

3. Владимиров Ю.А. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах / Ю.А. Владимиров, А.И. Арчаков.- М.: Наука, 1972.- 252с.
4. Мещишен І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків (сироватки) крові / І.Ф.Мещишен // Бук. мед. вісник.- 1998.- Т.2, №1.- С.156-158.
5. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей: практич. рук. / Ш.Шерлок, Дж.Дули [пер. с англ.]; под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 864с.
6. González-Pérez A. Gallbladder disease in the general population: association with cardiovascular morbidity and therapy / A.González-Pérez, L.A.García Rodríguez // Pharmacoeconomol. Drug. Saf.- 2007.- Vol.16, N5.- P. 524-531.
7. Highly selective iNOS inhibition and sphincter of Oddi motility in the Australian possum / P. Sandstrom, C.M. Woods, M. Brooke-Smith [et al.] // Acta Physiol Scand.- 2004.- Vol.181, №3.- P.321-331.
8. Hofmann A.F. Biliary secretion and excretion in health and disease: current concepts / A.F. Hofmann // Ann Hepatol.- 2007.- Vol.6, №1.- P.15-27.
9. Kidambi S. Cholesterol and non-cholesterol sterol transporters: ABCG5, ABCG8 and NPC1L1 / S. Kidambi, S.B. Patel // Xenobiotica.- 2008.- Vol.38, №7-8.- P.1119-1139.
10. Klemenska E. Bioactivation of organic nitrates and the mechanism of nitrate tolerance / E. Klemenska, A. Beresewicz // Cardiol J.- 2009.- Vol.16, №1.- P.11-19.
11. Trauner M. Cholestatic Syndromes / M. Trauner, J.L. Boyer // Curr Opin Gastroenterol.- 2004.- Vol.20, №3.- P.220-230.
12. Wang X.Y. Cholinergic and nitrergic innervation of ICC-DMP and ICC-IM in the human small intestine / X.Y. Wang, C. Paterson, J.D. Huizinga // Neurogastroenterol Motil.- 2003.- Vol.15, №5.- P.531-543.
13. Ward S.M. Involvement of intramuscular interstitial cells of Cajal in neuroeffector transmission in the gastrointestinal tract / S.M. Ward, K.M. Sanders // J Physiol.- 2006.- Vol.576, №3, 675-682.

УДК 616-089.23.004-312-71:001.5.008.5

Лабунець О.В.

к.м.н.,

Рачинський С.В.

аспірант,

Шнайдер С.А.

д.м.н.,

Дієва Т.В.

д.м.н.,

Лабунець В.А.

д.м.н.

*Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Національної академії медичних наук України»*

DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-42-49

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ НЕОБХІДНОСТІ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОЦІЛЬНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ ТА ПЛАНУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МОЛОДІ УКРАЇНИ

Labunets O.V.

Ph.M.D.

Rachinsky S.V.

postgraduate student

Schneider S.A.

MD, DSC

Dieva T.V.

MD, DSC

Labunets V.A.

MD

*State Institution "Institute of Dentistry and maxillofacial surgery
National Academy of Medical Sciences of Ukraine"*

SUBSTANTIATION OF MEDICAL, SOCIAL NECESSITY, AND ECONOMIC FEASIBILITY OF REFORMING THE SYSTEM OF ORGANIZATION AND PLANNING OF DENTAL ORTHOPEDIC CARE FOR YOUNG PEOPLE IN UKRAINE

Анотація.

Проведені стоматологічні обстеження 282 осіб молодого віку м. Одеси і 211 в Тернополі та Івано-Франківську і порівняні з даними аналогічних оглядів, проведених в 1995 році (в Одесі – 273 і в Тернополі та Івано-Франківську – 635 осіб). Встановлена значна поширеність і інтенсивність розвитку ортопедичної захворюваності та чітка тенденція до її збільшення, як з віком так і в часі. Доведена регіональна залежність даних показників зі збільшенням її у Західному регіоні країни. Визначена значна частота виникнення зубощелепних аномалій та деформацій, пов'язаних з видаленням зубів, яка становить в даних

містах, відповідно 89,1 і 93,7 %. Встановлено значне падіння рівня забезпеченості даної вікової категорії населення в ортопедичній допомозі. Для порівняння даних показників по соціальному признаку та встановлення прогнозу розвитку ортопедичної захворюваності, було додатково проведені клінічні обстеження 185 осіб молодого віку серед міського і 109 – сільського населення. Встановлено більш значні показники її розповсюдженості у сільській молоді. Доведено, що при відсутності реформування теперішньої системи її надання даній категорії населення, вже у найближчі роки потрібно чекати різке зростання об'єму ортопедичної допомоги та зубоцелюпних аномалій і деформацій. Всебічно обґрунтована медична, соціальна необхідність і економічна доцільність обов'язкового раннього ортопедичного лікування у осіб молодого віку і взяття їх на активний диспансерний облік, з обов'язковим контролем до виконання.

