

ної корекції. При цьому доказом покращення по-  
стури є збільшення ефективності виконання да-  
них вправ.

#### REFERENCES

1. **Amin K., Vere J., Thanabalan N., Elmougy A.** Occlusal concepts and considerations in fixed prosthodontics. *Primary Dental Journal*. 2019; 8 (3): 20-27.
2. **Okeson J.** Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis: Mosby Elsevier. 2013: 21-475.
3. **Dawson P.E.** Functional occlusion. St. Louis: Mosby Elsevier. 2007: 3-600.
4. **Dos Santos J.** Occlusion Principles and Treatment. Chicago: Quintessence Pub. Co. 2007: 20-84.
5. **Qadeer S., Kerstein R., Kim R. J., Huh J. D., Shin S. W.** Relationship between articulation paper mark size and percentage of force measured with computerized occlusal analysis. *The Journal of Advanced Prosthodontics*. 2012; 4: 7-12.
6. **Cerna M., Ferreira R., Zaror C., Navarro P., Sandoval P.** Validity and reliability of the T-Scan III for measuring force under laboratory conditions. *The Journal of Oral Rehabilitation*. 2015; 42: 544-551.
7. **Bozhkova T. P.** The T-Scan system in evaluating occlusal contacts. *Folia Medica*. 2016; 58: 122-130.
8. **Buduru S., Mesaros A., Talmaceanu D., Baru O., Ghiuru R., Cosgarea R.** Occlusion in the digital era: a report on three cases. *Medicine and Pharmacy Reports*. 2019; 92 (3): 78-84.
9. **Ma F.F., Hu X. L., Li J. H., Lin Y.** Normal occlusion study: using T-Scan III occlusal analysis system. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2013; 48 (6): 363-367.
10. **Afrashtehfar K. I., Qadeer S.** Computerized occlusal analysis as an alternative occlusal indicator. *Cranio*. 2016; 34 (1): 52-57.
11. **Slavich R.** Relationship between occlusion and temporomandibular disorders: implications for the gnatologist. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2011; 1 (139): 10-14.
12. **Khan M. T., Verma S. K., Maheshwari S., Zahid S. N., Chaudhary P. K.** Neuromuscular dentistry: Occlusal diseases and posture. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. 2013; 3 (3): 146-150.
13. **Ivanov V. V., Achkasov E. E., Markov N. M., Krechina E. K.** Change in postural status in patients undergoing orthodontic treatment. *Stomatologiya*. 2018; 1: 50-53.
14. **Drohomyrets'ka M. S., Bilous M. K., Kushpela Y. I., Voytovych O. A.** Cranio-postural adaptation in orthodontic patients. *Zbirnyk naukovykh prats' spivrobotnykiv NMAPO imeni P. L. Shupyka*. 2015; 24 (1): 505-509.
15. **Smahlyuk L. V., Solovey K. O.** Assessment of the relationship between occlusion pathology and stability of the human body position in space. *Visnyk problem biolohiyi i medytsyny*. 2014. 2 (108): 148-151.
16. **Flis P. S., Dushina A. I.** The relationship of distal occlusion, morphological and functional disorders of the spine. *Ukrayins'kiy stomatolohichnyy al'manakh*. 2015. 1: 75-78.
17. **Lopushanskaya T. A., Voyatyatskaya I. V., Ovsyannikov K. A.** Diagnostic significance of computer stabilometry in the clinic of orthopedic dentistry. *Institut stomatologii*. 2011; 4: 86-87.
18. **Markov N.M., Pogabalo I.V., Krechina E.K., Gorin A.A., Verzilova M.V., Ron O.S., Zaika T.L.** Stabilometry as a diagnostic method in orthodontics. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2013; 2: 18-21.
19. **Solovykh Ye. A.** Diagnostic options for recording postural balance in dentistry. *Vestnik TGU*. 2014; 19 (6): 1986-1993.
20. **Fletcher R., Fletcher S., Vagner E.** *Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatel'noy meditsyny* [Clinical epidemiology. Basics of Evidence-Based Medicine]. Moskva: MediaSphera. 1998: 352.

