

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*На правах рукопису*

Смірнова Ірина Віталіївна

УДК: 616.31–084:614]–053.8

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ  
ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕНИХ ХВОРОБ ПОРОЖНИНИ РОТА  
НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

14.02.03 - соціальна медицина

Дисертація на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Науковий керівник:

Клименко Вікторія Іванівна

доктор медичних наук, професор

Заслужений лікар України

Запоріжжя - 2016

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	12
1.1. Характеристика стану стоматологічного здоров'я населення в Україні й інших країнах світу	12
1.2. Фактори ризику поширених стоматологічних захворювань	19
1.3. Сучасний стан організації профілактики хвороб порожнини рота	21
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	35
РОЗДІЛ 3. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	45
РОЗДІЛ 4 ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ НА СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЗРОСТАННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ	58
РОЗДІЛ 5. ВПЛИВ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ НА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ	85
РОЗДІЛ 6. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕНИХ ХВОРОБ ПОРОЖНИНИ РОТА НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ВИЗНАЧЕННЯМ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	97
6.1. Наукове обґрунтування функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку	98
6.2. Ефективність моделі	108
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	116
ВИСНОВКИ	130
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	133

	3
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	134
ДОДАТОК А.1.	161
ДОДАТОК А.2.	164
ДОДАТОК А.3.	175
ДОДАТОК А.4.	180
ДОДАТОК Б. Акти впровадження	183

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ВШ – відношення шансів

ДІ – довірчий інтервал

ЗМР – Запорізька міська рада

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗОР – Запорізька обласна рада

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

КЗ – комунальний заклад

індекс КПВ – індекс карієс + пломба + видалення

КУ – комунальна установа

ЛЗП-СМ – лікар загальної практики-сімейної медицини

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

РСД – рівень стоматологічної допомоги

ФР – фактори ризику

ЧР – чинники ризику

FDI –Federation Dentaire Internationale- Всесвітня Стоматологічна Федерація

WOHD–World Oral Health Day - Всесвітній день здоров'я порожнини рота

## Вступ

*Актуальність теми.* Поліпшення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку України у спектрі проблем загального здоров'я залишається одним із першочергових завдань, оскільки є інтегральним показником соціально-економічного розвитку суспільства, рівня добробуту й культури населення[232].

Впродовж останніх десятиріч в країні виявлено істотно погіршення стоматологічного статусу населення. За показником частоти звернень до лікарів – стоматологів (до 1241 звернення на 1000 населення) і чисельністю фахівців, стоматологія знаходиться на другому місці [126, 155].

З метою удосконалення медичної допомоги стоматологічним хворим в Україні на державному рівні розроблені та впроваджені Указ Президента України № 475/200 від 21.05.02 р. “Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр. ”, Наказ МОЗ України від 22.11.2000р. № 305 “Про затвердження надання критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)”; Наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р. “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Стоматологія”[108,109, 160]. Разом з тим недостатнє фінансування стоматологічної служби, невідповідність сучасним вимогам більшості технологій та обладнання, яке використовується у стоматологічних закладах комунальної форми власності, низька заробітна платня лікарів-стоматологів, зубних техніків, середнього медичного персоналу у стоматологічних закладах комунальної форми власності, відсутність економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання не сприяють підвищенню якості і продуктивності праці стоматологічного персоналу.

Суттєве зменшення кількості стоматологічних кабінетів в медичних закладах комунальної власності та їх застаріле оснащення, стрімкий розвиток приватних стоматологічних кабінетів, оснащених сучасною технікою призвело до зниження доступності стоматологічної допомоги для населення України [15, 79, 137]. Сучасні умови організації стоматологічної допомоги потребують принципово нових підходів до забезпечення якості послуг[138]. Саме профілактика, що реалізується в межах національних стратегій, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем, пов'язаних із стоматологічними захворюваннями і чинниками їх ризику. Робота лікаря стоматолога залишилася за межами медичних оглядів, за винятком працівників певних категорій[110].

Європейський і світовий досвід показує, що, перш за все, необхідно перебудувати санітарно-просвітницьку діяльність на зразок економічно розвинутих країн [92, 95, 144].

Європейським регіональним бюро ВООЗ було розроблено Програму «Здоров'я XXI – здоров'я для всіх у XXI столітті», в якій передбачено досягнення високого рівня здоров'я, у тому числі й стоматологічного [102]. У рамках цієї стратегії Європейське регіональне бюро ВООЗ координує свою діяльність у країнах-учасниках за трьома основними напрямками:

- формування способу життя, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я;
- створення навколишнього середовища, що сприяє здоров'ю людини;
- розвиток служб профілактики, лікування та догляду.

Таким чином, враховуючи все вище викладене питання профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення особливо працездатного віку залишається актуальним.

*Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.* Дисертацію виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Запорізького державного медичного університету. Дисертаційна робота є фрагментами науково-дослідної роботи кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та

лікарсько-трудової експертизи “Оптимізація надання медичної допомоги різним верствам населення великого промислового міста в умовах реформування системи охорони здоров’я”, 2011-2015 рр. (№ державної реєстрації 0111U005861). Здобувач є співвиконавцем роботи.

*Мета дослідження:* наукове обґрунтування функціональної моделі профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.

*Завдання дослідження,* зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Проаналізувати сучасні світові підходи щодо профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.

2. Провести аналіз стану здоров’я населення м. Запоріжжя в зв’язку з захворюваннями порожнини рота.

3. Визначити вплив модифікованих чинників на стан гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу серед населення працездатного віку.

4. Дослідити вплив організації профілактичної роботи стоматологічної служби на попередження поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.

5. Обґрунтувати функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку та оцінити її ефективність.

*Наукова база дослідження* охоплювала медичні заклади: КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради, Навчально-науково-медичний центр «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету МОЗ України, стоматологічні кабінети м. Запоріжжя державної та приватної форм власності.

*Об’єкт дослідження* - система профілактики поширеності стоматологічних захворювань та інтенсивності карієсу у населення працездатного віку.

*Предмети дослідження:* показники стоматологічного статусу населення працездатного віку, чинники ризику незадовільного стану гігієни порожнини

рота та інтенсивності карієсу, ресурсне забезпечення стоматологічної служби, а також оптимізована функціональна модель.

*Методи дослідження* базуються на системному підході та аналізі, що дозволило розробити поетапну програму виконання дослідження, застосувати комплекс адекватних методів дослідження: бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно розробки та впровадження різних ефективних заходів з профілактики стоматологічних захворювань; епідеміологічний – для оцінки стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку м. Запоріжжя; соціологічний - для вивчення впливу соціально-економічних, медико-організаційних факторів та гігієнічних навичок на стан стоматологічного здоров'я населення працездатного віку, а також для аналізу оцінки ефективності організації роботи лікарів стоматологів терапевтів; медико-статистичний - для статистичної обробки отриманих результатів дослідження та аналізу ресурсного забезпечення стоматологічною допомогою досліджуваного контингенту; моделювання - для розробки моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку; експертних оцінок - для визначення ефективності запропонованої моделі.

*Наукова новизна одержаних результатів досліджень* полягає в тому, що вперше в Україні:

- проведено епідеміологічне дослідження стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку великого промислового міста;
- обґрунтовано необхідність залучення лікаря первинної ланки для оцінки та контролю стану гігієни ротової порожнини;
- визначено стратегічний напрям профілактики найбільше розповсюджених стоматологічних захворювань населення працездатного віку для досягнення погодженості дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації відповідних превентивних заходів;



- здійснено наукове обґрунтування та розроблено функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку та оцінено її ефективність.

*Удосконалено* методичні підходи до організації профілактичних заходів провідних стоматологічних захворювань.

*Набула подальшого розвитку* теорія провідних чинників ризику незадовільного стану гігієни порожнини рота та зростання інтенсивності карієсу.

*Теоретичне значення роботи* полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині організації профілактики провідних стоматологічних захворювань.

