического (ортодонтического) больного и наведены методические указания к ее заполнению.

Предложенная диагностическая карта обследования состоит из трёх основных разделов – паспортной, учетной и экспертной.

Включены были также некоторые вспомогательные графы, дополняющие основные сведения по проблеме.

Приведен шифратор условных обозначений. Для облегчения работы и во избежание возможных ошибок при её заполнении, он указан на карте с обратной стороны. Обследованию предшествовала обязательная её апробация, испытание и определение единых показаний к непосредственному выбору вида ортопедического лечения с учётом наиболее широко используемых в практическом здравоохранении нашей страны основных видов зубных протезов.

## Диагностическая карта обследования стоматологического ортопедического (ортодонтического) больного

МЗ Украины

ФИО

База осмотров

Дата обследования

Домашний адрес	Год рождения	Пол	Социальное положение	Образование	Контактный телефон

### СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Хирургия																
Терапия																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Терапия																
Хирургия																

### СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ И ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Ортодонтия																
Зубные протезы																
Микропротезы, импланты																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Импланты, микропротезы																
Зубные протезы																
Ортодонтия																

### НУЖДАЕТСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Ортодонтия																
Зубные протезы																
Микропротезы, импланты																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Импланты, микропротезы																
Зубные протезы																
Ортодонтия																

1. Патология твердых тканей зубов (кариес, гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, травма, прочее – подчеркнуть).
2. Степень разрушения клинической коронки по Клемину (1/3, 2/3 и более 2/3 части – подчеркнуть).
3. Анатомо-топографическое состояние корней по Цукановой (1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й класс – подчеркнуть).
4. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти (\_\_\_ класс \_\_\_ подкласс) и нижней челюсти (\_\_\_ класс \_\_\_ подкласс) по Кеннеди
5. Полное отсутствие зубов на верхней челюсти по Шредеру (\_\_\_ класс).
6. Полное отсутствие зубов на нижней челюсти по Келлеру (\_\_\_ класс).
7. Форма альвеолярного гребня в области частичного дефекта зубных рядов (треугольно-остроконечная, усеченного конуса, шиновидная, полуовальная, уплощенная – подчеркнуть).
8. Тип слизистой оболочки в области альвеолярного отростка по Супле (нормальная, гипертрофированная, атрофированная, "болтающийся гребень" – подчеркнуть).
9. Патологическая стираемость зубов (1-я, 2-я, 3-я степень) (горизонтальная, вертикальная, смешанная) (локализованная, генерализованная) подчеркнуть.
10. Пародонтит (1-я, 2-я, 3-я степень).
11. Пародонтоз (1-я, 2-я, 3-я степень).
12. Аномалии, деформация зубов и зубных рядов \_\_\_\_\_ указать.
13. Сложно-челюстная патология \_\_\_\_\_ указать.
14. Прикус (ортогностический, прямой. Бипрогнатия, прогнатия, прогения – подчеркнуть).
15. Временное шинирование \_\_\_\_\_ указать.
16. Пришлифовывание зубов \_\_\_\_\_ указать.
17. Другие нозологические формы заболеваний \_\_\_\_\_ указать.

## Шифратор учетной записи

№	Диагноз	Условие		
1	Сроки отсутствия зубов	О1, О2, О3 и т.д. (лет)	22	Штифтовый зуб простой ШП
2	Степень разрушения клинической коронки	К <sup>-1/3</sup> , К <sup>-1/2</sup> , К <sup>-2/3</sup>	23	Штифтовый зуб сложный ШС
3	Степень разрушения коронки и подвижность зубов	К <sup>1/3</sup> П2, К <sup>2/3</sup> П1 и т.д.	24	Культевая штифтовая вкладка КШВ
4	Объем пломбы	П <sup>1/3</sup> , П <sup>1/2</sup> , П <sup>2/3</sup>	25	Анкер АР
5	Объем пломбы и подвижность зубов	П <sup>1/3</sup> П2, П <sup>2/3</sup> П1 и т.д.	26	Частичный пластиночный протез ЧС
6	Корень зуба, подлежащий восстановлению	КВ	27	Полный съемный протез ПС
7	Корень зуба, подлежащий удалению	КУ	28	Бюгельный протез БП
8	Коронковая часть зуба, восстановленная адгезивным материалом	КАМ	29	Съемная цельнолитая шина ЦШ
9	Зуб, подлежащий удалению по поводу пародонтита и его осложнений	УП	30	Съемная цельнолитая шина-протез ЦШП
10	Коронка металлическая штампованная	КМ	31	Снятие коронки СК
11	Коронка штампованная, облицованная пластмассой	КО	32	Адгезивный мостовидный протез:
12	Коронка пластмассовая	КП		а) коронка АК
13	Колонка фарфоровая	КФ		б) зуб АЗ
14	Зуб фарфоровый	ЗФ	33	Зубы с феноменом Попова-Годона выдвинуты по:
15	Фасетка	Ф		– вертикальной оси ПГВ
16	Зуб литой металлический	Л		– вертикальной оси с небным наклоном ПГВН
17	Зуб пластмассовый	Пз		– вертикальной оси с вестибулярным наклоном ПГВВ
18	Металлокерамическая коронка	МК		– вертикальной оси с язычным наклоном ПГВГ
19	Металлокерамический зуб	МКз	34	Зубы выдвинуты с альвеолярным отростком ПГАО
20	Цельнолитая коронка, облицованная пластмассой	МП	35	Виды аномального расположения опорных зубов
21	Цельнолитой зуб, облицованный пластмассой	Мпз		– вестибулярный ВНз
				– язычный ЯНз
				– дистальный ДНз
				– медиальный МНз
				– сочетанные виды СНз
			36	Отсутствие контактного пункта между зубами, ограничивающие дефект зубного ряда и рядом стоящим ОКП

Непосредственное заполнение данной карты обследования проводили следующим образом. Паспортную часть заполняли с отражением возрастнополовой и социальной характеристики обследованного.

Учетная часть была представлена в виде зубной формулы и состояла из 3-х автономных подразделов. В первом подразделе «стоматологический терапевтический и хирургический статус», отражали соответствующий стоматологический статус с подробным указанием вида кариозных полостей и его осложнений, а также заболевания тканей пародонта и тяжесть их клинического течения.

Второй подраздел отражал фактическое наличие основных видов зубных протезов, микропротезов, имплантатов, а также ортодонтические аппараты и пр.

В третьем же подразделе, на основании данных углубленного клинического обследования, фиксировалось предложенное ортопедическое лечение с подробным изложением его конструктивной характеристики.

Наличие в учетной части первых двух подразделов, позволяет получить подробную терапевтическую и хирургическую характеристику в каждом конкретном случае и отразить достаточно углубленный ортопедический и ортодонтический статус, а также имплантологию.

При этом усовершенствованная нами «Диагностическая карта обследования стоматологического ортопедического (ортодонтического) больного», в отличие от ранее известных классических аналогичных карт обследования, позволяет практически полностью охватить весь стоматологический статус у данной категории больных и с высокой степенью аргументированности и обоснованности определить вид и объём ортопедической помощи.

При этом, с целью соблюдения единых методических принципов всеми врачами участвовавшими в стоматологических осмотрах при установлении диагноза и определении вида ортопедической помощи, была разработана специальная «Памятка стоматологам-ортопедам, проводящим углубленное клиническое обследование лиц молодого возраста», с отражением вида патологии твердых тканей зубов, степени разрушения их коронковой части по Клемину, анатомо-топографическое состояние корней по Цукановой, частичное отсутствие

зубов по Кеннеди, полное отсутствие зубов на верхней челюсти по Шредеру, на нижней челюсти по Кеплеру. Указывали форму альвеолярного гребня в области частичных дефектов зубных рядов, тип слизистой оболочки в области альвеолярного отростка по Супле, патологическую стираемость зубов, степень тяжести течения пародонтита и пародонтоза, виды аномалий опорных зубов, антагонистов, деформаций челюстей, прикус, сложночелюстную патологию, а также другие редко встречающиеся заболевания в полости рта и челюстей и пр.

### **2.1.5 Экспертная оценка полученных результатов исследования**

Важнейшим условием в достижении объективных и достоверных результатов исследований является экспертная оценка материалов проведенных стоматологических осмотров. В этой связи для ее проведения нами были привлечены достаточно опытные врачи стоматологи-ортопеды высшей квалификации и научные сотрудники отдела, имеющие высокого уровня профессиональные знания и богатый клинический опыт работы в клинике ортопедической стоматологии, в обязанности которых входило обеспечение правильности заполнения диагностической карты, обоснованности выбора наиболее оптимального метода ортопедического лечения.

В случае выявления экспертом тех или иных погрешностей в заполнении диагностической карты в любом из подразделов подобная карта изымалась из дальнейшей обработки. По завершении экспертной оценки всех диагностических карт обследования, окончательные материалы подвергались дальнейшей обработке.

### **2.1.6. Выкопировка, группировка и обработка полученных материалов**

Прежде чем произвести первичную выкопировку полученных результатов исследования и произвести их группировку по соответствующим таблицам,



нами, прежде всего, была определена наиболее приемлемая к профилю ортопедической стоматологии, методика распределения их по возрастно-половым группам.

Из целого ряда официально зарегистрированных и ряда используемых в индивидуальных исследованиях некоторых исследователей, нами выбрана официально рекомендованная методика формирования возрастных групп ВОЗ (1980 г.) «Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта» (Доклад научной группы ВОЗ – Женева), согласно которой рекомендовано данные стоматологических осмотров делить на 8 возрастно-половые группы населения с 15 летнего возраста и завершая 65 и более годами, с, первоначально, пятилетним интервалом, а затем после 30 лет – 10 летним.

Учитывая исследуемую проблему и возрастной параметр, характеризующий понятие «лица молодого возраста», нами первичные материалы стоматологических осмотров были занесены в возрастные группы 15-19, 20-24 и 25-29 лет по следующим показателям, характеризующих общее количество обследованных, количество лиц с малыми включенными дефектами зубных рядов, их общее количество, число дефектов с отсутствием 1 зуба, 2-х зубов и 3-х зубов и их общего количества.

При этом все они были распределены не только по возрастному, но и по половому принципу.

При отражении же зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с удалением зубов, указывали также общее количество лиц с малыми включенными дефектами зубных рядов, среди них с различными зубочелюстными деформациями, их общее количество среди подобных больных. При освещении вида смещений опорных зубов определяли их анатомо-топографическую направленность – вертикальные, медиальные, дистальные, оральные, поворот вокруг оси и комбинированные. Отдельно фиксировали феномен Попова-Годона у зубов-антагонистов. Помимо этого проводилась выборка по группам согласно деформации зубов и зубных рядов. Так, при дентальной деформации, указывали какой ее вид – вертикальная или горизонтальная и степень ее тяже-

сти, а при горизонтальной еще и градусы их наклона от нормальной физиологической оси зуба. Дентоальвеолярная же форма деформации предусматривала также отражение степени атрофии костной ткани.

Что касается состояния ортопедической помощи данной категории населения нашей страны, то здесь вся необходимая информация выкопировывалась и группировалась в сводные таблицы по нескольким параметрам.

Это, прежде всего по изготовленным и подлежащим изготовлению основных видов зубных протезов, касательно установления степени удовлетворенности лиц молодого возраста в каждом из них. И характеристике проведенной и необходимой ортопедической помощи включающей в себя 4 параметра – это, количество лиц данной категории населения полностью ею обеспеченные; количество лиц частично обеспеченные ортопедическим лечением и нуждающиеся в дополнительном протезировании; количество лиц нуждающиеся в ней и не имеющих зубных протезов и 4-я группа – лица, не нуждающиеся в ортопедической помощи и не имеющие зубных протезов.

Все искомые показатели подвергались тщательной стоматологической обработке с определением средних их арифметических величин, что вполне достаточно при проведении подобных исследований.

По результатам данного раздела опубликованы следующие статьи

1. Лабунец В.А. Чинники, що сприяють неоднозначному тлумаченню показників розповсюдженості малих дефектів зубних рядів та частоти виникнення зубощелепних деформацій і аномалій у молодому віці /Лабунец В.А., Дієва Т.В., Лабунец О.В. // Вісник стоматології (Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в пародонтології», Одеса, 26-28 квітня 2012 р), 2012- №6 – с.114-115.

2. Лабунец В.А. К вопросу о неопределенности показателей распространенности малых дефектов зубных рядов, частоты возникновения при этом зубочелюстных деформаций в молодом возрасте и их причины / Лабунец В. А., Диева Т. В., Семенов Е. А., Диев Е. В, Лабунец О. В., Шаблий В. Ф., Литвин В. В.// Вісник стоматології , 2012. - №2. – С. 125-127.

3. Лабунец В.А. К методике определения вида и фиксации показателей структуры ортопедической заболеваемости при проведении эпидемиологических исследований / Лабунец В. А., Диева Т. В., Диев Е. В., Лабунец О.В. // Досягнення біології та медицини, 2012. - №2. – с.46-53.

4. Лабунец В.А. К методике определения минимального количества наблюдений при проведении стоматологических осмотров / Лабунец В.А., Диева Т.В., Лабунец О.В. // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасна реконструктивна стоматологія. Міждисциплінарний підхід», Одеса 11-12 травня. – 2012 р. – С. 73-74.

### РАЗДЕЛ 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ И АНОМАЛИЙ Г. ОДЕССЫ

#### 3.1 Численность и возрастно-половой состав обследованных лиц

Для установления частоты возникновения малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и их осложнений в виде зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с отсутствием должного и своевременного ортопедического лечения, нами были проведены стоматологические осмотры 282 человек (жителей г. Одессы) в возрасте от 15 до 30 лет, из которых мужчины составили 129 человек (45,8 %), а женщины – 153 человека (54,2 %). Вся полученная информация о состоянии зубов и зубных рядов у данной категории населения регистрировалась в специально разработанной "Карте обследования стоматологического (ортодонтического) больного".

В свою очередь в соответствии методическим рекомендациям ВОЗ (1980 г.), они были разделены на 3 возрастных группы – 15-19 лет, 20-24 года и 25-29 лет, в которых, соответственно, обследовано – 80, 92 и 110 человек. Их количество и структура по возрасту, половому признаку представлены в табл. 3.1.

Таблица 3.1

#### Количество и структура возрастно-полового состава осмотренных лиц молодого возраста в г. Одессе

Возрастные группы											
15-19 лет				20-24 года				25-29 лет			
М		Ж		М		Ж		М		Ж	
к-во лиц	% со- отн.	к-во лиц	% со- отн.	к-во лиц	% со- отн.	к-во лиц	% со- отн.	к-во лиц	% со- отн.	к-во лиц	% со- отн.
32	40 %	48	60 %	44	48 %	48	52 %	53	48 %	57	52 %

Анализируя в целом общее количество обследованных лиц молодого возраста так и по отдельным возрастным группам, как по возрастному так и половому признаку, следует сказать, что их численность, исходя из методических рекомендаций ВОЗ (1989 г.), для получения статистически достоверных данных при проведении подобного рода исследований должна быть не менее 30 человек, вполне достаточна для достижения поставленной цели исследования в настоящей научной работе.

### **3.2 Частота возникновения малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и их характеристика в динамике во временном аспекте**

Для установления распространенности малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и, особенно, проведения сравнительной характеристики и динамики их развития на протяжении последних 15-20 лет, нами, помимо данных стоматологических осмотров данной категории обследованных за 2012 год, были подняты также архивные материалы аналогичных стоматологических осмотров, проведенных в 1995-96 гг. в соответствующих возрастных группах в г. Одессе. Исходя из полученных материалов, количество обследованных лиц составляло 273 человека, т.е. в обоих случаях соблюдено оптимальное количество обследованных лиц для достижения статистически достоверных данных.

Проведя, соответствующую группировку полученных материалов обследования по исследуемым нами возрастным группам, было установлено (табл. 3.2), что, в целом, наблюдается четкая тенденция увеличения количества лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов во временном диапазоне, как в общем по данной возрастной категории, так и в отдельности по исследуемым возрастным группам.

Таблица 3.2

**Сравнительная характеристика частоты возникновения малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Одессы в 1995 и 2012 годах на 1000 обследованных лиц**

Год обсле- дова- ния	Возрастные группы							
	15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%	к-во	%
1995	91,6	9,2	148,7	14,9	449,6	45,0	230,0	23,0
2012	250,0	25,0	358,7	35,9	618,2	61,8	409,0	40,9

Так, если исходя из представленных в табл. 3.2 данных, в целом, число лиц молодого возраста с данного рода дефектами зубных рядов в Одессе в 1995 году составляло 230,0 (23,0 %) человек на 1000 лиц в возрасте 15-29 лет, то уже в 2012 году их было уже 409,0 (40,9 %), т.е. частота их возникновения возросла на 78 %, что крайне неудовлетворительно характеризует систему стоматологического обслуживания в нашей стране за прошедший период времени с 1995 по 2012 годы.

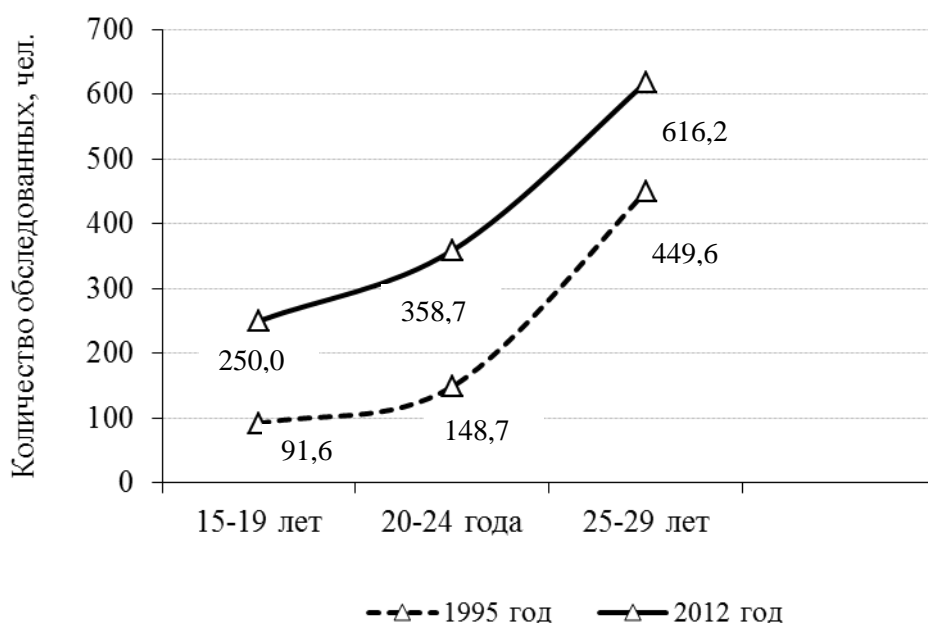


Рис. 3.1 Динамика распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста в Одессе за 1995 и 2012 годы.

Что касается полученных материалов непосредственно возрастных групп, то здесь состояние таково. В возрастной группе 15-19 лет в 1995 году их количество было 91,6 (9,2 %) человек на 1000 обследованных, а в 2012 году стало уже 250,0 (25,0 %) человек, т.е. их число возросло на 270,0 %. В 20-24 года, соответственно, с 148,7 (14,9 %) до 358,7 (35,9 %) и увеличилось на 241 % и, соответственно, в возрастной группе 25-29 лет с 449,6 (45,0 %) до 618,2 (61,8 %) человек на 1000 обследованных данного возраста и увеличилось их число на 39 %. Особенно впечатляют и удручают полученные материалы в графическом их изображении (рис. 3.1).

Проведя ретроспективный анализ полученных материалов по исследуемым возрастным группам, следует указать на существенное увеличение количества лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, особенно в младших возрастных группах – 15-19 лет и 20-24 года, где их увеличение произошло, соответственно, в 2,7 и 2,4 раза с 1995 по 2012 годы.

С нашей точки зрения, это, скорее всего, связано с резким снижением диспансеризации, активным выявлением и лечением кариеса зубов и его осложнений именно еще в школьном возрасте, не говоря уже о степени профессионализма ряда стоматологов нашей страны. Ведь в принципе, по большому счету, в данной возрастной категории пациентов, в силу практического отсутствия развившейся стадии пародонтита II и III степени, удаление зубов с нормальным пародонтом, должно быть практически сведено к минимуму. В этой связи, как руководителям стоматологических учреждений, так и МЗ Украины следует обратить внимание на данное, крайне плачевное положение и выработать ряд неотложных лечебно-профилактических и, особенно, организационных мер по коренному улучшению оказания стоматологической помощи населению нашей страны, именно в данном возрасте.

В определенной степени достаточно значимый научный интерес и практическое значение представляют исследования вопросов распределения подобного рода дефектов у лиц молодого возраста по половому признаку по вполне понятным причинам для данного возрастного параметра (табл. 3.3).

**Распространенность малых включенных дефектов зубных рядов  
у лиц молодого возраста на 1000 обследованных лиц г. Одессы  
среди мужчин и женщин**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
281,3	229,5	363,6	354,2	584,9	631,6	441,9	418,3
Всего							
255,4		358,9		608,3		430,1	

Исходя из полученных данных, в целом, на 1000 обследованных малые включенные дефекты зубных рядов в возрастном диапазоне 15-29 лет встречаются у 430,1 человек. При этом у мужчин они наблюдаются у 441,9 человек, а у женщин - у 418,3 на 1000 лиц по каждому полу.

Анализ представленных показателей указывает на достаточно высокую распространенность данного рода дефектов зубных рядов и практически идентичную их распространенность у лиц молодого возраста по половому признаку.

Что касается углубленных материалов обследования по каждой возрастной группе, то здесь фиксируются следующие показатели. В возрасте 15-19 лет у мужчин данный показатель отмечается на уровне 281,3 человек на 1000 лиц данной возрастной категории (28 %), у женщин, соответственно, 229,5 человек (23 %). В группе 20-24 года, соответственно, у мужчин - 363,6 (36 %), у женщин - 354,2 (35 %) и в возрасте 25-29 лет у мужчин данный показатель достигает 584,9 человек (59 %), а у женщин - 631,6 (63 %) на 1000 обследованных данного возраста (рис. 3.2).



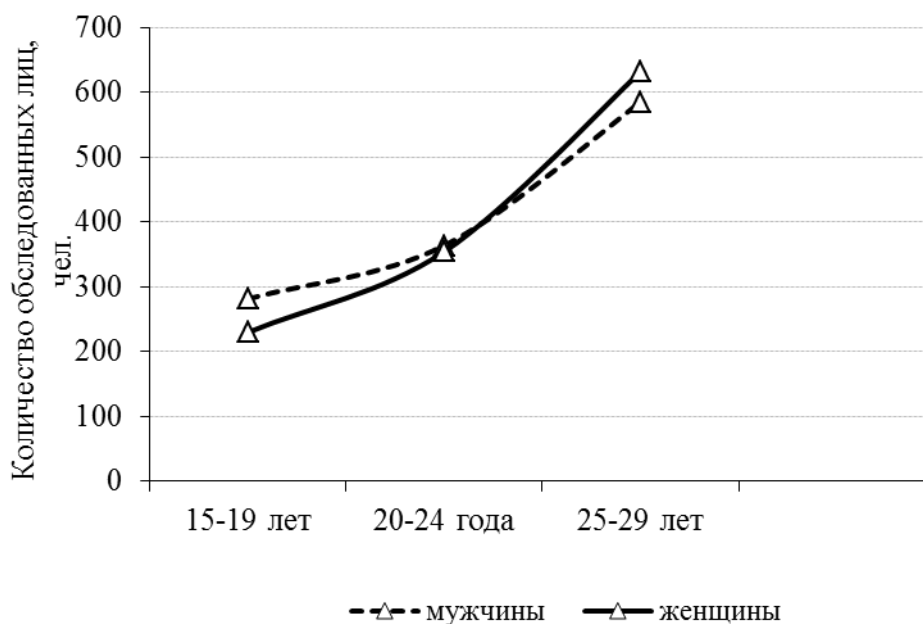


Рис. 3.2 Динамика распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди мужчин и женщин молодого возраста г. Одессы

Анализируя полученные материалы, следует указать на постоянное увеличение данной категории лиц с возрастом, как у мужчин, так и у женщин, а именно, с 281,3 человек среди мужчин в возрасте 15-19 лет до 584,9 человек в возрасте 25-29 лет на 1000 обследованных лиц и у женщин - с 229,5 до 631,6 человек. Вместе с тем следует заметить, что если у женщин данный показатель незначительно ниже в возрастных группах 15-19 лет и 20-24 года, чем у мужчин, то в возрасте 25-29 лет фиксируется уже несколько выше, чем у мужчин. С нашей точки зрения, это объясняется, в первую очередь, физиологическими изменениями в организме женщин, связанными с рождением детей и отсутствием должного времени на активное наблюдение за своим здоровьем у стоматологов и санаций полости рта и зубов.

### 3.3 Количество малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Одессы на 1000 обследованных лиц

При определении нормативной потребности населения в стоматологической ортопедической помощи и врачебных кадрах по ортопедической стоматологии, важнейшее значение при этом, приобретают данные о количестве тех

или иных дефектов зубных рядов, их структуре и объеме. Принимая во внимание данное положение, нами была определена интенсивность распространения малых включенных дефектов зубных рядов у исследуемой категории лиц, данные которых представлены в табл. 3.4.

Таблица 3.4

**Количество малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого  
возраста г. Одессы на 1000 обследованных лиц**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
343,8	437,5	636,4	562,5	1377,4	1421,1	868,2	843,1
Всего							
390,7		599,5		1399,3		855,7	

Исходя из приведенных в табл. 3.4 материалов, наблюдается четкая тенденция увеличения количества малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Одессы - с 390,7 в возрастной группе 15-19 лет до 1399,3 дефектов в 25-29 лет на 1000 лиц данного возрастного диапазона. При этом в среднем в исследуемой категории лиц этот показатель фиксируется на уровне 855,7 дефектов.

**3.4 Интенсивность распространенности малых включенных дефектов  
зубных рядов среди лиц молодого возраста с подобными дефектами**

Наряду с познанием вопросов количества малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста, определенное научное значение и важную практическую ценность при выявлении и установлении степени тяжести патологии и объема необходимой ортопедической помощи уже непосредственно каждому больному, представляют вопросы исследования интенсивно-

сти количества дефектов зубных рядов, среди данного рода пациентов (табл. 3.5).

Таблица 3.5

**Количество малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста с подобными дефектами на 1000 обследованных лиц г. Одессы**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1222,2	1609,1	1750	1888,2	2281,3	2250	2000	2015,6
Всего							
1415,7		1819,1		2265,7		2007,8	

Согласно данным табл. 3.5, отмечается практически одинаковое количество малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц с подобными дефектами зубных рядов в возрастном интервале от 15-29 лет, а именно - 2000,0 и 2015,6 дефектов на 1000 лиц данной категории среди мужчин и женщин, соответственно, т.е. по 2 малых включенных дефекта зубных рядов на 1 человека с данного рода дефектами. В среднем же данный показатель для лиц молодого возраста фиксируется на уровне 2007,8 дефектов.

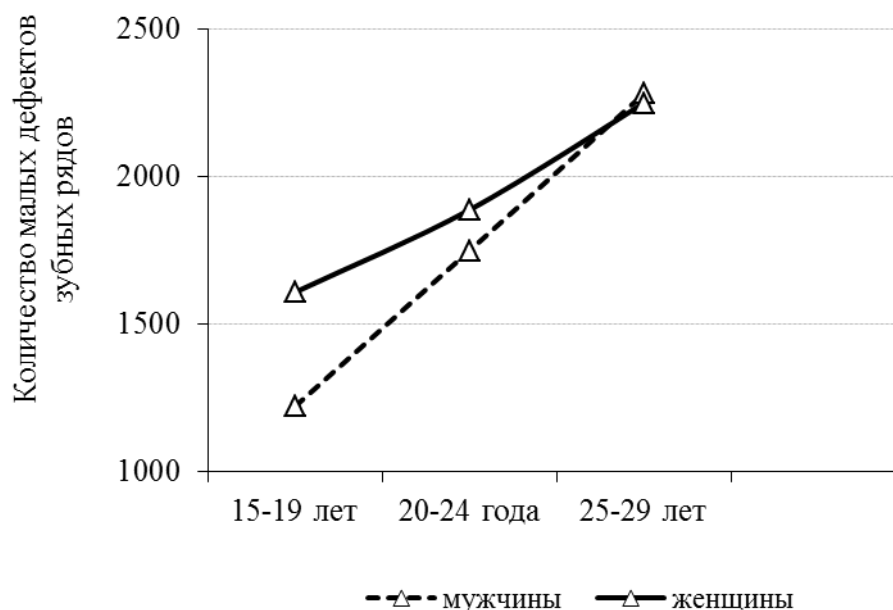


Рис. 3.3 Динамика интенсивности распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста на 1000 обследованных лиц г. Одессы.

Рассматривая материалы обследования по данному вопросу в возрастном аспекте, следует указать на постоянное их увеличение с возрастом, начиная с 1222,2 в возрастной группе 15-19 лет до 2281,3 дефектов у мужчин и с 1609,1 до 2250,0 дефектов у женщин (рис. 3.3).

### **3.5 Структура малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста**

Важное практическое и прикладное значение при организации и планировании стоматологической ортопедической помощи, врачебной нагрузке, а также качественных и количественных показателей работы врача-стоматолога-ортопеда, имеет наличие информации о структуре дефектов зубных рядов, количестве отсутствующих зубов при различных клинических ситуациях. В силу изложенного в табл. 3.6 приведены данные о количестве удаленных зубов в возрасте 15-29 лет как по возрастному, так и по половому признаку.

Таблица 3.6

**Количество удаленных зубов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов на 1000 обследованных лиц г. Одессы**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1444,4	1095,2	1875,0	1823,5	2906,3	2916,7	2075,2	1945,1
Всего							
1269,8		1849,3		2911,7		2010,2	

Исходя из представленных в табл. 3.6 данных, наблюдается тенденция увеличения количества удаленных зубов с возрастом, как в целом, так и среди мужчин и женщин.

Если говорить в целом о данной возрастной категории, то здесь фиксируются следующие показатели. В возрастной группе 15-19 лет число удаленных зубов среди лиц с малыми включенными дефектами зубных рядов составляет 1269,8 зубов на 1000 лиц данной категории, в 20-24 года, соответственно, 1849,3 и в возрасте 25-29 лет - 2911,7 зубов, т.е. 1,3; 1,9 и 2,9 зубов на 1 пациента с малыми включенными дефектами зубных рядов в соответствующих возрастных группах. В целом же данный показатель у лиц молодого возраста с подобными дефектами фиксируется на уровне 2,0 зубов на 1 человека.

Немаловажное значение при планировании потребности населения в ортопедической помощи имеют сведения о наличии патологии, ее объеме и структуре по половому признаку.

Опять таки, исходя из материалов, приведенных в табл. 3.6, в целом наблюдается практически идентичное их количество, как среди мужчин, так и среди женщин. У мужчин данный показатель у лиц молодого возраста (15-29 лет) составляет 2075,2 и у женщин 1945,1 удаленных зубов у лиц с малыми включенными дефектами зубных рядов. В целом он среди мужчин и женщин данного возрастного интервала останавливается на уровне 2010,2, т.е. 2,0 зубов на 1 обследованного подобного пациента (рис. 3.4).

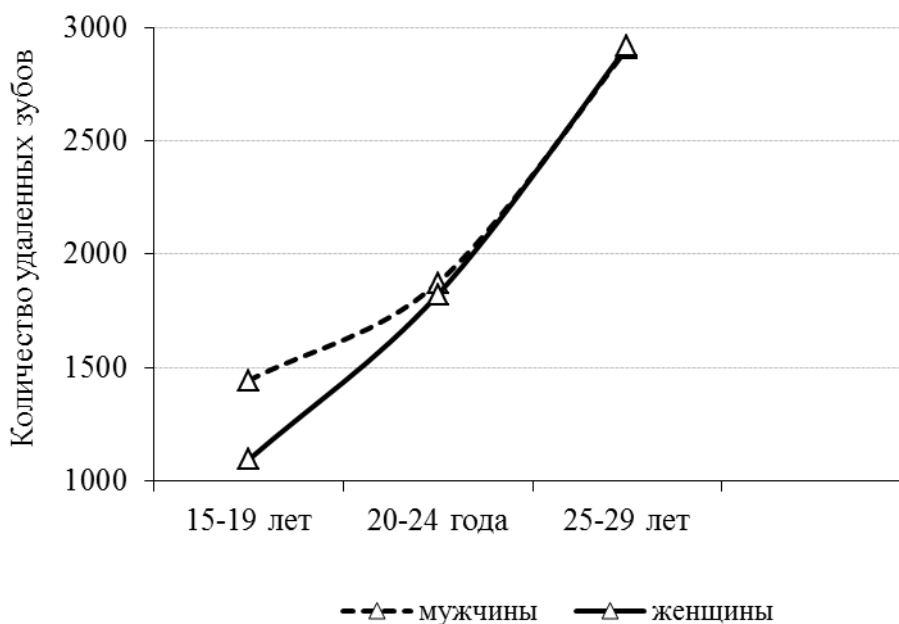


Рис. 3.4 Динамика интенсивности удаленных зубов у лиц молодого возраста на 1000 обследованных лиц г. Одессы.