Надійшла 19.04.20



УДК 616-089.23.004-312-71:001.5.008.5  
DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2020.1.7>

**С.В. Рачинський, С.А. Шнайдер, д.мед.н., О.В. Лабунець, к.мед.н.,  
Т.В. Дієва, д.мед.н., В.А. Лабунець, д.мед.н.**

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

### АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБІВ І ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННЮ У ОСІБ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Проведено стоматологічні огляди 294 осіб молодого віку чоловічої статі до 20 років серед міського і сільського населення Івано-Франківської області. Визначено достатньо значний об'єм видалених зубів у даній категорії населення, особливо серед сільських мешканців, який у 3,1 рази більший ніж у міських, та становить відповідно 651,4 зубів проти 210,8.

Спостерігається залежність кількості видалених зубів від виду щелеп. При цьому незалежно від статусу населення об'єм видалених зубів на нижній щелепі у 1,6 разів більший ніж на верхній. Встановлено що найбільший об'єм видалених зубів складають 6-ті зуби незалежного від статусу населення, який сягають серед

сільського населення на верхній щелепі 51,8 % та 88,6%, відповідно у міського. Далі по порядку йдуть 5-ті, 4-ті і 7-мі зуби. Ікла і різці практично не видаляються. Доведено, що практично у 100 % даної категорії населення фіксуються тільки включені дефекти III класу за Кеннеді з переважною більшістю видалення 1 зуба (92,3%).

**Ключові слова:** стоматологічні огляди, чоловіки до 20 років, зруйновані та видалені зуби, дефекти зубних рядів, об'єм, структура, міське і сільське населення.

**С.В. Рачинский, С. А. Шнайдер, О.В. Лабунец, Т.В. Диева, В.А. Лабунец**

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»

### **АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОВ И ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Проведены стоматологические осмотры 294 лиц молодого возраста мужского пола до 20 лет среди городского и сельского населения Ивано-Франковской области. Определен достаточно значительный объем удаленных зубов у данной категории населения, особенно среди сельских жителей, которой в 3,1 раза больше, чем в городских и составляет соответственно, 651,4 зубов против 210,8.*

*Наблюдается зависимость количества удаленных зубов от вида челюсти. При этом независимо от статуса населения, объем удаленных зубов на нижней челюсти в 1,6 раза больше, чем на верхней. Установлено, что наибольший объем удаленных зубов составляют 6-е зубы, независимо от статуса населения, который достигает среди сельского населения на верхней челюсти 51,8 % и 88,6 % на нижней и 57,8 % и 84,6 %, соответственно у городского. Далее по порядку следуют 5-е, 4-е и 7-е зубы. Клыки и резцы практически не удаляются. Доведено, что практически у 100 % данной категории населения фиксируются только включенные дефекты III класса по Кеннеди со значительным превалированием удаления 1 зуба (92,3 %).*

**Ключевые слова:** стоматологические осмотры, мужчины до 20 лет, разрушенные и удаленные зубы, дефекты зубных рядов, об'єм, структура, городское, сельское население.

**S.V. Rachinsky, S.A. Schneider, O.V. Labunets, T.V. Dieva, V. A. Labunets**

State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical Science of Ukraine»

### **ANATOMICAL AND TOPOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF TEETH AND DENTITION DEFECTS TO BE TREATED WITH ORTHOPEDIC TREATMENT IN PEOPLE OF MILITARY AGE IN THE IVANO-FRANKIVSK REGION**

*Dental examinations were performed for 294 young men under 20 years old among the urban and rural population of Ivano-Frankivsk region. A rather significant amount of extracted teeth was determined in this category of the population, especially among rural residents, which is 3.1 times more than in urban areas and amounts to 651.4 teeth, respectively, against 210.8.*

*The dependence of the number of extracted teeth on the type of jaw is observed. Moreover, regardless of the status of the population, the volume of extracted teeth on the lower jaw is 1.6 times larger than on the upper. It was found that the largest volume of extracted teeth is 6 teeth, regardless of the status of the population, which reaches 51.8 % and 88.6 % of the lower and 57.8 % and 84.6 % of the rural population in the upper jaw, respectively, in urban. Next in order are the 5th, 4th and 7th teeth. Fangs and incisors are practically not removed. It has been explained that in almost 100 % of this category of the population, only included defects of the Kennedy class II with a significant prevalence of 1 tooth extraction (92.3 %) are recorded.*

**Key words:** dental examinations, men under 20 years of age, decayed and removed teeth, dentition defects, volume, structure, urban, rural population.