*Практичне значення* отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

- обґрунтування комплексу завдань для медичних працівників первинної ланки з профілактики найпоширеніших стоматологічних захворювань та розробки відповідних методичних рекомендацій;

- рекомендацій щодо підвищення рівня стоматологічної просвіти, мотивації до здорового способу життя та дотримання індивідуальної програми гігієни порожнини рота;

- впровадження основних елементів розробленої моделі в практику закладів охорони здоров'я різних рівнів і форм власності (акти впровадження);

- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів на до- та післядипломному рівнях (акти впровадження).

Їх впровадження реалізовано:

а) на *галузевому рівні* шляхом розробки:

- методичних рекомендацій «Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку» (Київ, 2015);

- інформаційного листа «Організація заходів профілактики

стоматологічних захворювань» (Київ, 2014).

б) на *регіональному рівні* шляхом використання окремих елементів запропонованих нововведень:

- у практичну діяльність медичних закладів Запорізької області: КЗ «Центр ПМСД №10 ЗМР» від 24.12.2015 р., КЗ «Центр ПМСД №6 ЗМР» від 05.12.2015, «Міська стоматологічна поліклініка №2» від 10.12.2015 р., КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР від 15.12.2015 р., ПП «Стоматологічний Центр «Металокераміка» від 11.12.2015 р. (акти впровадження);

- у навчальному процесі Запорізького державного медичного університету МОЗ України від 10.12.2015 р., ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» від 24.12.2015р., Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького від 11.12.2015р., медичного інституту Сумського державного університету МОН України від 18.11.2015р., Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського від 18.11.2015р., Ужгородського національного університету від 11.01.2016р., ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України від 05.12.2015 р. (акти впровадження).

*Особистий внесок здобувача.* Автором самостійно проведено інформаційний пошук і аналіз наукової літератури за темою дисертації, обґрунтовано актуальність дослідження, особисто визначено мету й завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методики для вирішення поставлених завдань, здійснено збір та вкопіювання первинної документації, розроблено анкету медико-соціологічного дослідження та організовано збір його матеріалів, розроблено комп'ютерні програми формування баз даних і статистичну обробку результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel та ліцензованої програми Statistica 6.0., оброблені та систематизовані отримані матеріали, проведено аналіз, моделювання, узагальнення та інтерпретація результатів, сформульовано висновки,

запропоновані практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих працях за темою роботи.

*Апробація результатів у науково-практичних конференціях:*

на державному рівні – на науково-практичній конференції, присвяченій 90-річчю дня заснування кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я (31 жовтня – 1 листопада Харків, 2013); на II-й Слобожанській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів у рамках III Слобожанського стоматологічного форуму (22 листопада Харків, 2013); на першій міжрегіональній науково-практичній конференції «Стоматологія Придніпров'я» (11 жовтня Дніпропетровськ, 2013); на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Комплексний підхід у реабілітації стоматологічних хворих» (15-16 травня Запоріжжя, 2015).

*Публікації.* Всього за темою дисертації опубліковано 11 наукових праць, з них 5 статей, у тому числі 4 статті у фахових виданнях, рекомендованих МОН України та 1 у іноземному науковому виданні, 4 – містять праці апробаційного характеру, 2 – додатково відображають наукові результати дослідження.

*Структура та обсяг роботи:* дисертація складається зі вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Текст дисертації викладено на 183 сторінках і додатки на 23 сторінках, містить 49 таблиці та 5 рисунків. Список використаних джерел літератури включає 243 одиниці (192 – вітчизняних та країн СНД і 51-латиницею).

## РОЗДІЛ 1

### СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

#### **1.1. Характеристика стану стоматологічного здоров'я населення в Україні й інших країнах світу**

Стан стоматологічного здоров'я є одним із прямих показників здоров'я населення, інтегральним індикатором здоров'я нації. За даними наукової літератури зростання частоти звернень населення за стоматологічною допомогою викликана як негативними змінами у стані його стоматологічного статусу, так і підвищенням матеріальних можливостей населення країни, зокрема, для задоволення потреб у збереженні здоров'я [71,129,152,199,202]. Згідно з офіційною статистикою ВООЗ близько 98% людей у світі страждають запальними захворюваннями тканин пародонту [224]. Захворюваність карієсом - також становить практично 100%. Виходячи з цього, в 2008 році Всесвітня Стоматологічна Федерація (FDI - Federation Dentaire Internationale) заснувала проведення Всесвітнього дня здоров'я порожнини рота (World Oral Health Day - WOHD). FDI є однією з найбільш професійних організацій у світі, яка була заснована доктором Шарлем Годоном із Паризької школи дантистів (Ecole Dentaire de Paris) і ще п'ятьма зубними лікарями в 1900 році в Парижі, Франція. WOHD - це міжнародний день, що проголошує важливість здоров'я порожнини рота для людей будь-якого віку в усіх країнах світу. Цей день вже став одним з найбільш важливих подій в світовій стоматології і вважається

днем проголошення основних цінностей, які кожен лікар-стоматолог несе своїм пацієнтам.

Актуальність і соціальну значимість проведення WOHND підтверджує загальносвітова статистика:

- 90% населення земної кулі протягом свого життя страждають від захворювань порожнини рота, починаючи від карієсу і захворювань тканин пародонта до ракових пухлин;
- 60-90% школярів у всьому світі мають каріозні поразки;
- тільки 60% населення земної кулі мають доступ до догляду за порожниною рота;
- поширеність онкологічних захворювань в щелепно-лицевої ділянки від 1-10 на 100000 населення в більшості країн світу;
- онкологічні захворювання щелепно-лицевої ділянки займають 8 місце серед найбільш поширених форм раку і є одними з найбільш витратних видів ракових пухлин для лікування і реабілітації;
- зубний біль - це причина номер один пропуску занять у школах у багатьох країнах [35].

Термін «стоматологічне здоров'я» самостійно не так давно з'явився в зарубіжній та вітчизняній медичній літературі, але протягом останнього часу зустрічається все частіше. На сьогоднішній день не існує жодного нормативно-правового акту, який би офіційно затвердив цей термін, або загальноприйняте його трактування в облікових документах системи охорони здоров'я. Поряд з цим його активно використовують в наукових статтях, публічних виступах членів стоматологічного співтовариства, інформаційних матеріалах про стан громадського здоров'я [119].

Стоматологічна допомога належить до однієї з масових видів медичної допомоги [39, 60, 76, 143,155].

Питома вага хвороб ротової порожнини та зубів в Україні в структурі загальної захворюваності населення за матеріалами звернень за медичною допомогою досягає 20 -25%, становлячи 345-550 випадків на 1000 жителів,

посідаючи третє місце [19, 143]. За показником частоти звернень до лікаря-стоматолога (до 600 звернень на 1000 населення) і чисельністю фахівців, стоматологія знаходиться сьогодні на другому місці, поступаючись лише

терапії [23, 138], при цьому понад 99% випадків обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних закладах [155, 177, 178].

Рівень захворюваності на хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп серед населення України перетнув епідеміологічний поріг. За інтенсивністю зростання стоматологічних захворювань, Україна значно випереджає країни Євросоюзу, саме тому стан стоматологічного здоров'я суспільства потребує особливої уваги. Викликає занепокоєння стабільно висока поширеність хвороб порожнини рота, слинних залоз та щелеп у всі вікові періоди населення, особливо розповсюдженість карієсу зубів, що підтверджується результатами різних епідеміологічних досліджень, проведених в різних країнах світу [3, 27, 59, 67, 85, 101, 102, 129].

Хвороби пародонту відносяться до найпоширеніших захворювань класу хвороб порожнини рота, слинних залоз та щелеп і займає, за даними ВООЗ, друге місце після карієсу, а у віковій групі після 40 років зустрічаються навіть частіше ніж карієс. Поширеність хвороб пародонту різко зросла з прогресом цивілізації, і, за даними багатьох авторів, показник захворюваності тканин пародонту в Україні становить від 81,5 до 86 % дорослого населення, т.ч. тільки двоє з десяти жителів нашої країни не мають проблем з даною патологією [17, 39].

Практично все доросле населення України потребує стоматологічної допомоги. Помолодшав не тільки контингент хворих, а й змінилися нозологічні захворювання, які ще десять років тому зустрічалися рідко, зараз займають значний відсоток в структурі стоматологічної захворюваності [21].