### 3.6 Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов и лиц молодого возраста

Помимо общего знания о количестве удаленных зубов у лиц с дефектами зубных рядов, первостепенное значение для выбора вида ортопедического лечения имеют данные о протяженности дефектов зубных рядов, в том или ином клиническом случае.

Особенно актуален данный вопрос, принимая во внимание конкретные клинические показания к имплантации и мостовидному протезированию.

Имея в наличии все исходные материалы стоматологического обследования данной категории лиц, информация о структуре протяженности малых включенных дефектов зубных рядов в молодом возрасте указана в табл. 3.7.

Согласно проведенных в табл. 3.7 данных, у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов преимущественно преобладают дефекты с отсутствием одного зуба, как в целом (82,2 %), так и среди мужчин (83,0 %) и женщин (81,4 %). При этом, в 13,2 % случаев у данного рода дефектах зубных рядов, отсутствует 2 зуба и в 4,6 % - 3 зуба.

**Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов у  
лиц молодого возраста г. Одессы, %**

Количество отсутствующи- щих зубов в одном дефек- те	Возрастные группы							
	15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1 зуб	81,8	90,5	91,8	88,9	79,5	76,5	83,0	81,4
2 зуба	18,2	9,5	7,2	7,4	13,6	17,3	12,5	13,9
3 зуба	0	0	0	3,7	6,9	6,2	4,5	4,7
	В целом							
1 зуб	86,2		90,8		78,0		82,2	
2 зуба	13,8		7,3		15,5		13,2	
3 зуба	0		1,9		6,5		4,6	

Что касается динамики их появления и развития с возрастом, то здесь, четко прослеживается тенденция увеличения продолжительности частичных малых включенных дефектов с возрастом, особенно с отсутствием 3-х зубов. Если в возрастной группе 15-19 лет их практически нет вовсе, а в 20-24 года встречаются только в 1,9 % случаев, то в возрасте 25-29 лет они составляют уже 6,5 % от общего количества малых включенных дефектов.

Заключая в целом о распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста, их интенсивности у лиц с данного рода дефектами, структуре и количестве удаленных зубов, следует указать на практическую идентичность данных показателей как среди мужчин, так и женщин. Учитывая данное положение, при определении нормативной потребности населения в специализированной ортопедической помощи и расчета врачебных должностей по ортопедической стоматологии, их целесообразно объединить и

производить в дальнейшем все расчеты на все население нашей страны данного возраста.

### **3.7 Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов**

Наряду с вопросами распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, одной из задач в данном научном исследовании был вопрос исследования частоты возникновения аномального расположения опорных зубов и деформаций зубных рядов, альвеолярного отростка, возникающих вследствие отсутствия должных медицинских показаний к их своевременному ортопедическому лечению или его игнорированием, как таковым.

В виду этого, нами в полном соответствии с поставленной задачей, были проведены соответствующие научные исследования как по возрастному, так и половому признаку, результаты которых отражены в табл. 3.8.

Таблица 3.8

#### **Частота возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов г. Одессы, %**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
100,0	81,8	87,5	94,1	100,0	72,2	98,2	79,7
Всего							
90,9		90,8		86,1		89,1	



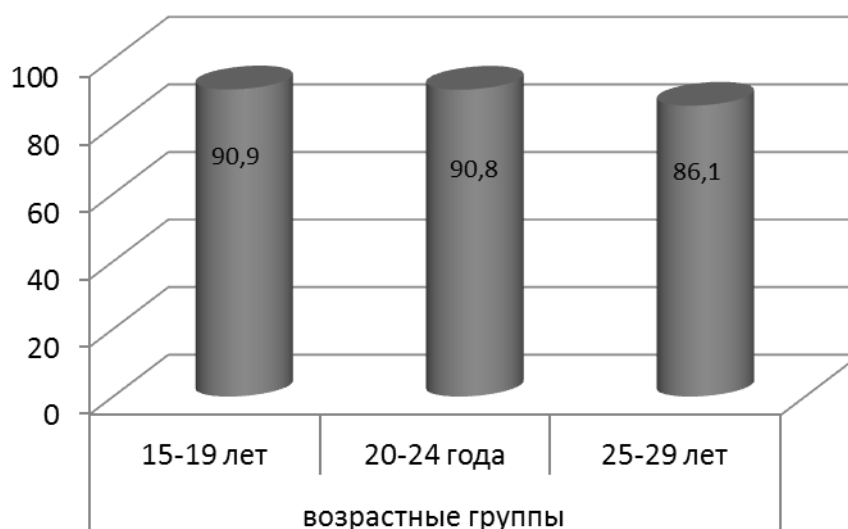


Рис. 3.5 Динамика распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов г. Одессы

Анализируя приведенные в табл. 3.8 данные, сразу же необходимо констатировать о весьма и весьма высокой степени распространенности зубочелюстных деформаций среди лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, показатели которых устанавливаются, в целом, на уровне 89,1 %. При этом установить какую-то явную тенденцию частоты их появления, как в возрастном разрезе, так и в половом аспекте практически не представляется возможным (рис. 3.5).

Остается лишь засвидетельствовать о весьма высоких их показателях как среди мужчин, так и женщин среди всех трех исследуемых возрастных группах, за исключением их незначительного снижения в старшей возрастной группе 24-29 лет. объяснение которого, с нашей точки зрения, кроется и связано в большей степени с увеличением степени минерализации костной ткани и в усилении физиологической жевательной нагрузки с возрастом в отличие от обратного в младших возрастных группах – 15-19 и 20-24 года.

### **3.8 Интенсивность возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и зубочелюстными аномалиями**

Несмотря на достаточно весомое как научное, так и практическое значение полученных нами сведений о распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, важнейшую практическую ценность приобретают материалы об интенсивности данных патологических состояний в челюстно-лицевой области, именно у одного больного в связи с тем, что у данной категории пациентов при наличии 2-х и более дефектов зубных рядов, могут быть также больше и подобного рода аномалии и деформации.

Учитывая изложенное и пояснения к нему, нами были установлены также показатели интенсивности зубочелюстных аномалий и деформаций на одного больного с малыми включенными дефектами зубных рядов у лиц молодого возраста и наличием у них данных патологических состояний, результаты которых представлены в табл. 3.9.

Таблица 3.9

#### **Интенсивность возникновения зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и данными патологиями на 1 обследованного в г. Одессе**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1,2	1,3	1,8	1,6	1,7	2,7	1,6	1,9
Всего							
1,25		1,7		2,2		1,8	

Анализируя приведенные данные в табл. 3.9, следует указать на некоторые, явно просматриваемые, некоторые тенденции в их возникновении и разви-

тии. Так, согласно полученным данным, достаточно четко прослеживается их увеличение с возрастом на одного больного с малыми включенными дефектами зубных рядов и наличия у него зубочелюстных аномалий, а именно, если в возрастной группе 15-19 лет их количество составляет 1,25 на одного подобного больного, в группе 20-24 года – уже 1,7, то в возрасте 25-29 лет данный показатель достигает уровня 2,2, т.е. фактически увеличение их количества с 15-19 лет до 25-29 лет увеличилось почти в 2 раза (рис. 3.6). В целом же у данной категории больных среди лиц молодого возраста исследуемый показатель фиксируется на уровне 1,8 зубочелюстных аномалий и деформаций на 1 пациента с подобными заболеваниями.

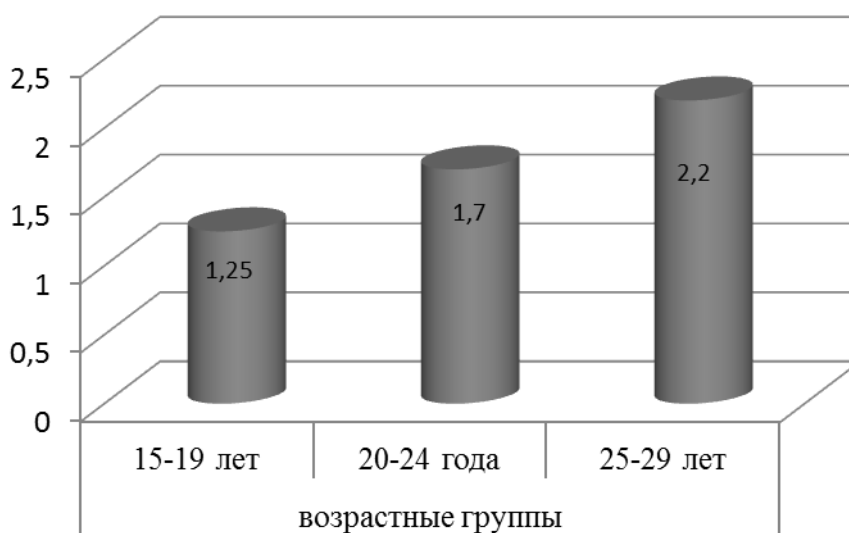


Рис. 3.6 Динамика интенсивности возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов и данными патологиями г. Одессы

Если рассматривать данный показатель в возрастно-половом аспекте, то здесь они практически идентичны, за исключением возрастной группы 25-29 лет, где он у женщин несколько выше, чем у мужчин. С нашей точки зрения, объяснение данного опять таки кроется в физиологических сдвигах процессов минерализации кости у женщин в данном возрасте, принимая во внимание наиболее активную деторождаемость в этом возрастном интервале в насто-

ящее время и отсутствием должного свободного времени на соответствующее ортопедическое лечение в надлежащее ему минимальные сроки.

### **3.9 Анатомо-топографическая характеристика вида смещения зубов при зубо-челюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов г. Одессы**

При выборе вида ортопедического и ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий и деформаций, а также прогноза оптимальных сроков восстановления подобного рода зубных рядов с малыми включенными дефектами в нормальное анатомо-топографическое физиологическое состояние, особенно опорных зубов, первостепенное значение имеет наличие материалов о виде и количестве смещений опорных зубов. Учитывая данное, нами были проведены соответствующие исследования, результаты которых отражены в табл. 3.10.

Таблица 3.10

#### **Виды и количество смещенных зубов при зубочелюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов на 1 обследованного г. Одессы**

Виды смещения зубов	Возрастные группы			
	15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	15-29 лет
Вертикальное	0,06	0,20	0,57	0,37
Медиальное	1,11	1,57	2,09	1,77
Дистальное	0,27	0,43	0,38	0,38
Оральное	0,06	0,23	0,59	0,40
Вестибулярное	0,06	0,17	0,33	0,24
Поворот вокруг оси	0	0	0,16	0,08
Комбинированное	0,27	0,60	0,86	0,70

Исходя из материалов, представленных в табл. 3.10, в целом, среди лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями и аномалиями, наблюдаются различные виды смещения зубов, ограничивающие дефекты зубных рядов и их количественный состав. Так, вертикальное смещение подобного рода зубов встречается в 0,37 случаев на 1 обследованного с зубочелюстными деформациями и аномалиями, медиальное – в 1,77, дистальное – в 0,38, оральное – в 0,40, вестибулярное – в 0,24, поворот вокруг оси – в 0,08 и комбинированное смещение – в 0,70 случаев.

Для более наглядного восприятия полученных материалов обследования по данному вопросу, разберем его в процентном соотношении, данные которых представлены в табл. 3.11.

Таблица 3.11

**Процентное распределение структуры смещения зубов у лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов и зубо-челюстными аномалиями и деформациями г. Одессы**

Виды смещения зубов	Возрастные группы			
	15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	15-29 лет
Вертикальное	3,03	6,25	11,46	9,60
Медиальное	60,61	48,96	42,01	45,08
Дистальное	15,15	13,54	7,64	9,60
Оральное	3,03	7,29	11,81	10,07
Вестибулярное	3,03	5,21	6,60	5,60
Поворот вокруг оси	0	0	3,13	2,16
Комбинированное	15,15	18,75	17,36	17,51

Согласно данным табл. 3.11, весьма заметна, в целом их объеме, достаточно значительная часть медиальных смещений опорных зубов, особенно в

младшей возрастной группе 15-19 лет (60,61 %), количество которых постепенно снижается и составляет в возрасте 20-24 года и 25-29 лет, соответственно, 48,96 % и 47,01 %. Вместе с тем, если их рассматривать в относительных единицах, то это лишь кажущееся относительное их снижение, связанное с ростом в общей массе других видов смещений (табл. 3.10). Это, прежде всего, оральных – с 3,05 до 11,81, вертикальных – с 3,03 до 11,46, вестибулярных – с 3,03 до 6,60 и в какой-то мере комбинированных – с 15,15 до 17,36.

Что касается дистальных смещений, то у них как и в медиальных смещениях наблюдается также относительная тенденция их уменьшения (табл. 3.10), опять таки на фоне роста других смещений.

В силу специфичности развития и анатомо-топографического расположения, отдельным вопросам идет информация о наличии у данной категории больных феномена Попова-Годона, при отсутствии, казалось бы, прямой связи между дефектами зубных рядов, их осложнениями и их антагонистами, которые по ряду функциональных и анатомо-топографических факторов выдвигаются в области отсутствующих зубов и тем самым еще более усложняют и без того сложнейшие клинические ситуации, вызванные различного рола возникшими зубочелюстными деформациями зубных рядов и аномально расположенными зубами непосредственно в области дефекта зубного ряда.

Появление подобного рода феномена у данной категории больных ведет к дополнительным как ортопедическим, ортодонтическим, так и терапевтическим вмешательствам.

В силу действительно важности исследования частоты возникновения феномена Попова-Годона у данной категории больных, наводим полученные нами данные по указанному вопросу, как в целом среди лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, так и в отдельности по исследуемым возрастным группам. Согласно полученным данным частота возникновения феномена Попова-Годона в целом среди данной категории больных составляет 31,6 %. При этом, в возрастной группе 15-19 лет данный показатель

составляет 10,0 %, в 20-24 года – 15,5 % и в возрасте 25-29 лет отмечается на уровне 45,6 %.

Анализируя приведенные выше данные, следует указать на достаточно заметную тенденцию увеличения частоты возникновения феномена Попова-Годона с возрастом, особенно в графическом его отображении (рис. 3.7). Причина же подобного его роста с возрастом заключается, прежде всего, в самой длительности существования подобного рода дефектов зубных рядов, а не непосредственно с возрастом данной категории больных.

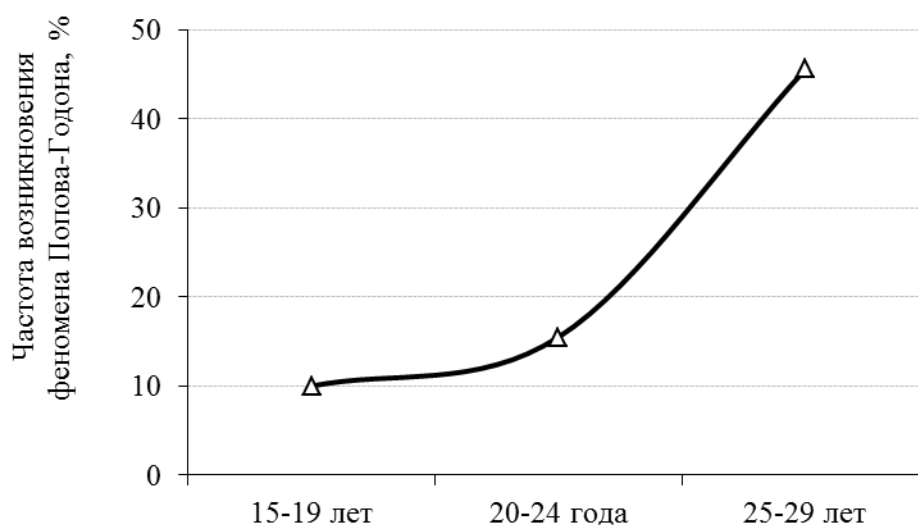


Рис. 3.7 Частота возникновения феномена Попова-Годона у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов.

При организации непосредственно клинического приема и планировании вида ортопедической помощи с использованием имплантатов, различного рода мостовидных протезов, и в том числе адгезивных, съемных временных протезов, для данной категории больных, принципиальное значение в части наиболее рационального и эффективного их выбора, представляют данные о самой сложности деформации зубов и зубных рядов при малых включенных дефектах зубных рядов.

Исходя из сказанного, нами были проведены соответствующие исследования, результаты которого зафиксировали следующее. В целом, у лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов вертикальная дентальная де-

формация зубов 1-й степени, ограничивающих дефект зубного ряда, встречается в 13,5 % случаев, 2-й степени – 1,7 % и 3-й степени – практически вовсе не встречается.

В возрастном же аспекте данная патология выглядит следующим образом. В возрастной группе 15-19 лет данный показатель 1-й степени отмечается в 6,3 % случаев, в 20-24 года – в 4,6 % и в возрасте 25-29 лет он фиксируется на уровне 21,4 %. Вторая же степень данной патологии в возрасте 15-19 лет статистически не выявляется. В возрастной группе 20-24 года данная степень патологии отмечается у 0,9 % среди опорных зубов данной категории больных и в 25-29 лет достигает уровня 2,6 %. Что касается 3-й степени дентальной вертикальной деформации зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, то согласно полученным материалам исследования, он практически в данной возрастной категории не выявляется.

Наряду с этим важнейшее также практическое значение установления частоты возникновения деформации опорных зубов, представляет знание о ее горизонтальной форме, особенно, касательно степени их наклона, а именно – более или менее  $30^\circ$ . Последнее обстоятельство имеет прямое отношение к выбору предпротезной специализированной подготовки, особенно в плане ортопедической, ортодонтической, терапевтической, а иногда и хирургической подготовке, связанное, к сожалению, с удалением зубов, как таковых.

Согласно вышеприведенного, нами были проведены соответствующие исследования, результаты которых засвидетельствовали, что, в целом, среди лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов горизонтальная дентальная деформация опорных зубов 1-й степени с наклоном зубов до  $30^\circ$  встречается у 45,61 % опорных зубов с данной патологией зубочелюстного аппарата. Вторая же степень данного вида дентальной деформации со степенью наклона опорных зубов более чем на  $30^\circ$  отмечается у 19,6 % опорных зубов у больных с малыми включенными дефектами зубных рядов. Полученные нами показатели достаточно впечатлительны, принимая во внимание необходимость качественного ортопедического лечения, его уровня, связанного с передачей нор-



мального физиологического жевательного давления именно строго по вертикальной оси опорных зубов и указывает, опосредованно, на высокую степень важности раннего ортопедического лечения лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, как постоянного, так и временного их видов.

Исходя из сложности деформации зубов и зубных рядов, самой сложной и длительной в достижении должного клинического медицинского эффекта, по мнению большинства исследователей, следует считать так называемую дентоальвеолярную деформацию с атрофией тканей пародонта и без атрофии. Согласно полученных нами материалов по данному вопросу, дентоальвеолярные деформации зубов и зубных рядов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов встречаются крайне редко и статистически недостоверны. Так, исходя из их количества зафиксированных нами по результатам исследования, было всего 2 случая 2-й степени как с атрофией, так и без атрофии тканей пародонта на 100 человек с данного рода дефектами зубных рядов исследуемой категории больных.

Итак, согласно материалам стоматологических осмотров лиц молодого возраста г. Одессы с малыми включенными дефектами зубных рядов, изложенных в настоящем разделе, следует заключить, что:

1. Установлена четкая тенденция увеличения количества лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, как в общем по данной возрастной категории (15-29 лет), так и в отдельности по исследуемым возрастным группам (15-19, 20-24, 25-29 лет). Так, если количество данной категории больных в 1995 году было 230,0 (23,0 %) человек на 1000 обследованных лиц в возрасте 15-29 лет, то уже в 2012 году их было уже 409,0 (40,9 %), т.е. частота их возникновения за прошедший период времени возросла на 78 %. При этом, наблюдается существенное их увеличение, особенно, в младших возрастных категориях – 15-19 лет и 20-24 года, соответственно, в 2,7 и 2,4 раза с 1995 по 2012 годы.

2. Сравнительный анализ распределения подобного рода дефектов зубных рядов по половому признаку показал практически идентичные их показатели. Так, у мужчин они наблюдаются у 441,9 человек, а у женщин – 418,3 на 1000 обследованных лиц по каждому полу. При этом, четко фиксируется тенденция их увеличения с возрастом, особенно у женщин.

3. Определена четкая тенденция увеличения количества малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста с возрастом – с 390,7 в возрастной группе 15-19 лет, до 1399,3 дефектов на 1000 лиц данного возрастного диапазона. При этом, в среднем, данный показатель фиксируется на уровне 855,7 дефектов.

4. Установлено увеличение интенсивности распространенности подобного рода дефектов зубных рядов у данной категории больных с возрастом, как в целом – с 1415,7 в возрастной группе 15-19 лет до 2265,7 в возрасте 25-29 лет дефектов на 1000 лиц, так и среди мужчин и женщин, соответственно с 1222,2 и 1609,1 до 2281,3 и 2250,0, т.е. в среднем по 2 малых включенных дефектов зубных рядов на 1 человека.

5. Сравнительный анализ данных о количестве удаленных зубных рядов у лиц молодого возраста свидетельствует об их увеличении с возрастом у данной категории больных. С 1269,8 зубов в возрастной группе 15-19 лет, 1849,3 в 20-24 года до 2911,7 зубов в возрасте 25-29 лет, т.е. 1,3; 1,9 и 2,9 зубов на 1 пациента с данной патологией в соответствующих возрастных группах. При этом, в целом, принципиальных различий данного показателя среди мужчин и женщин не наблюдается, который устанавливается на уровне 2075,2 и 1945,1 зубов, соответственно, т.е. в среднем по 2 зуба на 1 пациента.

6. Согласно данным о структуре малых дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, их продолжительности, показано, что у них преимущественно преобладают дефекты с отсутствием 1 зуба, как в целом (82,7 %), так и среди мужчин (83,4 %) и женщин (81,4 %). При этом в 13,2 % случаев отсутствует 2 зуба и в 4,6 % - 3 зуба. Наряду с этим четко прослеживается тенденция увеличения их продолжительности с возрастом. Особенно с отсутствием 3-зубов.

Если в возрастной группе 15-19 лет их практически нет, а в 20-24 года только 1,9 %, то в возрасте 25-29 лет они составляют уже 6,5 %.

7. Установлена значительная распространенность зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, которая составляет 89,1 %. При этом частота их появления как в возрастном, так и в половом аспекте практически идентична, за исключением незначительного их снижения в возрастной группе 24-29 лет.

8. Доказано увеличение интенсивности количества зубочелюстных аномалий и деформаций на одного подобного больного с возрастом, которая составляет в возрастной группе 15-19 лет 1,25, в 20-24 года - 1,7 и в 25-29 лет - 2,2, т. е. фактически увеличение их количества с 15 до 29 лет произошло в 2 раза. При этом по половому признаку они практически идентичны, за исключением возрастной группы 25-29 лет, где и у женщин несколько выше, чем у мужчин.

9. Установлено, что у данной категории больных наиболее часто наблюдается медиальное смещение зубов ограничивающих дефект зубного ряда (45,1 %), затем комбинированное - 17,5 %, оральное - 10,1 %, дистальное - 9,6 %, вертикальное - 9,6 %, вестибулярное - 5,6 % и поворот вокруг оси - 2,2 %. При этом, в возрастной группе 15-19 лет особо преобладают медиальные (60,6 %), дистальное (15,2 %) и комбинированные (15,2 %) смещения.

10. Определено, что частота возникновения феномена Попова-Годона у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов увеличивается с возрастом и составляет в целом 31,6 %. При этом в возрастной группе 15-19 лет он встречается у 10,0 % больных, в 20-24 года - 15,5 % и в возрасте 25-29 лет отмечается на уровне 45,6 %.

11. Доказано, что у данной категории больных вертикальная дентальная деформация зубов 1-й степени зубов ограничивающих дефект зубного ряда встречается в 13,5 % случаев, 2-й - 1,7 % и 3-й степени - практически не наблюдается. При этом данная патология 1-й степени в возрастной группе 15-19 лет отмечается в 6,3 % случаев, в 20-24 года - 4,6 %, и в возрасте 25-29 лет она фикс-

сируется на уровне 21,1 %; 2-я степень в возрасте 15-19 лет практически не наблюдается, в 20-24 года составляет 0,9 % и в 25-29 лет отмечается лишь в 2,6 %; 3-я же степень дентальной вертикальной деформации зубов, ограничивающих дефект зубного ряда у данной категории больных практически не наблюдается.

12. Установлено, что, в целом, горизонтальная дентальная деформация опорных зубов 1- степени с наклоном до 30° отмечается в 45,6 % случаев, вторая степень с наклоном более 30° фиксируется в 19,6 % опорных зубов. При этом дентально-альвеолярные деформации зубов и зубных рядов, как с атрофией тканей пародонта, так и без атрофии по всем степеням наблюдается крайне редко и составляет всего 1,6 %.

Материалы данного раздела нашли свое отражение в следующих публикациях:

1. Лабунец В. А. Повеозрастной 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.

2. 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 [и др.]. // Вісник стоматології. - 2013. - № 1. - С. 93-100.

3. 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 [и др.]. // Вісник стоматології. - 2013. - № 2. - С. 62-66.

4. Частота проявления и анатомо-топографическая характеристика аномального расположения опорных зубов и антагонистов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов / О. В. Лабунец, О. В. Деньга, В. А. Лабунец [и др.]. Матеріали науково-практичної конференції за участі міжнародних спеціалістів "Особливості первинної, вторинної і третинної профілак-

тики пацієнтів з різним соматичним статусом" 8-9 листопада 2013 року // Вісник стоматології. - 2013. - № 4. - С. 131-132.

5. 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 [и др.]. // Стоматологический журнал (Беларусь). – 2014. – № 3. – С. 214-217.

6. Частота возникновения малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста во временном аспекте / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов, О. В. Лабунец [и др.]. // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції "Фармацевтичні та медичні науки : актуальні питання. (Дніпропетровськ – 16-17 травня). – 2014. – С. 65-66.

## **РАЗДЕЛ 4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Г. ОДЕССЫ**

### **4.1. Сравнительная характеристика и динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста за 1995 и 2012 годы**

Согласно методическим характеристикам ВОЗ необходимо, как минимум проводить мониторинг стоматологической заболеваемости, через каждые 5 лет. По вполне понятным причинам особое место в подобных эпидемиологических исследованиях отводится лицам молодого возраста, особенно в сравнительном возрастном аспекте.

Важность проведения подобных периодических исследований и, особенно, значимость полученных результатов вполне очевидна, так как только они позволяют адекватно судить о динамике развития заболеваемости и уровне эффективности лечебно-профилактической помощи на тот или иной исторический момент.

В соответствии с изложенным, нами были рассмотрены и проанализированы материалы проведенных стоматологических осмотров лиц молодого возраста по обращаемости в 1995 и 2012 годах, с полным соблюдением единого методического подхода к набору соответствующей информации, данные которых приведены в табл. 4.1

Таблица 4.1

#### **Показатели стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста г. Одессы на 1000 обследованных за 1995 и 2012 годы**

Годы	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
1995	252,74	480,76	639,16	457,45

2012	536,60	693,30	883,50	704,50
------	--------	--------	--------	--------

Исходя из приведенных в таблице данных, наблюдается и, весьма заметно, резкое, если не сказать, стремительное увеличение показателей ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста, за каких-то неполных 20 лет. Особенно, как ни странно, это проявляется в возрастной группе 15-19 лет.

Так если в 1995 году величина потребности в ортопедической помощи составляла 252,7 человека на 1000 обследованных, то в 2012 году она достигла более высокого уровня, 536,6 человек, т. е фактически величина ее поднялась более чем в 2 раза. Показатель прямо скажем весьма удручающий и наводит на соответствующее размышление. В остальных же возрастных группах наблюдается та же тенденция, т.е. проявляется достаточно заметное значительное увеличение данного показателя – с 480,8 до 693,3 в возрастной группе 20-24 года (в 1,5 раза) и с 639,2 до 883,5 в возрастной группе 25-29 лет (в 1,4 раза).

В целом же данный показатель во всех группах лиц молодого возраста от 15 до-29 лет по ортопедической заболеваемости увеличился с 457,5 до 704,5 человек на 1000 обследованных лиц, т.е. в полтора раза.

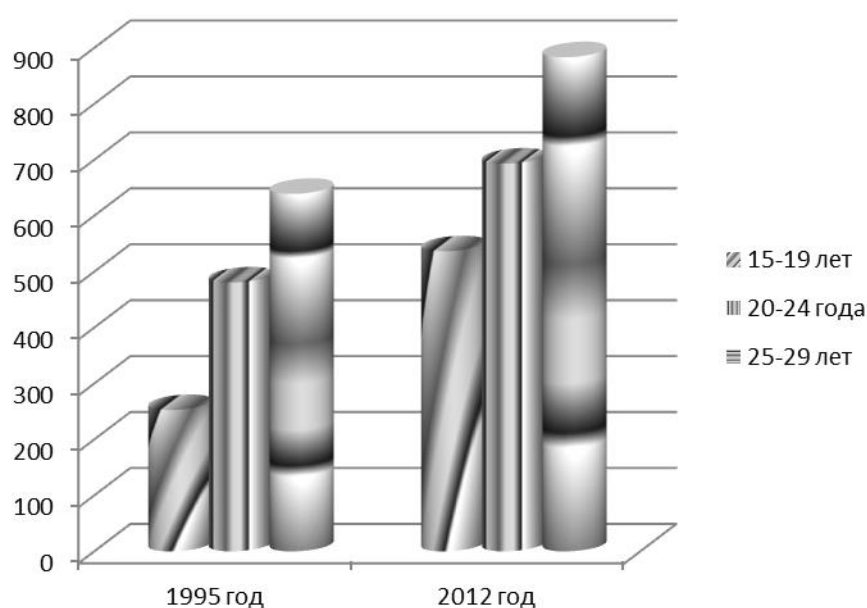


Рис. 4.1. Динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста за 1995 и 2012 годы.

Особенно наглядно заметна динамика роста ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста за последние 15-20 лет в графическом ее изображении (рис 4.1).

Выявленные тенденции развития и анализ изложенных выше данных, достаточно красноречиво и убедительно свидетельствуют о весьма значительном росте стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста - будущего поколения нашей страны.

С нашей точки зрения подобное положение прежде всего связано со снижением всего уровня стоматологического обслуживания населения нашей страны, практически ушедшей в небытие диспансеризацией и профилактикой стоматологических заболеваний, особенно в молодом возрасте. Практически полное отсутствие целенаправленной, плановой, активно выявляемой и проведенной лечебно-профилактической помощи детям, школьникам и подросткам на государственной основе, уже не говоря о весьма низкой социальной обеспеченности населения, опосредованно сказывается на детском населении. Не последнюю роль здесь также играют и экологические факторы внешней среды, питание, урбанизация жизни и прочее .

#### **4.2. Состояние и динамика развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста**

Наряду с поднятием и важностью материалов ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста, достаточно весомое значение приобретают сведения о степени обеспеченности данной категории населения в этом виде специализированной медицинской помощи, данные которых позволяют судить всецело о самом уровне оказания им ортопедической помощи в нашей стране. При этом, наличие проанализированных материалов за прошедший период времени (1995 год) еще и позволяет выявить динамику ее развития и очертить тем самым пути ее дальнейшего развития. Принимая во внимание изложенные нами в табл. 4.2. представленные материалы, характеризующие состояние ор-



**Состояние стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста г. Одессы за 1995 и 2012 годы**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы							
	1995 год				2012 год			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
Количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью	40,29	70,51	103,09	71,30	0	66,77	58,3	41,7
Количество лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении	25,64	64,00	216,49	102,08	85,4	200,0	339,8	208,4
Количество лиц, нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов	186,81	346,15	319,58	284,18	451,2	426,7	485,4	454,4
Количество лиц, не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов	747,26	519,24	360,89	542,46	463,4	306,7	116,5	295,5

топедической помощи данной группе населения нашей страны за 1995 и 2012 годы, с конкретным указанием количества лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью, количества лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении, количества лиц нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, а также количества лиц не нуждающихся в ортопедическом лечении и не имеющих зубных протезов, разделенных на 4 группы. Именно подобная по структуре информация позволит всесторонне оценить состояние ортопедической помощи, дальнейшее ее развитие и установить, собственно говоря, ее фактический количественный уровень.