На сьогоднішній день, як у нашій країні, так і за кордоном достатньо уваги приділяється розповсюдженості стоматологічної захворюваності, її структурі інтенсивності, розвитку тощо, серед населення у молодому віці [1-7]. Разом з тим питанням ортопедичної захворюваності, структурі й об'єму необхідної ортопедичної допомоги даної категорії населення, а, особливо чоловікам

призовного віку, на жаль, приділяється недостатньо уваги, вже не кажучи про рекомендації Комітету експертів ВОЗ про необхідність проведення подібних епідеміологічних досліджень, їх моніторингу через кожні 5 років [10-13]. Окремо слід зазначити, що наявність інформації про анатомо-топографічну структуру, як дефектів зубних рядів так і зубів з руйнованою коронковою

частиною, які підлягають протезуванню, має велике значення при плануванні найбільш оптимального виду ортопедичної допомоги згідно їх безпосереднього клінічного стану. Саме останнє і стало головною метою даного науково-практичного дослідження – визначення анатомо-топографічної структури та об'єму видалених зубів і зубів, які потребують ортопедичного лікування.

**Матеріали методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, нами у першу чергу були проведені стоматологічні огляди 294 чоловіків призовного віку до 20 років в Івано-Франківській області, серед яких група міського населення склала 185 і сільського – 109 осіб даного віку.

Усі вихідні дані поглибленого клінічного стоматологічного обстеження реєструвались в розробленій у ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії НАМН України» «Діагностичній карті обстеження ортопедичного хворого».

Необхідна кількість обстежених осіб для отримання статично достовірних результатів дослідження, була повністю дотримана у повній відповідальності з методичними рекомендаціями комітету експертів ВОЗ [14], щодо їх чисельності у кожній із вікових груп. Після проведення стоматологічних оглядів, вся отримана інформація піддавалась відповідній групівці з подальшим обчисленням середньо-арифметичної величини, що абсолютно достатньо при проведенні подібних епідеміологічних досліджень та аналізі їх матеріалів. Слід зазначити також, що усі розрахунки велись як на міське так і сільське населення для порівняльного їх аналізу і подальших обґрунтованих пропозицій з досліджуваних питань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Виходячи із мети даної роботи у табл.1 представлені показники анатомо-топографічної структури зубів з руйнованою коронковою частиною, які підлягають ортопедичному лікуванню.

Таблиця 1

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

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

Як свідчать наведені у табл. 1 дані, найбільший об'єм зубів зі руйнованими твердими тканинами коронкової частини припадає, як серед міського та сільського населення даної статі і віку на 6-ті зуби.

На верхній щелепі він складає 58,6 % (27,6 + 31,0) і 48, % (25,6 + 23,3), а на нижній щелепі 64,9 % (35,1 + 29,8) та 62,3 % (34,6 + 27,7), серед міських і сільських мешканців відповідно. На другому, якщо умовно можливо так висловитися, знаходяться 7-мі зуби і складають по об'єму се-

ред міського населення на верхній щелепі 17,2 %, на нижній – 29,8 % і сільського відповідно 15,1 % і 32,1 %. Далі йдуть по відсотковому зниженню 2-гі зуби і практично усі за рахунок руйнування їх на верхній щелепі і складають 8,7 % по міському і 10,5 % – сільському населенню. Потім практично аналогічні показники простежуються між 4 і 5-ми зубами. Менш всього вражені ікла та різці на нижньої щелепі, як серед міських так і сільських мешканців.