Підвищення рівня захворюваності на хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп обумовлено як впливом соціально-економічних чинників, так і формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою на

користь першої, що ускладнило реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я [3, 67, 76].

Практично не зустрічається робіт, спрямованих на зміни захворюваності населення, шляхом ефективної організації профілактичної складової роботи стоматологічних установ, тобто попередження виникнення стоматологічних захворювань [71, 79, 153]. Проте цей напрямок є найбільше пріоритетним, тому що дозволить підвищити економічну, соціальну і медичну ефективність роботи стоматологічних установ і охорони здоров'я в цілому і буде забезпечувати збереження громадського здоров'я [2, 157, 166]. Науково доведеним фактом є те, що застосування профілактичних процедур з раннього дитячого віку дозволяє знизити стоматологічну захворюваність на 90%. Необхідно при організації профілактичної допомоги забезпечити найбільш повне охоплення населення цим видом стоматологічних послуг [5, 166].

Значно підвищується ефективність профілактики карієсу при включенні в програму санації порожнини рота, проведення професійної гігієни та навчання гігієнічним навичкам [6, 8, 85].

Спостерігається низька мотивація молоді до лікування стоматологічних захворювань [7, 54, 152, 153].

При цьому відповідальними за стоматологічне здоров'я повинні нести, на думку переважної більшості населення, лікарі та керівники системи охорони здоров'я і лише близько 5% пацієнтів готові відповідати самостійно за стан стоматологічного статусу [105].

Відзначається нерозривний зв'язок між соматичною патологією і зростанням інтенсивності карієсу, також негативно позначається і забруднення навколишнього середовища [31]. Але особливу увагу звертає на себе достовірна взаємозалежність інтенсивності стоматологічної патології з курінням і вживанням спиртних напоїв. Причому при зростанні вживання алкоголю зростає і інтенсивність стоматологічної патології [167].

Руйнування державної системи первинної та вторинної профілактики хвороб порожнини рота, слинних залоз та щелеп, диспансеризації населення,

знищення мережі стоматологічних кабінетів у дитячих дошкільних закладах і школах, багатьох селах призвело до змін серед структури причин звернення населення за стоматологічною допомогою та майже відсутністю

профілактичної роботи серед нього [16, 29]. Надання стоматологічної допомоги здійснюється у державному і недержавному секторах [64]. Аналіз причин звернень населення за стоматологічною допомогою й оцінка її надання суб'єктами різних форм власності в умовах запровадження приватного сектору набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє визначити ступінь складності і якості надання медичних послуг у вітчизняній стоматології [18]. Дослідження стоматологічної захворюваності населення за результатами аналізу звернень дозволяє дослідити потреби населення в стоматологічних послугах та визначити ступінь складності і якості надання медичних послуг суб'єктами різних форм власності [19, 199, 202, 224]. В умовах дефіциту фінансування стоматологічних закладів державної форми власності структура причин відвідувань стає досить актуальною для оптимізації стоматологічної допомоги в умовах реформування загальної системи охорони здоров'я [20, 30].

ВООЗ заявила, що стоматологічне здоров'я (oral health) є значущою і обов'язковою складовою соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Ще у 1988р нею були запропоновані Європейські цілі досягнення стоматологічного здоров'я як орієнтир для розробки і впровадження заходів, спрямованих на профілактику найбільше поширених захворювань порожнини рота для всіх вікових груп населення. У багатьох країнах Європи системами охорони здоров'я були зроблені суттєві зусилля, спрямовані на реалізацію цих цілей ВООЗ, які привели до значного поліпшення стоматологічного здоров'я широких мас населення, в основному, за рахунок зниження поширеності карієсу. Такі позитивні результати дали підставу ВООЗ розробити Глобальні цілі стоматологічного здоров'я до 2020 р, які закликали органи охорони здоров'я всіх країн світу і стоматологічну громадськість:



- сприяти стоматологічному здоров'ю і мінімізувати вплив захворювань стоматологічного і щелепно-лицьового походження на загальне здоров'я і психосоціальний розвиток;

- мінімізувати вплив стоматологічних та щелепно-лицьових проявів загально соматичних захворювань у окремих людей і суспільства в цілому, використовувати ці прояви для ранньої діагностики, профілактики та ефективного лікування системних захворювань [35,231].

Завдання, визначені в Програмі стоматологічного здоров'я ВООЗ (2004) включають:

- впровадження системи моніторингу за всіма аспектами здоров'я населення;

- виокремлення і поглиблене вивчення найбільш поширених захворювань;

- адаптоване впровадження алгоритмів профілактики, діагностики і лікування, що базуються на доказовій медицині;

- розробка власних (у кожній державі) алгоритмів профілактики з урахуванням регіональних профілів ризику.

В 2005р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила європейські цілі до 2020 року, які передбачають конкретні заходи щодо підвищення рівня стоматологічного здоров'я, визначають чіткі показники інтенсивності та поширеності стоматологічних захворювань. Дев'ять пунктів Декларації відчиняють шлях до досягнення раніше сформульованих глобальних цілей ВООЗ по стоматологічному здоров'ю на той же період:

1. безпечна для зубів їжа;
2. програми фторування для попередження карієсу зубів;
3. здоровий спосіб життя, що виключає фактори ризику, загальні і для соматичного здоров'я;
4. програми стоматологічного здоров'я в школах;
5. первинна медико-санітарна допомога в профілактиці хвороб зубів;

6. забезпечення стоматологічного здоров'я людей похилого віку з метою поліпшення якості їх життя;
7. інтеграція програм здоров'я зі стоматологічними програмами;
8. виділення 10% бюджету охорони здоров'я на дослідження ефективності комунальних стоматологічних програм;
9. дані національних інформаційних систем по стоматології і результати наукових досліджень повинні бути доступні всім країнам [92].

Ці глобальні цілі прямо вказують на те, яке велике значення ВООЗ надає стоматологічному здоров'ю та його тісному взаємозв'язку із загальним здоров'ям людини.

Європейськими цілями збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я, реалізація яких запланована до 2020 р., для населення працездатного віку є у 35-44-річних осіб середнє значення індексу інтенсивності карієсу (карієс + пломбовані + видалені – КПВ) зубів не повинно перевищувати 10,0, при цьому компонент «В» (видалені зуби) має становити не більше ніж 4,0. У 90% осіб цього віку повинно зберегтися 20 або більше природних функціонуючих зубів, при цьому кількість беззубих осіб не повинна перевищувати 1%. Середня кількість здорових секстантів пародонту повинна бути більшою ніж 2,0 [102].

Передовими країнами також доведено, що зниження стоматологічної захворюваності можливо тільки при масовому впровадженні профілактики, насамперед державних, комунальних і індивідуальних профілактичних програм [9, 13, 161]. У реальності досвід США, Фінляндії, Швеції, Швейцарії та багатьох інших країн показав, що за 10-20 років можливо знизити захворюваність карієсом зубів і хворобами пародонту в 5-10 разів, досягнувши середнього рівня 0,5-1,0 хворого зуба в 12 років на одну людину [84].

Більшість країн Євросоюзу, які запровадили рекомендовані ВООЗ принципи, вже досягли цілей стосовно стоматологічного здоров'я. Введені в країнах зміни довели значну соціальну та медичну ефективності стосовно

підвищення і збереження високого рівня стоматологічного здоров'я населення. Указом Президента України від 21 травня 2002 року №475/2002 було затверджено "Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки"[160], де було окреслено загальнодержавні завдання щодо профілактики та лікування стоматологічних захворювань. Однак, запровадження вказаних програм в умовах вкрай обмеженого фінансування не дозволило підвищити рівень стоматологічного здоров'я населення України.

Науковці наголошують, що для поліпшення стоматологічного здоров'я на популяційному рівні необхідно об'єднати зусилля спеціалістів та громади шляхом впровадження програми профілактики, що призведе до стрімкого зниження інтенсивності основних стоматологічних захворювань, а також значному зменшенню випадків втрати зубів у молодому віці [68, 101, 129].