Abstract.

Dental examinations were carried out on 282 young people in Odessa and 211 in Ternopol and Ivano-Frankovsk and compared with data from similar examinations conducted in 1995 (in Odessa – 273 and in Ternopol and Ivano-Frankovsk – 635 people). A significant prevalence and intensity of development of orthopedic morbidity was established, and a clear tendency of its increase, both with age and over time. The regional dependence of these indicators with their predominance in the Western region of our country has been proved. A significant incidence of dentoalveolar anomalies and deformities associated with tooth extraction was determined, which in these cities is 89.1 and 93.7%, respectively. A significant drop in the level of provision of this age category of the population in orthopedic care was established. To compare these indicators on a social basis and to establish a prognosis for the development of orthopedic morbidity, additional clinical examinations of 185 persons were carried out among the urban and 109 - the rural population. More significant indicators of its prevalence in rural youth have been established. It has been shown that in the absence of reforming the current system of its provision to this category of the population, in the coming years, a sharp increase in the volume of necessary orthopedic care and dentoalveolar anomalies and deformities should be expected. The medical, social necessity and economic feasibility of compulsory early orthopedic treatment of young people and their taking on active dispensary registration, with compulsory control of execution, has been comprehensively proved.

Ключові слова: особи молодого віку, поширеність, інтенсивність, анатомо-топографічна характеристика, потреба і забезпеченість в стоматологічній ортопедичній допомозі, прогноз розвитку.

Keywords: young people, prevalence, intensity, anatomical and topographic characteristics, need and availability in dental orthopedic care, development prognosis.

Загальновідома значна частота виникнення малих включених дефектів зубних рядів у молодому віці, які у свою чергу спонукають появи вторинних зубо-щелепних аномалій і деформацій [1,2,5,6,11]. При цьому, швидкість їх виникнення, складність клінічних ситуацій та різноманітних сполучень, велими активно протікає і проявляється визначно у молодому віці [3, 4, 7, 10].

Разом з тим, не дивлячись на отримані результати, питання більш поглибленого дослідження даної проблеми у динаміці у часовому розрізі за певний період часу у залежності від медико-географічного регіону нашої країни, ще у потрібному об'ємі не підіймались. При цьому, особливу увагу потребує до себе встановлення рівня потреби і забезпечення даної категорії населення у ортопедичній допомозі, як головного фактора, що попереджує їх виникнення.

Виходячи з наведеного вище, метою даної науково-прикладної роботи, саме і стало дослідження розповсюдженості, інтенсивності, структури й анатомо-топографічної характеристики малих включених дефектів зубних рядів, їх вторинних ускладнень та динаміки їх розвитку за останні 20 років, а також встановлення ступеня забезпеченості даної категорії населення і тенденції її розвитку за шуканий період часу.

Матеріали і методи дослідження. Для визначення ортопедичної захворюваності, ускладнень, що виникають після видалення зубів у осіб молодого віку та встановлення стану і рівня задоволеності стоматологічною ортопедичною допомогою у

масштабах країни, були проведені стоматологічні огляди у найбільш характерних медико-географічних регіонах України, а саме – 282 осіб молодого віку у м. Одеса, з яких чоловіки склали 129 осіб (45,8 %) і жінки – 153 (54,2 %) та 211 у Івано-Франківську і Тернополі, з яких особи чоловічої статі склали 95 (45 %) і жіночої – 116 (55 %), згідно звернень до стоматологічних установ, з використанням цифрової панорамної комп'ютерної рентгенографії. Вся отримана інформація реєструвалася у спеціальній «Діагностичній карті обстеження стоматологічного ортопедичного (ортодонтичного) хворого», після чого проводилася їх вибірка, угруповання по віковим групам, як у цілому на все молоде населення, так і за статеву ознакою.

З метою дотримання єдиних методичних підходів при встановленні діагнозу та визначення оптимального виду ортопедичної допомоги була розроблена спеціальна «Пам'ятка стоматологам-ортопедам», що проводили поглиблене клінічне обстеження осіб молодого віку, з відзеркаленням виду патології твердих тканин зубів, ступеню втрати коронкової частини зуба по В.А. Кльоміну, анатомо-топографічного стану коренів за Ф.Н. Цукановою, часткових дефектів зубних рядів за Кеннеді, види зміщення зубів по В.А. Пономарьової, деформації зубів і зубних рядів за В.Ю. Мілікевичем, феномена Попова-Годона – зміщення зубів при видаленні антагоністів, а також інші сумісні стоматологічні захворювання.