Таблиця 2

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

Населення	Вид щелепи	Зубна формула															
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Міське	в/щ	–	–	25,0	18,8	6,3	–	–	–	–	–	–	6,3	6,3	37,5	–	–
	н/щ	–	10,0	50,0	3,9	–	–	–	–	–	–	–	3,9	15,4	34,6	–	–
Сільське	в/щ	–	3,7	25,9	14,8	7,4	–	–	–	–	–	–	7,4	7,4	25,9	7,4	–
	н/щ	–	6,8	40,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	47,7	4,6	–

Наступним питанням у даній роботі стало визначення анатомо-топографічної структури видалених зубів серед даної категорії населення, вихідні дані про яких мають певне значення при плануванні відповідних видів і конструкцій зубних протезів, а також видів використаних конструкційних матеріалів. Зважаючи на це, у табл. 2 наведені показники анатомо-топографічної структури вказаних зубів.

Аналізуючи приведені показники слід зазначити, що як із кількістю руйнованих зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню, так і з об'ємом видалених зубів, 6-ті зуби займають провідне місце. Так, виходячи з отриманих даних у чоловіків призовного віку серед міського населення об'єм видалених 6-х зубів на верхній щелепі складає 57,5 % (25,0 + 37,5), нижній 84,6 % (50,0 + 34,6) та 51,8 % і 88,6 % відповідно у сільських мешканців. Далі йдуть по об'єму видалених зубів, як це не дивно і парадоксально, 5 і 4-ті зуби, зуби яких можливо, при належній органі-

зації надання ортопедичної допомоги практично у 100% врятувати враховуючи нинішній стан розвитку ортопедичної стоматології і зубопротезного матеріалознавства у нашій країні у всіх регіонах, відсоток яких складає відповідно 25,1 % і 19,1 % та 12,6 % і 3,9 % серед міського населення, та 21,9 % і 14,8 % у сільського, при відносній відсутності видалених 4 і 5-х зубів серед сільських мешканців даної вікової групи на нижній щелепі. Дещо нижчі показники видалення 7-х зубів. Слід зазначити, що як серед міського, так і сільського населення у даному віці спостерігаються 100 % відсутність видалених ікл і різців, як на верхній, так і на нижній щелепах. Окрім цього, нами були отримані дуже цікаві матеріали, як пізнавального характеру, так і прикладного значення, стосовно анатомо-топографічної структури видалених зубів у залежності не тільки від їх виду, а і щелеп на яких вони розташовані (табл. 3)

Таблиця 3

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

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

Звертаючись до представлених у табл. 3 даних, спостерігається вочевидь достатньо цікава інформація. Виявляється, що у цьому віці, вельми різнозначна різниця у кількості видалених зубів у залежності від виду щелепи. Так, на верхній щелепі серед міського і сільського населення видалається відповідно 38,5 % і 38,1 %, а на нижній – 61,5 % та 61,9 %, тобто на нижньої щелепі неза-

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

Таблиця 4

Структура дефектів зубних рядів у чоловіків призовного віку Івано-Франківської області по Кенеді (у %)

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

У клініці ортопедичної стоматології важливе значення мають також дані про структуру часткових дефектів зубних рядів, які у нашій країні у більшості своїй визначається за класифікацією

Кенеді, враховуючи, що вони є невід'ємною частиною клінічного діагнозу в історії хвороби, як такі.

З огляду на це, у табл. 4 приведені матеріали, які характеризують структуру часткових дефектів зубних рядів у даної категорії населення та його віку.

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

**Висновки.** 1. Матеріали проведених стоматологічних оглядів чоловіків Івано-франківської області до 20 років засвідчили про достатньо значний об'єм видалених зубів у даній категорії населення, особливо серед сільських мешканців, який серед сільського населення становить 651,4 проти 210,8 зубів у міського на 1000 осіб даної вікової групи, тобто співвідношення як 3,1 до 1,0.

2. Спостерігається залежність кількості видалених зубів від виду щелепи. При цьому, незалежно від статусу населення міське чи сільське, об'єм видалених зубів на нижній щелепі у 1,6 рази більший ніж на верхній.