Таким чином, проведений аналіз стану стоматологічного здоров'я населення в Україні й інших країнах засвідчив його незадовільний стан. Тому при подальшому аналізі наукових джерел літератури нами більше детально проведено поглиблене дослідження факторів ризику (ФР) поширених стоматологічних захворювань.

## **1.2. Фактори ризику поширених стоматологічних захворювань**

У чому полягають причини такого парадоксу, проявами якого є криза організації медичної допомоги. Причин багато, однак перш за все, їх слід розглядати відповідно до умовної класифікації груп ФР та їх орієнтовного внеску в оцінку здоров'я населення [164, 211].

Найбільше впливовими причинами погіршення стоматологічного здоров'я населення є умови та спосіб життя громадян, які за даними наукових досліджень впливають до 55% на загальний стан здоров'я населення [128, 135]. Стоматологічне здоров'я на 80-90% визначається способом життя і

поведінкою людини, і тільки на 10-20% організацією стоматологічної допомоги [14, 54, 212]. Переконливо доведено, що як неінфекційні захворювання, так і захворювання порожнини рота мають ряд

загальних ФР, таких як неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем, які в обох випадках пов'язані з поведінкою людини, а поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань залежить від стану гігієни порожнини рота, внутрішніх і зовнішніх ФР [66,82,173, 183, 206, 221, 226].

Основні ФР: куріння, зниження фізичної активності і високе споживання цукру і солі вносять свій внесок в розвиток різних хронічних захворювань, включаючи захворювання порожнини рота. Захворювання порожнини рота пов'язані з діабетом, серцево-судинною патологією, передчасними пологами, низькою вагою новонароджених та іншими станами [35]. Епідеміологічні дані підтверджують роль куріння тютюну, як основного ЧР розвитку та прогресування маргінального пародонтиту [182,186,187, 222, 225, 228]. Більше 50% захворювань пародонтиту викликано курінням тютюну та проявляються в осіб у віці до 45 років [189, 190]. При повній відмові від куріння частоту пародонтиту можна скоротити на 30-60% [73, 154,158,195]. Ризик розвитку ракової пухлини в ротовій порожнині в 15 разів вище при поєднанні двох провокуючих чинників: куріння і надмірне вживання алкоголю.

Також важливою причиною залишається незадовільний рівень санітарно-просвітницької роботи, яка загалом носить декларативний, неконкретний характер і тому часто є неефективною [157].

Також спільними є і соціально-економічні детермінанти: умови життя, бідність, освіта, культурні традиції [200, 204]. Згідно припущенню психолога Абрахама Маслоу (1943), людська поведінка визначається широким спектром потреб, які він розподілив на п'ять категорій і розташував їх у визначеній ієрархії. В основі цієї ієрархії лежать найнасушніші потреби (їжа, вода, житло), а на вершині - більш високі індивідуальні запити (визнання, самовираження). За Маслоу людина - це "тварина, що постійно чогось хоче".

Коли потреби найнижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня ієрархії. Катастрофічно загрозливе скорочення державних асигнувань на медичні потреби, перекидання витрат на медикаменти та медичне забезпечення на плечі самого суспільства, економічна нестабільність суспільства, яка призводить до погіршення умов життя та праці, наявність постійного нервового перенапруження, пов'язаного з соціальною незахищеністю людини, невпевненістю в завтрашньому дні, страхом захворіти і залишитися жебраком, загрозою закриття виробництва та скорочення, відсутністю заощаджень на «чорний» день у зв'язку з постійними кризами в економіці, все це призводить не тільки до незадоволення мінімальних своїх потреб, але й до недбайливого стану до свого здоров'я, поширеності шкідливих ЧР [34, 96, 136, 157, 203].

За даними наукових джерел ми також встановили, що на стан стоматологічного здоров'я населення працездатного віку впливає низка інших вагомих чинників, таких як харчування [43,66, 207]. Високе споживання цукру – провідний ФР в етіології розвитку карієсу і цукрового діабету. У складі раціону на особливу увагу заслуговують вуглеводи, які споживаються у поєднанні з іншими харчовими компонентами, що також моніторять в індивідуальному раціоні пацієнта під час оцінки ризику карієсу і залежно від складу раціону, зокрема колонії *Lactobacillus spp.* [66]

### **1.3. Сучасний стан організації профілактики хвороб порожнини рота**

За даними наукових досліджень, результативність медичної допомоги на 80-95% залежить від організації та управління [138,145].

Питання попередження хвороб займали значне місце в медицині Стародавнього світу. Профілактика - складова частина медицини, її походження від давньогрецького слова *Prophylaktikos* – *запобіжний* та згідно

тлумаченню словників - комплекс різноманітних заходів, спрямованих на попередження будь-якого явища та / або усунення ФР. Профілактичні заходи - найважливіша складова системи охорони здоров'я. Початок профілактики в стоматології поклав П. Г. Дауге. Його праця «Соціальні основи радянської стоматології» досі є основоположною працею з цієї проблеми. Вчений писав: «... профілактика захворювань зубів повинна бути організована так, щоб лікарі - ортопеди опинилися без роботи». Основною метою профілактики є усунення причин виникнення і розвитку захворювань, а також створення умов для підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища [36,174].

Основою мотивації проведення досліджень з профілактики стоматологічних захворювань є те, що лікування вже виниклих стоматологічних захворювань обходиться в багато разів дорожче, ніж вартість профілактичних методів і засобів [11,198]. Методи профілактики стоматологічних захворювань діляться на 3 групи: комунальні (фторування води, молока, солі), групові (робота в організованих групах), індивідуальні - (робота з конкретною людиною, відповідно до виявлених особливостями здоров'я людини і зубо-щелепної системи) [33, 89, 90, 97]. До найбільш ефективних методів профілактики стоматологічних захворювань належать розробка та реалізація профілактичних стоматологічних програм, які можуть мати різний обсяг, цілі масштаби і способи виконання [94]. Програми повинні носити або державний, або регіональний характер [104,169]. Головна роль відводиться адміністративній владі різного рівня, хоча виконуються стоматологами та їх помічниками.

Без залучення уваги всього суспільства, стоматологічної громадськості, без вкладання коштів у створення програми з профілактики населення, особливо дитячого, ситуацію переламати складно, тим більше при комерціалізації стоматологічної допомоги [92, 95, 144, 146]. Збереження здорових зубів вимагає великих зусиль і витрат від кожного громадянина [44]. Добре відомо, що краще виробляти з дитинства навички з догляду за станом

гігієни порожнини рота [45, 162]. У дорослому віці складніше формувати гігієнічні навички і тільки довірчі відносини між медичним персоналом і пацієнтом допоможуть здійснити гігієнічне "виховання", що призведе до підвищення ефективності профілактичних заходів [147, 165, 171].

За рекомендаціями ВООЗ при раціональному використанні фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів можливо досягти достатній рівень показників стоматологічного здоров'я [95, 208]. За даними соціологічного опитування населення не відносить до пріоритетних питань необхідність регулярного відвідування лікаря-стоматолога з подальшим лікуванням, залишаючи його за залишковим принципом, у зв'язку з дефіцитом сімейного бюджету [24, 60, 105, 170]. У разі виникнення гострого стану населення звертається за допомогою в медичні заклади державної форми власності, перекладаючи відповідальність за стан стоматологічного здоров'я на лікарів-стоматологів [46, 172].

Виникає питання про доступність стоматологічної допомоги [218]. За визначенням ВООЗ «доступність» стоматологічної допомоги характеризується трьома складовими:

- «наявність» - забезпеченість кадрами та інфраструктурою;
- «використання» - відсоток первинних відвідувань від кількості населення, що обслуговується;
- «якість» - які послуги і якої якості отримали пацієнти [91, 163].

Якщо медичне значення поліпшення якості стоматологічного лікування зрозуміло - зниження кількості ускладнень, поліпшення стану порожнини рота, збереження здоров'я, то соціальні та економічні аспекти проблеми менш відомі. Вони полягають у зменшенні візитів до лікаря, зниженні випадків повторного лікування, підвищенні продуктивності роботи стоматолога, зниженні економічних витрат на кожного хворого в розрахунку на тривалий період часу. На наш погляд, саме підвищення якості роботи фахівців, а не збільшення кількості прийому хворих є резервом продуктивності праці лікаря-стоматолога [62].