Исходя из данных табл. 4.2, и следуя принципу условно принятой нами градации состояния ортопедической помощи у данной категории населения, необходимо указать на заметное падение уровня обеспеченности их в данном виде медицинской помощи. Так, если количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью, в целом, среди лиц молодого возраста (15-29 лет) в 1995 году составляло 71,3 человек на 1000 обследованных лиц данной возрастной категории (7,1 %), то в 2012 году она опустилась до уровня 41,7 чело век (4,2 %), т.е. в 1,7 раза. С нашей точки зрения, подобное состояние достаточно серьезное если учесть, что прошел очень короткий период времени между данными исследованиями. Что же касается возрастных групп по данному вопросу, то и здесь наблюдается аналогичное понижение ортопедической помощи, особенно в младшей возрастной группе 15-19 лет, где практически, исходя из данных материалов обследования по 2012 году, она не проводится и это при нынешнем уровне материально-технической базы ортопедической стоматологии и материаловедения.

Говорить же о положительных моментах данного показателя исходя из роста в 2012 году показателя количества лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении по сравнению с 1995 годом, не приходится, так как они по-прежнему нуждаются в ортопедическом лечении.

Весьма красноречиво указывает на уровень нуждаемости данной группы населения в ортопедической помощи показатель количества лиц нуждающихся в ней и не имеющих зубных протезов.

Так, исходя из материалов обследования, общее их количество в 2012 году составило 454,4 человек на 1000 обследованных, тогда как в 1995 году их было только 284,2, т.е. их число увеличилось в 1,6 раза.

При этом крайне удручающее состояние наблюдается именно в младшей возрастной группе 15-19 лет, где этот показатель поднялся с 186,8 человек (18,7 %) до 451,2 (45,1 %), т.е. увеличение его произошло в 2,4 раза или на 242 %).

Наряду с этим заметна его высокая величина во всех возрастных группах, а именно, в 20-24 года—424,7 и в 25–29 лет – 485,4 человек на 1000 обследованных.

Если же говорить в целом о количестве нуждающихся данной возрастной категории, а сюда относятся количество лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении, а также лица нуждающиеся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, т.е. 2 и 3 пункты таблицы 4.2, то здесь положение таково.

В 1995 году данный показатель составлял, в целом, среди лиц молодого возраста – 386,26 человек на 1000 обследованных, а в 2012 году – 662,8 человек, т.е. фактически нуждаемость на данный период времени увеличилась в 1,7 раза или на 171,6 %. Анализируя данный показатель и приведенные выше показатели, следует указать на резкое увеличение лиц молодого возраста нуждающихся в ортопедической помощи и значительное уменьшение их количества обеспеченных ортопедическим лечением. Наведенные показатели свидетельствуют о значительном падении уровня обеспеченности ортопедическим лечением данной категории населения и, опосредованно говорят о крайне низком состоянии всей стоматологической помощи, как таковой, в целом.

Что касается количества лиц, не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов и динамики их изменения за прошедшие годы, то следует сразу же отметить на их весьма значительное уменьшение, как в це-

лом среди данного возрастного диапазона, так и конкретно по каждой возрастной группе. Так, если она в целом в 1995 году составляла 542,46 человек на 1000 обследованных лиц, то в 2012 году их число упало до уровня 295,5 человек, т.е. уменьшилось в 1,9 раза. Особенно заметно данное уменьшение в младшей возрастной группе 15-19 лет – с 797,26 до 295,5 человек на 1000 обследованных данного возраста, т.е. в 2,5 раза или на 250 %. Аналогичная ситуация просматривается и в возрастных группах 20–24 и 25–29 лет, а именно, с 519,24 и 360,88 человек до 306,7 и 116,5 человек в соответствующих группах на 1000 лиц данной возрастной категории. Изложенные также свидетельствуют о резком падении уровня стоматологического обеспечения и росте стоматологической ортопедической заболеваемости.

#### **4.3. Сравнительная повозрастная характеристика нуждаемости и обеспеченности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов**

Наряду с определенной научной ценностью и практическим значением данных о заболеваемости населения, динамикой их развития, а также общим состоянием стоматологической помощи населению, важное значение имеют также данные о самой структуре проведенной и необходимой медицинской помощи, качественных и количественных показателей проведенной врачебной работы.

В свете изложенного выше, в табл. 4.3 приведены сведения о качественной характеристике необходимой ортопедической помощи лицам молодого возраста за 1995 и 2012 годы, позволяющей проследить в динамике тенденции ее развития, провести сравнительную характеристику и дать целенаправленные рекомендации по ее усовершенствованию.

Исходя из данных табл. 4.3, среди всей категории лиц молодого возраста, наблюдается увеличение количества нуждающихся на данный момент в основных видах зубных протезов, по сравнению с 1995 годом.

Так, если в 1995 году нуждаемость данной категории населения в одиночных коронках составляла 397,2 человек на 1000 обследованных, то в 2012

году достигла уровня 560,26, т. е. увеличение их произошло в 1,4 раза. В мостовидных протезах с 229,44 человек до 454,45 (в 2 раза), в культовых штифтовых вкладках с 94,36 до 495,09 (в 5,3 раза) человек. При этом, у данной возрастной категории населения, а именно у молодых людей, появилась необходимость в изготовлении уже съемных видов зубных протезов характерных при весьма значительных дефектах зубных рядов, нуждаемость в которых в 1995 году, т.е. каких-то 15-20 лет назад вообще практически была исключена, как таковая.

Таблица 4.3

**Количество лиц молодого возраста г. Одессы, которым необходимо изготовить основные виды зубных протезов на 1000 обследованных лиц за 1995 и 2012 годы**

Виды протезов	Возрастные группы							
	1995				2012			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
Одиночные коронки	219,77	461,52	510,3	397,2	402,43	560,0	718,47	560,26
Мостовидные протезы	65,46	256,4	365,97	229,44	231,7	520,0	611,65	454,45
Культовые штифтовые вкладки	56,41	112,65	114,03	94,36	341,46	493,33	650,49	495,09
Мостовидные протезы	—	—	—	—	—	13,33	48,54	20,62
Частичные пластиночные протезы	—	—	—	—	—	—	9,71	3,24
Полные съемные протезы	—	—	—	—	—	—	9,71	3,24

Так, уже в возрасте 20-24 года проявляется необходимость в изготовлении бюгельных протезов – 13,33 человек на 1000 обследованных, достигая уровня 48,54 человек в возрастной группе 25-29 лет, в которой также, наряду с бюгельным протезированием, регистрируется уже необходимость в изготовлении частичных пластиночных протезов и, как ни странно, даже в изготовлении полных съемных протезов. Выявленное свидетельствует о крайне неудовлетворительном состоянии санации полости рта у лиц молодого возраста в нашей стране и необходимости принятия ряда неординарных мер по коренному ее улучшению в большей степени касающихся организационного характера в масштабах страны на государственном уровне.

Возвращаясь к одиночным коронкам, мостовидным протезам и культевым штифтовым вкладкам, касательно динамики развития в их нуждаемости, среди данной категории населения по всем возрастным группам, то здесь необходимо отметить следующее. Особо, крайне неудовлетворительное состояние по данному вопросу, проявляется уже в младшей возрастной группе – 15-19 лет.

Причем темпы и динамика падения уровня ортопедической помощи, а опосредовано, в большей ее части населения именно в терапевтической помощи, весьма стремительны и ужасающие. Так если, в 1995 году в возрастной группе 15-19 лет количество лиц нуждающихся в одиночных коронках составляло лишь 219,77 человек на 1000 обследованных, в мостовидных протезах – 65,94 и в культевых штифтовых вкладках 56,41 человек, то уже в 2012 году они достигли, соответственно, уровня 402,43; 231,7 и 341,46 человек на 1000 обследованных, т.е. увеличение их числа произошло соответственно на 180 %, 351 % и 605 %, и это за столь короткий исторический срок. Из приведенных цифр особенно удручающие данные о мостовидном протезировании и протезировании штифтовыми конструкциями. Ведь установленное нами увеличение количества лиц нуждающихся в мостовидном протезировании на 351 % свидетельствует об увеличении числа удаленных зубов в данном возрасте, как минимум в

3,5 – 4,0 раза, учитывая увеличение промежуточной ее части, а следовательно количества восстановленных зубов.

Вторая же цифра – 665 % увеличения необходимости в штифтовых конструкциях, также опосредованно говорит, о ближайшей перспективе, при нынешнем состоянии уровня стоматологической помощи, о возможном удалении подобных зубов, как таковых, а следовательно резком возрастании нуждаемости уже в мостовидном протезировании.

Практически идентичная клиническая ситуации и в возрастных группах 20–24 и 25 – 29 лет, особенно с мостовидным протезированием и штифтовыми конструкциями.

Заключая данный подраздел необходимо указать, на действительно катастрофическое положение состояния как ортопедической, так и в целом всей стоматологической помощи у молодого поколения нашей страны, требующее, как было выше замечено, безотлагательных медико-организационных мер по действенному и радикальному ее улучшению.

Таблица 4.4

**Количество лиц молодого возраста г. Одессы которым были изготовлены основные виды зубных протезов на 1000 обследованных лиц за 1995 и 2012 годы**

Виды протезов	Возрастные группы							
	1995 год				2012 год			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Одиночные коронки	32,95	70,51	92,77	65,41	60,98	226,66	291,26	192,96
Мостовидные протезы	18,30	64,10	113,39	65,39	0	13,33	155,30	56,21
Культевые штифтовые вкладки	0	6,41	15,46	7,29	73,17	160,0	310,67	181,29

Продолжение таблицы 4.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
мостовидные протезы	0	0	0	0	0	0	0	0
Частичные пластиночные протезы	0	0	0	0	0	0	0	0
Полные съемные протезы	0	0	0	0	0	0	0	0

Учитывая создавшееся положение и приведенные нами выше данные, особое значение приобретают также данные об уровне обеспеченности данной категории населения в основных видах ортопедической помощи, подробные количественные показатели которой приведены в табл. 4.4.

Согласно данным табл. 4.4, наблюдается, в целом, среди лиц молодого возраста, увеличение количества обеспеченных основными видами зубных протезов, кроме мостовидного протезирования, фиксируемого в 1995 году на уровне 65,39 человек и 56,21 человек на 1000 обследованных лиц в 2012 году, при этом увеличение числа лиц молодого возраста обеспеченных одиночными коронками произошло с 65,41 человека в 1995 году до 192,96 – в 2012 году и штифтовыми конструкциями с 7,29 до 181,29 человек в 2012 году на 1000 обследованных лиц. Вместе с тем, несмотря на положительную тенденцию в уровне обеспеченности данной категории населения в ортопедической помощи, и, принимая во внимание приведенные выше данные о весьма и весьма значительном росте количества лиц молодого возраста нуждающихся в изготовлении основных видов зубных протезов утвердительно говорить о значительном прогрессе в данной области не приходится, и следует все же констатировать о явном снижении уровня стоматологической помощи данной категории больных.



#### **4.4. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста г. Одессы в основных видах зубных протезов**

Прежде чем определить и проанализировать уровень удовлетворенности населения в тех или иных видах зубных протезов, необходимо прежде всего указать на необходимость наличия данных о их потребности в том или ином виде ортопедических аппаратов или элементов их конструкции и соответственно показателей обеспеченности. Только при таком методическом подходе и наличии подобных данных возможно наиболее объективно и достоверно определить данный показатель. Принимая во внимание данное положение, нами было определено общее количество одиночных коронок, мостовидных протезов и штифтовых конструкций подлежащее изготовлению данной категории больных для их полной обеспеченности и количества фактически изготовленных данных видов зубных протезов на момент обследования. Так, в табл. 4.5. приведены данные о величине потребности, обеспеченности, нуждаемости и степени удовлетворенности в одиночных коронках как одного из наиболее распространенных и характерных видов ортопедической помощи в данном возрасте.

Таблица 4.5

#### **Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого возраста. Одессы в одиночных коронках на 1000 обследованных лиц**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	906,5	1966,7	2767,0	1880,0
Обеспеченность	73,2	506,7	650,5	410,1
Нуждаемость	833,3	1460,6	2116,5	1669,9
Уровень удовлетворенности (в %)	8,1	25,8	23,5	21,8

Итак, исходя из представленных в табл. 4.5 данных, в целом, среди данной категории населения, наблюдается весьма заметная величина потребности

в одиночных коронках – 1880,0 на 1000 обследованных лиц, т.е. 1,9 коронок на 1 обследованного. При этом характерно ее увеличение с возрастом.

Так если в возрастной группе 15-19 лет данный показатель составляет 906,5 коронок на 1000 обследованных, в 20-24 года – 1966,7 то уже в возрасте 25-29 лет он достигает уровня в 2767,0 на 1000 обследованных, т.е. 2,8 коронок на 1 обследованного.

Что касается обеспеченности данной категории населения в одиночных коронках, то здесь также наблюдается увеличение ее величины с возрастом, с 73,2 коронок в возрастной группе 15-19 лет, до 506,7 и 650,5 коронок на 1000 обследованных, соответственно в возрасте 20-24 и 25-29 лет. Вместе с тем несмотря на, казалось бы, положительную тенденцию по обеспечению данной категории больных в одиночных коронках, уровень их удовлетворенности еще весьма и весьма незначителен, особенно в младшей возрастной группе 15-19 лет, который составляет всего лишь 8,1 %, при средней его величине, в целом среди лиц молодого возраста – 21,8 %.

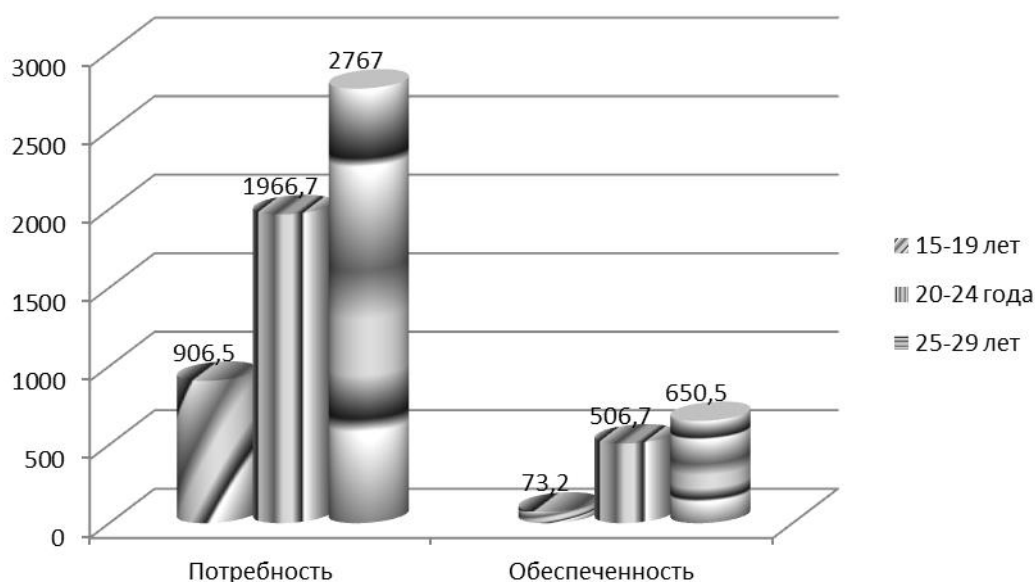


Рис. 4.2 Степень обеспеченности лиц молодого возраста города Одессы в одиночных коронках.

Анализируя полученные нами данные, становится вполне понятным резкое увеличение нуждаемости в одиночных коронках в более старших возрастных группах, рост количества удаленных зубов и мостовидных протезов с возрастом, так как только своевременное ортопедическое лечение значительных дефектов твердых тканей коронковой части зубов, позволяет предотвратить от их последующего удаления (рис. 4.2).

Учитывая данное положение весьма значительное с научной и практической точек зрения, представляются данные о степени обеспеченности и нуждаемости данной категории населения в мостовидных протезах, показатели которых представлены в табл. 4.6.

Таблица 4.6

**Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого возраста  
г. Одессы в мостовидных протезах на 1000 обследованных лиц**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	341,5	426,6	1446,6	738,3
Обеспеченность	0	13,3	223,3	78,9
Нуждаемость	341,5	413,3	1223,6	659,4
Уровень удовлетворенности (в %)	0	3,1	15,4	10,7

Высказанное нами выше предположение о возможном росте с возрастом количества удаленных зубов, а, следовательно, и потребности в мостовидном протезировании, вследствие низкой удовлетворенности данной категории населения в одиночных коронках, полностью подтвердилось на фактических материалах обследования по данному вопросу.

Так, исходя из табл. 4.6., весьма заметна величина потребности в мостовидных протезах определяемой уже в младшей возрастной группе – 341,5 про-

тезов на 1000 обследованных, достигая наиболее максимальной своей величины в возрастной группе 25-29 лет – 1446,6 протезов, т.е. увеличение ее величины произошло за практически 10-летний интервал в 3,4 раза – 340 %. Полученные нами данные еще раз убедительно свидетельствуют о необходимости своевременного терапевтического лечения зубов и раннего ортопедического их восстановления с использованием штифтовых конструкций и одиночных коронок, как наиболее эффективных профилактических способов и средств предупреждения их от удаления, как таковых.

Что касается обеспеченности и уровня удовлетворенности лиц молодого возраста в мостовидных протезах, то он крайне незначителен и колеблется от 0 % в возрастной группе 15-19 лет до 15,4 % в возрасте 25-29 лет, что в среднем по данному возрасту составило всего лишь 10,7 % (рис. 4.3).

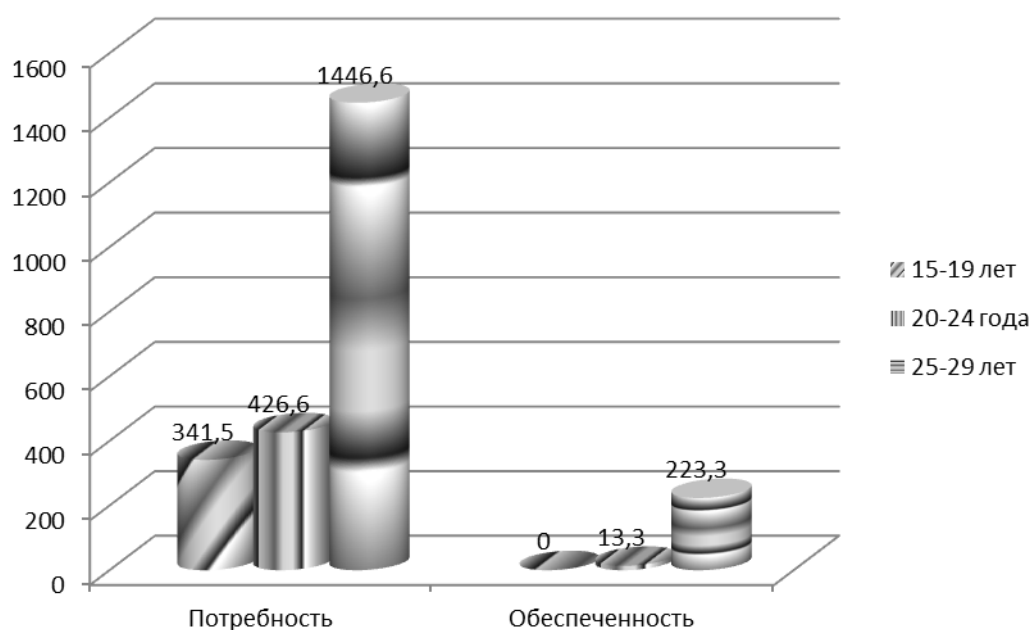


Рис. 4.3 Степень обеспеченности лиц молодого возраста города Одессы в мостовидных протезах.

Анализируя отмеченное следует сказать, что помимо констатации факта о крайне низком уровне удовлетворенности данной категории населения в мостовидных протезах, становится вполне понятна и выявленная нами весьма значи-

тельная распространенность и интенсивность выраженных зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных, прежде всего, с удалением зубов и отсутствием должного своевременного, раннего их ортопедического восстановления. В этой связи, весьма важны также данные о степени удовлетворенности их в штифтовом протезировании, как одном из важнейших способов ортопедического лечения значительно разрушенной коронковой части зубов и предупреждения тем самым от их фактического удаления.

Учитывая изложенное, в табл. 4.7. представлены данные о степени потребности и обеспеченности лиц молодого возраста в штифтовых конструкциях и их уровне удовлетворенности.

Таблица 4.7

**Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого  
возраста г. Одессы в штифтовых зубах на 1000 обследованных лиц**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	561,0	1560,0	2407,8	1509,6
Обеспеченность	85,4	333,3	679,6	366,1
Нуждаемость	475,6	1226,6	1728,2	1143,5
Уровень удовлетво- ренности (в %)	15,2	21,4	28,2	24,3

Согласно полученным данным (табл. 4.7), опять таки, как и с одиночными коронками и мостовидными протезами, наблюдается резкое увеличение с возрастом величины потребности лиц молодого возраста в штифтовых зубах, а именно, с 561,0 в возрастной группе 15-19 лет и 1560,0 в возрасте 20-24 года, до 2407,8 штифтовых зубов на 1000 обследованных лиц в возрастной группе 25-29 лет. При этом их увеличение, по сравнению с возрастной группой 15-19 лет, произошло в 4,3 раза или на 430 %. Выявленное опять-таки говорит,

что несвоевременное раннее восстановление значительно разрушенных зубов одиночными коронками, приводит к более значительному разрушению их коронковой части и необходимости изготовления уже различного рода штифтовых конструкций.

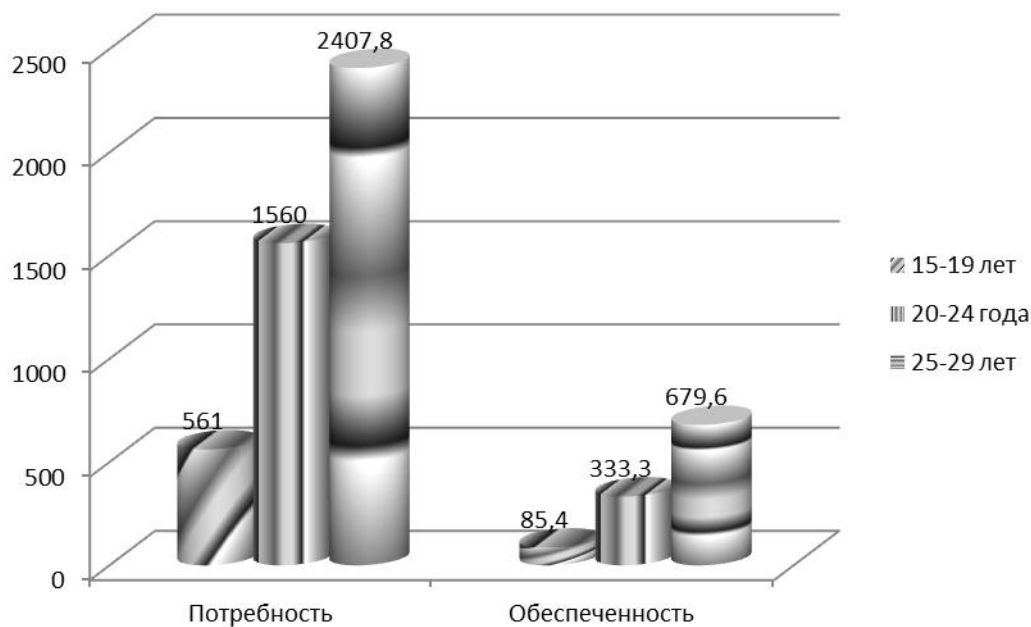


Рис. 4.4 Степень обеспеченности лиц молодого возраста города Одессы в штифтовых конструкциях

Что касается степени обеспеченности и уровня удовлетворенности в данном виде ортопедического восстановления, то он также, как и по предыдущим видам, еще недостаточен. При этом, степень в их удовлетворенности колеблется с 15,2 в возрастной группе 15-19 лет до 28,2 % в возрасте 25-29 лет, при средней ее величине для данного возраста в 24,3 % (рис. 4.4).

Опять таки наиболее низкая ее величина фиксируется именно в младшей возрастной группе – 15-19 лет и, именно которой, должно быть уделено наиболее пристальное внимание со стороны, как врачей, так и организаторов здравоохранения, в связи с порождением в последующем более значительного объема мостовидного протезирования и удаления зубов.

Что касается иных видов протезирования – бюгельных протезов, частичных и полных пластиночных протезов, то они в данной возрастной категории встречаются еще достаточно редко и судить о степени их удовлетворенности непосредственно возможно, в части ее наиболее обоснованной аргументации и достоверности.

Резюмируя результаты проведенных исследований в настоящем разделе, следует указать на то, что:

– наблюдается значительный рост стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста с 477,45 человек в возрасте 15-29 лет в 1995 году до 704,5 человек на 1000 обследованных в 2012 году. При этом особенно заметна тенденция их роста в младшей возрастной группе – 15-19 лет- с 252,74 человек до 536,6 на 1000 обследованных данного возраста, т.е. в 2,1 раз за прошедшие 1 – 17 лет.

– установлено заметное падение уровня стоматологической ортопедической помощи лицам молодого возраста с 1995 по 2012 годы. Так. количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью уменьшилось в 1,7 раза. Количество лиц нуждающихся в ней и не имеющих зубных протезов увеличилось в 1,6 раза. Количество лиц нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, а также количество лиц частично обеспеченных ортопедическим лечением и нуждающихся в дополнительном протезировании увеличилось в 1,7 раза. И наконец, количество лиц не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов уменьшилось с 1995 по 2012 год в 1,9 раза;

– доведено увеличение нуждаемости лиц молодого возраста в одиночных коронках 1,4 раза, в мостовидных протезах в 2,0 раза и в штифтовых конструкциях в 5,3 раза;

– установлен крайне низкий уровень удовлетворенности данной категории населения в основных видах зубных протезов, который составил по одиночным коронкам 21,8 %, мостовидным протезам – 10,7 % и штифтовым конструкциям – 24,3 %;

– основными факторами способствующими падению уровня стоматологической ортопедической помощи и росту ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста следует считать отсутствие должного уровня лечебно-профилактической помощи данной категории больных, диспансеризации и своевременного, обязательного раннего проведения ортопедического лечения, как включенных дефектов зубных рядов, так и восстановления разрушенной коронковой части зубов.

К последующим факторам следует отнести низкую социальную защищенность населения, отсутствие активных и пассивных средств пропаганды своевременного стоматологического терапевтического и ортопедического лечения зубов и дефектов зубных рядов, а также низкий уровень знаний пациентов о характере стоматологических заболеваний и особенно их последствиях.

Материалы данного раздела изложены в следующих публикациях:

1. Динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста во временном аспекте / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов, О. В. Лабунец [и др.]. Научно-практическая конференция с международным участием «Стоматологія ХХІ століття. Естафета поколінь (2-3 квітня, 2013 р., м. Одеса) // Вісник стоматології. - 2013. - № 1. - С. 186-187.

2. Состояние и тенденции развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов, О. В. Лабунец [и др.]. // Український стоматологічний альманах. - 2013. - № 5. - С. 85-88.

3. Структура и уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов, О. В. Лабунец [и др.]. // Український стоматологічний альманах. - 2013. - № 6. - С. 95-96.

4. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов, О. В. Лабунец [и др.]. // Современная стоматология. - 2013. - № 3(67). - С. 130-132.

5. Медико-социальное обоснование необходимости ортопедического ле-



чения малых включенных дефектов зубных рядов в молодом возрасте / О. В. Лабунец, О. В. Деньга, В. А. Лабунец [и др.]. Матеріали науково-практичної конференції «Досягнення науки і практики в стоматології», присвячена пам'яті К. М. Косенка (24 жовтня, 2014 р., м. Одеса) // Інновації в стоматології. – 2014. – № 3. – С. 165-167.

## **РАЗДЕЛ 5. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ИХ ДЕФОРМАЦИЙ И АНОМАЛИЙ ГГ. ТЕРНОПОЛЯ, ИВАНО-ФРАНКОВСКА**

### **5.1. Численность и возрастно-половой состав обследованных лиц**

Для выявления распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста западного региона нашей страны и появления в них вторичных зубных деформаций, связанных с удалением зубов и несвоевременным ортопедическим лечением, нами были проведены стоматологические осмотры по обращаемости данной категории населения (15-29 лет) в стоматологические учреждения Ивано-Франковска с использованием при этом данных панорамной компьютерной рентгенографии.

В процессе стоматологического обследования было осмотрено 211 человек, из которых лица мужского пола составили - 95 человек (45,0 %) и женского – 116 (55,0 %).

После проведения выкопировки первичной информации из специально разработанных для этой цели «Диагностических карт обследования стоматологического ортопедического (ортодонтического) больного» и ее распределения по трем исследуемым возрастным группам, оказалось, что в возрастной группе 15-19 лет было осмотрено 47 человек, в возрасте 20-24 года 88 человек и в возрастной группе 25-29 лет 76 человек. Количественный состав обследованных по возрастно-половому признаку в данных группах представлен в табл. 5.1.

Исходя из приведенных данных, в целом, в каждой из возрастно-половых групп было более 30 человек, что вполне приемлемо для получения статистически достоверных данных в соответствии с методическими требованиями ВОЗ предъявляемыми к проведению подобных исследований.

Таблица 5.1

**Возрастно-половой состав осмотренных лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска**

Возрастные группы											
15-19				20-24				25-29			
М		Ж		М		Ж		М		Ж	
К-во лиц	% соотношение	К-во лиц	% соотношение	К-во лиц	% соотношение	К-во лиц	% соотношение	К-во лиц	% соотношение	К-во лиц	% соотношение
22	48,9%	25	51,1%	42	47,7%	46	52,3%	31	40,8%	45	59,2%

## **5.2 Частота возникновения и динамика развития во временном аспекте малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста**

Для определения частоты распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста данного географического региона нашей страны, и, особенно, динамики их развития за 15-20 летний период времени, нами были сравнены данные проведенных стоматологических осмотров за 2012 год с аналогичными архивными данными по данным городам за 1995 год (635 человек), относительные показатели которых приведены в табл. 5.2.

Таблица 5.2

### **Сравнительная характеристика частоты возникновения и динамика развития малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста городов Тернополя и Ивано-Франковска за 1995 и 2012 годы, на 1000 обследованных лиц**

Год обследования	Возрастные группы							
	15-19		20-24		25-29		15-29	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%
1995	216,2	21,6	357,0	35,7	668,0	66,9	414,3	41,4
2012	404,3	40,4	579,5	58,0	842,1	84,2	635,1	63,5

Исходя из представленных в таблице данных, наблюдается достаточно четкая тенденция увеличения количества лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов с возрастом, как в целом, среди данной категории населения, так и по отдельным возрастным группам. Так, если в 1995 году количество лиц данной категории ортопедических больных отмечалось на уровне 414,3 человек (41,4 %) на 1000 лиц данной возрастной категории, то уже в 2012 году их число возросло до 635,1 (63,5 %), т.е. их общее увеличение произошло в 1,5 раза или на 53,3%. Установленное свидетельствует о недостаточно удовлетворительном состоянии системы стоматологического обслуживания в

нашей стране и это при явно наблюдаемом стремительном прогрессе материально-технического состояния стоматологического рынка в нашей стране.

Практически аналогичная ситуация наблюдается и по исследуемым возрастным группам. Так, если в 1995 году их количество в возрастной группе 15-19 лет было 216,2 человек (21,6 %) на 1000 лиц данного возраста, то уже в 2012 году их число достигло уровня 404,3 (40,4 %) человек, т.е. их количество увеличилось почти что в 2 раза – на 87 %. Что касается остальных более старших возрастных групп, то в возрасте 20-24 года их количество увеличилось с 357,0 человек (35,7 %) до 579,5 (58,0 %) и в группе 25-29 лет с 668,9 человек (66,9 %) до 842,1, т.е. фактически их число увеличилось, соответственно на 62,3 % и 25,9 %.

Анализируя приведенные выше данные, следует указать, что среди общего негативного впечатления о возрастании данной патологии среди лиц молодого возраста, особенно удручают показатели ее стремительного нарастания именно в молодой возрастной группе 15-19 лет – на 88 %, за столь короткий исторический промежуток времени и, это при том, что именно в данном возрасте особенно значительно проявление вторичных осложнений у подобного рода дефектов зубных рядов виде разнообразных деформаций и аномалий, порождающих и усугубляющих последующее ортопедическое лечение (рис 5.1).