3. Порівняльний аналіз самої структури видалених зубів показав, що найбільший об'єм складають 6-ті зуби незалежно від статусу населення, а саме серед міського населення на верхній щелепі це складає 57,5 %, а на нижній – 84,6 % і у сільського, відповідно, 51,8 % та 88,6 %. Далі йдуть по порядку 5-ті, 4-ті і 7-мі зуби. Ікла і різці практично не видаляються.

4. Згідно з класифікацією Кеннеді у молодих осіб призовного віку Івано-франківської області зустрічаються тільки практично дефекти зубних рядів 3-го класу, тобто включені дефекти з переважною більшістю по протяжності з видаленням 1-го зуба (92,3 %). При цьому на верхній щелепі вони спостерігаються у 47,7 % і 35,9 % випадків та у 54,3 % і 64,1 %, відповідно у міського і сільського населення.

5. Наведені вище дані свідчать про недостатній рівень надання стоматологічної допомоги та вкрай незадовільний стан санації порожнини рота у чоловіків призовного віку, що вказує на нагальну необхідність відповідного реформування існуючої організації її надання даній категорії населення, вже не кажучи на бажаність диспансерного обліку.

#### **Список літератури**

1. Драгомирецкая М.С. Стоматологический статус молодежи Украины / М. С. Драгомирецкая, Т. В. Колесник, В. В. Лепский // Украинский стоматологический альманах

(матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю. Сучасні питання ортодонції. Місце ортодонції серед стоматологічних спеціальностей. Полтава 12-13 квітня 2012 р.: тези доп.). 2012 – Т:1.№2. – с.54-56

2. Хоменко Л.А. Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблема, риски и диагностика / Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко, Е.И. Остапко // Стоматолог. – 2006. – №1-2. – С.54-58.

3. Иванова Ж.В. Распространённость, интенсивность и особенности течения заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / Ж.В. Иванова // Современная стоматология. – 2002. – №4. – С.28-30.

4. Косоверов Ю.Е. Уровень стоматологической заболеваемости и структура заболеваний пародонта у лиц молодого возраста // Вестник стоматологии. – 2002. – №3. – С.4-5.

5. Кульгичина В.Н. Результаты исследования распространённости и структуры заболеваний пародонта у лиц молодого возраста / В.Н. Кульгичина, М.Аль Мохамед, Л.Л. Козлова // Украинський стоматологічний альманах. – 2013. №5. – С.29-31.

6. Ткаченко А.Г. Оценка заболеваемости тканей пародонта у лиц молодого возраста / Ткаченко А.Г., М.В. Лукшевич, К.П. Ярмоленко // Материалы 1-й Международной славянской науч.-практ. конф. молодых учёных стоматологов. – Одесса. – 2002. – С. 29-30.

7. Jenkins W.M. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents/ W.M. Jenkins, P.N. Papapanou // Periodontal. – 2000. – Vol.26. – P.16-32.

8. Papapanou P.N. Epidemiology of periodontal disease. an update/ P.N. Papapanou // J.int.acad. periodontal. – 1999. – Vol.1. – P.110-116.

9. Dental health in 14 to 17 years old. Estonian schoolchildren in Tartu and Tallin / J. Wolf, J.S. Peltola, T.Seedre [et al.] // Aeta Odontologia Scandinavica. – 1996. – Vol.54,4. – P.242-246.

10. Мунтян Л.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та щелепних деформацій у осіб молодого віку / Л.М. Мунтян, А.М. Юр // Украинський стоматологічний альманах. – 2010. – №5. – С.25-26.

11. Лабунець О.В. Клінічне обґрунтування раннього ортопедичного лікування малих включених дефектів зубних рядів у молодому віці: Автореф.дис. на здоб.наук. ступеня канд.мед.наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія” // О.В. Лабунець. – Одеса. – 2015. – 20 с.

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

13. Стоматологические обследования: Основные методы. – Женева, ВОЗ, 1989. – 62 с.

14. Эпидемиология этиология и профилактика болезней пародонта // Доклад научной группы ВОЗ. Женева, 1980. – 66 с.