Можливості сучасної стоматології величезні. На її базі при застосуванні профілактики, новітніх методів діагностики, лікування і реабілітації можливе різке (в рази) зниження захворюваності населення та збереження функції щелепно-лицевої системи до глибокої старості [28]. Однак Україна не має сучасної системи організації стоматологічної допомоги [61]. Причин цьому багато. Необхідно враховувати ряд особливостей стоматології, що впливають на якість допомоги населенню та є характерними для більшості пострадянських країн:

1. відсутність стоматологів загальної практики;
2. наявність великих державних стоматологічних поліклінік з диференційованим прийомом за спеціальностями;
3. відсутність як системи єдиного плану лікування пацієнтів у стоматолога;
4. знеособлена відповідальність за кінцевий результат лікування;
5. слабка система післядипломної підготовки лікарів-стоматологів;
6. відсутність досвіду ринкових відносин;
7. відсутність твердої державної політики в охороні здоров'я [80].

Що стосується критеріїв якості стоматологічної допомоги (за В.Д. Вагнером), відзначаються наступні основні положення:

1. безпека надання допомоги;
2. клінічна ефективність;
3. економічна ефективність;
4. своєчасність надання допомоги;
5. рівність всіх пацієнтів в отриманні стоматологічної допомоги;
6. активна участь пацієнта в отриманні стоматологічної допомоги (договір, інформована згода) [51, 52, 80].

За останні два десятиліття відбулося руйнування системи організації стоматологічної допомоги, припинена робота багатьох стоматологічних кабінетів державної форми власності, яка передбачала первинну і вторинну профілактику стоматологічних захворювань різним верствам населення та у великій мірі упереджувала їх поширення [21, 63, 150]. В умовах сучасної



соціально-економічної ситуації в Україні держава об'єктивно не в змозі повністю фінансувати з державного бюджету всі видатки, пов'язані з діяльністю галузі [130, 131]. У зв'язку з цим, тягар за стоматологічне здоров'я «лягає на плечі» населення та залежить від фінансових можливостей людей, які через брак коштів відкладають «на потім» лікування зубів [151, 159].

Світовий досвід показує, що проблеми стоматологічної служби та допомоги неможливо вирішити без використання декількох джерел фінансування, без урахування соціальних факторів та взаємодії з державною владою [32]. Досвід передових зарубіжних країн довів, що ніяка держава не здатна за рахунок бюджетних коштів організувати сучасну стоматологічну допомогу і оснастити стоматологічні лікувальні організації сучасним обладнанням, матеріалами, інструментами, технологіями [42]. Для цього необхідно залучення додаткових джерел фінансування - власних коштів громадян, роботодавців, страхових організацій і ін. [149]. Єдиної, задовольняючої потреби населення, системи стоматологічної допомоги немає в жодній країні світу, не існує і не може бути [139]. Для кожної країни, території повинна бути створена своя модель організації надання стоматологічної допомоги, яка буде відповідати її фінансовим можливостям, політичному ладу, економічним умовам, звичкам і побажанням населення, корпоративним інтересам стоматологів [142]. Задовільна стоматологічна допомога населенню може бути досягнута при будь-якої моделі, крім повної відсутності підтримки її державою в бідних країнах [185]. Розпочинати необхідно з визначення гарантованого державного мінімуму на безоплатній основі [179].

Без чіткого розмежування, що населення має право отримувати за рахунок бюджетів, а за що необхідно платити за регульованими державою цінами чи за вільними цінами, неможливе подальше просування в адаптації нормативної бази до вимог життя [29]. Для пацієнтів, які регулярно

відвідують стоматологів, які мають хорошу гігієну порожнини рота і стежать за своїм здоров'ям, повинні застосовуватися пільги для лікування неускладнених форм захворювань [148]. Лікування всіх ускладнених форм стоматологічних захворювань у працездатного населення має бути платним. Обсяг платних медичних послуг не повинен перевищувати в будь-якій стоматологічній установі 40-50% від загального обсягу наданої населенню стоматологічної допомоги [132]. Єдиний метод зниження основних стоматологічних захворювань населення – профілактика [220]. Держава без підтримки професіоналів і населення (громади) не здатна організувати ефективну систему надання стоматологічної допомоги населенню [83, 133,134].

З соціально незахищених груп населення повинні бути сформовані диспансерні групи, оплата лікувально-профілактичної роботи яких повинна проводитися за рахунок коштів держави, що виділяються для стоматологічної допомоги населенню, в тому числі з урахуванням обсягу бюджетних коштів. Поступово стоматологічна допомога населенню (крім швидкої і невідкладної) повинна придбати 3 рівня:

1. Кваліфікована стоматологічна допомога (стоматолог загальної практики, сімейний стоматолог, гігієніст стоматологічний, шкільний стоматолог), в яку входить санація порожнини рота, профілактика, диспансерне спостереження за пацієнтами і лікування неускладнених форм захворювань.

2. Спеціалізовану стоматологічну допомогу (лікування ускладнених форм захворювань, ведення спеціалізованих диспансерних груп, складні види реабілітації хворих). Їх повинні здійснювати стоматолог-терапевт, ортопед, амбулаторний хірург стоматолог, дитячий стоматолог.

3. Вузькоспеціалізована стоматологічна допомога, до якої відноситься пародонтологія, захворювання слизової оболонки, лікування і

диспансеризація хворих з вродженими і генетичними захворюваннями, високотехнологічні види допомоги, складні види реабілітації, анестезіологічна допомога та ін. Вона здійснюється вузькими спеціалістами в великих поліклініках або в спеціалізованих відділеннях. Принципи оплати спеціалізованої та вузькоспеціалізованої стоматологічної допомоги ті ж, що і запропоновано вище. Ряд високотехнологічних видів допомоги, як і в інших спеціальностях, має оплачуватися за коштів держави.

Реформування та вдосконалення стоматологічної освіти гостро необхідно для подальшого розвитку спеціальності. Вищі навчальні заклади повинні випускати тільки одного фахівця - стоматолога загальної практики (сімейний стоматолог), в функції якого входить надання кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги населенню, організація і проведення диспансеризації хворих, недопущення виникнення ускладнених форм захворювань і тривале активне спостереження і лікувально-профілактична допомога населенню, що закріпилося у нього на добровільних засадах для збереження здоров'я. На другому етапі, після 2-3 річної роботи в якості стоматолога загальної практики, стоматолог може при бажанні продовжити навчання за однією з вузьких спеціальностей або вузькоспеціалізованої допомоги. Для цих цілей ряд фахівців доцільно готувати тільки через клінічну ординатуру - пародонтологія, ортодонтія, щелепно-лицьова хірургія і ін. Решта стоматологи при бажанні можуть відповідно до державних програм отримати додаткову післядипломну освіту з ендодонтії, терапії, хірургії та інших спеціальностей. Доцільно будь-які форми післядипломної освіти робити платними з різними джерелами фінансування. [181, 219].

Реальні шляхи виходу з даної ситуації повинні розглядатися в тісній співпраці українських державних інститутів влади з аналогічними структурами високорозвинутих країн Європи і світу, перш за все, необхідно перебудувати санітарно-просвітницьку діяльність на зразок економічно розвинутих країн:

- навчання навичкам здорового способу життя (ЗСЖ) в дитячому та юнацькому віці;
- пропаганда ЗСЖ у соціальних популяціях людей, об'єднаних спільним укладом життя або специфікою праці;
- зміна пасивного (!) відношення людини до свого здоров'я. Усі суспільні системи виробництва та розподілу матеріальних благ повинні функціонувати так, щоб людині було не вигідно хворіти, щоб підтримати, у тому числі і матеріально (!), зацікавленість людини у збереженні здоров'я у доброму стані;
- створення суворо індивідуальної для кожної людини програми профілактики захворювань з усуненням впливу уже добре відомих керованих загальних для багатьох захворювань ФР в зв'язку з їх значною поширеністю (алкоголь, куріння, гіподинамія та ін.) [2, 93, 95, 144].