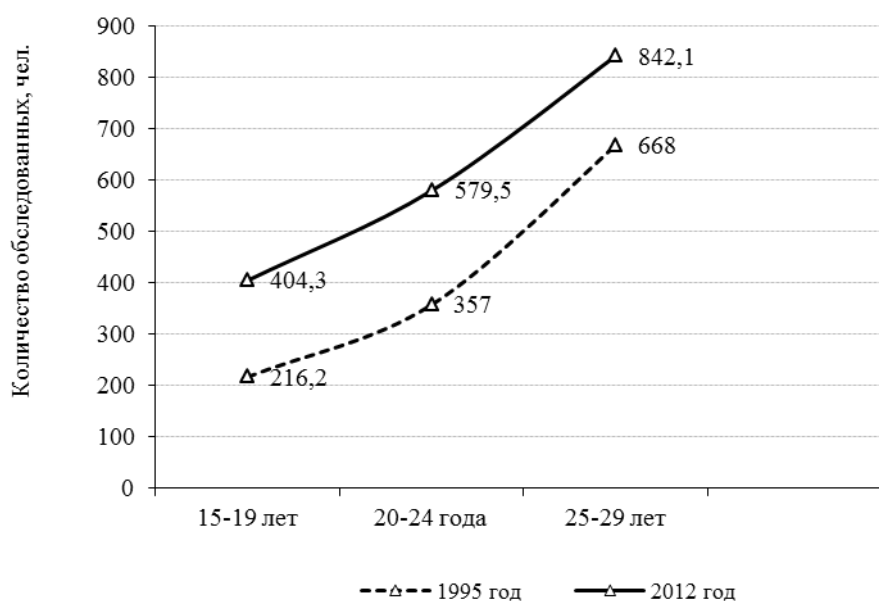


Рис. 5.1 – Динамика распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста городов Тернополя и Ивано-Франковска.

По ряду вполне понятным причинам и факторам, достаточно весомое научное и практическое значение имеет представление данных о частоте возникновения подобного рода дефектов зубных рядов по половому признаку.

Учитывая изложенное выше, нами проведены соответствующие статистические расчеты, данные которых приведены в табл. 5.3.

Таблица 5.3

**Распространенность малых включенных дефектов зубных рядов среди мужчин и женщин молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска, на 1000 обследованных лиц**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
409,1	400,0	595,2	565,2	871,0	822,2	625,1	595,8

Исходя из полученных нами данных, особенной статистически значимой разницы между показателями частоты возникновения данной стоматологической ортопедической патологии среди лиц данной возрастной категории по половому признаку практически нет, как в целом, так и по исследуемым конкретным возрастным группам. Так, в целом данный показатель среди лиц мужского пола составляет 625.1 человек на 1000 обследованных данной возрастной категории населения и женского – 595,8 человек.

По возрастным группам, также существенной разницы практически нет, показатели которых составляют в возрасте 15-19 лет соответственно 409, 1 и 400,0, в 20-24 года – 595.2 и 565.2 и в группе 25-29 лет – 871,0 и 822,2 человек (рис. 5.2).

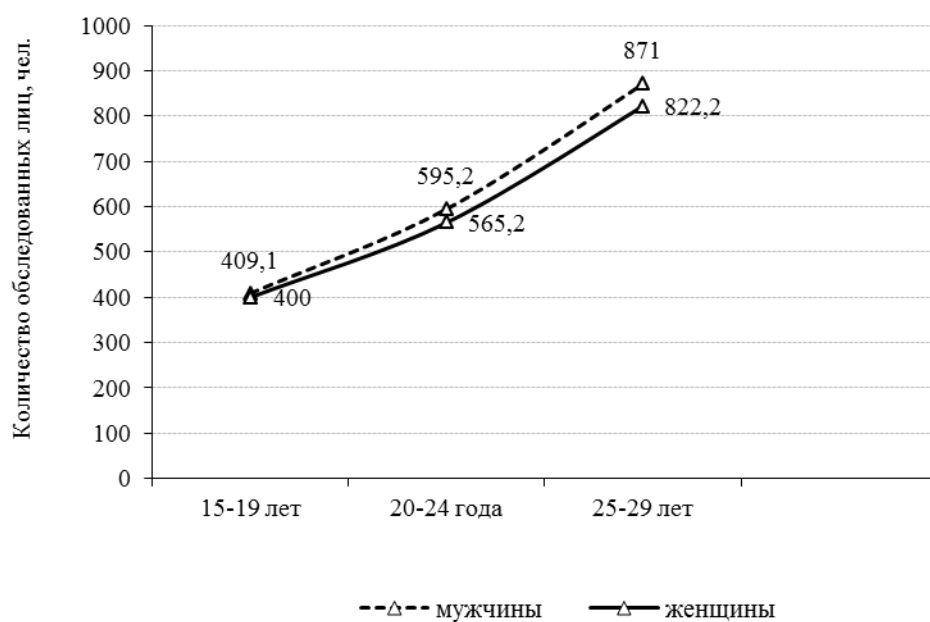


Рис. 5.2 Динамика распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди мужчин и женщин молодого возраста городов Тернополь и Ивано-Франковска.

### 5.3. Общее число малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска, на 1000 обследованных лиц

Таблица 5.4

#### Количество малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
772,7	560,0	1285,7	978,3	2290,3	1888,8	1494,7	1241,4
Всего							
666,4		1132,0		2089,6		1368,1	

Необходимость расчета и значения данного показателя, прежде всего, связана с его обязательным наличием при проведении последующих расчетов связанных с определением объема ортопедической помощи, имеющих перво-степенное значение при установлении количества необходимых врачебных воз-

растных должностей необходимых для оказания данной категории населения страны соответствующей медицинской помощи.

Принимая во внимание, изложенное выше, нами были проведены соответствующие расчеты, показатели которых приведены в табл. 5.4.

Согласно приведенным в табл. 5.4. данным, наблюдается тенденция увеличения количества данного рода дефектов зубных рядов с возрастом, как, в целом среди данной категории населения данных городов так и среди мужчин и женщин.

Так, в целом, если их количество в возрастной группе 15-19 лет фиксировалось на уровне 666,4 дефектов на 1000 лиц данной возрастной категории, то уже в возрастной группе 25-29 лет, их количество возросло до уровня 2089,6, т.е. общее увеличение их количества произошло в 3,1 раза или на 313,6 %, что опять-таки недвусмысленно в определенной степени характеризует уровень нашей стоматологической помощи, особенно терапевтической и, опосредовано – хирургической.

Что касается характеристики данного показателя по половому признаку, то сразу же следует заметить и указать, в принципе, на достаточно заметное его увеличение у мужчин во всех возрастных группах.

Так, если в возрастной группе 15-19 лет количество подобных дефектов зубных рядов составляет среди мужчин 772,7 на 1000 лиц, то среди женщин – 560,0; в возрастной группе 20-24 года – 1285,7 против 978,3 и в возрастной группе 25-29 лет 2290,3 против 1888,8. Наведенные данные еще раз убедительно свидетельствуют о важности и практической целесообразности определения данного показателя, так как согласно наведенным в табл. 5,3 данным о распространенности малых включенных дефектов зубных рядов, подобное различие практически отсутствует за исключением крайне малого их увеличения среди лиц мужского пола.

Данные свидетельствуют, что лишь фактический объем конкретных зубных протезов, а не распространенность патологии, является главенствующим фактором при определении количества врачебных должностей по ортопедиче-



ской стоматологии и нормативной потребности населения в ортопедической помощи.

#### **5.4 Интенсивность распространенности малых включенных дефектов зубных рядов среди лиц молодого возраста с подобными дефектами**

Принимая во внимание выявленное нами положение в подразделе 5,3, вполне понятной становится также необходимость пояснения, как с научной так и с практической точек зрения, определения интенсивного показателя распространенности данного рода дефектов зубных рядов у подобных больных. Исходя из этого положения, нами были проведены соответствующие исследования, результаты которых приведены в табл. 5.5.

Таблица 5.5

#### **Интенсивность распространенности малых включенных дефектов у лиц молодого возраста с подобными дефектами, на 1000 обследованных лиц гг. Тернополя и Ивано-Франковска**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 лет		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
1888,8	1400,0	2160,0	1730,8	2629,6	2297,3	2226,6	1809,4
Всего							
1644,4		1945,4		2463,5		2018,0	

Согласно полученных нами данных (табл. 5.5), как в целом среди лиц молодого возраста (табл. 5.4), так и среди подобного рода лиц с данными дефектами зубных рядов, как в целом, так и по возрастным группам наблюдается, прежде всего, их увеличение с возрастом так и среди мужчин по сравнению с женщинами. Так, если в целом в возрастной группе 15-19 лет среди подобных больных было зарегистрировано 1644,4 дефектов, то уже в возрастной группе

25-29 лет их количество достигло уровня 2018,0, т.е. практически по 2 дефекта на одного подобного больного. Относительно возрастных групп и полового состава, то здесь опять-таки фиксируется четкая тенденция их увеличения с возрастом, как среди мужчин, так и среди женщин, а именно у мужчин с 1888,8 до 2629,6 и у женщин с 1400,0 до 2297,3 дефектов на 1000 подобных больных. При этом, во всех возрастных группах достаточно четко определяется более значительно их количество у лиц мужского пола (рис. 5.3).

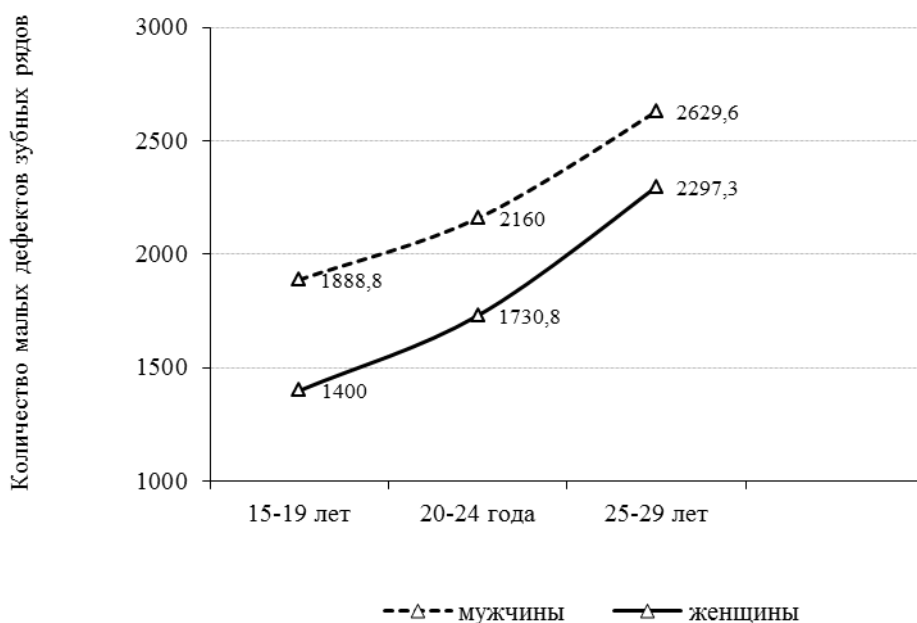


Рис. 5.3 Динамика интенсивности распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста на 1000 обследованных городов Тернополя и Ивано-Франковска

### 5.5 Структура малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста

При рассмотрении данного показателя, следует указать, что при непосредственном планировании конструкций зубных протезов, немаловажное значение приобретают сведения о структуре дефектов зубных рядов. В соответствии с данным, нами в табл. 5,6 представлены данные о структуре малых включенных дефектов зубных рядов у данной категории населения гг. Тернополя и Ивано-Франковска.

**Количество удаленных зубов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов на 1000 обследованных лиц гг. Тернополя и Ивано-Франковска**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 лет		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
2222,2	1500,0	2720,0	2000,0	3518,5	3189,2	2820,0	2229,7
Всего							
1861,		2360,0		3353,9		2524,9	

Анализируя изложенные в табл. 5.6 данные, следует, прежде всего, указать на достаточно заметное увеличение количества удаленных зубов с возрастом, как в целом среди лиц данной возрастной категории, так и среди мужчин и среди женщин. Так, если в целом, у данной категории населения в возрасте 15-19 лет отсутствует 1861,1 зубов на 1000 обследованных лиц, то уже в возрасте 25-29 лет их количество достигает 3353,9 зубов или соответственно 1,9, 2,4 и 3,4 зубов на 1 обследованного с подобными дефектами.

Что касается возрастно-полового состава, то здесь, опять-таки четко определяется более значительное количество удаленных зубов у мужчин, чем у женщин, как в целом, так и по каждой из возрастных групп.

Так, в целом, количество удаленных зубов у мужчин среди подобного рода больных на 1000 обследованных составило 2820,0, то у женщин их количество значительно ниже и составляет 2229,7. По возрастным группам: у мужчин в возрасте 15-19 лет их количество составляет 2222,2 зубов, в 20-24 года – 2720,0 и в возрасте 25-29 лет – 3518,5, тогда как у женщин, соответственно – 1500,0; 2000,0 и 3189,2 зубов на 1000 подобных больных (рис. 5.4).

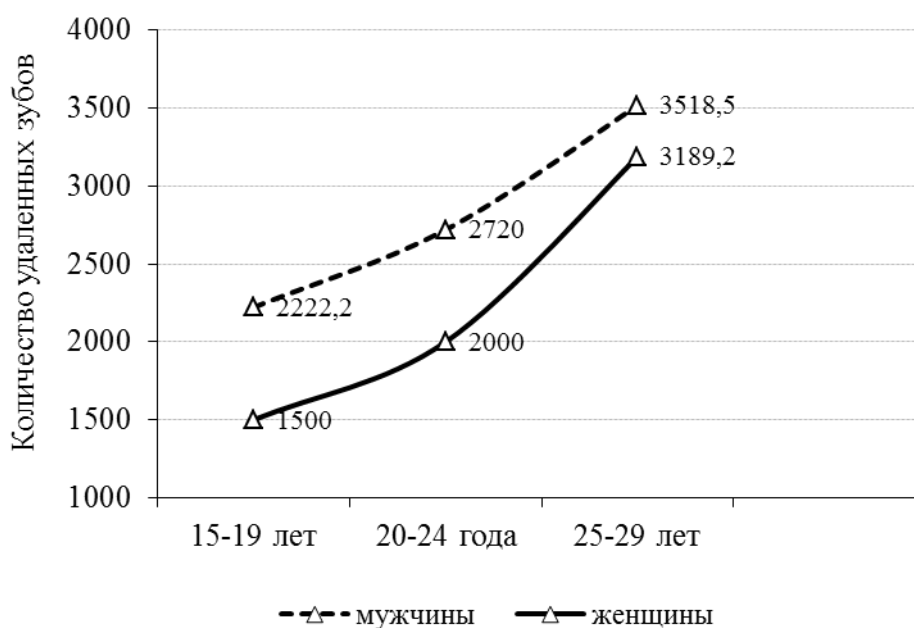


Рис. 5.4 Динамика интенсивности удаленных зубов у лиц молодого возраста городов Тернополь и Ивано-Франковска на 1000 обследованных

Продолжая исследование вопроса об удаленных зубах, соответствующее медицинское значение имеют сведения о протяженности дефектов зубных рядов, особенно в части выбора, наиболее эффективного вида их ортопедического лечения.

### 5.6 Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста

Таблица 5.7

#### Структура протяженности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста гг. Тернополь и Ивано-Франковска, в %

Количество отсутствующих зубов в одном дефекте	Возрастные группы							
	15-19 лет		20-24 года		25-29 лет		15-29 лет	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 зуб	82,3	92,9	81,5	84,4	74,7	75,3	79,5	84,2
2 зуба	17,7	7,1	11,1	15,6	21,1	17,7	17,6	13,5

Продолжение таблицы 5.7

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3 зуба	0	0	7,4	0	4,2	7,0	3,9	2,3
В целом								
1 зуб	87,6		82,3		75,0		81,4	
2 зуба	12,4		13,4		19,4		15,5	
3 зуба	0		3,7		5,6		3,1	

В соответствии с отмеченным в таблице 5.7 представлены данные характеризующие структуру малых дефектов зубных рядов в соответствии с количеством удаленных зубов на 1 подобный дефект.

Исходя из представленных в табл. 5.7 данных, как в целом среди лиц молодого возраста, так и по отдельным возрастным группам и среди мужчин и женщин преобладают дефекты зубных рядов с отсутствием 1 зуба. Так, в целом они составляют 81,4%, при этом у мужчин данный показатель устанавливается на уровне 79,5 %, а у женщин – 84,2 %. При этом весьма заметна тенденция их снижения по мере нарастания возраста обследованных и вместе с тем пропорционально нарастание дефектов зубных рядов с отсутствием 2-х и 3-х зубов.

Так, если в возрастной группе 15-19 лет практически отсутствуют дефекты зубных рядов протяженностью в 3 зуба, а с отсутствием 2 зубов составляют 12,4 %, то уже в возрасте 20-24 года, с отсутствием 2-х зубов составляет уже 13,4 %, 3-х зубов – 3,7 %, а в возрастной группе 25-29 лет с отсутствием 2-х зубов они достигают уровня 19,4 % и 3-х зубов – 5,6 %

Что касается структуры дефектов зубных рядов и процентного распределения по половому признаку, то здесь незначительно прослеживается тенденция более значительной протяженности подобного рода дефектов зубных рядов у мужчин.

Так, в младшей возрастной группе, дефекты с отсутствием 2-х зубов у мужчин встречаются в 17,7 %, а у женщин только в 7,1 %. В возрасте 20-24 года у мальчиков уже появляются данные дефекты с отсутствием 3-х зубов и составляют 7,4 %, а у женщин их практически еще нет.

Вместе с тем в возрастной группе 25-29 лет в силу известных причин и факторов у женщин они уже несколько преобладают, чем у мужчин, особенно с отсутствием 3-х зубов.

Анализируя в целом создавшееся положение, следует еще раз отметить и акцентировать внимание на явно еще недостаточный уровень стоматологического обслуживания молодого населения нашей страны, проявляющееся в высоком уровне распространенности дефектов зубных рядов, росте их интенсивности, количестве удаленных зубов и увеличении протяженности подобных дефектов. Все это и, особенно несвоевременное их ортопедическое лечение, порождает появление вторичных зубочелюстных деформаций, усугубляя тем самым общую клиническую ситуацию.

### **5.7. Распространенность зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов**

Таблица 5.8

#### **Частота возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов гг. Тернополя и Ивано-Франковска, в процентах**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 лет		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
100,0	80,0	96,0	92,3	96,3	94,6	97,4	90,0
Всего							
90,0		94,2		95,5		93,7	

Принимая во внимание приведенные выше данные о росте дефектов зубных рядов в молодом возрасте, важнейшее научное и практическое значение приобретают данные о появлении и динамике развития у них вторичных осложнений в виде различных деформаций и смещений опорных зубов. В соот-

ветствии с изложенным, нами в табл. 5.8 приведены данные о распространенности подобных патологических состояний в данной возрастной категории.

Анализируя представленные в табл. 5.8 данные, даже глубоко не вникая в их суть, весьма и весьма заметна крайне высокая частота возникновения вторичных осложнений после удаления зубов и, естественно отсутствия должной своевременной ортопедической помощи. Так, исходя из представленных показателей во всех возрастных группах, как среди мужчин, так и среди женщин и в целом среди данной категории населения, величина распространенности данных патологических состояний колеблется от 90,0 % до 93,7 %. При этом, в отдельных возрастных группах достигает практически 100 % у мужчин в возрастной группе 15-19 лет. Касательно тенденций их развития в возрастном-половом аспекте, здесь следует заметить и указать на некоторый незначительный их рост с возрастом с 90,0 % в возрастной группе 15-19 лет, до 94,2 % и 95,5 %, соответственно в возрастных группах 20-24 и 25-29 лет (рис. 5.5). Аналогичная ситуация складывается и по половому признаку, в части более значительных величин их распространенности у мужчин.

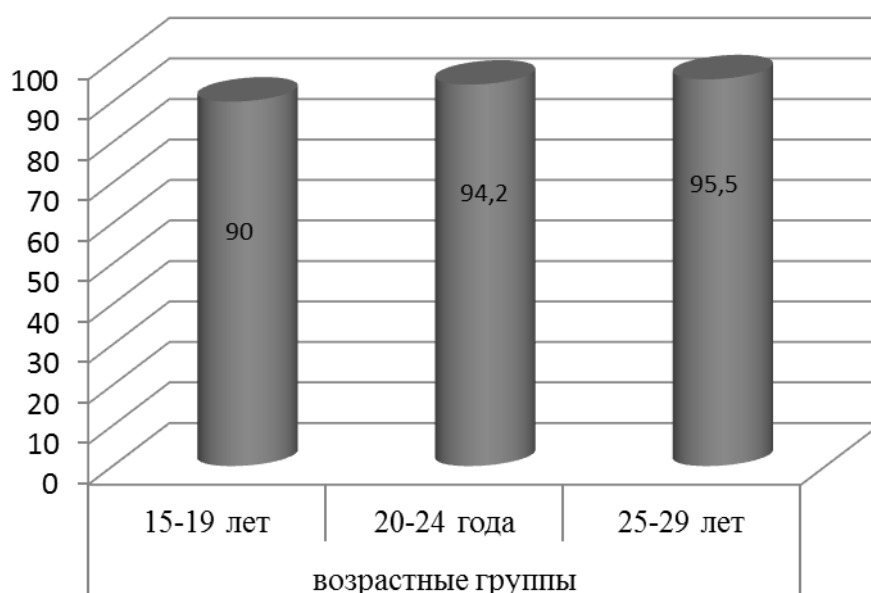


Рис. 5.5 Динамика распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов городов Тернополя и Ивано-Франковска

Полученные нами данные крайне негативно характеризуют состояние стоматологической ортопедической помощи лицам молодого возраста в нашей стране.

Ведь основная, временно скрываемая проблема возникновения вторичных осложнений состоит в том, что последующая за этим оттянутая во времени ортопедическая помощь практически сплошь будет сопряжена с огромными трудностями достижения адекватной, качественной ортопедической помощи, связанной с дополнительной специальной предпротезной подготовкой – это и депульпация опорных зубов, их предварительная ортодонтическая подготовка, пародонтологические мероприятия и, даже, специальная хирургическая подготовка, т.е. необоснованное несвоевременное ортопедическое лечение подобного рода дефектов зубных рядов у данной категории населения влечет за собой дополнительно, помимо медицинских, целый ряд экономических, финансовых проблем для подобных пациентов, значительно превышающих саму ортопедическую помощь. Спрашивается, кто от этого выиграл, ни пациенты, ни врачи, затратившие на реабилитацию подобных больных абсолютно необоснованные дополнительные материальные, финансовые и трудовые ресурсы.

#### **5.8. Интенсивность возникновения зубочелюстных деформаций и аномалий у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и подобными патологическими состояниями**

Достаточно важное практическое значение в предпротезной дополнительной специальной подготовке имеют значение данные о количестве соответствующих вторичных зубочелюстных деформаций, возникающих вследствие удаления зубов, особенно при их множественном удалении у одного и того же пациента.

В силу отмеченного, нами в табл. 5.9. представлены данные об интенсивности их возникновения.



Таблица 5.9

**Интенсивность возникновения зубочелюстных деформаций и аномалий  
у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных  
рядов и данными патологиями на 1 обследованного  
гг. Тернополя и Ивано-Франковска**

Возрастные группы							
15-19 лет		20-24 лет		25-29 лет		15-29 лет	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
1,5	1,1	1,3	1,7	1,9	1,7	1,6	1,5
Всего							
1,3		1,5		1,8		1,6	

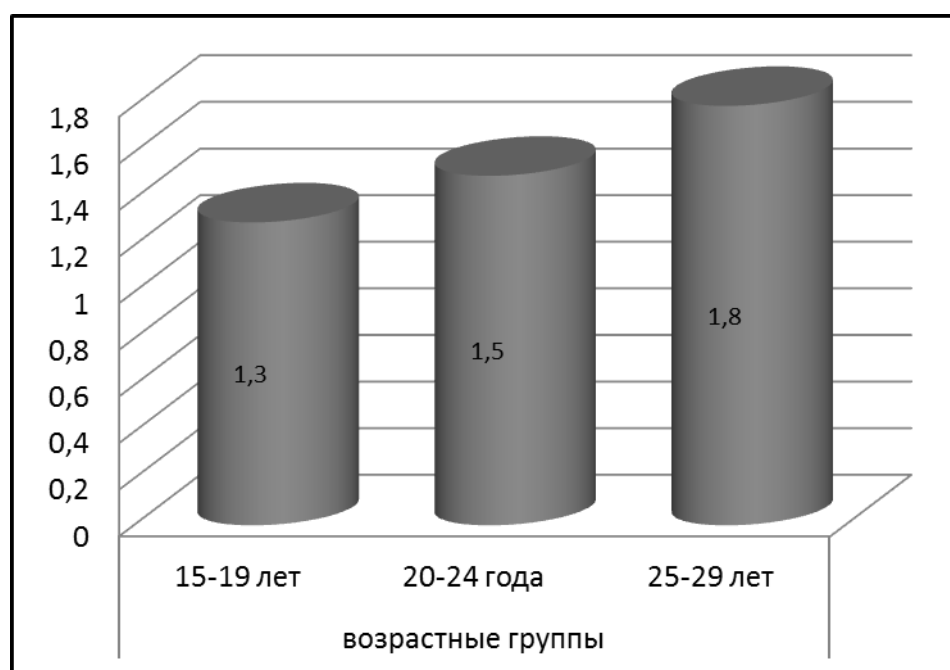


Рис. 5.6 Динамика интенсивности возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми дефектами зубных рядов с даннымсми патологиями городов Тернополя и Ивано-Франковска.

Исходя из приведенных в табл. 5.9 показателей, в целом, наблюдается постепенное увеличение общего числа вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций с возрастом, начиная с 1,3 в возрастной группе 15-19 лет и доходя до

1,8 подобных патологических состояний в возрасте 25-29 лет на одного подобного больного (рис. 5.6).

Данное положение, по нашему мнению, всецело связано, как с длительностью существования подобного рода дефектов без соответствующего ортопедического лечения, так и с увеличением их количества и продолжительности с возрастом. Отмеченное еще раз доказывает необходимость своевременного ортопедического лечения подобных дефектов в данном возрасте, потому, что необоснованно нерешенная вовремя одна проблема, тянет за собой целый ряд дополнительных проблем.

Что касается данного показателя по половому признаку, то в целом они практически идентичны фиксируясь на уровне 1,6 и 1,5 соответственно у мужчин и женщин, хотя повозрастной анализ этих данных свидетельствует о некотором их расхождении и судить четко о каких-то тенденциях их развития в каждой из возрастных групп не представляется возможным.

### **5.9 Анатомо-топографическая характеристика вида смещения опорных зубов и антагонистов при вторичных зубочелюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов гг. Тернополя и Ивано-Франковска на 1 обследованного**

В силу возникшей клинической необходимости предпротезной подготовки, как ортодонтической, так и терапевтической, а в некоторых случаях и хирургической, важное практическое значение приобретают данные о виде смещений опорных зубов, антагонистов, степени тяжести их клинического проявления и состояния, приобретающие решающее значение в выборе наиболее оптимального и, при этом, более рационального метода лечения и подготовки. Принимая во внимание, изложенное выше, нами в табл. 5.10 приведены данные об основных, наиболее встречаемых в клинической практике видах смещения опорных зубов в каждой из возрастных групп.

**Виды и количество смещенных зубов при вторичных зубочелюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и подобными патологическими состояниями гг. Тернополя и Ивано-Франковска на 1 обследованного**

Виды смещения зубов	Возрастные группы			
	15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	15-29 лет
Вертикальное	0,35	0,33	0,36	0,35
Медиальное	1,24	1,29	1,7	1,5
Дистальное	0,29	0,48	0,28	0,3
Оральное	0,35	0,48	0,7	0,56
Вестибулярное	0,12	0,17	0,13	0,14
Поворот вокруг оси	0	0,04	0	0,02
Комбинированное	0,53	0,67	0,66	0,63

Согласно полученным данным у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и вторичными зубочелюстными дефектами и аномалиями, встречаются самые различные виды смещений опорных зубов, количественный состав которых тоже весьма разнообразен. Так, исходя из представленных в табл. 5.10. показателей, наиболее значительное количество смещений связано с медиальным сдвигом опорных зубов, который с возрастом только увеличивается, начиная с 1,24 на одного подобного больного в возрасте 15-19 лет и заканчивая 1,7 в возрастной группе 25-29 лет. Подобное связано в первую очередь с увеличением количества подобных дефектов зубных рядов с возрастом на одного больного и физиологической характеристикой жевательного аппарата во время функции жевания. За медиальным смещением, характеризуя частоту появления смещений, следуют комбинированные смещения, затем оральные, дистальные и весьма редко встречались вестибулярные и, особенно, поворот вокруг оси, который в большинстве своем связан с особо дли-

тельным периодом существования дефектов зубных рядов без соответствующего ортопедического лечения.

Приведенные выше данные и, особенно, разнообразие клинического проявления самых различных смещений опорных зубов, свидетельствует о достаточно сложной ортопедической подготовке, особенно ортодонтической, связанной с повторным перемещением опорных зубов в нормальное физиологическое анатомо-топографическое состояние. В этой связи, особенно в плане выбора вида ортодонтического лечения, важное значение приобретают сведения о процентном соотношении вида смещений связанных с оптимальным выбором конструкции подобных аппаратов показатели которого приведены в табл. 5.11.

Таблица 5.11

**Процентное распределение структуры смещения зубов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и зубочелюстными аномалиями гг. Тернополя и Ивано-Франковска**

Виды смещения зубов (в процентах)	Возрастные группы			
	15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	15-29 лет
Вертикальное	12,3	10,2	9,3	10,9
Медиальное	42,6	39,5	44,9	42,6
Дистальное	10,2	10,2	7,2	8,6
Оральное	12,3	14,6	18,2	16,1
Вестибулярное	4,1	3,8	3,4	3,6
Поворот вокруг оси	0	1,3	0	0,5
Комбинированное	18,4	20,4	17,0	18,4

В целом, как и с числом смещений на 1 подобного пациента, так и в количественном процентном соотношении вида смещений опорных зубов,

наибольшим объемом представлены медиальные смещения, количество которых в каждой из возрастных групп превалирует над всеми остальными видами смещений и находятся практически на одном уровне, а именно, соответственно возрастным группам они составляют 42,6 %, 39,5% и 44,9 %, что в целом на все молодое население составляет 42,6 %. Что касается остальных видов смещений опорных зубов и динамики их развития в возрастном аспекте, то такие смещения как вертикальные, дистальные, комбинированные и оральные колеблются в пределах 8,6 % – 18,4 %, при этом четкой тенденции их развития определить практически невозможно, за исключением орального вида смещений, где наблюдается некоторое их увеличение с возрастом с 12,3 % в возрастной группе 15-19 лет, до 14,6 % и 18,2 % в возрасте 20-24 и 25-29 лет. С нашей точки зрения это объясняется, прежде всего, длительностью существования подобных дефектов и отсутствием протезирования.

В целом характеризуя количественный состав смещений опорных зубов, необходимо указать и рекомендовать врачам-стоматологам ортопедам обратить внимание на преимущественное наличие у данного рода пациентов медиальных смещений, в целях предусмотрения в ортодонтических аппаратах соответствующих конструктивных решений.

Характеризуя виды смещений опорных зубов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, невозможно не коснуться весьма характерного для данного рода пациентов смещения, как смещение и деформация зубов антагонистов по отношению к подобным дефектам называемые феноменом Попова-Годона. Согласно полученным нами данным среди 205 дефектов зубных рядов с аномалиями и деформациями у лиц молодого возраста, в 46 случаях встречается данный феномен, что в перерасчете на 1 дефект составляет 0,22 случая, или на 1 обследованного с подобным патологическим состоянием зубов-антагонистов (126 человек), он составил 0,37, что соответствует 37 % случаев среди подобного рода больных.