Для порівняльного аналізу, динаміки, прогнозу розвитку зазначених вище питань, що досліджуються за останні 15-20 років, нами були

підняті архівні матеріали раніш проведених аналогічних стоматологічних оглядів (1995-1996 рр.), згідно яких в Одесі було обстежено 273, а у Тернополі – 635 осіб молодого віку.

При визначенні вікових груп виходили із методичних рекомендацій Комітету експертів ВОЗ /1980р./, а при встановленні мінімально допустимої кількості обстежених осіб для досягнення статистичної достовірності отриманих результатів, користувались методичними рекомендаціями ВОЗ (1989р.), яка була більш ніж достатня при проведенні подібних досліджень. Статистична ж обробка передбачала обчислення середньоарифметичних величин.

При визначенні стану ортопедичної допомоги у даній категорії хворих та встановленні ступеню їх задоволеності в основних видах зубних протезів, виходили з порівняльного аналізу кількості виготовлених протезів і протезів, які потребують виготовлення. При цьому, поглиблена характеристика проведеної і необхідної ортопедичної допомоги проводилась по 4-м параметрам – це, кількість осіб молодого віку, які повністю нею забезпечені, кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичним лікуванням і потребують додаткового протезування, кількість осіб, які потребують її і не мають зубних протезів і 4-а група – особи, які не потребують ортопедичної допомоги і не мають зубні протези.

Результати дослідження та їх обговорення. Порівняльний і поглиблений аналіз отриманих матеріалів стоматологічних оглядів осіб молодого віку проведених у південному й західному регіонах України, як найбільш характерних медико-географічних регіонів нашої країни зі стоматологічної

захворюваності, засвідчив про значну розповсюдженість малих включених дефектів зубних рядів у осіб молодого віку, її зростання з віком та часом.

Так виходячи з табл.1, як в Одесі, так і в Тернополі й Івано-Франківську, за період з 1995 по 2012 роки спостерігається чітка тенденція збільшення кількості осіб даної вікової категорії населення з включеними малими дефектами зубних рядів, як у цілому, так і по окремим віковим групам. Якщо в Одесі у 1995 році їх загальна кількість становила 230,0 осіб на 1000 обстежених, а у Тернополі й Івано-Франківську – 414,3, то вже у 2012 році їх кількість сягнула у даних містах, відповідно, до 409,0 та 635,1, тобто фактично збільшилась на 78,0 % і 53,3 %. При цьому спостерігається вельми стрімке їх зростання особливо у молодших вікових групах – 15-19 та 20-24 роки. Так, якщо в Одесі у віці 15-19 років їх у 1995 році було 91,6 на 1000 обстежених, в 20-24 роки – 148,7, а у Тернополі й Івано-Франківську, відповідно, 216,2-357,0, то вже у 2012 році, їх показники сягнули, відповідно, до 250,0 і 358,7 та 404,3 і 579,5 осіб, тобто збільшились, відповідно, на 270,0 % і 241,0 % та 187,0 % і 162,2 %, при більш значних абсолютних величинах їх розповсюдженості у західних регіонах. Що стосується статевго признаку, то згідно отриманих даних особливої статистично значущої різниці між чоловіками і жінками, як на загал, так і по окремим віковим групам практично немає.

Поряд зі зростанням кількості осіб молодого віку, що мають малі включені дефекти зубних рядів, також встановлено збільшення їх кількості з віком (табл. 2).

Таблиця 1

Частота виникнення та динаміка розвитку малих включених дефектів зубних рядів у осіб молодого віку, на 1000 обстежених

Рік обстеження	Вікові групи							
	Одеса				Тернопіль і Івано-Франківськ			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
1995	91,6	148,7	449,6	230,0	216,2	357,0	668,0	414,3
2012	250,0	358,7	618,2	409,0	404,3	579,5	842,1	635,1

Таблиця 2

Кількість малих включених дефектів зубних рядів серед осіб молодого віку, на 1000 обстежених

Вікові групи							
Одеса				Тернопіль і Івано-Франківськ			
15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
390,7	599,5	1399,3	855,7	666,4	1132,0	2089,6	1368,1