У рамках цієї стратегії досягнення здоров'я для усіх Європейське регіональне бюро «Здоров'я XXI – здоров'я для всіх у XXI столітті», ВООЗ координує свою діяльність у країнах-учасниках Програми ВООЗ за трьома основними напрямками:

- формування способу життя, що сприяє збереженню та зміцненню здоров'я;
- створення навколишнього середовища, що сприяє здоров'ю людини;
- розвиток служб профілактики, лікування та догляду [102].

Більшість країн Євросоюзу, які запровадили рекомендовані ВООЗ принципи, вже досягли цілей стосовно стоматологічного здоров'я. Введені в країнах зміни довели значну соціальну та медичну ефективності стосовно підвищення і збереження високого рівня стоматологічного здоров'я населення. Так, у світовій практиці надання стоматологічної допомоги населенню проводиться з акцентом переважного розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) з введенням інституту лікаря загальної практики, як основного працівника ПМСД, інтегруючого і координуючого індивідуальну стоматологічну допомогу кожній людині. У більшій частині країн лікувально-профілактична стоматологічна допомога здійснюється в 80-85% випадків фахівцями загальної практики і тільки в 15-20% - вузькими спеціалістами [42].

До найбільш ефективних методів профілактики стоматологічних захворювань належать розробка та реалізація профілактичних стоматологічних програм, які можуть мати різний обсяг, цілі масштаби і способи виконання [81]. Характерно, коли пацієнта лікують 2-4 фахівця, передаючи його як естафету один одному, не маючи погодженого плану лікування. За кордоном подібну відповідальну роль несе стоматолог загальної практики (General dentistry - сімейний стоматолог), основною функцією якого є тривале спостереження за здоров'ям пацієнта, його своєчасним лікуванням і профілактикою, недопущення розвитку ускладнених форм захворювань [192]. Іншими словами, його головною функцією є не тільки лікування пацієнта, а збереження його здоров'я і запобігання розвитку ускладнених форм захворювань [191]. На цьому побудована вся організаційна система надання стоматологічної допомоги, в тому числі і оплата роботи стоматолога, який отримує, за рахунок страховки пацієнта, гонорари від страхових компаній за спеціальною стоматологічною страховкою. Чим успішніше його лікувально-профілактична діяльність, тим більше, за рахунок звільняється резерву часу, кількість населення він здатний взяти під свою відповідальність, тим вище буде його заробітна плата. Тривале ж (багаторічне) спостереження і активна робота з населенням породжує довіру, підвищує відповідальність стоматолога і дозволяє зберегти здоров'я пацієнтів, за що він і отримує плату [72]. За такою схемою за кордоном працюють 60-80% стоматологів. При цьому профілактичну роботу в значній мірі здійснює спеціально для цього призначений і навчений фахівець - гігієніст стоматологічний [12]. Так, наприклад, у своїх роботах провідні білоруські вчені неодноразово наголошували на необхідності впровадження комплексного підходу у лікуванні пацієнтів на основі сучасних медичних технологій за принципом лікаря загальної практики [41, 86, 88].

Інтеграція стоматології країн СНД в європейську систему, тісний зв'язок з Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ) змінили уявлення про надання стоматологічної допомоги. Але, незважаючи на безліч рекомендацій зарубіжних фахівців, можливості використання світового досвіду, стоматологічна допомога в країнах СНД має ряд своїх особливостей[10].

В Україні державна система надання стоматологічної допомоги, на рівні якої починає і закінчує лікування більшість населення, не завжди в змозі забезпечити ефективні комплексні лікувально-профілактичні заходи, а також їх моніторинг [24]. Це пов'язано в першу чергу з превалюванням вузьких фахівців в стоматологічній службі і роз'єднаністю їх дій. Негативними сторонами надання стоматологічної допомоги виключно вузькими професіоналами є перекладання відповідальності з одного фахівця на іншого [214-217]. Вузький фахівець (стоматолог терапевт, стоматолог хірург, стоматолог ортопед і т.д.) фактично не несе відповідальність за стоматологічне здоров'я в цілому, не забезпечує постійний контроль за станом порожнини рота пацієнта.

Однією з основних проблем надання стоматологічної допомоги населенню поряд з роз'єднаністю дій лікарів є недоступність профілактичної допомоги [77]. У здійсненні профілактичних заходів велика роль відводиться гігієністу, завданням якого є просвіта пацієнтів, пропаганда здорового способу життя, відновлення і підтримка здоров'я порожнини рота, інструктаж з правил гігієни, підбір засобів і методів гігієни, професійна гігієна, нехірургічне лікування хвороб пародонту, підвищеної чутливості зубів, організація та здійснення процедур підтримуючої терапії [12, 56, 75, 185,196]. Прийом стоматологічного пацієнта повинен починатися з відвідування гігієніста і навчання правилам догляду за порожниною рота і закінчуватися контролем якості гігієнічних процедур.

Історія розвитку допоміжного персоналу, зокрема гігієністів стоматологічних, налічує понад 100 років (США, Канада)[127]. Досвід американської та європейської шкіл надання стоматологічної допомоги показує ефективну роботу допоміжного персоналу. Завдяки цьому один лікар-стоматолог загальної практики може одночасно приймати 2-3 пацієнтів в різних кабінетах, «делегуючи повноваження» асистентам і гігієністам [87].

В Росії, наприклад, посада гігієніста запроваджено з 2001 р., а в Україні посада гігієніст зубний введена в номенклатуру спеціальностей у 2006 р., але досі залишаються невирішеними правові та фінансові питання щодо введення такої посади на державному рівні[29,78].

Світовий досвід розвитку стоматології доводить необхідність надання стоматологічної допомоги командою вищого та середнього медичного персоналу (асистенти, гігієністи), налаштованого на впровадження та підтримку профілактичної стратегії щодо пацієнта, але в країні не відповідає сьгоднішнім вимогам забезпечення співвідношення лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою [29].

Неузгодженість в планах лікування між вузькими спеціалістами стоматологічного профілю призводить до необґрунтовано високого відсотку депульпіровання зубів під ортопедичні конструкції і відсутність диспансерного спостереження при реабілітації пацієнтів з хронічними захворюваннями порожнини рота [58]. На підставі моніторингу стоматологічної захворюваності далеко не все населення потребує високотехнологічних дорогих спеціалізованих методів лікування [95]. У Росії впровадження і розвиток загальної практики розпочато в 1995 р.[24]. Необхідність впровадження комплексного підходу у лікуванні пацієнтів на основі сучасних медичних технологій за принципом лікаря загальної практики наголошують у своїх роботах і провідні білоруські вчені [41, 86, 88].

Також доведена висока ефективність використання гігієністів в масових профілактичних заходах [87, 198]. Один гігієніст може виконувати значний обсяг роботи.

На даний момент нажаль не всі верстви, навіть соціально благополучного населення готові нести відповідальність за своє здоров'я, перекладаючи її на лікарів, систему охорони здоров'я і державу в цілому, ставлячи необхідність стоматологічного лікування на одне з останніх місць в списку життєвих пріоритетів [105,213]. В цілому по Україні ми маємо сумну картину профілактичної роботи лікарів стоматологів. У зв'язку з фактичною відсутністю профілактики в стоматології і диспансеризації як основного методу лікувально-профілактичної роботи до 80% часу стоматологи витрачають на лікування ускладнених форм стоматологічних захворювань, перспективність і результативність лікування яких сумнівні. Як показують дослідження, зуби з ускладненими формами стоматологічних захворювань зберігаються не більше 4-6 років [193, 194, 209]. Таким чином, використовувані форми стоматологічної допомоги ведуть до виникнення такого собі «порочного кола», коли до 80% часу стоматолог витрачає на малоефективне лікування ускладнених форм захворювань, в результаті чого не вистачає часу на профілактику, лікування неускладнених форм хвороб і введення диспансеризації населення, як найбільш передовою форми надання лікувально-профілактичної допомоги. Низька зарплата стоматологів стимулює корупційні відносини, розвиток сірої і чорної економіки.

Головним у забезпеченні населення стоматологічної допомоги є рівень організації стоматологічної допомоги та рівень кваліфікації лікарів, і тільки потім вступає в силу показник забезпеченості лікарськими кадрами [1, 137, 201].