Что касается непосредственно тяжести проявления деформаций зубов и зубных рядов, особенно денальных смещений, их горизонтальных и верти-

кальных смещений, важнейшее значение приобретают познания, особенно, о горизонтальных деформациях опорных зубов с наклоном более  $30^\circ$ , так как при этой форме, очень тяжелой форме дентальной деформации стоит вопрос о необходимости предварительной депульпации подобных смещенных зубов, так как достичь полноценной качественной реабилитации подобных больных без этого практически невозможно. Принимая во внимание данное положение, нами установлено, что из всех дефектов зубных рядов с аномалиями и деформациями (205 дефектов), горизонтальный наклон более  $30^\circ$  опорных зубов встречается в 96 дефектах, что составляет 46,8 %, а до  $30^\circ$  – в 97 дефектах или 47,3 % зубов, т.е. в случаях опять-таки несвоевременного ортопедического лечения, потенциально возможных, через определенный, достаточно недлительный период времени, учитывая возраст обследованных лиц и их резкую предрасположенность к активному образованию деформаций, быть с наклоном более  $30^\circ$ , т.е., к сожалению, опять-таки подлежащих к вынужденной их депульпации с последующими непредвиденными последствиями.

Что касается возрастного аспекта их возникновения и проявления, то согласно полученным данным в возрасте 15-19 лет, нами на 23 дефекта зафиксировано 14 случаев опорных зубов с наклоном до  $30^\circ$  и 5 зубов с наклоном более  $30^\circ$ , что соответственно составило 60,9 % и 21,7 %.

В возрастной группе 20-24 года в 74 дефектах было выявлено 29 случаев с наклоном опорных зубов до  $30^\circ$  и 37 случаев - более  $30^\circ$  или соответственно 39,2 % и 50,0 %.

И наконец, в возрасте 25-29 лет, среди 108 дефектов были выявлены смещения 54 опорных зубов до  $30^\circ$  и смещения 54 опорных зубов более  $30^\circ$ , что соответственно составило 50.0 % и 50.0 %.

Что касается такой формы деформаций как дентоальвеолярная, то говорить, а тем более утверждать статистически не представляется возможным, так как подобное патологическое состояние опорных зубов и альвеолярного отростка встречается в основном в более среднем возрасте и связано в основном с длительностью существования подобных дефектов и, естественно, с длительно-

стью их формирования, как таковых. Так, в нашем случае, согласно полученным данным, в молодом возрасте, нами зафиксировано было лишь 7 случаев подобных зубочелюстных деформаций без атрофии костной ткани 1-й степени на 205 дефектов зубных рядов с аномалиями и деформациями, что составило 3,4 % и только 4 случая с атрофией костной ткани – 1,9 %. Полученные данные вполне понятны, учитывая возраст обследованных и естественно небольшой период существования самих дефектов зубных рядов со дня удаления зубов, так как подобные, весьма сложные клинические деформации опорных зубов и альвеолярной кости, прежде всего связаны с самой продолжительностью существования и протяженностью дефектов зубных рядов.

Анализируя полученные нами данные стоматологических осмотров лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска, возможно, заключить, что:

1. Установлена значительная распространенность малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, которая составляет 635,1 человек на 1000 обследованных лиц. При этом четко проявляется тенденция ее нарастания с возрастом с 404,3 человек (40,4 %) в возрастной группе 15-19 лет до 579, 5 и 842,1 человек, соответственно, в возрастных группах 20-24 и 25-29 лет (58,0 % и 84,2 %).

2. Ретроспективный анализ показателей частоты возникновения малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста во временном аспекте, указывает на резкое их увеличение в настоящее время. Так, если в 1995 году, в целом среди данной категории населения они составляли 441,3 человек на 1000 обследованных (44,1 %), то в 2012 году их количество достигло уже 635,1 человек (63,5 %), т.е. увеличились в 1,5 раза. Причем наиболее заметное их увеличение произошло именно в младшей возрастной группе – 15-19 лет, практически в 2 раза, с 216,2 человек до 404,3 на 1000 обследованных.

3. Доведена практически идентичная величина распространенности малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста среди мужчин и женщин, которая соответственно составила 625,1 и 595,8 человек на 1000

обследованных. При этом аналогичное положение прослеживали и в остальных 3-х исследуемых возрастно-половых группах.

4. Установлена четкая тенденция увеличения количества дефектов зубных рядов у данной категории населения с возрастом – с 666,4 в возрастной группе 15-19 лет, до 2089,6 дефектов в возрасте 25-29 лет на 1000 обследованных. При этом, у мужчин прослеживается более значительный объем и увеличение их количества с возрастом с 772,7 до 2290,3 по сравнению с женщинами, у которых их величина колеблется от 560,0 до 1888,8 дефектов на 1000 обследованных.

5. Сравнительный по возрастной анализ количества удаленных зубов у лиц молодого возраста засвидетельствовал об их увеличении с возрастом с 1861,1 зубов в возрастной группе 15-19 лет до 3953,9 зубов в возрасте 25-29 лет. При этом количество удаленных зубов по возрастным группам на одного обследованного составил в возрасте – 15-19 лет 1,9, в 20-24 года – 2,4 и в возрасте 25-29 лет 3,4 зубов, что в среднем составило 2,5 зубов на 1 человека в молодом возрасте (15-29 лет). Наряду с этим четко прослеживается более значительное количество удаленных зубов у мужчин, как в целом 2820,0 зубов против 2229,7 у женщин, так и в каждой из возрастных групп – 2222,2; 2720,0 и 3518,5 у мужчин, против 1500,0; 2000,0 и 3189,2 зубов у женщин в соответствующих группах.

6. Согласно данным протяженности малых включенных дефектов зубных рядов доведено, что они, в целом, при отсутствии одного зуба составляют 81,4 %, 2-х зубов – 15,5 % и 3-х зубов – 3,1 %. При этом, существенного различия в данных показателях по половому признаку и возрастным группам практически нет.

7. Установлена значительная частота возникновения вторичных зуботехнических аномалий и деформаций у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, которая, в целом, составила 93,7 %. При этом в возрастном аспекте величина ее колеблется от 90,0 % в возрастной группе 15-19 лет до 95,5 % в группе 25-29 лет.



8. Доведено увеличение показателя интенсивности возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц с подобными дефектами с возрастом, которая колеблется от 1,3 в возрасте 15-19 лет до 1,8 в возрастной группе 25-29 лет и, в целом среди данной категории обследованных – 1,6.

9. Установлено, что наиболее частым видом смещения опорных зубов у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, является медиальное смещение, которое, в целом, составляет 42,6 %, затем комбинированные – 18,4 %, оральные – 16,1 %, вертикальные – 10,9 %, дистальные – 8,6 %, вестибулярные – 3,6 % и поворот вокруг оси встречается всего в 0,5 подобных пациентов. При этом, выявить какие-либо четкие закономерности их развития в возрастном аспекте не представляется возможным.

10. Исходя из полученных данных, феномен Попова-Годона у лиц с малыми включенными дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями составляет 37,0 %.

11. Доведено, что, в целом, дентоальвеолярная деформация зубов с наклоном до 30° составляет 47,3 %, а более 30° – 46,8 %.

При этом дентоальвеолярная форма деформации опорных зубов без атрофии костной ткани составляет 3,4 % и с атрофией костной ткани – 1,9 %.

Материалы данного раздела нашли свое отражение в следующих публикациях:

1. Розповсюдженість, інтенсивність, структура і динаміка розвитку малих включених дефектів зубних рядів у осіб молодого віку мм. Івано-Франківська і Тернополя по даним звертаємості / О. В. Лабунець, О. В. Деньга, В. А. Лабунець [та ін.]. // Архів клінічної медицини. - 2014. - № 1 (20). - С. 83-86.

2. Частота виникнення і анатомо-топографічна характеристика вторинних зубо-челюстних аномалій і деформацій у осіб молодого віку г. Івано-Франківська і Тернополя з малими включеними дефектами зубних рядів / О. В. Лабунець, О. В. Деньга, В. А. Лабунець [и др.]. // Галицький лікарський вісник. - 2014. – Т. 21. № 2. - С. 43-46.

**РАЗДЕЛ 6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СОСТОЯНИЕ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ГГ. ТЕРНОПОЛЯ  
И ИВАНО-ФРАНКОВСКА**

**6.1. Сравнительная характеристика и динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста за 1995 – 2012 годы**

Исходя от цели настоящей работы и в соответствии с поставленными задачами об исследовании стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста в различных медико-географических регионах нашей страны для выявления тенденций ее развития, как во времени, так и по отдельным регионам, нами наряду с проведенными стоматологическими осмотрами данной категории населения в г. Одессе были проведены аналогичные осмотры в гг. Тернополе и Ивано-Франковске и сравнены с архивными данными аналогичных осмотров проведенных нами по единой методике в 1995—2012 годах в этих городах, подробная характеристика которых представлена в табл. 6.1.

Таблица 6.1

**Показатели стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста г. Тернополя и Ивано-Франковска за 1995-2012 годы, на 1000 обследованных**

Годы	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
1995	407,78	513,79	799,99	577,19
2012	680,9	855,5	906,17	814,19

Согласно приведенным в табл. 6.1 данным, наблюдается достаточно значительное, за столь короткий исторический промежуток, увеличение количества лиц нуждающихся в стоматологической ортопедической помощи среди данной возрастной категории населения нашей страны – с 577,19 человек в 1995 году до 814,19 человек в 2012 году на 1000 обследованных. При этом особенно впечатляют темпы роста данной категории больных, именно в младших возрастных группах 15-19 и 20-24 года с 407,78 и 573,79 человек в 1995 году до 680,9 и 855,5 человек соответственно в 2012 году. Прирост соответственно составлял 67,3% и 63,5%, т.е. соответственно в 1,7 и 1,6 раза.

Учитывая данное положение, и для более наглядного восприятия полученных нами данных и, особенно, тенденций их развития, нами полученные материалы представлены также в графическом изображении (рис. 6.1).

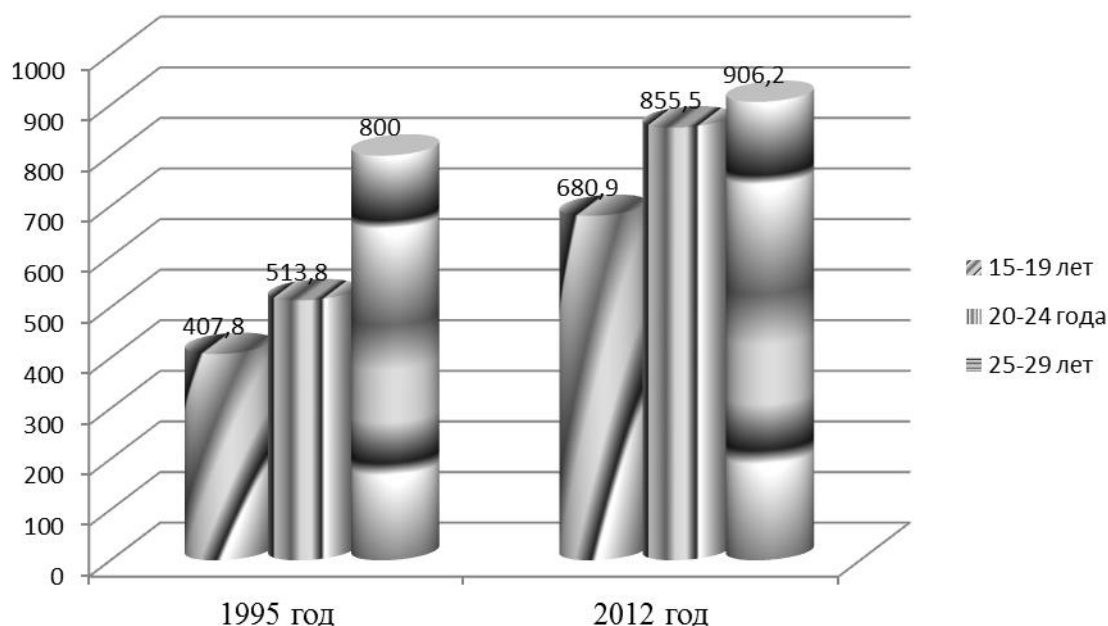


Рис.6.1 Динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста городов Тернополя и Ивано-Франковска за 1995 и 2012 годы

## 6.2. Характеристика состояния и динамика развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста за 1995 и 2012 годы

Учитывая значительный установленный нами рост стоматологической ортопедической заболеваемости у данной категории населения нашей страны за столь короткий промежуток времени, с нашей точки зрения весьма интересными представляются исследования о состоянии ортопедической помощи и ее подробной характеристики, данные которой представлены в табл. 6.2.

Таблица 6.2

### Состояние стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска за 1995 – 2012 годы

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы							
	1995 год				2012 год			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью	28,36	57,14	68,96	51,48	0	12,63	24,12	12,23
Количество лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении	78,01	123,8	200,0	133,94	191,51	192,8	349,41	244,57

Продолжение таблицы 6.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Количество лиц нуждающихся ортопедической помощи и не имеющих зуб- ных протезов	301,41	342,85	531,03	391,76	489,42	662,71	542,21	564,78
Количество лиц не нуждающихся в ортопедиче- ской помощи и не имеющих зубных протезов	592,22	476,21	200,01	422,82	319,11	144,51	84,33	182,65

Анализируя приведенные в табл. 6.2 сведения о состоянии стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста в данных городах и принимая во внимание динамику ее развития за исследуемый период времени, прежде всего, следует указать на достаточно заметное снижение уровня обеспеченности данной категории больных в ортопедическом лечении. Так, если в 1995 году количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью в возрастной группе 15-19 лет составило 28,36 человек на 1000 обследованных, в возрасте 20-24 года – 57,14 и в группе 25-29 лет было 68,96 человек обеспеченных данным видом медицинской помощи, то уже в 2012 году, их, соответственно данным возрастным группам, стало 0; 12,63 и 24,12 человек. В целом же данный показатель снизился с 51,48 человек до 12,23 в 2012 году, т.е. практически в 4 раза.

Что касается следующего показателя – количества лиц частично обеспеченных ортопедической помощью и нуждающихся в дополнительном ортопедическом лечении, то казалось бы, положительные его тенденции роста свиде-

тельствовавали бы об улучшении данного положения, но он в такой же равной степени говорит и об обратном – нуждаемости в ортопедическом лечении

Так, если данный показатель, в целом в 1995 году, был на уровне 102,8 человек на 1000 обследованных, то в 2012 году он достиг уровня 208,4 человек

Аналогичная ситуация прослеживается и по конкретным исследуемым возрастным группам.

Прежде чем дать подробную характеристику следующему показателю – количеству лиц нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, следует сказать, что именно данный показатель, как самостоятельно, так и совместно с предыдущими показателями наиболее ярко и обоснованно характеризует в целом состояние ортопедической помощи. В этой связи, характеризуя в целом данный показатель, сразу же следует обратить внимание на его весьма и весьма заметное увеличение, а, следовательно, существенное снижение самого уровня ортопедической помощи данной категории населения. Так, если в 1995 году, количество лиц нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, составило 391,76 человек на 1000 обследованных, то уже в 2012 году оно достигло уровня 564,78 человек, т.е. увеличение его произошло на 49,3 %. В целом же количество нуждающихся лиц молодого возраста и не имеющих зубных протезов, а также лиц частично обеспеченных и нуждающихся в дополнительном лечении увеличилось с 525,7 (52,6 %) до 809,4 (80,9 %) человек на 1000 обследованных лиц, т.е. увеличилось в 1,6 раза или на 54,1 %. Прямо скажем цифры крайне негативно характеризуют сам уровень ортопедической помощи и указывают на необходимость принятия ряда конкретных мер по коренному ее улучшению для данной категории населения.

Что касается возрастных групп, то положение здесь следующее. В возрастной группе 15-19 лет количество лиц нуждающихся в ортопедической помощи увеличилось с 379,42 человек в 1995 году до 680,93 в 2012 году, т.е. увеличилось в 1,8 раза или на 79,9 %.

Во второй группе 20-24 года с 466,65 человек до 855,51, т.е. в 1,8 раза, или 79,4 % и, наконец, в возрасте 25-29 лет с 731,03 человек до 891,62 человек, т.е., 1,2 или 22,0 %.

Относительно показателя количества лиц, не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, то здесь также прослеживается некоторая тенденция к его явному уменьшению, а именно с 422,82 человек в 1995 году до 182,65 человек в 2012 году, т.е. общее количество уменьшилось в 2,3 раза или на 132 %

Проведенное опять-таки наглядно показывает крайне неудовлетворительный уровень оказания не только ортопедической помощи, но и терапевтической и хирургической вместе взятых.

### **6.3. Сравнительная повозрастная характеристика нуждаемости, но и обеспеченности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов**

Несмотря на важность отмеченных выше показателей, все же, с нашей точки зрения, наиболее точно отражает состояние ортопедической помощи сравнительная характеристика фактически выполненного объема работ по отношению к величине ее потребности по конкретным видам зубных протезов, т.е. только сравнивая количественные показатели необходимого к выполнению объема зубных протезов к выполненному, возможно судить с большой долей вероятности о фактическом состоянии данного вида медицинской помощи исследуемой категории населения.

Исходя из поставленной задачи, нами, на основании проведенной предварительной работы в табл. 6.3 представлены данные, прежде всего, о количестве лиц, которым необходимо изготовить ряд наиболее распространенных видов зубных протезов, а затем, в следующей табл. 6.4 – изготовленных, наличие которых и позволяет установить наиболее точно фактический уровень удовлетворенности в тех или иных видах зубных протезов.

**Количество лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска,  
которым необходимо изготовить основные виды зубных протезов на 1000  
обследованных лиц за 1995 и 2012 годы**

Виды протезов	Возрастные группы							
	1995 год				1995 год			
	15-19	15-19	15-19	15-19	15-19	15-19	15-19	15-19
Одиночные коронки	393,61	490,48	565,55	483,21	510,64	674,7	542,17	575,84
Мостовидные протезы	166,66	261,83	489,65	289,38	382,98	506,02	795,18	561,39
Культевые штифтовые вкладки	80,92	100,10	103,85	94,59	191,49	585,54	397,59	324,87
Бюгельные протезы	–	6,11	18,01	8,07	–	12,06	–	4,02
Частичные пластиночные протезы	–	6,71	–	2,07	–	–	–	–
Полные съемные протезы	–	–	–	–	–	–	–	–

Анализируя полученные нами данные (табл. 6.3), следует констатировать, что в целом по всем основным видам зубных протезов наиболее используемых в практическом здравоохранении, наблюдается рост нуждаемости данной категории населения гг. Тернополя и Ивано-Франковска в их изготовлении. Так, если в 1995 году количество лиц молодого возраста данных городов нуждавшихся в одиночных коронках составляло 483,21 (48,3 %) человек на 1000 обследованных, то уже в 2012 году их стало уже 575,84 (57,6 %), т.е. увеличилось в 1,2 раза. Особенно заметен рост нуждаемости в изготовлении мостовидных



протезов, где увеличение произошло с 289,38 (28,9 %) человек до 561,39 (56,1 %) – в 1,9 раза. Данный показатель особенно настораживает принимая во внимание что изготовление мостовидных протезов сопряжено, в целом, с ранее удаленными зубами, а это уже показатель, неудовлетворительного состояния как терапевтической, так и хирургической помощи. Резко возросла также величина нуждаемости лиц молодого возраста и в штифтовых конструкциях – с 94,36 (9,4 %) человек на 1000 обследованных, до 324,87 в 2012 году (344,1 %), т.е. в 3,5 раза, что также сопряжено напрямую с качеством оказываемой терапевтической помощи.

Говорить о каких-то тенденциях развития и состояния нуждаемости данной категории населения в бюгельном протезировании не приходится, так как они в этом возрасте встречаются в единичных случаях и носят хаотический характер.

Что касается состояния поднимаемого вопроса конкретно по возрастным группам, то сразу же следует отметить и указать на весьма стремительные темпы роста нуждаемости лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов, особенно в младших возрастных группах, причем по всем позициям.

Так если в 1995 году в возрастной группе 15-19 лет величина нуждаемости их в одиночных коронках отмечалась на уровне 393,68 человек на 1000 обследованных (39,3 %) то в 2012 году она уже достигла уровня 510,64 человек (51,1 %).

Особенно впечатляет тенденция роста в данной возрастной группе нуждаемости в мостовидном протезировании – с 166,66 (16,7 %) человек до 382,98 (38,3 %), т.е. в 2,3 раза, и это практически в юношеском возрасте. Нуждаемость в штифтовых конструкциях в данном возрасте также стремительно увеличилась с 80,92 (8,1%) человек до 191, 49 (19,2 %) человек в 2012 году на 1000 обследованных, т.е. увеличилась практически в 2,4 раза, цифра крайне негативна учитывая возраст обследованных лиц. Практически аналогичная ситуация и в возрастной группе 20-24 года, особенно со штифтовыми конструкциями и мостовидным протезированием.



Исходя из приведенных в табл. 6.4 данных, следует указать на неоднозначность тенденций развития количества лиц, которым были изготовлены основные виды зубных протезов за 1995 и 2012 годы. По некоторым позициям есть улучшение, и наблюдается рост числа лиц, которым были изготовлены соответствующие виды зубных протезов, а по некоторым, наоборот, наблюдается соответствующее снижение.

Так, касательно одиночных коронок, произошло некоторое увеличение количества лиц, которым были изготовлены данного рода зубные протезы. Так, если в 1995 году их общее число составляло 110,5 человек на 1000 обследованных (11,1 %), то в 2012 году их стало уже 171,07 человек (17,1 %), т.е. увеличилось в полтора раза. Казалось бы, и тенденция хорошая и показатель, неплохой, но при этом резко снизился показатель количества лиц, которым были изготовлены мостовидные протезы – со 108,05 человек до 64,26, т.е. в 1,8 раза.

Приятно впечатляет стремительный рост показателя количества лиц, которым были изготовлены штифтовые конструкции за данный период времени, с 5,07 человек до 142,02 на 1000 обследованных. Вместе с тем, несмотря на все-таки наблюдаемый прогресс по некоторым позициям, все же следует констатировать о резком снижении в целом уровня оказания ортопедической помощи данной категории населения и ее весьма значительном росте. В свете изложенного нами представляется достаточно важным с практической точки зрения, проведение исследований связанных с установлением уровня удовлетворенности данной категории населения по основным видам зубных протезов, выраженного в конкретных цифрах и фактах.

#### **6.4 Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска в основных видах зубных протезов**

Учитывая изложенное выше и принимая во внимание важность данного показателя для руководителей органов здравоохранения, нами, в табл.6.5 представлены данные характеризующие фактический уровень удовлетворенности

данной категории населения данных городов в основных видах зубных протезов, и, в частности в одиночных коронках.

Исходя из полученных нами данных (табл.6.5) удовлетворенность молодого населения данных городов как, в целом, так и по отдельным возрастным группам крайне незначительна, даже несмотря на то, что в группе 25-29 лет, она достигает 25,3 %. В среднем же на всех лиц молодого возраста она едва достигает цифры в 20 % (19,5 %), т.е. 1/5 среди всех лиц молодого населения.

Таблица 6.5

**Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого возраста  
гг. Тернополя и Ивано-Франковска в одиночных коронках  
на 1000 обследованных лиц**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	1468,1	2012,1	2385,6	1955,3
Обеспеченность	276,6	265,1	602,4	381,3
Нуждаемость	1191,1	1747,0	1783,1	1573,8
Уровень удовлетворенности (в %)	18,8	13,2	25,3	19,5

При этом наиболее неудовлетворительное состояние наблюдается в возрастной группе 20-24 года, где данный показатель достигает всего лишь уровня в 13,2 %. Изложенное выше, крайне удручает и весьма красноречиво свидетельствует о довольно-таки низком уровне ортопедической помощи (рис. 6.2).

Что касается тенденций развития данного показателя по возрастным группам, то здесь четко просматриваются тенденции роста количества одиночных коронок с возрастом. Если в возрасте 15-19 лет величина их потребности в данном виде зубных протезов составляет 1468,1 коронок на 1000 обследованных, т.е. 1,5 коронок на 1 человека, то в возрастной группе 25-29 лет она уже

достигает уровня 2385,6 коронок, т.е. 2,4 коронки на 1 обследованного.

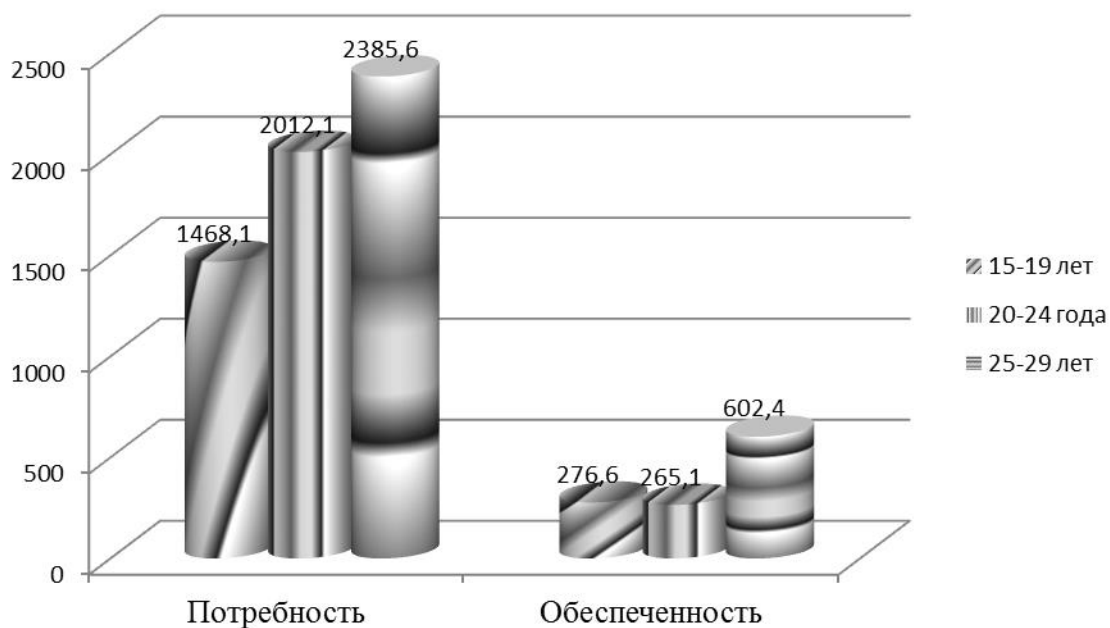


Рис. 6.2 Степень обеспеченности лиц молодого возраста городов Тернополь и Ивано-Франковска в одиночных коронках

Что касается показателя обеспеченности данной возрастной категории в одиночных коронках, то здесь, несмотря и на ее увеличение, с 276,6 в возрасте 15-19 лет до 602,4 коронок в возрастной группе 25-29 лет, все же уровень удовлетворенности еще крайне незначителен, так как при этом наблюдаются еще более значительные темпы роста подлежащих изготовлению коронок.

Как было уже выше отмечено, одним из главных все же показателей наиболее ярко и точно характеризующих уровень ортопедической помощи данной категории больных все же является мостовидное протезирование, принимая во внимание, в случае его отсутствия, стремительное прогрессирование и нарастание при этом вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с удалением зубов. В соответствии с изложенным, в табл. 6.6 нами представлены данные о потребности, обеспеченности, нуждаемости и уровне удовлетворенности в данном виде зубного протезирования.

Таблица 6.6

**Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого возраста  
гг. Тернополя и Ивано-Франковска в мостовидных протезах,  
на 1000 обследованных**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	638,3	867,5	2036,2	1180,7
Обеспеченность	0	24,1	241,0	88,4
Нуждаемость	638,3	843,4	1795,2	1092,3
Уровень удовлетво- ренности (в %)	0	2,8	11,8	7,5

Анализируя приведенные в табл. 6.6 данные и принимая во внимание отмеченную важность данного показателя, сразу же следует отметить и указать на крайне неудовлетворительное состояние с мостовидным протезированием и, это при столь серьезных и труднолечимых вторичных осложнениях.

Так, при величине потребности в данном виде протезирования, в целом, среди лиц молодого возраста, в 1180,7 протезов на 1000 лиц, величина обеспеченности составляет всего 88,4 протезов, при уровне удовлетворенности в 7,5 %. При этом, крайне высокой еще остается величина нуждаемости на данный момент – 1092,3 протезов на 1000 лиц обследованных.

Относительно тенденций развития данного показателя по возрастным группам, то здесь особо следует сказать и акцентировать внимание на возрастной группе 15-19 лет, а именно, при все же, с нашей точки зрения, весьма заметной величине потребности, как для данного возраста, в мостовидных протезах – 638,3 протезов на 1000 обследованных, обеспеченность ими практически нулевая и уровень удовлетворенности естественно составляет 0 (рис. 6.3).

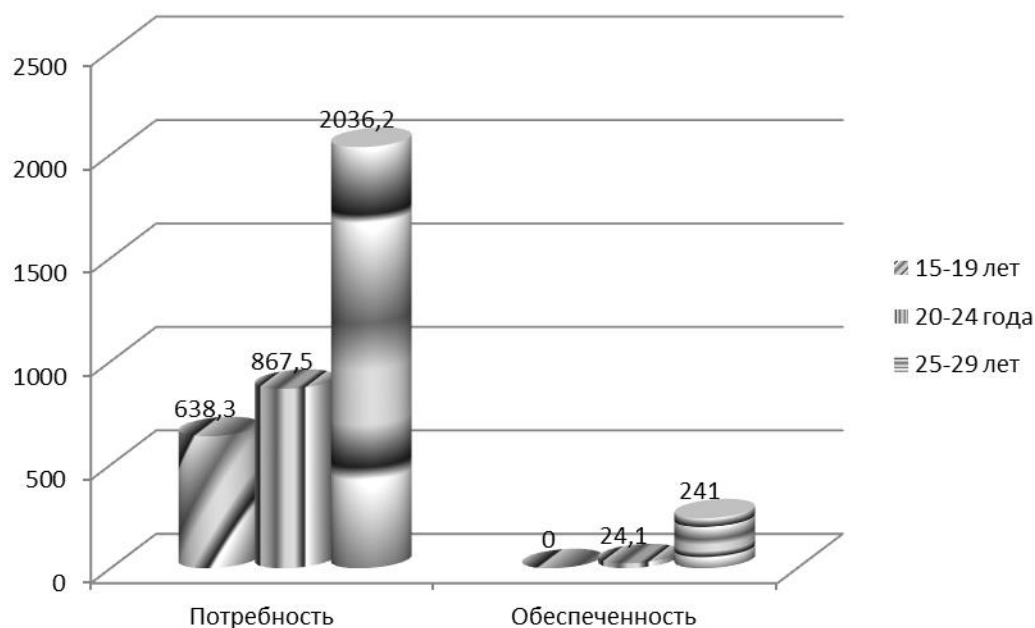


Рис. 6.3 Степень обеспеченности лиц молодого возраста городов Тернополя и Ивано-Франковска в мостовидных протезах

Практически аналогичная ситуация в следующей по возрасту группе – возрастной группе 20-24 года. Здесь, при величине потребности в 867,5 протезов на 1000 лиц всего изготовлено 24,1 протезов, уровень удовлетворенности которых составил всего 2,8 %. Особо не впечатляет успехами и возрастная группа 25-29 лет. При величине потребности в мостовидных протезах в 2036,2 протезов, их было изготовлено только 241,0, при уровне удовлетворенности в 7,5 %.

Анализируя в целом данное состояние по мостовидному протезированию необходимо еще раз акцентировать о крайне неудовлетворительном его состоянии, несвоевременное протезирование которым приводит к весьма сложным клиническим ситуациям, связанным с развитием всевозможных зубочелюстных деформаций и как следствие с резким увеличением объема необходимой ортопедической, ортодонтической, терапевтической и хирургической помощи подобным больным.

Важнейшим показателем, также отчетливо характеризующим как ортопедическую так и терапевтическую помощь, является показатель количества изготовленных и подлежащих изготовлению штифтовых конструкций (табл. 6.7).

Исходя из представленных в табл. 6.7 данных, сразу же следует отметить, что, несмотря на еще недостаточно высокие показатели удовлетворенности, все же величина удовлетворенности лиц молодого возраста в штифтовых зубах, наиболее высока при сравнении с другими видами зубных протезов. Так, в целом, уровень удовлетворенности в них составляет в среднем 17,7 %. При этом в возрастной группе 15-19 лет, что примечательно, в самой молодой возрастной группе, данный показатель наиболее существенен и составляет 34,1 %. Вместе с тем в возрастных группах 20-24 и 25-29 лет он несколько ниже и находится на уровне 11,5 – 14,0 %.