Так, у цілому, якщо серед чоловіків і жінок в Одесі у віковій групі 15-19 років вони фіксуються на рівні 390,7 на 1000 обстежених, в Тернополі і Івано-Франківську – 666,4, то вже у віковій групі 25-29 років вони сягають, відповідно, 1399,3 та 2089,6, тобто збільшились, відповідно, в 3,6 та 3,2 рази. При цьому кількість подібних дефектів зубних рядів серед осіб молодого віку, назагал, по даним містам складає 2,0 дефекти на 1 хворого, а кількість видалених зубів зростає з 1,3 і 1,9 у віці 15-19 років, до 2,9 і 3,4 зубів у віці 25-29 років, відповідно. Стосовно їх структури, то вони практично ідентичні і становлять в Одесі за відсутністю

1 зуба – 82,2 %, за 2-ма – 13,2 % і за 3-ма – 4,6 %, а у Тернополі і Івано-Франківську, відповідно, – 81,4 %, 15,5 % та 3,1 %. Турбує поява осіб за відсутності вже 2-х зубів у самій молодшій віковій групі – 15-19 років, яка склала, відповідно, в Одесі – 13,8%, а у Тернополі і Івано-Франківську – 12,4 %.

Приймаючи до уваги, що головним фактором, який спонукає до появи вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, є видалення зубів, нами в табл. 3 представлена частота їх появи у осіб молодого віку.

Частота виникнення зубощелепних аномалій і деформацій у осіб молодого віку з малими включеними дефектами зубних рядів (у %)

Вікові групи							
Одеса				Тернопіль і Івано-Франківськ			
15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
90,9	90,8	86,1	89,1	90,0	94,2	95,5	93,7

Виходячи з наведених показників, слід вказати на вельми значну частоту і інтенсивність їх виникнення, як, у цілому, по Одесі, Івано-Франківську та Тернополі, так і в окремих вікових групах. Так, у цілому, серед чоловіків і жінок м. Одеси у віці 15-19 років вони склали 90,9 %, у 20-24 роки – 90,8 % і у 25-29 – 86,1 %, а у Тернополі і Івано-Франківську, відповідно, – 90,0 %, 94,2 % та 95,5 %.

При цьому, у цілому, даний показник по зазначених містах знаходиться на рівні 89,1 % та 93,7 %.

Стосовно анатомо-топографічної характеристики виду патологічного зміщення опорних зубів (табл. 4), то, назагал, як у Одесі, так і у Тернополі та Івано-Франківську превають, у цілому, медіальні і комбіновані зміщення.

Таблиця 4

Розподіл структури патологічного зміщення зубів у осіб молодого віку з малими включеними дефектами зубних рядів та зубощелепними аномаліями і деформаціями (у %)

Види зміщення зубів	Вікові групи							
	Одеса				Тернопіль і Івано-Франківськ			
	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
Вертикальне	3,03	6,25	11,46	6,91	12,3	10,2	9,3	10,9
Медіальне	60,61	48,96	42,01	45,08	42,6	39,5	44,9	42,6
Дистальне	15,15	13,54	7,64	9,6	10,2	10,2	7,2	8,6
Оральне	3,03	7,29	11,81	10,07	12,3	14,6	18,2	16,01
Вестибулярне	3,03	5,21	6,6	5,6	4,1	3,8	3,4	3,65
Поворот навколо осі	0	0	3,13	1,1	0	1,3	0	0,4
Комбіноване	15,15	18,75	17,36	17,51	18,4	20,4	17,0	18,4

При цьому відсоткове їх співвідношення по даних містах коливається в межах: вертикальні – 6,91-10,9 %, медіальні 45,08-42,6 %, дистальні – 9,6-8,6 %, оральні 10,07-16,1 %, вестибулярні – 5,6-3,6 %, поворот навколо осі зуба – 1,1-0,4 % і комбіновані – 17,5-18,4 %, відповідно. Відносно ступеня важкості зміщення опорних зубів, то в Одесі у осіб, які мають малі включені дефекти зубних рядів і зубощелепні аномалії та деформації, що виникали завдяки видаленню зубів, зуби, які мають нахил від нормальної фізіологічної осі більше ніж 30° складають 19,6 % випадків, а в Тернополі і Івано-Франківську – 46,8 %, а при нахилі до 30°, відповідно, – 45,6 % та 47,3 %. Останнє свідчить, що у випадку несвоєчасного ортопедичного лікування подібних дефектів зубних рядів у даному віці, дані зуби у найближчий час потенційно стануть з нахилом більш ніж 30°, з усіма витікаючими з цього негативними наслідками, як медичного, так і фінансового характеру.

Поряд з цим, згідно отриманих даних частота виникнення феномену Попова-Годона, у цілому, серед даної категорії хворих становить 31,6 %, який серед вікових груп розподіляється наступним чином – в 15-19 років – 10,0 %, 20-24 роки – 15,5 % і у віці 25-29 років фіксується на рівні 45,6 %.