Не викликає ніякого сумніву, що перетворення системи післядипломної освіти необхідно провести шляхом розвитку кафедр і факультетів, що мають власні клінічні бази[78].



З кінця вісімдесятих років минулого століття почалося підприємництво в багатьох сферах, в тому числі і в стоматології утворилися позабюджетні підприємства, специфіка роботи лікарів стоматологів забезпечила їм найбільший ступінь готовності до переходу на нові економічні умови, так як в системі стоматологічної практики вже існували платні послуги[15].

Зростання чисельності позабюджетних стоматологічних підприємств і кабінетів привів до вимивання з державного сектора найбільш кваліфікованого медичного персоналу, тому що у позабюджетній сфері вище зарплата, більше можливостей для професійного і кар'єрного зростання. Це в свою чергу тягне за собою і зниження якості лікування, оскільки як на перший план виходить прагнення заробити, виконуючи високотехнологічні дорогі роботи, на шкоду профілактичній роботі.

Приватна система стоматологічних послуг несе з собою юридичну, економічну самостійність, залежить тільки від ринку, можливість брати участь в реалізації будь-яких програм (за договорами з підприємствами, за державним замовленням, на кошти громадян і так далі). Можливість надання послуг за цінами з урахуванням їх рентабельності та запланованого прибутку, можливість постійно покращувати матеріально-технічну базу, впроваджувати нові технології. Проте абсолютна більшість працюючого медичного персоналу в приватному секторі - зовнішні сумісники. Пояснюється даний на перший погляд парадокс тим, що: люди, що працюють в ЗАТ, ВАТ, ТОВ тощо, не впевнені в завтрашньому дні. У державному секторі дотримується трудове законодавство, контролюються питання охорони праці, більше уваги приділяється пацієнтам, а не вмісту їхніх гаманців. Не можна забувати, що будь-яка медична діяльність - це не бізнес в чистому вигляді, а в першу чергу, надання медичної допомоги, яке приносить прибуток [25].

За кордоном в попередженні стоматологічних захворювань головна роль належить сімейним лікарям. Це пов'язано з тим, що лікарі сімейної (загальною) практики завжди пам'ятають про те, що стоматологічні захворювання можуть сприяти розвитку інфекційних і системних процесів у

пацієнтів, в свою чергу це накладає на лікаря сімейної (загальною) практики необхідність удосконалювати профілактичні аспекти [26].

Поширеність стоматологічної патології досягає 98%. Держава не може брати на себе тягар стоматології, але має вирішувати проблеми профілактики комунальної (фторування води, молока, солі) і колективної.

Таким чином, проведений системний огляд наукової літератури засвідчує наявність значної кількості невирішених питань, пов'язаних із формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою в стоматології на користь першої, що ускладнює реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я, та потребує обґрунтування та оптимізації профілактичних заходів.

## РОЗДІЛ 2

### програма, Матеріали Й методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі системного підходу та аналізу була розроблена спеціальна програма дослідження (рис. 2.1), яка передбачала його виконання у чотири етапи із використанням адекватних методів (рис. 2.2), що забезпечило можливість отримання достатньо повної, достовірної інформації оцінки стану об'єкту та предметів дослідження.

Результати реалізації завдання першого етапу дозволили визначити рівень завдань, що супроводжують поширеність та розповсюдженість найпоширеніших захворювань порожнини рота, особливо стан гігієни порожнини рота та спосіб життя особистості, методи та засоби виховання населення з метою мотивації до ЗСЖ, оцінити світовий і вітчизняний досвід, а також порівняти досвід державної політики в охороні здоров'я країн післярадянського простору, профілактики та організації медичного обслуговування досліджуваного контингенту населення. Використання історичного та бібліосемантичного методів дослідження (244 джерела) сприяло визначенню напрямків вирішення поставлених завдань.

Другий етап присвячувався оцінці стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку м. Запоріжжя за основними показниками.

Протягом останніх 20 років надання стоматологічної допомоги здійснюється як у державному, так і приватному секторах системи охорони здоров'я. Майже 10 років населення обслуговується переважно в приватних стоматологічних кабінетах, на тлі відсутності контролю статистичного обліку за

захворюваннями порожнини рота[23], виникла необхідність проведення епідеміологічного дослідження з метою оцінки стану стоматологічного здоров'я досліджуваного контингенту за показниками, які рекомендовані стандартною адаптованою анкетною, розробленою ВООЗ [70, 156].



Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Системного підходу	I-IV
2. Бібліосемантичний	I
3. Епідеміологічний	III
4. Медико-статистичний	II-IV
5. Соціологічний	II-IV
6. Моделювання	IV
7. Експертних оцінок	IV

Рис. 2.2. Методичний апарат дослідження

Нами спільно з кафедрою загальної та спеціальної стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України за умови інформованої згоди згідно з рекомендаціями ВООЗ для оцінки стоматологічного здоров'я дорослого населення великого промислового міста, яким є м. Запоріжжя, проведено епідеміологічне та медико-соціальне дослідження (обстеження та анкетування по анкетам закритого типу) 369 осіб у віці 35-44 роки. Для оцінки зміни його в залежності від віку та статі нами додатково обстежено по 200 осіб у віці 18-34 роки та 45-60 років.

З метою отримання результатів дослідження, які б достовірно можна було перенести на генеральну сукупність ми провели розрахунок обсягу вибірки.

Необхідний обсяг вибірки розраховувався за формулою:

$$n = \frac{t^2 \times P \times q}{\Delta^2} \quad (2.1),$$

де

$n$  – необхідний обсяг вибірки;

$t$  – довірчий коефіцієнт;

$P$  – показник;

$q$  – величина обернена до показника ( $q=100-P$ , якщо  $P$  в %,  $q=1000-P$ , якщо  $P$  в ‰ і т.д.);

$\Delta$  - допустима похибка показника [103].

За даними головного управління статистики у Запорізькій області чисельність постійного населення Запорізької області в 2011 р. склала 1800526 осіб, в 2012 р. – 1790879 осіб, в 2013 р. – 1784454, питома вага населення працездатного віку, яке є категорією спостереження, склала 60,11 %, 59,56 %, 58,98 %, відповідно, в середньому – 59,5 % ( $P$ ).

Для забезпечення достовірності отриманих даних коефіцієнт Ст'юдента ( $t$ ) повинен бути  $\geq 1,96$ , а максимальну допустиму похибку ми обрали  $\Delta \pm 5$  %, то мінімальний обсяг вибірки повинен становити

$$n = \frac{1,96^2 \times 59,5 \times (100 - 59,5)}{5^2} = 371, \text{ тобто опитати та оглянути необхідно було}$$

не менше, ніж 371 особу працездатного віку.

Оскільки проведене фактичне вибіркове медико-соціологічне епідеміологічне дослідження охоплювало 769 осіб працездатного віку, то отримані результати достатньо повно репрезентують все населення даної вікової категорії.

Огляд дорослого населення стосовно стоматологічного здоров'я проводився в стоматологічних кабінетах м. Запоріжжя державної та приватної форм власності. Для досягнення максимально однакової оцінки лікарями стоматологічного статусу пацієнта проводилася калібровка фахівців. Суть калібровки полягала в тому, що всі лікарі стоматологи, які приймали участь в

епідеміологічному дослідженні попередньо оглядали по 20 пацієнтів даної вікової групи. Потім проводився розрахунок відсотка співпадіння результатів, при досягненні його 85% та вище на кожного лікаря, розпочиналося епідеміологічне дослідження. Дана вікова група обрана нами за рекомендаціями ВООЗ, згідно яких саме в ній можливо оцінити поширеність та інтенсивність карієсу, захворюваність пародонтупостійних зубів. Всі отримані нами дані вносилися в медичну картку стоматологічного хворого (ф. 043/о) та в сформовану карту епідеміологічного дослідження (за рекомендаціями ВООЗ) (Додаток А 1).

Для оцінки стану зубів і пародонту приймаються наступні показники ВООЗ [141]:

1. розповсюдженість карієсу;
2. інтенсивність карієсу за індексами;
3. стан пародонту;
4. розповсюдженість некаріозних уражень емалі;
5. рівень стоматологічної допомоги населенню (РСД).