Таблица 6.7

**Показатели обеспеченности и нуждаемости лиц молодого возраста  
гг. Тернополя и Ивано-Франковска в штифтовых зубах,  
на 1000 обследованных лиц**

Характеристика ортопедической помощи	Возрастные группы			
	15-19	20-24	25-29	15-29
Потребность	936,1	1469,9	1638,1	1348,6
Обеспеченность	319,1	168,6	228,9	238,9
Нуждаемость	617,0	1301,2	1409,2	1109,7
Уровень удовлетво- ренности (в %)	34,1	11,5	14,0	17,7

Что касается абсолютных показателей, то здесь так же, как и с другими видами зубных протезов, наблюдается увеличение величины потребности в изготовлении штифтовых конструкций с возрастом. Так, если в возрасте 15-19 лет их потребность составляет 936,1 единиц на 1000 обследованных лиц, в возраст-



ной группе 20-24 года уже 1469,9, то в группе 25-29 лет их число достигает уровня 1638,1 штифтовых зубов на 1000 обследованных.

Говорить о каких-то тенденциях развития величины обеспеченности по группам не представляется возможным, так как она всецело зависит от фактора обращаемости данной категории населения по возрастам за ортопедической помощью.

Заключая данный пункт, следует все же указать, что несмотря и на более лучшие показатели удовлетворенности данной категории населения в штифтовых конструкциях, в случае неостребованного их изготовления, подобные пациенты сразу же переходят в категорию – мостовидное протезирование. Так как, несвоевременное восстановление корней зубов штифтовыми зубами, всегда приводит к удалению подобных разрушенных зубов, как таковых.

В целом же, анализируя полученные результаты в данном разделе о состоянии стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста гг. Тернополя и Ивано-Франковска, уровень проведенной и необходимой ортопедической помощи и тенденции ее развития следует заключить, что:

1. Наблюдается значительный рост стоматологической ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста данных городов, с 577,19 человек на 1000 обследованных лиц в 1995 году, до 814,19 лиц в 2012 году. Фактический прирост, который составил 41,1 %. При этом наиболее значительные тенденции ее роста, проявляется, особенно, в младших возрастных группах 15-19 и 20-24 года – с 407,88 и 523,79 человек до 680,9 и 855,5 человек, с приростом, соответственно в 67,3 % и 63,5 %.

2. Установлено значительное снижение уровня оказания ортопедической помощи данной категории населения. Так, количество лиц полностью обеспеченных ею уменьшилось с 51,48 человек на 1000 обследованных лиц в 1995 году до 12,23 человек в 2012 году, т.е. практически в 4 раза. Вместе с тем нуждаемость в ней за данный промежуток времени увеличилась с 525,7 человек (52,6 %) до 809,55 человек (80,9 %), т.е. фактически в 1,5 раза. При этом количество

лиц, не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов уменьшилось с 422,82 человека (42,3 %) до 182,65 (18,3 %) т.е. в 2,3 раза. Особенно заметно падение данного показателя и роста показателя нуждающихся в ортопедической помощи в младших возрастных группах 15 - 19 и 20-24 года.

3. Доведено увеличение количества лиц молодого возраста нуждающихся в основных видах зубных протезов, с 393,68 человек на 1000 обследованных нуждающихся в одиночных коронках в 1995 году, до 575,84 человек в 2012 году, т.е. 1,4 раза. В мостовидных протезах с 289,38 до 561,39 (в 2,0 раза) и в штифтовых конструкциях с 94,36 до 324,87 человек, т.е. в 5,3 раза. При этом, уровень удовлетворенности составил, соответственно по одиночным коронкам – 21,8 %, мостовидных протезах – 10,7 % и штифтовых конструкциях – 24,3 %.

Особо настораживает высокий уровень роста в мостовидном протезировании в самой младшей возрастной группе 15-19 лет – с 166,66 в 1995 году до 382,98 человек в 2012 году, т.е. в 2,3 раза.

Материалы данного раздела нашли свое отражение в следующих публикациях:

1. Заболеваемость, состояние и тенденции развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста гг. Ивано-Франковска и Тернополя / В. А. Лабунец, О. В. Деньга, О. В. Лабунец [и др.]. // Инновации в стоматологии. – 2014. – № 2. – С. 81-89.

## **РАЗДЕЛ АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Сравнительная характеристика стоматологической ортопедической заболеваемости, тенденции развития, вторичных зубочелюстных осложнений и состояния ортопедической помощи у лиц молодого возраста гг. Одессы и Тернополя, Ивано-Франковска**

В разделах 3, 4, 5 и 6 представлены подробно данные стоматологических осмотров лиц молодого возраста в г. Одессе и гг. Тернополе и Ивано-Франковске, проведенные в 2012 году и сделан сравнительный ретроспективный анализ с аналогичными данными стоматологических осмотров в указанных городах, проведенных в 1995 году, для установления тенденций развития стоматологической ортопедической заболеваемости, возникновения вторичных зубочелюстных осложнений у малых включенных дефектах зубных рядов, а также состояния и уровня развития ортопедической помощи за эти годы. Основная же цель настоящего научного исследования, представленного в данном разделе – сравнительная характеристика основных полученных показателей по поднимаемым вопросам между Одессой и Тернополем и Ивано-Франковском, как наиболее характерных представителей медико-географических регионов нашей страны, в силу различных величин распространенности стоматологической заболеваемости в данных регионах нашей страны [14], и в том числе ортопедической [7] убедительно, доказанной ранее на основании целого ряда эпидемиологических масштабных исследований.

Принимая во внимание данное положение и в соответствии с порядком проведенных исследований в настоящей работе, прежде всего, остановимся на сравнительной характеристике показателей ортопедической заболеваемости в данных городах у лиц молодого возраста.

Так, исходя из данных табл. 3,2 и табл. 5.2, в целом, как в Одессе так и в Тернополе и Ивано-Франковске за период с 1995 по 2012 годы наблюдается четкая тенденция увеличения количества лиц данной возрастной категории с малыми включенными дефектами зубных рядов, как, в общем, так и по отдельным возрастным группам. Если в Одессе в 1995 году их общее количество составляло 230,0 человек на 1000 обследованных, а в Тернополе и Ивано-Франковске 414,3 человек, то уже в 2012 году их количество в Одессе достигло 409,0, а в Тернополе и Ивано-Франковске 635,1, т.е. фактически увеличилось на 78,0 % и 53,3 %, соответственно.

Что касается возрастных групп и тенденций развития в них данного рода дефектов зубных рядов, то особо негативно впечатляет крайне стремительный их рост в младших возрастных группах – 15-19 и 20- 24 года. Так, если в Одессе в возрасте 15-19 лет их в 1995 году было 91,6 на 1000 обследованных, в 20-24 года – 148,7, а в Тернополе и Ивано-Франковске, соответственно 216,2 и 357,0 человек, то уже в 2012 году их число достигло весьма и весьма высокого уровня – в Одессе, соответственно 250,0 и 358,7 человек, а в Тернополе и Ивано-Франковске 404,3 и 579,5 человек, т.е. увеличилось, соответственно на 270, % и 241,0 % и 187,0 % и 162,2 %, при более высоких абсолютных величинах их распространенности в западных регионах.

Сравнительный анализ полученных данных, крайне негативно характеризует состояние стоматологической помощи данной возрастной категории, особенно терапевтической и хирургической и ставит перед организаторами здравоохранения сам факт эффективности работы стоматологической службы в нашей стране и принятии ряда радикальных мер на государственном уровне о ее ближайшем реформировании.

В подтверждение наведенного выше свидетельствуют также полученные нами данные об интенсивности возникновения малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста. Если в целом, среди мужчин и женщин в Одессе, в возрастной группе 15-19 лет их фиксируется на уровне 390,7 дефектов на 1000 обследованных, в Тернополе и Ивано-Франковске 666,4 человек, то

в возрастной группе 25-29 лет, они уже достигают, соответственно, уровня 1399,3 и 2089,6 человек, т.е. увеличение произошло соответственно в 3,6 и 3,2 раза.

При этом, среднее количество дефектов на одного обследованного с подобными дефектами, в целом, по данной возрастной категории, как в Одессе так и в Тернополе и Ивано-Франковске, составляет по 2,0 дефекта на 1 больного, а количество удаленных зубов возрастает с 1,3 и 1,9 на одного подобного пациента в возрастной группе 15-19 лет, до 2,9 и 3,4 зубов в возрасте 25-29 лет, соответственно в данных городах.

Что касается структуры протяженности малых включенных дефектов зубных рядов у данной категории населения, то она практически идентична по данным городам. Так, в Одессе подобные дефекты зубных рядов с отсутствием 1 зуба составило 82,2 %, с 2-мя зубами 13,2 % и с 3-мя – 4,6 %. В Тернополе и Ивано-Франковске фиксируется следующее соотношение – 81,4 %, 15,5 % и 3,1 %. При этом, крайне тревожно то, что уже в младшей возрастной группе 15-19 лет фиксируются случаи дефектов зубных рядов с отсутствием 2-х зубов и составляют в Одессе 13,8 %, а в Тернополе и Ивано-Франковске 12,4 %.

В силу вполне понятных причин, наряду с научным, важнейшее практическое и прикладное значение имеют данные о частоте возникновения вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций, вызванных удалением зубов, несвоевременное протезирование которых лишь усугубляет их клиническое состояние.

Принимая во внимание, изложенное и анализируя полученные нами данные по данному вопросу, следует сразу же указать на весьма и весьма значительную распространенность данного патологического состояния опорных зубов среди лиц молодого возраста как, в целом, в Одессе и в Тернополе и Ивано-Франковске, так и конкретно в каждой из возрастно-половых групп.

Так, в целом, среди мужчин и женщин в Одессе, в возрасте 15-19 лет у лиц с дефектами зубных рядов они составляют 90,9 %, в 20-24 года 90,8 % и в 25-29 лет – 86,1 %, а в Тернополе и Ивано-Франковске, соответ-

ственно 90,0 %, 94,2 % и 95,5 %. При этом, в общем по данным городам, они находятся на уровне 89,1 % и 93,7 %.

Что касается анатомо-топографической характеристики вида смещения опорных зубов то, опять-таки, в целом, как в Одессе, так и в Тернополе и Ивано-Франковске преобладают в основном медиальные и комбинированные смещения. При этом процентное распределение всех видов смещений опорных зубов колеблется по данным городам в пределах, соответственно: вертикальное 9,60 – 10,9 %, медиальное 45,8 – 42,6 %, дистальное 9,60 – 8,6 %, оральное 10,07 – 16,1 %, вестибулярное 5,6 – 3,6 %, поворот вокруг оси 2,16 – 0,5 % и комбинированное 17,51 – 18,5 %.

Относительно тяжести смещения опорных зубов, т.е. зубов наклоненных более 30° от нормальной физиологической оси, то как в Одессе, так и в Тернополе и Ивано-Франковске с подобным наклоном опорных зубов встречается, соответственно 19,6 и 46,8 случаев. При этом с наклоном до 30° опорных зубов встречается в данных городах., соответственно в 45,6 % и 47,3 %, т.е. зубов в случае несвоевременного последующего ортопедического лечения подобных дефектов зубных рядов в данном возрасте, потенциально становятся в ближайшее время в зубы с наклоном более 30° со всеми вытекающими из этого негативными последствиями – необходимость депульпации подобных зубов, невозможность оптимального достижения ортодонтических вмешательств при подобной степени наклона зубов, порождение целого комплекса дополнительных вмешательств терапевтического, пародонтологического и, даже, хирургического характера, не говоря уже о весьма значительном увеличении финансовых средств из личного бюджета, а врачам-стоматологам дополнительного объема протезных предварительных работ.

Анализируя полученные нами данные и принимая во внимание высокий уровень распространенности вторичных осложнений малых включенных дефектов зубных рядов и целую разновидность видов смещения опорных зубов, необходимо засвидетельствовать о крайне не удовлетворительном состоянии и уровне развития стоматологической ортопедической помощи данной категории

населения, так как при своевременном ортопедическом их лечении подобного негативного комплекса патологического состояния опорных зубов и дефектов зубных рядов практически не должно быть. В подтверждение сказанного обратимся к анализу полученных нами материалов состояния стоматологической ортопедической помощи данной возрастной категории населения указанных городов и ее надлежащему уровню.

Анализируя в целом состояние стоматологической ортопедической заболеваемости и помощи у лиц молодого возраста данных регионов следует указать, что согласно данным табл. 4.1 и 6.1. наблюдается достаточно значительное увеличение количества нуждающихся лиц данной возрастной категории в ортопедической помощи во всех городах. С 457,45 человек на 1000 обследованных в Одессе в 1995 году до 704,5 человек в 2012 году и с 577,19 человек до 814,19 человек в Тернополе и Ивано-Франковске, или 1,5 и 1,4 раза соответственно, т.е. практически идентично, принимая во внимание более значительную величину абсолютного показателя распространенности ортопедической заболеваемости среди данной категории населения в Тернополе и Ивано-Франковске (814, 7 человек на 1000 обследованных), против 704,5 человек в Одессе.

Что касается непосредственно возрастных групп, то наиболее значительные темпы роста ортопедической заболеваемости прослеживаются в данных городах, именно в младшей возрастной группе – с 252,74 человек до 536,6 в Одессе и с 407,78 до 680,9 человек в Тернополе и Ивано-Франковске, т.е. соответственно в 2,1 и 1,7 раза, с более значительным ростом данного показателя в г. Одессе.

Учитывая данное состояние и, особенно, установленный нами рост стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста в данных городах, достаточно весомым, как нам представляется, является установление степени обеспеченности и нуждаемости данной категории населения в ортопедической помощи, особенно, тенденции ее развития за данный период времени.

Так, исходя из полученных нами данных (табл. 4.1 и табл. 6.1), в целом, как в Одессе так в Тернополе и Ивано-Франковске наблюдается весьма заметное снижение общего уровня оказания ортопедической помощи.

Так, количество лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью в Одессе снизилось с 71,3 человек на 1000 обследованных до 41,7 и Тернополе и Ивано-Франковске с 51,48 до 12,23 человек на 1000 обследованных, т.е. уменьшилось, соответственно 1,7 и 4,2 раза. Особенно заметно снижение данного показателя в младшей возрастной группе – 15-19 лет, где согласно полученных данных, практически нет лиц полностью обеспеченных ортопедической помощью. Учитывая данное положение и принимая во внимание установленный нами рост ортопедической заболеваемости среди лиц молодого возраста в данных регионах, особенно заметен рост показателя нуждаемости.

Так, исходя также из данных табл. 4.2 и 6.2, в целом, количество лиц нуждающихся в ортопедической помощи увеличилось с 386,26 человек до 662,8 на 1000 обследованных в Одессе и с 525,7 до 809,35 в Тернополе и Ивано-Франковске, т.е., соответственно 1,7 и 1,5 раза, при значительном превалировании абсолютного числа нуждающихся в западном регионе – 80,9 % против 66,3 % в южном.

Особенно заметно падение показателя количества лиц не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов, т.е. людей относительно здоровых с ортопедической точки зрения, а именно, с 542,46 человек на 1000 обследованных до 295,5 в Одессе и с 422,82 до 182,65 человек в Тернополе и Ивано-Франковске, т.е., соответственно в 1,8 и 2,3 раза, с достаточно серьезным его превалированием в западном регионе.

При этом степень снижения данного показателя по всем возрастным группам в данных городах практически идентична и колеблется в пределах 1,8 и 2,4 раза.

Что касается углубленной характеристики обеспеченности и нуждаемости, а также уровня удовлетворенности данной категории населения по конкретным основным видам зубных протезов, то здесь, как и по предыдущим по-



казателям, тоже, в целом, наблюдается явное увеличение как количества лиц нуждающихся в тех или иных видах зубных протезов так и общего числа самих видов зубных протезов.

Так, если количество лиц молодого возраста, в целом, по Одессе нуждающихся в одиночных коронках в 1995 году было 397,2 человека на 1000 обследованных, а в Тернополе и Ивано-Франковске 483,21 человек, то в 2012 году этот показатель достиг соответственно 560,26 и 575,84 человек, т.е. увеличился, соответственно в 1,4 и 1,2 раза. Особенно заметен рост показателя нуждающихся в мостовидном протезировании – с 222,44 человек до 454,45 человек в Одессе и, с 289,38 человек до 561,39 в Тернополе и Ивано-Франковске, т.е. увеличение произошло соответственно в 2,1 и 2,0 раза, при более значительной абсолютной величине числа нуждающихся в данном виде протезирования в западном регионе.

Резкое увеличение числа нуждающихся произошло со штифтовым. Если в 1995 году они в Одессе составили 94,36 человек на 1000 обследованных, а в Тернополе и Ивано-Франковске 94,59, то уже в 2012 году оно увеличилось в данных городах до 324,87 и 495,09 человек, т.е. соответственно в 3,4 – 5,2 раза и, опять таки, при значительно выше числа нуждающихся в данном виде протезирования в западном регионе – 495, 09 человек против 324,87 в Одессе. И опять таки, более значительных темпы прироста лиц нуждающихся в основных видах зубных протезов явно просматриваются в более младших возрастных группах.

Практически аналогичная ситуация и с количеством изготовленных и подлежащих изготовлению основных видов зубных протезов – четко прослеживается общее количество подлежащих изготовлению зубных протезов с возрастом, как в Одессе, так и в Ивано-Франковске и Тернополе.

Так, данный показатель в Одессе по одиночным коронкам возрастает с 906,5 единиц в 15-19 лет на 1000 обследованных до 2767,0 в возрасте 25-29 лет, а в Тернополе и Ивано-Франковске, соответственно с 1468,1 до 2385 коронок.

В мостовидных протезах, соответственно по возрасту с 341,5 до 1446 в Одессе и с 638,3 по 2036,2, соответственно в Тернополе и Ивано-Франковске. И, наконец, по штифтовым конструкциям – с 561,6 в 15-19 лет до 2407,8 в возрастной группе 25-29 лет в Одессе, и с 936,1 штифтовых зубов в аналогичном возрасте в Тернополе и Ивано-Франковске до 1638,1 в возрасте 25-29 лет.

При этом, уровень удовлетворенности по данным видам зубных протезов в указанных городах, т.е. разница между величиной потребности и величиной обеспеченности, соответственно составил Одессе по одиночным коронкам, в целом, 21,8 %, мостовидным протезам – 10,7 % и штифтовыми конструкциями 24,3 %, а в Тернополе и Ивано-Франковске – соответственно – 19,5 %, 7,5 % и 17,7 %.

Как видно, уровень удовлетворенности по данным видам зубных протезов, как в южном, так и западном регионах крайне недостаточен, особенно по мостовидному протезированию, едва достигает десяти процентов.

Анализируя изложенное выше необходимо констатировать о крайне низком состоянии уровня оказания стоматологической ортопедической помощи данной категории населения, в целом, как в Одессе, так и в Тернополе и Ивано-Франковске.

При этом, особо удручающее положение связано с мостовидным протезированием, несвоевременность которого порождает целый комплекс тяжелейших клинических осложнений в виде различных зубочелюстных аномалий и деформаций, которые в свою очередь резко увеличивающих дополнительный объем как ортодонтической так и ортопедической, терапевтической и даже хирургической помощи. Принимая во внимание данное сложившееся положение и, учитывая негативные моменты его прироста и роста, необходимо настоятельно пропагандировать на всех уровнях органов практического здравоохранения, о крайне необходимой, как медицинской, социальной так и экономической целесообразности раннего, обязательного ортопедического лечения данной категории населения, снимающего в дальнейшем целого ряда вопросов, как для врачей-стоматологов так и непосредственно для пациентов.

Материалы данного раздела нашли свое отражение в следующих публикациях:

1. Лабунец В. А. Сравнительная характеристика структуры включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста в разных медико-географических регионах Украины / В. А. Лабунец, О. В. Деньга, О. В. Лабунец, Т. В. Диева [и др.]. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Сучасний вимір медичної науки та практики (Дніпропетровськ, 13-14 червня 2014 р.). – 2014. – С. 55-56.

2. Лабунец О. В. Обоснование медицинской и социальной необходимости обязательного раннего протезирования малых включенных дефектов зубных рядов в молодом возрасте / О. В. Лабунец, Т. В. Диева, В. А. Лабунец // Canadian Journal of Science and Education. – 2014. – № 2.(6) – С. 68-73.

## ВЫВОДЫ

1. Определена распространенность и установлена четкая тенденция увеличения числа лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов и их общего количества, как с возрастом, так и во времени. при этом доведена более значительная тенденция их увеличения в южном регионе, с более высокими абсолютными показателями их распространенности в западном, особенно в младших возрастных группах 15-19 и 20-24 года. Так, если в Одессе в 1995 году их было 230,0 человек на 1000 обследованных, а в Тернополе и Ивано-Франковске 414,3, то в 2012 году их количество стало уже соответственно - 409,0 и 635,1, т.е. увеличилось на 78,0 % и 53,3 %.

2. Установлено, что среднее количество дефектов на одного обследованного с подобными дефектами, в целом по данной возрастной категории в исследуемых регионах, составляет 2 дефекта на 1 больного, а количество удаленных зубов возрастает с 1,3 и 1,9 в возрастной группе 15-19 лет до 2,9 и 3,4 в возрасте 25-29 лет, соответственно в данных городах. При этом, их протяженность практически идентична и составляет в Одессе с отсутствием 1 зуба 82,2 %, 2-мя - 13,2 % и с 3-мя - 4,6 %, а в Тернополе и Ивано-Франковске, соответственно - 81,4 %, 15,5 % и 3,1 %.

3. Определена значительная частота возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у данной категории населения связанная с удалением зубов, которая составляет в данных городах, соответственно - 89,1 % и 93,7 %. при этом, процентное распределение всех видов смещений опорных зубов колеблется в пределах, соответственно: вертикальное - 9,6 %, медиальное - 45,8 - 42,6 %, дистальное - 9,6-8,6 %, оральное - 10,1-16,1 %, вестибулярное - 5,6-3,6 %, поворот вокруг оси - 2,2-0,5 % и комбинированные - 17,5-18,5 %, с явным превалированием медиальных и комбинированных смещений. Количество же опорных зубов наклоненных более 30° от нормальной физиологической оси встречается в Одессе и Тернополе, Ивано-Франковске соответственно в 19,6 и

46,8 % случаев, а до 30° - в 45,6 и 47,3 %.

4. Определена значительная распространенность всей стоматологической ортопедической заболеваемости и установлены тенденции ее увеличения во времени среди лиц молодого возраста во всех регионах - с 457,5 человек на 1000 обследованных в Одессе в 1995 году до 704,5 человек в 2012 году и с 577,2 до 814,2, в Тернополе и Ивано-Франковске, т.е. увеличилась соответственно в 1,5 и 1,4 раза при более значительных абсолютных ее величинах в западном регионе и стремительных тенденциях ее прогрессирования в младших возрастных группах 15-19 и 20-24 года.

5. Установлено значительное падение общего уровня стоматологической ортопедической помощи данной категории населения в обеих регионах за данный период времени. Так, количество полностью обеспеченных ортопедической помощью в Одессе снизилось с 71,3 человек на 1000 обследованных до 41,7 и в Тернополе и Ивано-Франковске с 51,5 до 12,2, т.е. уменьшилось, соответственно 1,7 и 4,2 раза. Количество же лиц нуждающихся в ней увеличилось соответственно с 386,3 до 662,8 и с 525,7 до 809,4, т.е. в 1,7 и 1,5 раза при значительном превалировании абсолютного показателя в западном регионе - 80,9 % против 66,3 % в южном. При этом, количество лиц, не нуждающихся в ортопедической помощи и не имеющих зубных протезов снизилось с 548,5 до 295,5 и с 422,8 до 182,7 соответственно, т.е. в 1,8 и 2,3 раза.

6. Доведено увеличение количества лиц молодого возраста нуждающихся в основных видах зубных протезов с 1995 по 2012 год - по одиночным коронкам с 397,2 человек в Одессе и 483,2 в Тернополе и Ивано-Франковске до 560,3 и 575,8 соответственно, т.е. в 1,4 и 1,2 раза. В мостовидном протезировании с 222,4 и 289,4 до 454,5 и 561,4, т.е. 2,1 и 2,0 раза и штифтовых зубах с 94,4 и 98,6 до 324,8 и 495,1, т.е. в 3,4 и 5,2 раза. При этом, уровень удовлетворенности по данным видам зубных протезов крайне незначителен и составляет соответственно 21,8 %, 10,7 % и 24,3 % в Одессе и 19,5 %, 7,5 % и 17,7 % в Тернополе и Ивано-Франковске.

7. Учитывая установленную в настоящем исследовании высокую распро-

страненность, интенсивность малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста нашей страны, четко проявляемые тенденции к их резкому увеличению во времени, высокую степень предрасположенности и частоты образования зубочелюстных деформаций и аномалий, связанных с удалением зубов, сложнейшее клиническое и анатомо-топографическое состояние смещений опорных зубов и антагонистов, значительное снижение уровня ортопедической помощи и степени удовлетворенности их в основных видах зубных протезов, следует считать раннее их ортопедическое лечение всесторонне обоснованным и быть абсолютным клиническим показанием к обязательному их восстановлению в молодом возрасте.

8. Принимая во внимание установленную высокую степень нуждаемости лиц молодого возраста в одиночных коронках, штифтовых конструкциях, выявленные тенденции к их увеличению и крайне незначительный уровень в их удовлетворенности, с высокой степенью вероятности, возможно прогнозировать на ближайшие годы резкое дальнейшее увеличение распространенности и интенсивности малых включенных дефектов зубных рядов и, как следствие, их осложнений и объема ортопедической помощи.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Принимая во внимание крайне высокую степень образования зубочелюстных аномалий и деформаций у лиц молодого возраста в нашей стране связанных с удалением зубов (89,1 – 93,7 %) и весьма низкий уровень обеспеченности их в ортопедической помощи, необходимо отнести их к группе риска с обязательной постановкой на диспансерный учет с последующим активным динамическим их наблюдением.

2. Считать ортопедическое лечение малых включенных дефектов зубных рядов у данной категории населения абсолютным клиническим показателем к их восстановлению.

3. Учитывая высокую медицинскую и социальную значимость раннего ортопедического лечения подобного рода дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста, с целью профилактики возникновения вторичных зубочелюстных деформаций и осложнений, органам практического здравоохранения и социального обеспечения изыскать возможность бесплатного их протезирования с использованием временных съемных протезов, или льготного, при выборе данных пациентов более дорогостоящих видов зубных протезов или имплантатов.

4. Всем врачам стоматологического профиля, независимо от их специализации, необходимо проводить активную пропаганду о целесообразности раннего ортопедического лечения лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов, с целью предупреждения возникновения вторичных зубочелюстных аномалий, деформаций и достижения тем самым наиболее полноценной ортопедической реабилитации данной категории населения нашей страны.

## ПЕРЕЧЕНЬ ССЫЛОК

1. Атдаев Т. А. Стоматологическая заболеваемость и определение потребности в ортопедической стоматологической помощи коренного населения Туркменской ССР: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т. А. Атдаев. – М., 1989. – 19 с.
2. Ахмедов А. А. О необходимости дифференцированного планирования ортопедической стоматологической помощи сельскому населению / А. А. Ахмедов, Г. Д. Мехтиев // Стоматология. – 1974. – № 4. – С. 77-79.
3. Базиян Г. В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР, прогнозирование и планирование развития стоматологической помощи: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Г.В. Базиян. – М., 1971. – 36 с.
4. Базиян Г. В. Основы научного планирования стоматологической помощи / Г. В. Базиян, Г. А. Новгородцев. – М.: Медицина, 1968. – 239 с.
5. Гусенов Г. В. Эпидемиология кариеса зубов и планирование ортопедической помощи сельскому населению Дагестанской АССР: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Г.В. Гусенов. – М., 1978. – 25 с.
6. Лабунец В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В. А. Лабунець. – К., 2000. – 37 с.
7. Лабунец В. А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе ее развития / Лабунец В. А. – Одесса, 2006. – 428 с.
8. Мирзабеков О. Н. Стоматологическая заболеваемость и определение потребности в ортопедической помощи городского и сельского населения Казахской ССР: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / О. Н. Мирзабеков. – М., 1987. – 22 с.



9. Неспрядько В. П. Стан і шляхи розвитку стоматологічної допомоги населенню України / В. П. Неспрядько // Новини стоматології. – 1995. – № 1-2. – С. 7-9.

10. Алимский А. В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи населению: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.В. Алимский. – М., 1983. – 48 с.

11. Безруков В. М. Основные направления научных исследований по эпидемиологии стоматологической заболеваемости, некоторые итоги и перспективы / В. М. Безруков, А. В. Алимский, Б. А. Азрельян // Новое в стоматологии. – 1995. – № 4. – С. 18-21.

12. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В.К. Леонтьев. – М.: Медицина, 1996. – 304 с.

13. Горзов И. П. Распространенность кариеса и его профилактика в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук. спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. П. Горзов. – К., 1991. – 41 с.

14. Косенко К. М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи їх профілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / К. М. Косенко. – К., 1994. – 45 с.

15. Кузьмина Э. М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Э. М. Кузьмина. – М., 1995. – 17 с.

16. Боровский Е. В. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов / Е. В. Боровский, И. Л. Евстигнеева // Стоматология. – 1987. – Т. 66, № 4. – С. 64-66.

17. Костлан Я. Стоматологическое обследование в Европе / Костлан Я. – Копенгаген: ВОЗ, 1982. – 193 с.

18. Сафонов А. Г. Перспективы развития стоматологической помощи в СССР в свете решений XXVI съезда КПСС / А. Г. Сафонов // III Всесоюз. съезд стоматологов (Ташкент, 11-15 мая 1981 г.): Тезисы докл. – М., 1981. – С. 3-9.

19. Бармс Д. Е. Всемирная организация здравоохранения и задачи развития стоматологии / Д. Е. Бармс, П. А. Леус // Стоматология. – 1982. – № 6. – С. 80-81.

20. Пахомов Г. Н. Современные достижения стоматологии (по материалам совещаний экспертов ВОЗ) / Г. Н. Пахомов // Стоматология. – 1993. – № 2. – С. 4-10.

21. 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.

22. Неспрядько В. П. Нарушение окклюзионных взаимоотношений при повреждении одного моляра / В. П. Неспрядько, З. Е. Жегулович, А. Е. Захарова // Стоматология. – 2006. – № 1. – С. 23-28.

23. Ортопедия. Стоматология / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А. Бычков, Л. Аль-Хаким. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002. – 235 с.

24. Опанасюк Ю. В. Клініко-експериментальне обґрунтування раціональних методів протезування незнімними конструкціями зубних протезів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Ю. В. Опанасюк. – Полтава. 1996. – 19 с.

25. Ожоган З. Р. Особливості клінічної картини дефектів зубних рядів у осіб молодого віку / З. Р. Ожоган, Л. П. Вдовенко // Дентальные технологии. – 2006. – № 3-6 (28-31). – С. 19-21.

26. Мягкова Н. В. Окклюзионные нарушения у взрослых пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями / Н. В. Мягкова, Е. С. Бимбас // Ортодонтия. – 2003. – № 4. – С. 31-34.

27. Вдовенко Л. П. Стан скронево-нижньощелепного суглоба при протезуванні хворих із малими дефектами зубних рядів / Л. П. Вдовенко, З. Р. Ожоган // Вісник стоматології. – 2008. – № 3. – С. 55-58.

28. Ocuda T. A clinical study on occlusal plane in relation with orofacial morphology and stomatognathic function / T. Ocuda // Osaka Daigaku Shigaku Zasshi. – 1990. – V. 35, № 1. – P. 369-399.

29. The influence of altered occlusal guidance on condilar dishlacement / N. Osano, K. Baba, S. Akishige, T. Ohyama // J. Oral Rehabil. – 2002. – V. 29, № 11. – P. 1091-1098.

30. Тріль І. В. Реабілітація хворих з зубощелепними деформаціями, обумовленими нахилами зубів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / І. В. Тріль. – К., 1995. – 19 с.

31. Карпенко Н. И. Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н.И. Карпенко. – Калинин, 1968. – 20 с.

32. Опруненко І. І. Ортопедичні методи профілактики розвитку зубощелепних деформацій при малих дефектах зубних рядів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / І. І. Опруненко. – К., 1994. – 13 с.

33. Ступницький Р.М. Алгоритм морфологічної перебудови (адаптації) кісткової тканини альвеолярного відростка після екстракції зубів та постійної дії ортопедичної конструкції / Р.М. Ступницький, Д.М.Король, П.А. Гасюк // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 4. – С.47-49.

34. Захарова Г. Є. Зміни структури оклюзійної поверхні зубних рядів внаслідок втрати перших постійних молярів / Г.Є. Захарова // Сучасна стоматологія. – 2007. – № 3 (30). – С. 132-137.

35. Influence of environmental factors on tooth displacement / B. Amarsaikhan, H. Miura, D. Okada [et al.] // J. Med. Dent. Sci. – 2002. – V. 49, № 1. – P. 19-26.

36. Криштаб С. И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов / С. И. Криштаб, А. И. Довбенко // *Стоматология*. – 1984. – № 5. – С. 60-61.