Стосовно дентоальвеолярних деформацій, як самих тяжких клінічних форм ускладнень, що виникають після видалення зубів, то, у цілому, вертикальна дентальна деформація зубів 1-ї ступені зустрічається в 13,5 % випадків, 2-ї – 1,7 %, а 3-ї ступені практично не фіксується, у даній категорії хворих.

Аналізуючи отримані дані і беручи до уваги вкрай високий рівень виникнення різноманітних ускладнень, пов'язаних з видаленням зубів, слід вказати на вельми незадовільний стан і рівень надання стоматологічної ортопедичної допомоги молодому населенню нашої країни, тому що при своєчасному її наданні, як з нашої точки зору, так і на думку більшості дослідників, подібного негативного патологічного стану опорних зубів, дефектів зубних рядів та антагоністів, практично не повинно бути. Підтвердженням подібного ствердження у повній мірі служать отримані нами матеріали відносно загальної ортопедичної захворюваності, стану ортопедичної допомоги у даній віковій групі населення України і рівня задоволеності в неї, відповідні показники яких наведені в табл. 5.

Стан стоматологічної ортопедичної допомоги у осіб молодого віку за 1995 – 2012 роки

Характеристика ортопедичної допомоги	Одеса		Тернопіль і Івано-Франківськ	
	1995	2012	1995	2012
Кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою	71,3	41,7	51,5	12,3
Кількість осіб, які частково забезпечені ортопедичною допомогою і які ще додатково потребують ортопедичне лікування	102,1	208,4	133,9	244,5
Кількість осіб, які потребують ортопедичну допомогу і не мають зубних протезів	284,2	454,4	391,7	564,7
Кількість осіб, які не потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів	542,5	295,5	422,8	182,6

Так, згідно даним табл. 5, спостерігається достатньо значне зростання кількості осіб молодого віку, що потребують ортопедичної допомоги в усіх містах за практично останні 20 років, а саме – з 457,5 осіб на 1000 обстежених в Одесі в 1995 році до 704,5 в 2012 році і з 577,2 до 814,2 осіб в Тернополі і Івано-Франківську, тобто практично в 1,5 та 1,4 рази, відповідно. І це за досить нетривалий історичний проміжок часу. Що стосується вікових груп, то найбільш суттєві темпи зросту ортопедичної захворюваності простежуються у даних містах, визначено у молодшій групі – з 252,7 до 536,6 осіб в Одесі та з 407,8 до 680,9 осіб у Тернополі і Івано-Франківську на 1000 обстежених даної вікової групи, тобто захворюваність зросла, відповідно, в 2,1 та 1,7 рази, з більш значним зростом даного показника в Одесі.

Зважаючи на встановлений нами ріст ортопедичної захворюваності серед молодого населення країни з часом, визначальним в рішенні стану ортопедичної допомоги, є питання забезпеченості, потреби і тенденції її розвитку за досліджуваний час (табл. 5).

Виходячи з наведених в табл. 5 даних, кількість осіб, які повністю забезпечені ортопедичною допомогою, знизилась в Одесі з 71,3 осіб на 1000 обстежених до 41,7, а в Тернополі і Івано-Франківську з 51,5 до 12,3, тобто зменшилась,

відповідно, в 1,7 і 4,2 рази. Особливо помітне зниження даного показника у самій молодшій віковій групі – 15-19 років, де, згідно отриманих даних, практично немає осіб, які повністю забезпечені даним видом медичної допомоги. Проте показники потреби в ортопедичній допомозі по даним містам, навпаки, значно збільшились. Так, у цілому, кількість осіб, які її потребують, в Одесі з 1995 по 2012 рік збільшилась з 386,3 до 662,8 на 1000 обстежених, а у Тернополі і Івано-Франківську – з 525,7 до 809,4 осіб, тобто фактично в 1,7 і 1,5 рази, при більш значному превалюванні абсолютної їх кількості в західному регіоні – 80,9 % проти 66,3 % – у південному.

Особливо помітне падіння показника кількості осіб, які потребують ортопедичної допомоги і не мають зубних протезів, тобто людей, які відносно повністю здорові з ортопедичної точки зору, а саме – з 542,5 осіб на 1000 обстежених до 295,5 в Одесі і з 422,8 до 182,6 – у Тернополі і Івано-Франківську, тобто – відповідно, в 1,8 та 2,3 рази, з достатньо помітним його превалюванням у західному регіоні.

Стосовно поглибленої характеристики самої структури основних видів зубних протезів, в яких потребує дана категорія населення країни (табл. 6), то, перш за все, слід засвідчити про значне їх зростання – як кількості осіб, так і загального об'єму самих протезів за досліджуваний період часу.