#### **REFERENS**

1. Dragomiretskaya M.S., Kolesnik T.V., Lepskiy V.V. Dental status of young people in Ukraine. *Український стоматологічний альманах. Полтава.* 2012;2(1):54-56.

2. Khomenko L.A., Bidenko N.V., Ostapko E.I. Periodontal diseases in persons of young age: the problem, risks, and diagnosis. *Стоматолог.* 2006;1-2:54-58.

3. Ivanova Zh.V. Prevalence, intensity and features of periodontal diseases in young people. *Современная стоматология.* 2002;4:28-30.

4. Kosoverov Yu.E. The level of dental morbidity and the structure of periodontal diseases in young people. *Vestnik stomatologii.* 2002;3:4-5.

5. **Kulygina V.N., M.AI' Mokhamed, Kozlova L.L.** Results of the study of the prevalence and structure of periodontal diseases in young people. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2013;5:29-31.
6. **Tkachenko A.G., Lukashevich M.V., Yarmolenko K.P.** Assessment of periodontal tissue morbidity in young people. Materials of the 1st international Slavic scientific and practical conference of young dental scientists. *Odessa*; 2002:29-30.
7. **Jenkins W.M., Papapanou P.N.** Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontol*. 2000;26:16-32.
8. **Papapanou P.N.** Epidemiology of periodontal disease. an update. *J.int.acad. periodontol*. 1999;1:110-116.
9. **Wolf J., Peltola J.S., Seedre T. [et al].** Dental health in 14 to 17 years old. Estonian school-children in Tartu and Tallin. *Aeta Odontologia Scandinavica*. 1996;54(4):242-246.
10. **Muntyan L.M., Yur A.M.** The incidence of, Prevalence of secondary partial adentia and jaw deformities in persons of young age. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2010;5:25-26.
11. **Labunec' O.V.** *Klinichne obg'runtuvannja rann'ogo ortopedychnogo likuvannja malyh vkljuchenyh defektiv zubnyh rjadiv u molodomu vici* [Clinical justification of early orthopedic treatment of small included defects of dentition at a young age:] Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Odesa*; 2015:20.
12. **Ozhogan Z.R., Vdovenko L.P.** Features of the clinical picture of dental defects in young people. *Dental'ni patologii'*. 2006;3-6 (28-31):19-21.
13. *Stomatologicheskie obsledovaniya: Osnovnye metody* [Dental examinations: Basic methods]. *Zheneva, VOZ*; 1989:62.
14. *Epidemiologiya etiologiya i profilaktika bolezney parodonta* [Epidemiology etiology and prevention of periodontal diseases]. *Doklad nauchnoy grupy VOZ. Zheneva*;1980:66.

Надійшла 29.13.20



УДК 616-08.846+616.314-089.28/.29.004.64  
DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2020.1.8>

**С.А. Шнайдер, д. мед. н., Е. И. Семенов, к. мед. н., О. Н. Сенников, к. мед. н.**

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ СОЗДАНИИ ОПОРЫ ПОД НЕСЪЕМНУЮ ОРТОПЕДИЧЕСКУЮ КОНСТРУКЦИЮ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ**

*Сочетание различных видов дентальных имплантатов, для создания опор под несъемные ортопедические конструкции является эффективной методикой по восстановлению функции жевания ничем не уступающей, той когда в качестве опор несъемных мостовидных протезов использовались только двухэтапные винтовые имплантаты*

**Ключевые слова:** имплантат, ортопедическая конструкция, мультимодальный подход.

**С.А. Шнайдер, Е. І. Семенов, О. М. Сенніков**

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

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ПРИ СТВОРЕННІ ОПОРИ ПІД НЕЗНІМНУ ОРТОПЕДИЧНУ КОНСТРУКЦІЮ ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ**

*Поєднання різних видів дентальних імплантатів, для створення опори під незнімні ортопедичні конструкції є ефективною методикою по відновленню функції жування нічим не поступається, тій в якості якій опори незнімних мостоподібних протезів використовувалися тільки двоетапні гвинтові імплантати*

**Ключові слова:** імплантат, ортопедична конструкція, мультимодальний підхід.