37. Камалов Р. Х. Диагностика и функциональная характеристика ранних окклюзионных нарушений / Р. Х. Камалов, И. Ф. Логванюк // *Вісник стоматології*. – 1997. – № 4. – С. 17-18.

38. Ступницький Р.М. Топографо-анатомічні особливості будови і структура кістки нижньої щелепи з дефектами зубних рядів за результатами рентгенологічного дослідження / Р.М. Ступницький, О.Я. Старанівська // *Acta Medica Scopoliensia*. – 2004. – № 3-4. – С.7-11.

39. Хватова В. А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстной системы / В. А. Хватова // *Новое в стоматологии*. – 2001. – № 1. – С. 95-108.

40. Мізюк Л. В. Функціональний стан жувальних м'язів при частковій втраті зубів та після протезування / Л. В. Мізюк, Л. І. Пелехан, З. Р. Ожоган // *Архів клінічної медицини*. – 2006. – № 1. – С. 49-50.

41. Omar S.M. A test for occlusal function. The value of a masticatory efficiency in the assessment of occlusal function / S.M. Omar, I.D McEwen., S.A. Oudston // *Br. J. Orthod.* – 1987. – V. 14, № 2. – P. 85-90.

42. Occlusal area of mandibular teeth during lateral excursion / H. Hayasaki, A. Ocamoto, J. Iwace [et al.] // *Int. J. Prosthodont.* – 2004. – V. 17, № 1. – P. 72-76.

43. Nakamura Y. A clinical study of the significance of the occlusal contacts on chewing movements / Y. Nakamura // *Osaka Daigaku Shigaku Zasshi*. – 1990. – V. 35, № 2. – P. 486-517.

44. Effect of balancing occlusion on the ipsilateral TMJ dynamics under clenching / S. Mihagi, H. Ohtsaki, T. Sato, A. Ishii // *Oral Rehabil.* – 1997. – V. 24, № 1. – P. 57-62.

45. Hobo S. Twin-tables technique for occlusal rehabilitation: Part I – Mechanism of anterior guidance / S. Hobo // *P. Prosthet Dent.* – 1991. – V. 66, № 3. – P. 299-303.

46. Шуклін В. А. Віддалені результати реабілітації хворих з односторонніми включеними частковими дефектами зубних рядів / В. А. Шуклін, М. В. Кучера // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 112-113.

47. Пономарева В. А. Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных деформаций. – / Пономарева В. А. [2-е изд.]. – М., 1974. – С. 10.

48. Криштаб С. И. Механизмы образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов / С. И. Криштаб, А. И. Довбенко // Стоматология. – 1984. – № 5. – С. 60-61.

49. Король М. Д. Состояние системы кровообращения при вторичных деформациях зубных рядов / М. Д. Король // Вісник стоматології. – 1998. – № 4. – С. 77-79.

50. Король М. Д. Частота возникновения вторичных деформаций зубных рядов / М. Д. Король // Вісник стоматології. – 1998. – № 4. – С. 75-77.

51. Довбенко А. И. Компенсаторные процессы в деятельности жевательной мускулатуры и при адаптации к ортопедическим аппаратам: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. И. Довбенко. – К., 1986. – 24 с.

52. Логвинюк И. Ф. Диагностика, клинично-функциональная характеристика окклюзионных нарушений и особенности их ортопедического лечения: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. Ф. Логвинюк. – К.: 1990. – 14 с.

53. Гросс М. Г. Нормализация окклюзии / М.Г. Гросс, Дж.Д. Метьюс. – М.: Медицина, 1982. – 287 с.

54. Алимский А. В. Взаимосвязь флюороза, кариеса зубов с аномалией зубочелюстной системы / А. В. Алимский, А. Я. Долгоаршинных // Вісник стоматології. – 2005. – № 4. – С. 58-60.

55. Состояние реактивной тревожности у пациентов при протезировании зубными протезами / В. А. Клемин, Ю. П. Бешевли, А. Н. Орда [и др.] // Стоматолог. – 2004. – № 2. – С. 25-31.

56. Нідзельський М. Я. Механізми адаптації до стоматологічних протезів / Нідзельський М. Я. – Полтава, 2003. – 116 с.

57. Психологическая подготовка пациентов перед ортопедическим вмешательством / В. Ю. Потапов, С. М. Потапова. И. М. Соколова. Л. В. Болюх // Стоматолог. – 2004. – № 2. – С. 17-18.

58. Лугова Л. О. Визначення тривожності пацієнтів на стоматологічному ортопедичному прийомі і методики та її валідування / Л. О. Лугова // Вісник стоматології. – 2005. – № 4. – С. 55-57.

59. Трезубов В. Н. Изучение особенностей реагирования на болезнь и ее лечение у пациентов в клинике ортопедической стоматологии / В. Н. Трезубов // Стоматология. – 1988. – Т. 67, № 3. – С. 45-50.

60. Борисенко Ю. В. Стресорна реакція слинних залоз та її корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Ю. В. Борисенко. – Полтава, 1993. – 21 с.

61. Клецкин С. В. Хирургический стресс и регуляция физиологических функций: научное обозрение / Клецкин С. В. – М., 1983. – 48 с.

62. Qatchel R.I., Robertson M.C., Ingersall B.D. [et al.] // J. Amer. Dent. Ass. – 1983. – V. 107, № 4. – P. 609-610.

63. Волошина Л. И. О необходимости купирования психоэмоционального напряжения на стоматологическом приеме / Л. И. Волошина, О. Р. Рыбаков // Вісник стоматології. – 1997. – № 4. – С. 655-656.

64. Смальченко Г. П. Опыт клинической систематики зубочелюстной системы в связи с частичной утратой зубов / Г.П. Смальченко: сб. трудов Иркутского мед. ин-та. – Иркутск, 1951. – С. 369-375.

65. Почтарев А. А. Частота деформаций зубного ряда после удаления зубов / А. А. Почтарев // Проблемы ортопедической стоматологии. – К., 1966. – Вып. 1. – С. 89-92.

66. Щур Э. Я. К вопросу мостовидного протезирования / Э. Я. Щур // Стоматология. – 1963. – № 1. – С. 77-79.

67. Аболмасов Н. Г. Особенности вторичного перемещения зубов при частичных изъянах дуг в молодом возрасте / Н. Г. Аболмасов: материалы VIII итоговой науч. студенческой конф. КГМИ. – Калинин, 1962. – С. 77-78.

68. Гаджиев А. Г. Применение мостовидных протезов без препаровки зубов: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. Г. Гаджиев. – К., 1996. – 22 с.

69. Карпенко Н. И. Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. И. Карпенко – 1968. – 29 с.

70. Фарух А. М. Клиника и протезирование больных с односторонними концевыми изъянами зубных рядов: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. М. Фарух. – Калинин, 1966. – 207 с.

71. Щербаков А. О. О реактивности и функциональной структуре пародонта: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. О. Щербаков. – Калинин, 1966. – 19 с.

72. Король М. Д. Вторинні деформації зубних рядів / Король М. Д. – Полтава: Астрей. 2003. – 104 с.

73. Логвинюк И. Ф. Этиология и классификация окклюзионных нарушений / И. Ф. Логвинюк, Р. Ф. Камалов // Вісник стоматології. – 1999. – № 1. – С. 76-77.

74. Шибінський В. Я. Вплив оклюзійних порушень на внутрішні розлади скронево-нижньощелепних суглобів та їх диференційна діагностика за допомогою магнітно-резонансної томографії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. Я. Шибінський. – Львів, 2009. – 18 с.

75. Мягкова Н.В. Окклюзионные нарушения у взрослых пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями / Н. В. Мягкова, Е. С. Бимбас // Ортодонтия. – 2003. – № 4. – С. 31-34.

76. Бондарева Э. И. К вопросу о частоте и характере проявления феномена Попова-Годона у лиц, имеющих частичные дефекты зубного ряда / Э. И. Бондарева // Вопросы стоматологии: труды Пермского мед. ин-та. – Пермь, 1965. – Т. 2, вып. 57. – С. 335-341.

77. 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.

78. Гинали В. Н. Изменения височно-нижнечелюстного сустава при деформации зубных рядов / В. Н. Гинали: материалы итоговой конф. ["Функциональная патология зубочелюстной системы"]. – М., 1966. – С. 114-115.

79. Гаврилов Е. И. Клиническая картина при частичной потере зубов / Е. И. Гаврилов // Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. – М.: Медицина, 1973. – С. 5-75.

80. Hack D. Das Verhalten des unteren zweiten Molaren nach Extraction des ersten Molaren and Die Folgen / D. Hack // Juand. Diss. Mainz. – 1978. – 45 s.

81. Risk factors for tooth loss over a 28 year period / B.A. Burst, A.U. Ismail, E.C. Morrison [et al.] // J. Dent. Res. – 1990. – V. 69, № 5. – P. 1126-1130.

82. Карпенко Н. И. Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. И. Карпенко. – Калинин, 1968. – 21 с.

83. Вдовенко Л. П. Методики заміщення малих дефектів зубних рядів із метою профілактики зубощелепних деформацій / Л. П. Вдовенко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2007. – № 3. – С. 51-53.

84. Сидоренко Л. П. Клінічна оцінка ортопедичного лікування хворих із малими дефектами зубних рядів із застосуванням набору адгезивних протезів / Л. П. Сидоренко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 1. – С. 36-38.



85. Король М. Д. Підготовка і ортопедичне лікування хворих із вторинними деформаціями зубних рядів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / М. Д. Король. – 1999. – 33 с.

86. Хвалова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: руководство / Хвалова В. А. – Н. Новгород, 1996. – 276 с.

87. Логвинюк Н.Ф. Профилактика ранних окклюзионных нарушений при непрерывных зубных рядах ортогнатического прикуса / Н. Ф. Логвинюк, Р. Х. Камалов, В. А. Сулима // Вісник стоматології. – 1997. – № 4. – С. 24-26.

88. Некоторые методические особенности гнездового метода изучения заболеваемости / А. А. Роменский, Г. С. Жуковский, С. А. Леонов [и др.] // Советское здравоохранение. – 1977. – № 6. – С. 26-31.

89. Бажан А. В. Научное обоснование нуждемости госпитализированных больных в стоматологической помощи и организация работы врача-стоматолога в условиях стационара: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. В. Бажан. – М., 1990. – 24 с.

90. Курбанов О. Р. Стоматологическая заболеваемость и потребность в ортопедической помощи населения Ташкентской области Узбекистана: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / О.Р. Курбанов. – 1991. – 22 с.

91. Гельман С. Е. Внешние пути приспособления человека к постепенной утрате зубов / С. Е. Гельман // Советская стоматология. – 1935. - № 3. – С. 75-78.

92. Катц А. Я. Взаимообусловленность формы и функции при ортопедическом лечении / А. Я. Катц. – 1937. - № 3. – С. 91-94.

93. Бочарова Г.М. Клиника и лечение больных односторонним укорочением зубных рядов: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Г.М. Бочарова. – Одесса, 1970. – 22 с.

94. Бочарова Г. М. Электровозбудимость пульпы зубов, лишенных антагонистов // Диагностика, протезирование дефектов зубных рядов и ортодонтия. – Одесса, 1975. – Вып. 5. – С. 41-43.

95. Бынин Б. Н. Возрастные особенности нижнечелюстного сустава и их связь с зубной окклюзией: автореф. дис. на соискание учен. степени докт. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Б. Н. Бынин. – М., 1939. – 20 с.

96. Динамика развития стоматологической ортопедической заболеваемости у лиц молодого возраста во временном аспекте / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 186-187.

97. Состояние и тенденции развития стоматологической ортопедической помощи у лиц молодого возраста / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов [и др.] // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 5. – С. 85-88.

98. Структура и уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, М. С. Куликов [и др.] // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 6. – С. 95-96.

99. Лабунец В. А. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В. А. Лабунец, М. С. Куликов, Т. В. Диева, О. В. Лабунец, В. В. Лепский, В. В. Лепский, Н. В. Рожкова // Современная стоматология. – 2013. – № 3(67). – С. 130-132.

100. Гордова В. В. Спосіб профілактичного лікування включених дефектів зубних рядів у дітей та підлітків // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 102-103.

101. Гордова В. В. Удосконалення технології діагностики та лікування включених дефектів зубних рядів у дітей та підлітків: : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В. В. Гордова. – Київ, 2008. – 17 с.

102. Малюченко М. М. Потреба населення в незнімному протезуванні / М. М. Малюченко // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конф.

"Актуальні проблеми ортопедичної стоматології і ортодонтії". – Полтава, 2000. – С. 70-71.

103. Ельчанинов Е. Н. Определение потребности в ортопедической стоматологической помощи населения г. Воронежа / Е. А. Ельчанинов, С. И. Чеперин // Профилактика стоматологических заболеваний: тезисы докл. Всерос. съезда стоматологов. – 1988. – № 4. – С. 17-18.

104. Савчук О. В. Потреба населення м. Києва в незнімному протезуванні / О. В. Савчук, В. І. Радько // Галицький лікарський вісник. – 2005. – № 1(2). – С. 86-87.

105. 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 українського міжнародного конгресу "Стоматологічна імплантація. Осстеоінтеграція. – Київ, 2006. – С. 165-167.

106. Біда В. І. Особливості клінічного перебігу часткової втрати зубів та її ускладнення / В. І. Біда // Вісник стоматології. – 2000. – № 5. – С. 78-79.

107. Helrino M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. 11.index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state.Sven.Taudiar. Tidskr. 1974;2(76) 101-102.

108 Garg A.K.Analyzing dental occlusion for implants: Terscan's T S can 111.Dent.implantol Update.2007 Sep;18(9):65-70

109. Непосредственное протезирование как метод профилактики зубо-челюстных деформаций / Р. Г. Галиев, В. А. Пономарева, О. В. Ключников [и др.] // Профилактика и лечение зубо-челюстных аномалий и деформаций: респуб. конф. по ортодонтии, 7-8 июля 1989 г. Тезисы докладов по ред. Л. М. Демнера. – Уфа, 1989. – С. 41-43.

110. Омаров О. Г. Профилактика зубо-челюстных деформаций съёмными протезами после частичной утраты зубов : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / О. Г. Омаров. – Москва, 1987. – 21 с.

111. Омаров О. Г. Распространенность феномена Попова-Гордона среди взрослого населения / О. Г. Омаров, О. Р. Курбанов, Х. О. Омарова // Современные вопросы стоматологии. Сборник тезисов научных трудов ММСИ. – Москва, 1999.

112. Аналіз показників стоматологічної допомоги населенню України в 2010 році // К. М. Косенко, О. Е. Рейзвіх, Р. Т. Жадько [та ін.] // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 82-85.

113. Арутюнов С. Д. Эмоциональное состояние пациентов на стоматологическом приеме / С. Д. Арутюнов, А. С. Летаганов, Л. Я. Фалюк, Е. А. Соловых // Российский стоматологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 24-28.

114. Бойко В. В. Физический дискомфорт на стоматологическом приеме: формы, выявления, предложения / В. В. Бойко. – СПб. Сударыня, 2003. - 80 с.

115. Бойко В. В. Энергия эмоций / В. В. Бойко [2-е издат., переработ. и допол.] / В. В. Бойко. – СПб. Питер, 2004. – 474 с.

116. Демьяненко С. А. Психоэмоциональное состояние на амбулаторном стоматологическом приеме / С. А. Демьяненко // Современная стоматология. – 2004. – № 2 (26). – С. 24-27.

117. Гордиенко С. А. Коррекция состояния вегетативных регуляций у стоматологических больных с артериальной гипертензией / С. А. Гордиенко // Український стоматологічний альманах. – 2005. – № 3 (8). – С. 45-47.

118. Гордієнко С. А. Медикаментозна підготовка стоматологічних хворих артеріальною гіпертензією до ортопедичного лікування / С. А. Гордієнко // Галицький лікарський вісник. – 2005. – № 1 (12). – С. 18-19.

119. Гордієнко С. А. Стан тривоги і страху та методи їх усунення у хворих гіпертрофічною хворобою при ортопедичному лікуванні / С.А. Гордієнко/ Український стоматологічний альманах. – 2005. – № 3. – С. 46.

120. Гризодуб В. И. Методология изучения состояния страха и тревоги в стоматологии / В. И. Гризодуб, С. А. Гордиенко // Материалы межрайонной научно-практической конференции "Современные аспекты ортопедической

стоматологии и ортодонтии: перспективы развития и пути внедрения в практику"

121. Клемин В. А. Состояние реактивной тревожности у пациентов при протезировании зубными коронками / В. А. Клемин // Стоматология. – 2002. – № 2. – С. 37-39.

122. Мишунин Ю. В. Оценка напряжения симпатической нервной системы в стоматологических ситуациях / Ю. В. Мишунин, И. Ф. Острейков, Н. А. Назаров / Современная стоматология – 2000. – № 4. – .13-14.

123. Сергеева О. О. Снижение психоэмоционального напряжения и болевой чувствительности у больных на стоматологическом приеме : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / О. О. Сергеева. – Москва, 2001. – 28 с.

124. Шарова Т. Н. Анализ причин, отягощающих психоэмоциональный статус стоматологических пациентов / Т. Н. Шарова // Медицина в Кузбассе. – Кемерово, 2009. – Спецвыпуск. – № 2. – С. 221.

125. Aslihan M. Ertan Erdinc, Bam Dincep. Perception of pain during orthodontic treatment with fixed appliances // Eur.j.Orthod.26(2004) 79-85

126. Graf M. Kaufman H. Clinical application of a new method for the objective estimation of minimum visual acuity // Rlin. Monatsbl Augenpeilkd.-1999.-vol.214 №6Ю-зЮ395-400

127. Focker D. Poulton R. Thomson W.H. Psydiological disorders and dental anxiety in a young adult population Community Dent Oral Epidemiol (Deumark).- 2001.-vol.29, №6.-p.-456-463.

128. Fundgreen J., Berggren U., CARLSSON S.q. Psydiophysiological reactions in dental phobic patients during video stimulation // Eur J. Oral Sci (Deumark). – 2001. – Vol.109, – №3. – P. 172-177.

129. Polat O., Karaman A.I. Durmus E. Effect of preoperative ibuprofen and naproxen sodium on orthodontic pain.// Angle Orthod.2005., Sep; 75(5); 7976.

130. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996 / C. Hagglin, U. Berggren, M. Hareberg, et al // J. Dent Res. – 1999. – Vol 78, – №10. – P.1655-1661.

131. Гаврилов Е. И. Деформация зубных рядов / Е. И. Гаврилов. – М.: Медицина, 1986. –96 с.

132. Адамчик А. А. Одномоментное замещение одиночно отсутствующего зуба / А. А. Адамчик // Стоматолог. – 2001. – № 8. – С. 13.

133. Заліський Б. Н. Ортопедичне лікування хворих з частковими дефектами зубних рядів адгезивними мостоподібними протезами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" / Б. Н. Заліський Львів, 1994. – 16 с.

134. Смердина Ю. Г. Ортопедическое лечение пациентов с включенными дефектами зубных рядов с применением полимерных каркасов / Ю. Г. Смердина, И. Н. Смердин // Новое в стоматологии. – 2001. – № 4. – С. 58-59.

135. Петрикас О. А. Современные и шадящие методы исследования дефектов зубных рядов / О. А. Петрикас // Новое в стоматологии (Спец.выпуск). – № 5. – С. 29-30.

136. Малый А. Ю. Клинико-эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями пациентов с частичным протезированием зубов / А. Ю. Малый // Стоматология. – 2006. – № 5. – С. 56-59.

137. Обзор шадящего замещения малых включенных дефектов зубных рядов / О. А. Петрикас, А. В. Корольков, В. В. Корольков [и др.] // Стоматология. – 2009. – № 5. – 49-53.

138. Ряховский А. Н. Ортопедическое лечение без искусственных коронок / А. Н. Ряховский // Клиническая стоматология. – 1999. – № 3. – С. 52-55.

139. Кулаков О. Б. Применение системы Фибер-Сплинт (Fiber Splint) при лечении заболеваний пародонта и замещения одиночных дефектов зубного ряда / О. Б. Кулаков, А. В. Шамшин, С. Н. Супрунов // Клиническая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 34-36.

140. Куц П. В. Прогнозування та профілактика ускладнень при дентальній імплантації (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // П. В. Куц. – 2013. – 33 с.

141. 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 [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 93-100.

142. Распространенность и структура дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Ивано-Франковска / В. А. Лабунец, Е. И. Семенов, О. Н. Сенников [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 4. – С. 80-83.

143. Мірза Р. О. Клініко-лабораторне обґрунтування нормалізації оклюзійних співвідношень при вторинних деформаціях зубних рядів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // Р. А. Мірза. – Київ, 2013. – 17 с.

144. Дрогомирецька М. С. Доцільність застосування магнітно-резонансної томографії в пацієнтів з втратою перших постійних молярів / М. С. Дрогомирецька, Р. О. Мірза // Современная стоматология. – 2011. – № 4 (58). – С. 131-134.

145. Дрогомирецька М. С. Аналіз етіології вторинних деформацій зубних рядів у жителів Києва / М. С. Дрогомирецька, Р. О. Мирза // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2012. – вип. 21. кн. 4. – С. 33-39.

146. Дрогомирецькая М. С. Детализация диагностики при вторичных дефектах зубных рядов, обусловленных отсутствием первых постоянных моляров / М. С. Дрогомирецькая, Р. А. Мирза // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2012. – вип. 21. кн. 2. – С. 108-111.

147. Дрогомирецька М. С. Стан СНЩС у пацієнтів з дефектами зубного ряду малої протяжності та вторинними деформаціями з урахуванням

переважної сторони жування / М. С. Дрогомирецька, Р. О. Мірза // Проблеми екології та медицини: матеріали науково-практичної конф. "Інноваційні технології в стоматології та клінічної медицині. – Полтава. – 2011. – № 3-4 (15). – С. 78-79.

148. Виды смещения зубов при вторичных зубо-челюстных аномалиях и деформациях у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, Е. И. Семенов [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 2. – С. 62-66.

149. Лепський В. В. Диференційний підхід до ортопедичного лікування хворих з малими включеними дефектами зубних рядів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // В. В. Лепський – Київ, 2012. – 20 с.

150. Лепский В. В. Стоматологический статус соматически здоровых молодых людей / В. В. Лепский, Т. В. Колесник, О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 76-79.

151. Косенко К. Н. Комплексное ортопедическое лечение включенных одиночных дефектов зубных рядов / К. Н. Косенко, О. В. Деньга, Э. М. Деньга, В. В. Лепский // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 1. – С. 24-29.

152. Сидоренко Л. П. Порівняльна характеристика різних ортопедичних методів лікування малих дефектів зубних рядів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // Л. П. Сидоренко. – Івано-Франківськ, 2010. – 19 с.

153. Макеев В. Ф. Частота дефектів зубів та зубних рядів у пацієнтів 13-17 років залежно від віку / В. Ф. Макеев, Г. В. Мартінек // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 4. – С. 106-110.

154. Мартінек Г. В. Клінічно-біологічні та функціональні зміни у зубо-щелепній системі підлітків із малими дефектами зубних рядів і методи їх попередження : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // Г. В. Мартінек. – Львів, 2013. – 16 с.



155. Макеєв В. Ф. Особливості втрати шостих зубів у підлітків 13-17 років залежно від віку, статі та приналежності до відповідної щелепи / В. Ф. Макеєв, Г. Б. Мартінек // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 6. – С. 75-80.

156. Мартінек Г. В. Сучасний стан проблеми профілактики та лікування вторинних деформацій зубних рядів : матеріали наук. практич. конф. "Сучасна реконструктивна стоматологія. Міждисциплінарний підхід / Г. Б. Мартінек. – Одеса, 2012. – С. 20-21.

157. Захарова А. В. Патогенез, профілактика і лікування оклюзійних порушень у осіб із втратою перших постійних молярів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // А. В. Захарова. – Київ, 2009. – 19 с.

158. Вознюк В. П. Діагностика та ортопедичні методи лікування дефектів коронкової частини зубів у дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" // В. П. Вознюк. – Київ, 2006. – 17 с.

159. Колос Г. А. Изменения зубных рядов после частичной потери зубов, профилактика, лечение : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология" // Г. А. Колос. – Москва, 1986. – 24 с.

160. Дистель В. А. Зубочелюстные аномалии и деформации. Основные причины их развития 2001, – 102 с.

161. Железний С. П. Распространенность и характеристика вторичных деформаций зубных рядов в разных возрастных группах / С. П. Железний, В. А. Иванов, И. А. Песков, А. К. Базиян // Научно-практический журнал. Институт стоматологии. – 2007. – № 4 (37). – С. 52-53.

162. Дорошенко С. И. Подготовка полости рта и ортопедическое лечение при зубо-челюстных деформациях : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология" // С. И. Дорошенко. – Київ, 1991. – 26 с.

163. Acherman J. L., Proffit W. R. 1997. Soft tissue limitations in orthodontics : Treatment planning guidelines. Angle Orthobixi 67:327-336.

164. 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, P. 309-320, 1999.

165. Гросс М. Д. Нормализация окклюзии / М. Д. Гросс, Дж. Д. Метью; пер с англ. – М.: Медицина, 1996. – 68 с.

166. Paolo Ronchi. Orthodontic – surgical treatment ob dentofacial anomalies an integrated esthetic functional approach: Milan. Quintessenza edizioni Srl, 2005, 304 p.

167. Zuke D. A., Zukas P.W. Chewing efficiency in relation to occlusal, and other. Variations in the natural human chentition. *Br. Dent. J.* – 1985; 159:401-403.

168. Чумаченко Е. Н. Гипотетическая модель биомеханического воздействия зубов и опорных зубов тканей челюсти при различных жевательных нагрузках / Е. Н. Чумаченко, А. И. Волошин, А. И. Портной, В. А. Марков // *Стоматология*. – 1999. – № 78. – С. 4-8.

169. Siciliani Q, Terranova S. *Ortodonzia Zinguale*. 2 edizionale, 256 pagine Masson;2001.

170. Мягкова Н. В. Клинико-лабораторное обоснование выбора метода ортодонтического лечения взрослых пациентов с аномалиями окклюзии и дефектами зубных рядов автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология" // Н. В. Мягкова. – Екатеринбург, 2004. – 21 с.

171. Миликевич В. Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов : автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра. мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматология" // В. Ю. Миликевич. – Москва, 1984. – 24 с.

172. Марков Н. М. Ортодонтические мероприятия при подготовке к протезированию пациентов с дефектами и деформациями зубных рядов : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. М. Марков. – Москва, 2009. – 19 с.

173. Бондарец Н. В. Строение лицевого скелета у детей и подростков при множественной адентии / Н. В. Бондарец // Стоматология. – 1990. – № 3(69). – С. 72-79.

174. Горбачева В. Ф. Клиника и лечение аномалий прикуса при частичной адентии / В. Ф. Горбачева // Стоматология. – 1964. – № 2. – С. 74-77.

175. Триль С. І. Ортопедичне лікування дітей з дефектами зубних рядів у фронтальній ділянці / С. І. Триль, С. І. Дорошенко, І. В. Триль // Вісник стоматології. – 2001. – № 4. – С. 39-40.

176. Фліс П. С. Ортодонтична підготовка зубних рядів до протезування при частковій та множинній адентії / П. С. Фліс, С. І. Дорошенко, Ю. І. Бабаскін // Сучасна ортодонтія. – 2005. – №1-2. – С. 13-17.

177. Король Д. М. Алгоритм морфологічної перебудови (адаптації) кісткової тканини альвеолярного відростка після екстракції зубів та постійної дії ортопедичної конструкції / Д. М. Король, Р. М. Ступницький, П. А. Гасюк // Український стоматологічний альманах. – 2006. № 1. – С. 47-79.

178. Угляр І. М. Аналіз результатів клінічно-інструментальних досліджень оклюзійних порушень у пацієнтів з частковими дефектами зубних рядів / І. М. Угляр, В. Ю. Вовк, Ю. В. Вовк // Вісник стоматології. – 2013. – № 4. – С. 88-96.

179. Угляр І. М. Діагностика оклюзійних 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.

180. Алиева Р. К. Изучение доступности населения в стоматологической помощи / Р. К. Алиева, А. В. Алимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 88-89.

181. Алимский А. В. Дентальная имплантология как лучшая альтернатива ортопедического лечения лиц подросткового и юношеского возраста / А. В. Алимский, А. Я. Долгоаршинных // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – № 3(26). – С. 52-54.

182. Алимский А. В. Состояние зубов и пародонта у населения Российской Федерации и потребность в специализированной стоматологической ортопедической помощи / А. В. Алимский // Стоматология. – 2005. – №8. – С. 3-5.

183. Пичуев Е. Е. Распространенность дефектов зубных рядов у детей Тверской области и особенности оказания ортопедической помощи в современных экологических условиях : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е. Е. Пичуев. – Тверь, 2004. – 20 с.

184. Хамадиева А. М. Анализ стоматологической заболеваемости подростков до 18 лет / А. М. Хамадиева, Г. К. Бурда, И. Е. Герасимова, С. С. Степанова // Материалы VII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – 2003. – С. 170.

185. Дмитренко І. А. Особливості діагностики оклюзійних порушень у хворих 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.

186. 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.

187. Дмитренко І. А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими зубними протезами з урахуванням стану скронево-нижньощелепного суглобу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / І. А. Дмитренко. – Київ, 2013. – 18 с.

188. Арутюнов Д. С. Комплексная диагностика и планирование лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Д. С. Арутюнов. – Москва, 2006. – 22 с.

189. Белозерцев А. Ю. Клинико-функциональный анализ лечения частичного отсутствия боковых зубов мостовидными протезами : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. Ю. Белозерцев. – Иркутск, 2002. – 21 с.

190. Варес Э. Я. Изменение выносливости пародонта при малых дефектах в боковых участках зубных рядов / Э. Я. Варес, Т. Н. Олейник, Г. А. Макеев // Стоматология. – 1976. – № 5. – С. 70-71.

191. Возный А. В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи населения : автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. В. Возный. – Москва, 2008. – 42 с.

192. Деленкин А. Н. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования / А. Н. Деленкин // Стоматология. – 2000. – № 6. – С. 58-60.

193. Завялова Т. С. Причины деформации зубных рядов у детей и подростков и их последствия. Обзор литературы / Т. С. Завялова // Современная стоматология. – 2009. – № 5. – С. 124-126.

194. Моргунская В. А. Состояние височно-нижнечелюстного сустава у лиц призывного возраста / В. А. Моргунская, Т. Б. Людчик // Стоматология. – 2011. – № 2. – С. 29-31.

195. Івлєва Ю. В. Особливості диференційної діагностики та лікування дітей з різними формами адентії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Ю. В. Івлєва. – Київ, 2013. – 17 с.

196. Результаты эпидемиологического исследования населения Республики Беларусь в 2010 г. / Н. А. Юдина, О. В. Юрис, А. С. Русак [и др.] // Стоматологический журнал (РБ). – 2011. – Т. XII № 1. – С. 22-26.

197. Хоменко Л. А. Заболеваемость пародонта лиц молодого возраста : проблема риска и диагностики / Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, С. И. Остапко // Стоматология. – 2006. – № 1-2. – С. 54-58.

198. Шевлякова Л. А. Стоматологическая заболеваемость у студентов высших учебных заведений и пути ее профилактики : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Л. А. Шевлякова. – Тверь, 2005. – 21 с.

199. Леоненко П. В. Ортодонтическое лечение вторичных дефектов у пациентов с генерализованным пародонтитом путем использования съемных и несъемных ортопедических аппаратов / П. В. Леоненко // Сучасна ортодонтія. – 2007. – № 4. – С. 10-15.

200. Nodal M., Kjacrl I., Sobol B. Craniofaciol morphology in patients with multiple congenially missing permanent teeth // Europ. J. of Orthodontics/ – 1994. – Vol., 16. – № 2. – P. 104-109.

201. Cobourne M. T. Goodman J. R., Spncner T. Oral manifestation seed in association with a case of trisomy for the short arm of chromosome 9 // Pediatric Dentistry. – 1996. – Vol. 18, №7. – P. 405-408.

202. Davidson L. E. Woolass K. F. Severe hypodontia in an eight year-old child // Brit. Dent. J. – 1985. – Vol. 158, №6. – P. 215-217.

203. Boj J. R., Duran J., Cortada M., Jimenez F., Golobart J. Cephalometric changes in a patient with ectodermal dysplasia after placement of dentures // J. of Clinical Pediatric Dentistry. – 1993. – Vol. 17. №4. – P. 217-220.