Таблиця 6

Кількість осіб молодого віку, яким потрібно виготовити основні види зубних протезів за 1995 і 2012 роки, на 1000 обстежених

Види зубних протезів	Одеса		Тернопіль і Івано-Франківськ	
	1995	2012	1995	2012
Одиночні коронки	397,2	560,3	483,2	575,8
Мостоподібні протези	229,4	454,5	289,4	561,4
Штифтові конструкції	94,4	495,1	94,6	324,9
Бюгельні протези	–	20,6	8,1	4,1
Часткові пластинкові протези	–	3,2	2,1	–
Повні знімні протези	–	–	–	–

Так, якщо в Одесі у 1995 році кількість осіб, які потребували в одиночних коронках була на рівні 397,2 осіб на 1000 обстежених, а в Тернополі – 483,2, то вже у 2012 році даний показник досяг, відповідно, 560,3 та 575,8 осіб. Особливо помітне зростання кількості осіб, що потребують мостоподібного протезування – з 229,4 до 454,5 в Одесі і з 289,4 до 561,4 – у Тернополі і Івано-Франківську, тобто збільшилась, відповідно, в 2,1 та 2,0 рази, при

більш помітній абсолютній її величині по західному регіону.

Різке зростання також спостерігається і по штифтовому протезуванню. Якщо в 1995 році по даним містам кількість осіб, що потребувала подібні конструкції була, відповідно, 94,4 і 94,6 на 1000 обстежених, то у 2012 році їх кількість зросла до 495,1 та 324,9, тобто збільшилась, відповідно, в 5,3 і 3,5

рази. При цьому, більш значні темпи приросту у даному виді протезування фіксуються у більш молодших вікових групах.

Практично аналогічна ситуація спостерігається і з кількістю виготовлених протезів, які потребують виготовлення (табл. 7).

Таблиця 7

Показники забезпеченості і потреби осіб молодого віку в основних видах зубних протезів, на 1000 обстежених

Види зубних протезів	Характеристика забезпеченості	Одеса				Тернопіль і Івано-Франківськ			
		15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29
Одиночні коронки	Потреба	906,5	1966,7	2767,0	1880	1468,1	2012,1	2385,6	1955,3
	Забезпеченість	73,2	506,7	650,5	410,1	276,6	265,1	602,4	381,3
	Рівень задоволеності (в %)	8,1	25,8	23,5	21,8	18,8	13,2	25,3	19,5
Мостоподібні протези	Потреба	341,5	426,6	1446,6	738,3	638,3	867,5	2036,2	1180,7
	Забезпеченість	0	13,3	233,3	78,9	0	24,1	241,0	88,4
	Рівень задоволеності (в %)	0	3,1	15,4	10,7	0	2,8	11,8	7,5
Штифтові конструкції	Потреба	561,0	1560,0	2407,8	1509,6	936,1	1469,9	1638,1	1348,6
	Забезпеченість	85,4	333,3	679,6	366,1	319,1	168,6	228,9	238,9
	Рівень задоволеності (в %)	15,2	21,4	28,2	24,3	34,1	11,5	14,0	17,7

Так, згідно наведеним у таблиці показникам, кількість одиночних коронок, що потребують виготовлення, зростає з 906,5 одиниць у віці 15-19 років на 1000 обстежених до 2767,0 в віці 25-29 років, а у Тернополі і Івано-Франківську, відповідно, з 1468 до 2385 коронок. По мостоподібним протезам, відповідно, по віку з 341,5 до 1446,6 в Одесі і з 638,3 до 2036,2 в Тернополі і Івано-Франківську. З штифтовими конструкціями аналогічна ситуація – з 561,0 у віці 15-19 років до 2407,8 у віковій групі 25-29 років і з 936,1 до 1638,1 штифтових зубів, відповідно, у даних містах.

При цьому рівень задоволеності по даним видам зубних протезів, тобто різниця між кількістю виготовлених протезів і які потребують виготовлення, складає в Одесі по одиночним коронкам – 21,8 %, мостоподібним протезам – 10,7 % і штифтовим конструкціям – 24,3 %, а у Тернополі і Івано-Франківську, відповідно, – 19,5 %, 7,5 % та 17,7 %. З наведених показників видно, що рівень задоволеності по даним видам зубних протезів у осіб молодого віку, як у південному так і західному регіонах нашої країни вкрай недостатній, особливо по мостоподібному протезуванні, і ледве сягає 10 %. Говорити ж про ступінь задоволеності даних осіб у бюгельному і частковому пластинковому зубному протезуванні, приймаючи до уваги вкрай незначну кількість середніх і великих дефектів зубних рядів у цьому віці та їх статистичну недостовірність, не представляється можливим, а у повному і зовсім, враховуючи відсутність їх, як таких.

Аналізуючи наведене вище, слід констатувати про вкрай незадовільний стан і рівень надання стоматологічної ортопедичної допомоги молодому населенню нашої країни. При цьому, особливо тяжке положення пов'язане з мостоподібним протезуванням, несвочасність якого, як раз і спонукає до породження цілого комплексу вельми важких і складних клінічних ускладнень у вигляді різноманітних аномалій і деформацій, як зубів, так і щелеп.

Останні різко збільшують додатковий, нічим не виправданий об'єм всієї стоматологічної допомоги, це і ортопедична, ортодонтична, хірургічна, пародонтологічна і навіть імплантологічна. Наведене вище переконливо свідчить про вельми значну ступінь саме економічної доцільності визначно раннього ортопедичного лікування малих включених дефектів зубних рядів у молодому віці та взяття даної вікової групи населення України на активний диспансерний облік, вже не кажучи про високу ступінь медичної ефективності і соціальної значимості його повномасштабного застосування.

Враховуючи останнє і приймаючи до уваги вкрай незадовільний стан стоматологічної допомоги, високу ступінь розповсюдженості ортопедичної захворюваності та повну відсутність позитивних здвигов по даному питанню в останні роки, як з боку МОЗ України так і безпосередньо державних стоматологічних закладів нашої країни, нами були проведені на теперішній час додаткові стоматологічні огляди осіб молодого віку до 20 років в Івано-Франківській області з метою визначення прогнозу розвитку даної проблеми. При цьому для порівняльної оцінки серед різних верств населення у даній дисертації було задіяно, як міські (185 осіб), так і сільські мешканці (109 осіб). Основною методичною підставою і прогностичною ознакою стало положення про, на жаль недостатньо довгострокові терміни служби пломб, не говорячи вже, що нелікована і зруйнована коронкова частина зуба на 1/3-1/2 свого об'єму, вже в найближчий час переходить з відносних показників до абсолютних, щодо її вже ортопедичного лікування подібних зубів, як такого.

Зважаючи на це, у табл. 8, 9 10 наведені показники ортопедичної захворюваності, кількість зубів зруйнованих чи непломбованих на 1/3-1/2 коронкову частину, насамперед жувальної групи та загальна їх кількість з зубами які вже підлягають протезуванню на день обстеження, тобто насьогодennя.

Таблиця 8

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

Склад населення	Кількість осіб, які підлягають протезуванню	Кількість зубів, які підлягають протезуванню	Кількість дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	Кількість видалених зубів		Кількість зубів і дефектів зубних рядів, які підлягають протезуванню	
				Всього	На 1-го обстеженого	Всього	На 1-го обстеженого
міське	275,7	578,4	189,2	210,8	0,21	787,6	0,77
сільське	522,9	1302,8	596,3	651,4	0,65	1899,1	1,90

Таблиця 9

Кількість осіб і зубів зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 коронкову частину жувальної групи у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області (на 1000 осіб)

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

Таблиця 10

Кількість зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню та зруйнованих чи пломбованих на 1/3-1/2 коронкової частини жувальної групи, у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області, на 1000 осіб

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

Виходячи із даних табл. 9, кількість молодих осіб з подібним руйнуванням коронкової частини твердих тканин зубів, як лікованих так і не лікованих у даній категорії населення сягає 881,5 і 834,6 осіб серед міського і сільського населення, відповідно, а можливий об'єм ортопедичної допомоги у вигляді виготовлення одиночних коронок може становити відповідно 5210,8 та 5109,8 одиниць на 1000 молодих осіб до 20 років.

Враховуючи наведене вище і приймаючи до уваги приведені показники стоматологічної ортопедичної захворюваності на сьогоднішній день (табл.8), загальний об'єм ортопедичного лікування у них сягне тільки по одиночним каркасам до 5789,2 одиниць серед міських мешканців і 6412,7 у сільських. При цьому сама стоматологічна ортопедична захворюваність сягне до 884,5 і 834,6 осіб на 1000 обстежених даного віку, тобто зрости серед міського населення у 3,2 рази і сільського у 1,6 рази, враховуючи, що серед сільської молоді вона вже складає 522,9 осіб на 1000 населення даного віку (табл.8).

Аналізуючи отримані результати можливо з повною впевненістю констатувати, що при відсутності докорінних змін в організації і плануванні надання стоматологічної ортопедичної допомоги даній категорії населення, вже у найближчі роки може різко зрости як сам рівень ортопедичної захворюваності так і об'єм ортопедичної допомоги.