204. Borody R., Balaton P. [isolated aplasia of the upper cugjids and its orthodontic management] // EoForvosi Szemle. – 1992. Sep. – Vol. 85 №9. – P. 271-273.

205. Alessim D. J. Complete dentures for a child with hypohidrotic ectodermal dysplasia : clinical report [letter] // Prosthet Dent. – 1996. Jan.; 75(6):686.

206. Boy J.R., Duran J., Cortada M., Jimenez A., Golobart I. Cepholometric changes in a potient. With ectodermac dysplasia after placement of dentures // J. of Clinical Pediatric Dentistry. – 1993. – Vol. 17, №4. – P.217-220.

207. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубних рядів серед дітей шкільного віку / С. І. Дорошенко, Є. А.

Кульгінський, Ю. В. Івлева [та ін.] // Вісник стоматології. – 2009. – № 2. – С. 76-81.

208. Шамсиев Х. Н. Профилактическое зубное протезирование у детей и подростков / Шамсиев Х. Н. – Ташкент: Медицина, 1985. – 75 с.

209. Cameron J., Sampson W.J. Hypodontia of the permanent dentition case reports // Australian Dental J. – 1996. – Vol. – 41. – P.1-5.

210. Аболмасов Н. Г. Замещение дефектов и профилактика деформаций зубных рядов при полном разрушении зубов у лиц различного возраста / Н. Г. Аболмасов, Г. И. Бадебкина, В. И. Исаченков, А. Н. Кузменков // Стоматология. – 1990. – № 3. – С. – № 3. – С.-56.

211. Миликевич В. И. Клинические формы проявления деформаций зубочелюстной системы при вторичной частичной адентии / В. И. Миликевич // Труды стоматологического факультета Волгоградского медицинского института. – 1968. – Т. 1. – С. 195-199.

212. Король М. Д. Пропедевтика ортопедичної стоматології / Король М. Д. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – С. 94-100, 130-139.

213. Вознюк В. П. Діагностика та ортопедичні методи лікування дефектів коронкової частини зубів у дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / В. П. Вознюк. – Київ, 2006. – 17 с.

214. Колос Г. А. Изучения зубных рядов после частичной потери зубов, профилактика, лечение : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Г. А. Колос. – Москва, 1986. – 24 с.

215. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий : [Руководство для врачей] / Персин Л. С. – Москва : ОАО Издательство Медицина, 2004. – 360 с.

216. Марков Н. М. Ортодонтические мероприятия при подготовке к протезированию пациентов с дефектами и деформациями зубных рядов : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. М. Марков. – Москва, 2009. – 29 с.

217. Хорошилкина Д. Я. Руководство по ортодонтии / Хорошилкина Д. Я. – Москва : «Медицина», 1999. - 465 с.

218. Результаты анкетирования пациентов по изучению уровня мотивации обращаемости их в ЦНИИС за ортопедической помощью / А. В. Алимский, Г. В. Белецкий, А. И. Корнев [и др.] // Вісник стоматології. – 2004. – № 2. – С. 88-91.

219. 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. 14.00.21 «Стоматология» / Л. Д. Чучмай. – Львов, 1967. – 17 с.



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Памятка стоматологам-ортопедам, проводящим углубленное комплексное медицинское обследование лиц молодого возраста

Классификация заболеваний по ортопедической стоматологии, рекомендованные к использованию при обследовании лиц молодого возраста:

### 1. Локализация дефектов твердых тканей зубов по Г. Блеку:

Первый класс – кариес жевательных поверхностей в фиссурах и естественных ямках моляров и премоляров.

Второй класс – кариес апроксимальных поверхностей жевательных зубов, а также жевательных поверхностей, перешедших на апроксимальную.

Третий класс – кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов без нарушения углов и режущего края.

Четвертый класс – кариес апроксимальных поверхностей фронтальных зубов с нарушением целостности углов и режущего края.

Пятый класс – кариес пришеечной области, независимо от функциональной принадлежности зубов.

### 2. Степень утраты твердых тканей зубов в зависимости от топографии дефектов (по Г.И. Рогожникову):

1-я степень – утрата твердых тканей составляет 20 %;

2-я степень – поражение двух поверхностей с утратой твердых тканей коронки зуба от 20 % до 40 %;

3-я степень – утрата твердых тканей от 40 % до 60 %;

4-я степень – коронковая часть зуба разрушена в пределах от 60 % до 80 % всех четырех поверхностей;

5-я степень – тотальное разрушение зуба от 80 % до 100 %.

### 3. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (В.Ю. Миликевичу):

Всю площадь окклюзионной поверхности условно принимают за единицу. Индекс разрушения (площадь поверхности или пломбы) вычисляют из единицы, т.е. площади окклюзионной поверхности. При этом 100 % окклюзионной поверхности соответствует единице. Исходя из этого, при ее поражении в 10 % будет соответствовать 0,1; 20 % – 0,2 и т.д. до 100 %, соответствующих 1.

4. Степень разрушения клинической коронки (по В.А. Клемину):

1-я степень – утрата 1/3 объема коронковой части зуба;

2-я степень – разрушение 2/3 части коронки зуба;

3-я степень – разрушение твердых тканей коронки зуба более 2/3 ее объема.

5. Ортопедический диагностический индекс степени сложности стоматологического статуса больного с малыми включенными дефектами зубных рядов (по PDI):

Для каждого индекса определены 4 категории, от класса I до класса IV. Каждый класс отличается специфическими диагностическими критериями (без нарушений или с минимальными нарушениями, с умеренными, значительными и сильными).

Для пациента с утратой зубов, это:

А. Локализация и степень дефектов зубных рядов:

*I класс:*

– передний верхнечелюстной дефект, включающий не более двух утраченных резцов;

– передний нижнечелюстной дефект, включающий не более четырех утраченных резцов;

– боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, включающий не более двух премоляров или одного премоляра и одного моляра.

*2 класс:*

– дефект, который присутствует в обоих зубных рядах. кроме этого, дефект может представлять собой одно из нижеперечисленных состояний:

– передний верхнечелюстной дефект, включающий не более двух утраченных резцов;

– передний нижнечелюстной дефект, включающий не более четырех утраченных резцов;

– боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, включающий не более двух премоляров или одного премоляра и одного моляра;

– отсутствует верхнечелюстной или нижнечелюстной клык.

*3 класс:*

– боковой верхнечелюстной или нижнечелюстной дефект, превышающий три утраченных зуба или два моляра;

– дефект, включающий переднюю и заднюю области, равные трем или более утраченным зубам.

*4 класс:*

Дефект зубного ряда или комбинацию дефектов, лечение которых требует высокого уровня соблюдения пациентом режима лечения и рекомендаций врача.

**Б. Состояние опорных зубов:***1 класс:*

Лечение, предшествующее ортопедическому лечению не показано.

*2 класс:*

– ткань зуба является недостаточной для ретенции или поддержки внутрикоронковых реставраций в одном или двух плоскостях;

– опорные зубы требуют локализованного дополнительного лечения (например, пародонтальных, эндодонтических или ортодонтических процедур в одном или двух плоскостях).

*3 класс:*

– ткань зуба является недостаточной для ретенции или поддержки внутрикоронковых или внекоронковых реставраций в четырех или более плоскостях;

– опорные зубы требуют обширного дополнительного лечения (например, пародонтальных, эндодонтических или ортодонтических процедур в четырех или более плоскостях).

*4 класс:*

Сильные нарушения состояния опорных зубов. Опорные зубы имеют неблагоприятный прогноз.

В. Окклюзионная схема:

*1 класс:*

– идеальная окклюзия или минимальные нарушения прикуса;

– ортопедическое лечение не показано;

– I класс по Энглию.

*2 класс:*

– умеренное нарушение окклюзии. Необходимо ортодонтическое лечение (например, избирательное шлифование зубов);

– I класс по Энглию.

*3 класс:*

– значительное нарушение окклюзии;

– требуется полное воссоздание окклюзионной схемы, но без изменений вертикальной окклюзионной высоты;

– II класс по Энглию.

*4 класс:*

– сильное нарушение окклюзии;

– требуется полное воссоздание окклюзионной схемы, включая изменения вертикальной окклюзионной высоты;

– II класс 2-й подкласс и III класс по Энглию.

Г. Степень атрофии альвеолярного отростка.

*1 класс:*

– высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на уровне участка с зубами (по данным рентгенографии).

*2 класс:*

– высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 1/3 ниже уровне участка с зубами (по данным рентгенографии).

*3 класс:*

– высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 1/2 ниже уровне участка с зубами (по данным рентгенографии).

*4 класс:*

– высота альвеолярного гребня беззубого участка находится на 2/3 ниже уровне участка с зубами (по данным рентгенографии).

– 6. Аномалии прикуса (по Е. Энглию):

– 1-й класс – все виды аномалий, локализованные впереди постоянных моляров, которые находятся в "мезио-дистальной гармонии";

– 2-й класс – первый постоянный моляр располагается позади условной линии контрольного соотношения. При этом данный класс делится еще на 2 подкласса:

– а) первый подкласс – наклон передних зубов в вестибулярном направлении (протрузия);

– б) второй подкласс – наклон резцов в язычную сторону (ретрузия);

– 3-й класс – переднее расположение первого моляра нижней челюсти относительно линии нейтрального соотношения.

– 7. Анатомо-топографическое состояние корней (по Ф.Н. Цукановой):

– 1-й класс – дефект твердых тканей, сопровождающийся их разрушением выше уровня десневого края;

– 2-й класс – дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением на уровне десневого края;

Таблица А.1 – Рабочий лист для определения классификации ортопедического диагностического индекса

Диагноз	Класс I	Класс II	Класс III	Класс IV
<i>Локализация и степень дефектов зубных рядов</i>				
Без дефекта или минимальный дефект – один зубной ряд				
Умеренный дефект – оба зубных ряда				
Значительный дефект – более 3 зубов				
Сильный дефект – неблагоприятный прогноз				
Врожденный или приобретенный челюстно-лицевой дефект				
<i>Состояние опорных зубов</i>				
Идеальное или минимальные нарушения				
Умеренные нарушения – 1-2 секстанта				
Значительные нарушения – 3 секстанта				
Сильные нарушения – 4 и более секстантов				
<i>Окклюзия</i>				
Идеальная или минимально нарушенная				
Умеренно нарушенная – локальное дополнительное лечение				
Значительно нарушенная – новая окклюзионная схема				
Сильно нарушенная – изменение окклюзионной вертикальной высоты				
<i>Резидуальный гребень</i>				
Адентия I класса				
Адентия II класса				
Адентия III класса				
Адентия IV класса				
<i>Состояния, ведущие к неблагоприятному прогнозу</i>				
Тяжелые внутриротовые симптомы системных заболеваний				
Дискинезия и/или атаксия верхней и нижней челюсти				
Рефрактерное состояние				

*Примечания.* Оцениваются отдельные диагностические критерии, отмечается соответствующая клеточка в таблице. Окончательная классификация определяется наиболее серьезным результатом. Рекомендации по применению рабочего листа:

1. Наличие у пациента любого одного критерия более сложного класса относит пациента к более сложному классу.
2. Рассмотрение будущих лечебных процедур не должно влиять на диагностический уровень.
3. Первоначальное, предшествующее ортопедическому, лечение и/или дополнительное лечение может изменить первоначальный классификационный уровень.
4. В случае наличия эстетических проблем/вызовов классификация повышается по своей сложности на один уровень у пациентов класса I и класса II.

Таблица А.2 –Рабочий лист для определения классификации ортопедического диагностического индекса у пациентов без утраты зубов

Диагноз	Класс I	Класс II	Класс III	Класс IV
<i>Состояние зубов</i>				
Идеальное или минимальное нарушенное: три или менее зубов в одном секстанте	x			
Умеренное нарушенное: один или более зубов в одном или двух секстантах		x		
Значительно нарушенное: один или более зубов в трех-пяти секстантах			x	
Сильно нарушенное: четыре или более зубов, все секстанты				x
<i>Окклюзионная схема</i>				
Идеальная или минимально нарушенная	x			
Умеренно нарушенная – интактная передняя направляющая		x		
Значительно нарушенная – протяженный дефект/окклюзионная высота без изменений			x	
Сильно нарушенная – протяженный дефект/новая окклюзионная высота				x
<i>Состояния, ведущие к сдержанному прогнозу</i>				
Тяжелые внутриротовые симптомы системного заболевания				x
Дискинезия и/или атаксия верхней и нижней челюсти				x
Рефрактерное состояние				x

*Примечания.* Оцениваются отдельные диагностические критерии, отмечается соответствующая клеточка в таблице. Окончательная классификация определяется наиболее продвинутым результатом. Рекомендации по применению рабочего листа:

1. Рассмотрение будущих лечебных процедур не должно влиять на диагностический уровень.
2. Первоначальное, предшествующее ортопедическому, лечение и/или дополнительное лечение может изменить первоначальный классификационный уровень.
3. В случае наличия эстетических проблем/вызовов классификация повышается по своей сложности на один или несколько уровней.
4. В случае наличия симптомов височно-нижнечелюстного дисфункции классификация повышается в своей сложности на один или несколько уровней.
5. Предполагается, что пациент получит лечение с целью достижения и поддержания оптимального пародонтального здоровья.
6. Пациенты, которые не соответствуют определению пациента без утраты зубов, должны классифицироваться по классификационной системе для пациентов с частичной утратой зубов.

3-й класс – дефект твердых тканей зубов, сопровождающийся их разрушением ниже уровня десневого края;

4-й класс – дефект твердых тканей в области многокорневых зубов, сопровождающийся без разрушения бифуркаций;

5-й класс – дефект твердых тканей зубов в области многокорневых зубов, с разрушением бифуркаций.

#### 8. Повышенная стираемость твердых тканей зубов:

а) по клиническим формам (по А.Л. Грозовскому):

– горизонтальная;

– вертикальная;

– смешанная.

б) по протяженности патологического процесса (по В. Ю. Курляндскому):

– локализованная;

– генерализованная;

в) по степени выраженности и глубины (по М. Г. Бушану).

#### 9. Частичное отсутствие зубов (по Kennedy):

Класс 1. Двухсторонние концевые дефекты.

Класс 2. Односторонние концевые дефекты.

Класс 3. Включенный дефект в боковом отделе.

Класс 4. Включенный дефект переднего отдела.

#### 10. Полное отсутствие зубов:

А. На верхней челюсти (по Шредеру):

Первый тип – хорошо сохранившийся альвеолярный гребень, выраженные альвеолярные бугры и высокий небный свод. Переходная складка места прикрепления мышц расположена относительно высоко.

Второй класс – средневыраженная атрофия альвеолярного отростка, верхнечелюстных бугров. Переходная складка расположена несколько ближе к вершине альвеолярного отростка, чем при первом классе.

Третий класс – резкая атрофия, небо плоское, переходная складка расположена в одной горизонтальной плоскости с твердым небом.

Б. На нижней челюсти (по Келлеру):



Первый этап — альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован. Точки прикрепления мышц и складок слизистой расположены у основания альвеолярного отростка.

Второй тип — выраженная, но равномерная атрофия альвеолярного отростка. При этом альвеолярный гребень едва возвышается над дном полости рта. Места прикрепления мышц расположены почти на уровне гребня.

Третий этап — выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах, при относительно сохранившемся в переднем отделе.

Четвертый тип — выраженная атрофия альвеолярного отростка в переднем отделе, при относительно сохранившемся в боковых отделах.

#### 11. Форма твердого неба:

##### а) по высоте:

- глубокая;
- средняя;
- плоская;

##### б) по форме:

- готическое;
- лунообразное;
- плоское;
- торусальное.

#### 12. Формы альвеолярного гребня:

- треугольно-остроугольная;
- усеченного конуса;
- прямоугольная;
- шиновидная;
- полуовальная;
- уплощенная.

#### 13. Типы слизистой оболочки по Супле:

1. Нормальная — характеризуется умеренной податливостью, хорошо увлажнена, бледно-розового цвета, минимально ранима.

2. Гипертрофированная — характеризуется большим количеством межзубочного вещества, при пальпации рыхлая, гиперемированная, хорошо увлажнена.

3. Атрофированная — очень плотная, бежеватого цвета, сухая.

4. "Болтающийся гребень" — мягкие ткани, имеющиеся на вершине альвеолярного отростка лишены костной основы.

14. Аномалии положения зубов (в одном, двух, трех направлениях) по ММСИ:

- вестибулярное;
- мезиальное;
- дистальное;
- супраположение;
- инфраположение;
- поворот вокруг оси.

15. Деформация зубных рядов:

а. Феномен В.О. Попова-Годона – смещение зубов при удалении антагонистов.

б. Виды смещения зубов (по В.А. Пономарева):

- вертикальное;
- медиальный наклон;
- дистальный наклон;
- оральный наклон;
- вестибулярный наклон;
- поворот вокруг оси;
- комбинированное.

16. Деформация зубов и зубных рядов (по В.Ю. Миликевичу):

1. Дентальная форма:

а) вертикальная:

1 степень – выдвижение зуба за пределы окклюзионной поверхности на высоту бугров, атрофия на  $\frac{1}{4}$  длины корня;

2 степень – выдвижение зуба на  $\frac{1}{2}$  высоты коронки, атрофия на  $\frac{1}{2}$  длины корня;

3 степень – выдвижение зуба на  $\frac{3}{4}$  высоты корня, атрофия на  $\frac{3}{4}$  и больше длин корня;

б) горизонтальная:

1 степень – коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону на  $20-30^\circ$ ;

2 степень – коронки зубов, ограничивающих дефект, с углом наклона в сторону более  $30^\circ$ .

2. Дентоальвеолярная:

а) без атрофии тканей пародонта (I, II, III степень);

б) с атрофией тканей пародонта (I, II, III степень).

3. Поворот вокруг оси.

17. Патологическая подвижность зубов (по Д.А. Энтину):

– 1-я степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном направлении;

– 2-я степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлении;

– 3-я степень – подвижность зуба в вестибуло-оральном, мезиальном и вертикальном направлении.

18. Степень тяжести пародонтита (по степени атрофии альвеолярного отростка (по В.Ю. Курляндскому):

– 1-я степень — атрофия альвеолярной кости на  $\frac{1}{4}$  длин корня зуба;

– 2-я степень — атрофия альвеолярной кости на  $\frac{1}{2}$  длин корня зуба;

– 3-я степень — атрофия альвеолярной кости на  $\frac{3}{4}$  длин корня зуба;

– 4-я степень — атрофия альвеолярной кости более  $\frac{3}{4}$  длин корня зуба.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета опроса и дополнительная информация  
о стоматологическом ортопедическом статусе пациентов  
молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_, профессия \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

1. Причина удаления зубов (подчеркнуть):

- осложнения кариеса зубов;
- осложнения пародонтита;
- сочетанные осложнения кариеса зубов и пародонтита;
- по ортодонтическим показаниям;
- иные причины.

2. Социально-медицинские факторы, способствовавшие удалению зубов при осложнениях кариеса (подчеркнуть):

- знал о разрушении зубов, но не хотел лечить;
- знал о разрушении зубов, но обращался только при острой боли;
- врачи не убеждали и не настаивали на всей санации зубов;
- хотел лечить, но не было врачей по месту жительства;
- хотел лечить, но не было финансовой возможности;
- хотел лечить, но боюсь;
- регулярно лечил, но врачи не смогли вылечить;
- врачи предлагали сохранить и подготовить корни для дальнейшего протезирования (да, нет);
- врачи лечили зубы под анестезией (да, нет);
- соблюдаете гигиену полости рта (да, нет);
- как часто соблюдаете гигиену полости рта – регулярно, нерегулярно, 1-2 раза в сутки (подчеркнуть);
- проходили профилактические осмотры полости рта у врача (да, нет);

- наличие перенесенных и сопутствующих общих заболеваний (указать):  
\_\_\_\_\_;
- характер питания \_\_\_\_\_;
- вредные привычки \_\_\_\_\_;
- связь с факторами внешней среды \_\_\_\_\_;
- связь со сменой климато-географической зоны проживания \_\_\_\_\_;
- связь с беременностью \_\_\_\_\_;
- иные факторы со слов пациента \_\_\_\_\_.

3. Социально-медицинские факторы способствовавшие удалению зубов при осложнениях пародонтита:

- знал о наличии пародонтита, но не хотел лечить;
- знал о наличии пародонтита, но обращался за лечением только при обострении;
- врачи не убедили в опасности заболевания, его последствиях и не настаивали на периодической санации, осмотрах;
- знал, хотел, но не было соответствующих специалистов по месту жительства;
- знал, хотел, но не было финансовой возможности;
- не знал о наличии пародонтита;
- регулярно лечил, но врачи не смогли стабилизировать патологический процесс;
- соблюдаете гигиену полости рта (да, нет);
- в какой степени соблюдаете гигиену полости рта – регулярно, нерегулярно, 1-2 раза в сутки (подчеркнуть);
- состоите на диспансерном учете (да, нет);
- ходили на профилактические осмотры полости рта к врачу (да, нет);
- наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний (указать)  
\_\_\_\_\_;
- характер питания \_\_\_\_\_;
- вредные привычки \_\_\_\_\_;

- связь с факторами внешней среды \_\_\_\_\_;
- связь со сменой климато-географической зоны проживания \_\_\_\_\_;
- связь с беременностью \_\_\_\_\_;
- иные факторы со слов пациента \_\_\_\_\_.

4. Социально-медицинские факторы, препятствовавшие своевременному ортопедическому лечению частичных включенных малых дефектов зубных рядов (подчеркнуть):

- не знал о необходимости восстановления подобных дефектов зубных рядов;
- знал о необходимости их восстановления но боялся препаровки зубов;
- знал и хотел восстановить дефекты зубных рядов, но нет финансовой возможности;
- врачи-стоматологи не убедили и не настаивали в необходимости их своевременного восстановления;
- врачи не информировали о последствиях, возникающих в результате несвоевременного их изготовления;
- не устраивает вид предложенного ортопедического лечения данных дефектов зубных рядов;
- не была предложена препаровка зубов с обезболиванием;
- зубы под ранее изготовленные мостовидные протезы обрабатывали с анестезией (да, нет).

5. Сроки отсутствия зубов у незапротезированных пациентов (указать по каждому зубу сколько лет): \_\_\_\_\_

6. Виды аномального расположения и степень наклона зубов, ограничивающие дефект зубного ряда (подчеркнуть и указать величину наклона):

- вестибулярный      \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм
- язычный            \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм
- небный              \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм
- дистальный        \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм
- медиальный        \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм

- сочетанные виды \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_зуб \_\_\_мм

Клиническое состояние твердых тканей коронковой части зубов, ограничивающие включенный дефект зубного ряда (указать степень разрушения или восстановления каждого зуба):

- разрушена на 1/3, 1/2, 2/3 \_\_\_зуб \_\_\_часть \_\_\_зуб \_\_\_часть \_\_\_зуб \_\_\_часть
- разрушена полностью, но подлежащая восстановлению \_\_\_зуб \_\_\_зуб
- восстановлена пломбами на 1/3, 1/2, 2/3 \_\_\_зуб \_\_\_часть \_\_\_зуб \_\_\_часть
- частота замены пломб \_\_\_зуб \_\_\_раз \_\_\_зуб \_\_\_раз \_\_\_зуб \_\_\_раз
- депульпированы \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб
- здоровые \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб
- сроки существования пломб \_\_\_зуб \_\_\_месяц \_\_\_зуб \_\_\_месяц \_\_\_зуб \_\_\_месяц

Отсутствие контактного пункта между зубами, ограничивающее дефект зубного ряда и рядом стоящим (указать опорный и рядом стоящие зубы):

- только с дистальной стороны \_\_\_зубы \_\_\_зубы \_\_\_зубы
- только с медиальной стороны \_\_\_зубы \_\_\_зубы \_\_\_зубы
- с медиальной и дистальной стороны \_\_\_зубы \_\_\_зубы \_\_\_зубы

Степень наклона в градусах между бывшей физиологической вертикальной осью опорных зубов и нынешней патологической осью наклона (указать зуб и градус наклона):

\_\_\_зуб \_\_\_гр.; \_\_\_зуб \_\_\_гр.; \_\_\_зуб \_\_\_гр.; \_\_\_зуб \_\_\_гр.

Оставшаяся толщина эмалево-дентинной стенки у зубов с измененной осью наклона после предполагаемой их препаровки (расстояние между патологической осью наклона и необходимой физиологической опорных зубов после создания параллельности их стенок):

\_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм.; \_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм

7. Наличие феномена Попова-Годона при целостном зубном ряде и отсутствии зубов-антагонистов (да, нет):

- если есть, то:
  - а) только зубы \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб
 степень выдвигения зубов \_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм

сроки отсутствия зубов-антагонистов \_\_\_зуб \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_лет

скорость выдвижения зубов \_\_\_зуб \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_лет;

б) зубы с альвеолярным отростком \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб

степень выдвижения зубов \_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм

степень выдвижения альвеолярного отростка \_\_\_альв\_\_\_лет; \_\_\_альв\_\_\_лет

скорость выдвижения зубов с альвеолярным отростком:

\_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет

\_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет

8. Зубы с феноменом Попова-Годона депульпированы, здоровые (подчеркнуть и указать):

- депульпированы \_\_\_\_\_зуб \_\_\_\_\_зуб
- здоровые \_\_\_\_\_зуб \_\_\_\_\_зуб

9. Зубы с феноменом Попова-Годона выдвинуты только, по:

- вертикальной оси \_\_\_\_\_зуб \_\_\_\_\_зуб
- вертикальной оси с вестибулярным наклоном \_\_\_зуб \_\_\_зуб
- вертикальной оси с небным наклоном \_\_\_зуб \_\_\_зуб
- вертикальной оси с язычным наклоном \_\_\_зуб \_\_\_зуб

10. Наличие феномена Попова-Годона при сочетанных частичных дефектах зубных рядов на верхней и нижней челюстях (да, нет).

- если есть, то:

а) только зубы \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб

степень выдвижения зубов \_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм

сроки отсутствия зубов-антагонистов \_\_\_зуб \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_лет

скорость выдвижения зубов \_\_\_зуб \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_лет;

б) зубы с альвеолярным отростком \_\_\_зуб \_\_\_зуб \_\_\_зуб

степень выдвижения зубов \_\_\_зуб \_\_\_мм; \_\_\_зуб \_\_\_мм

степень выдвижения альвеолярного отростка \_\_\_альв\_\_\_лет; \_\_\_альв\_\_\_лет

скорость выдвижения зубов с альвеолярным отростком:

\_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_зуб \_\_\_мм \_\_\_лет

\_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет; \_\_\_альв \_\_\_мм \_\_\_лет



11. Комплексное состояние зубочелюстной системы у пациентов с малыми включенными частичными дефектами зубных рядов и степень сложности их ортопедического лечения по PDI (подчеркнуть):

- А-критерий. Локализация дефекта зубного ряда:
  - \_\_\_\_\_ 1-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 2-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 3-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 4-й класс;
- Б-критерий. Состояние зубов:
  - \_\_\_\_\_ 1-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 2-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 3-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 4-й класс;
- В-критерий. Оклюзионная система:
  - \_\_\_\_\_ 1-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 2-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 3-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 4-й класс;
- Г-критерий. Атрофия альвеолярного гребня:
  - \_\_\_\_\_ 1-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 2-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 3-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 4-й класс;
- степень сложности ортопедического лечения малых включенных дефектов зубных рядов при определении искомого класса (см. табл. Б.1 "Памятка врачам-стоматологам"):
  - \_\_\_\_\_ 1-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 2-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 3-й класс;
  - \_\_\_\_\_ 4-й класс.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор державної установи  
«Інститут стоматології НАМН України»  
д.м.н., проф., Шнайдер С.А.

«\_\_\_\_\_» 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Назва впровадження:** Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку
- Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, аспірант Лабунець Ольга Василівна
- Джерело інформації:** Лабунець О.В. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку // Інновації в стоматології. – 2014. – № 4. – с.131-137
- Назва установи, де відбувалось впровадження:** відділення ортопедичної стоматології, ДУ «Інститут стоматології НАМН України».
- Форма впровадження:** на практичних заняттях, лекціях, консультаціях хворих
- Термін впровадження:** з 2015 р.
- Загальна кількість спостережень:** 4 місяці
- Ефективність впровадження у відповідності із критеріями викладеними у джерелі інформації (п.3) Ефективність відповідає вказаному критерію**

Показники	За даними	
	автора, яка пропонувала	організація, що впровадила
Пропоновані рекомендації використовуються при обстеженні хворих, практичних заняттях з лікарями. Збільшується кількість бажаючих ортопедичне лікування	у 75 – 80 %	у 75 – 80 %

9. **Зауваження, пропозиції** – немає

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 р.

Завідувач відділенням ортопедичної  
стоматології ДУ «Інститут  
стоматології НАМН», д.м.н., проф.

/Лабунець В.А./

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Ректор ВДНЗУ „Українська медична  
стоматологічна академія”  
д.м.н.; проф. Ждан В.М.  
” \_\_\_\_\_ 2015 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Назва впровадження:** Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку.
- 2. Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, аспірант Лабунець Ольга Василівна.
- 3. Джерело інформації:** Лабунець О.В. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку // Інновації в стоматології. – 2014. – №4. – с. 131-137.
- 4. Назва установи, де відбувалось впровадження:** Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів, ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”.
- 5. Форма впровадження:** У якості лекційного матеріалу, на практичних заняттях зі студентами, при консультації хворих.
- 6. Термін впровадження:** з 2015 р.
- 7. Загальна кількість спостережень:** 3-4 місяці.
- 8. Ефективність впровадження у відповідності із критеріями викладеними у джерелі інформації (п.3).** Ефективність відповідає вказаному критерію.

Показники	За даними	
	автора, яка пропонувала	організації, що впровадила
Надані практичні рекомендації надають можливість збільшити об'єм надання ортопедичної допомоги особам молодого віку та зменшити кількість вторинних ускладнень.	у 75-80%	у 73-77%

**9. Зауваження, пропозиції – немає.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 р.

Завідувач кафедри  
післядипломної освіти  
лікарів стоматологів-ортопедів,  
д.мед.н., проф.



Нідзельський М.Я.

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Перший проректор  
з науково-педагогічної роботи  
ВДНЗУ «Українська медична  
стоматологічна академія»  
професор, д.м.н. В.М. Дворник  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку.
2. Установа – розробник: Одеський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку.
3. Джерело інформації: Лабунець О.В. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку // Інновації в стоматології. – 2014. - №4. – с.131 – 137
4. Автор: Лабунець О.В.
5. Базова установа, що проводить впровадження: ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією.
6. Форма впровадження: у якості лекційного матеріалу, на практичних заняттях зі студентами 4 – 5 курсів стоматологічного факультету. Включення вкладеної у джерелі інформації до матеріалів лекцій та практичних занять на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» сприяє зменшенню кількості ускладнення ортопедичного лікування.
7. Пропозиції: рекомендовано видати інформаційний лист, методичні рекомендації.
8. Впровадження обговорення на засіданні кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», протокол № 13 від «10» березня 2015р.

Завідувач кафедри ортопедичної  
стоматології з імплантологією  
д.м.н., професор



/Дворник В.М./

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Проректор з наукової роботи  
 ДВНЗ України «Івано-Франківський  
 національний медичний університет»  
 д.м.н., професор Вакалюк І.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 р.

#### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Назва впровадження:** Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку
- Установа-розробник, автор:** Одеський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, аспірант Лабунець Ольга Василівна
- Джерело інформації:** Лабунець О.В. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку // Інновації в стоматології. – 2014. – № 4. – с. 131-137.
- Назва установи, де відбувалось впровадження:** кафедра стоматології післядипломної освіти ДВНЗ України «Івано-Франківський національний медичний університет».
- Форма впровадження:** на лекціях, практичних заняттях
- Термін впровадження:** з 2015 р.
- Загальна кількість спостережень:** 2-3 місяці
- Ефективність впровадження у відповідності із критеріями викладеними у джерелі інформації (п. 3) Ефективність відповідає вказаному критерію**

Показники	За даними	
	автора, яка пропонувала	організація, що впровадила
Пропоновані рекомендації переконливо доводять про обов'язкове, виключно раннє ортопедичне лікування осіб молодого віку з малими дефектами зубних рядів. Використовується в якості лекційного матеріалу. Дозволяє збільшити кількість осіб, які забезпечені ортопедичною допомогою.	у 75 - 80 %	у 72 - 77 %

9. Зауваження, пропозиції - немає

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 р.

Завідувач кафедри стоматології  
 післядипломної освіти  
 ДВНЗ «Івано-Франківський  
 Національний медичний університет»,  
 Заслужений діяч науки і техніки України,  
 д.м.н., професор



/Рожко М.М./