Виходячи з наведеного вище, ще і ще раз акцентуємо увагу на життєвій необхідності невідкладного реформування самої системи організації надання стоматологічної ортопедичної допомоги молоді нашої держави, з обов'язковою перевіркою певних органів, щодо її фактичного виконання.

Висновки. Приймаючи до уваги вкрай незадовільне становище, що склалося з наданням ортопедичної допомоги молодому населенню нашої держави, негативні тенденції її розвитку, надання, та несприятний прогноз щодо подальшого росту ортопедичної захворюваності, потрібно на усіх рівнях органів практичної охорони здоров'я, акцентувати увагу на обов'язкове раннє ортопедичне лікування даної категорії населення, яке повністю у подальшому зніме цілий блок питань, як для лікарів стоматологів, так і безпосередньо для хворих.

Список літератури

1. Король М.Д. Частота виникнення вторинних деформацій зубних рядів. Вісник стоматології. – 1998. – №4. – С.75-77.
2. Лабунец В.А. Основы научного направления и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе ее развития. Одесса, 2006. – 428 с.
3. Мунтян Л.М., Юр А.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку. Український стоматологічний альманах. – 2010. – №5. – С.25-26.

4. Вдовенко Л.П., Ожоган З.Д. Стан скронево-нижньощелепного суглоба при лікуванні хворих із малими дефектами зубних рядів. Вісник стоматології. – 2008. – №3. – С.55-58.
5. Крыштаб С.И., Довбенко А.И. Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов. Стоматология. – 1984. – №5. – С.60-61.
6. Почтарев А.Н. Частота деформаций зубного ряда после удаления зубов. Проблемы ортопедической стоматологии. Киев, 1966. – Вып.1. – С.89-92.
7. Заблоцкий Я.В., Дидик Н.М. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області. Вісник стоматології. – 2005. – №4. – С.77-87.
8. Гордова В.В. Удосконалення технології діагностики та лікування включених дефектів зубних рядів у дітей і підлітків: автореф. дис. к.мед.н., Київ, 2008. – 17 с.
9. Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О. Аналіз етіології вторинних деформацій зубних рядів у жителів Києва. Київ, 2012. – С.33-39.
10. Макеев В.Ф., Мартінек Г.В. Частота дефектів зубів та зубних рядів у пацієнтів 13-17 років залежно від віку. Стоматологічний альманах. – 2012. – №4. – С.106-110.
11. Железный С.П., Иванов В.А., Песков И.А., Вазиян А.К. Распространенность и характеристика вторичных деформаций зубных рядов в разных возрастных группах. Научно-практический журнал. – 2007. – №4.(37) – С.52-53.
12. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. Доклад научной группы ВОЗ. Женева, 1980. – 66 с.
13. Стоматологические обследования. Основные методы. Женева, ВОЗ. 1989. – 62 с.

УДК: 61.616.616.3

Жмуров Д.В.
к.м.н, доцент
Парфентева М.А.,
Семенова Ю.В.
Студенты

Тюменский Государственный Медицинский Университет
DOI: 10.24412/2520-2480-2020-3082-49-56

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Gmurov D. V.
k.m.n, docent
Parfenteva M. A.,
Semenova Y. V.
Students Tyumen State Medical University

ARTERIAL HYPERTENSION

Аннотация.

В статье освещена этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиническая картина и лечение артериальной гипертензии, сделан литературный обзор, а так же описана структура заболеваемости артериальной гипертензии сердца в РФ.

Abstract.

The article covers the etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, clinical picture and treatment of arterial hypertension, provides a literature review, and describes the structure of the incidence of coronary heart disease in the Russian Federation.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, классификация, артериальное давление, малый подвижный образ жизни

Keywords: arterial hypertension, classification, blood pressure, low level of physical activity

ВВЕДЕНИЕ

Одна из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, является артериальная гипертензия [38]. Артериальная гипертензия – это стойкое повышение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст, обусловлено нарушением регуляции тонуса и не связано с органическими заболеваниями других органов и систем [37]. Данная нозология способствует развитию атеросклерозу кровеносных сосудов, которое способствует возникновению инфаркта миокарда и инсульта.[1] Ведущим проявлением гипертонической болезни,

является высокое артериальное давление, которое не возвращается к нормальному уровню, после подъема в результате физических нагрузок и психоэмоционального стресса [30]. По мнению ВОЗ, нормальным артериальным давлением считается то, которое не превышает 140/90 мм.рт.ст [39]. Гипертоническая болезнь, чаще всего наблюдается у лиц в возрасте 45-50 лет [31]. Артериальная гипертензия поддается коррекции, но при условии, чтобы пациент соблюдал терапию и соблюдение диет. Минус данной болезни в том, что заболевание про-