Розповсюдженість карієсу - показник, який визначається відношенням кількості людей, які мають карієс до загальної кількості обстежених (у відсотках).

Критерії оцінки:

- 0 – 30% - низька розповсюдженість карієсу;
- 31 – 80% - середня розповсюдженість карієсу;
- 81 – 100% - висока розповсюдженість карієсу.

Інтенсивність карієсу характеризується ступенем ураження зубів карієсом і визначається середнім значенням індексів зубів порожнини і поверхні.

З метою оцінки інтенсивності карієсу комітет експертів ВООЗ з стоматології ще в 1962 р. запропонував для дорослих використовувати індекс КПВ, де К – каріозні зуби, П – пломбовані, В – видалені. Щоб полегшити

порівняльну оцінку захворюваності карієсом в різних контингентах світу в 1980р. ВООЗ запропонувала наступні рівні оцінки інтенсивності карієсу зубів за індексом КПВ у дорослих у віці 35-44 роки:

- 0 – 1,5 - дуже низька інтенсивність;
- 1,6 – 6,2 – низька;
  
- 6,3 – 12,7 – середня;
- 12,8 – 16,2 – висока;
- 16,3 і більше - дуже висока.

Для оцінки стану пародонту використовували комплексний пародонтальний індекс (КПІ), який дозволяє визначити розповсюдженість і інтенсивність ознак ураження пародонту, кровоточивість ясен, наявність патологічних кишень, наявність зубних відкладень, рухливість зубів. Оцінка станів тканин пародонту проводилася гудзиком зондом в області 6-ти або 10-ти індексних зубів. У віці старше за 15 років це наступні зуби - 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47.

В залежності від наявності ознак ураження кожного зуба розраховується сума балів з наступною оцінкою отриманих балів:

- 0 балів – немає зубного нальоту, кровоточивості та ін.;
- 1 бал – виявляється зубний наліт в області даного зуба;
- 2 бали – з'являється кровоточивість;
- 3 бали – наявність зубного каменю;
- 4 бали – наявність патологічної кишені;
- 5 балів – рухливість зубів.



При наявності у 1-го зубка кількох ознак, беруть ту ознаку, яка має більше балів. Для розрахунку КПІ необхідно отриману суму балів розділити на кількість обстежених зубів. Для дорослого населення, яке є контингентом нашого дослідження це 10 зубів (див. вище).

Критерії оцінки КПІ:

- 0,1 – 1 - ризик захворювання;
- 1,1 – 2,0 - легка ступінь ураження;
- 2,1 – 3,5 - середня ступінь ураження;
- 3,6 – 5,0 - тяжка ступінь ураження.

Поряд з цим для оцінки стоматологічного статусу розраховували поширеність ураження пародонту. Методика розрахунку: в кожній групі обстежуваних визначається кількість осіб, у яких дана ознака була найгіршою, та співвідноситься на кількість обстежених (у відсотках).

Рівень стоматологічної допомоги (РСД), який відображає якість стоматологічної допомоги:

$$\text{РСД} = 100\% - (100 * (\text{К} + \text{А}) / (\text{КПВ})), \text{ де}$$

КПВ – середня інтенсивність карієсу зубів в обстежуваній групі;

К – середня кількість зубів уражених карієсом і пломбзречидивним карієсом;

А – середня кількість видалених зубів, що не відновлені протезом.

Критерії оцінки індексу РСД:

- 0-9 % - поганий рівень стоматологічної допомоги;
- 10-49% - недостатній рівень стоматологічної допомоги;
- 50-74% - задовільний рівень стоматологічної допомоги;
- 75% і більше - достатній рівень стоматологічної допомоги.

Поряд із оцінкою стану зубів и пародонту нами було проведено оцінку стану гігієни порожнини рота за допомогою індексу Грін-Вермільйона [175]. Для цього необхідно було дослідити щічну поверхню 16 та 26 зубів, губну

поверхню 11 та 31 зубів, язикову поверхню 36 та 46 зубів. В залежності від наявності зубного нальоту на зубі використовувався наступний розподіл балів:

- 0 балів – відсутність нальоту на зубі;
- 1 бал – зубний наліт покриває не більше 1/3 поверхні зуба;
- 2 бали - зубний наліт покриває більше 1/3, але не більше 2/3 поверхні зуба;
- 3 бали - зубний наліт покриває більше 2/3 поверхні зуба.

Для обчислення індексу Грін-Вермільйона необхідно отриману суму балів поділити на кількість обстежених зубів.

Критерії оцінки індексу Грін-Вермільйона:

- 0-0,6 – добра гігієна порожнини рота;
- 0,7-1,6 – задовільна гігієна порожнини рота;
- 1,7-2,5 – незадовільна гігієна порожнини рота;
- 2,6 та більше – погана гігієна порожнини рота.

Кількісні ознаки стану гігієни порожнини рота (індекс Грін-Вермільйона) в зв'язку з неправильним видом розподілу представлені у вигляді Me(25-75 ‰) - (медіана, 25 і 75 перцентиль)

Перевірка гіпотези дослідження про вплив соціально-економічних, деяких медико-організаційних факторів та гігієнічних чинників на стан стоматологічний статус населення працездатного віку вимагало, як це передбачалось його програмою, вивчення способу життя, гігієнічних навичок щодо догляду за ротовою порожниною та ін. З метою аналізу даних чинників була розроблена спеціальна анкета, куди зводилися всі дані про стоматологічного хворого, яка включала в себе наступні блоки: критерії соціального благополуччя (освіта, рівень доходу на одного члена сім'ї, соціальний стан на момент обстеження, та ін.), ретельна увага приділялася особистій гігієні порожнини рота та використанню різних гігієнічних засобів.

Нами за умови інформованої згоди проведено анкетування 369 осіб у віці 35-44 роки(додаток А.2).Результати вносилися в спеціально створену

базу даних, формування зведених таблиць проводилося за допомогою програми MS Excel. При обробці отриманого матеріалу розраховувалась частота поширення чинників на 100 опитаних в цілому та статевих групах.

Обробка отриманих даних потребувала формування комп'ютерної бази даних на основі Microsoft Excel, де результати дослідження групувались за статтю (чоловіки, жінки). Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась шляхом розрахунку частоти поширення чинників на 100 опитаних та похибки ( $\pm m$ ). Оцінка достовірності різниці отриманих даних в різних групах спостереження та перевірка нульової гіпотези здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності  $\chi^2$ -квадрат ( $\chi^2$ ).

Для аналізу причин звернень населення працездатного віку до лікаря стоматолога-терапевта комунальної установи державної форми власності, які звернулися за медичною допомогою в стоматологічний кабінет КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради, відібрано 202 медичні карти стоматологічного хворого (ф. № 043/о) мешканців м. Запоріжжя (122 жінки у віці 18-55 років, 80 чоловіків у віці 18-60 років). Респонденти були розподілені на вікові групи: серед 80 чоловіків у віці 18-25 років - 21 особа, 26-45 років - 38 осіб, 46-60 років-21 особа; жінок віком 18-25 років було 32 особи, 26-45 років - 63 особи, 46-55 років 27 осіб.

Серед причин звернень до стоматолога виділялися наступні: профілактичний огляд, гострий біль, дефект пломби, косметичний дефект, санація порожнини рота перед хірургічним, ортопедичним і іншими лікуваннями.

Головним завданням четвертого етапу дослідження стало вивчення впливу організації профілактичної роботи лікарями стоматологами на гігієнічну грамотність населення працездатного віку про догляд за гігієною порожнини рота та спосіб життя на підставі вивчення нормативно-правової бази, проведення аналізу кадрового забезпечення та соціологічного опитування лікарів-стоматологів, що надають медичну допомогу в стоматологічних закладах різних форм власності. Показники забезпеченості

населення медичними кадрами отримані із статистично-довідкових матеріалів та даних інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Запорізької обласної ради.

З метою оцінки організації роботи стоматологічної служби нами за допомогою анкет закритого типу (додаток А.3) проведено соціологічне опитування 121 лікаря стоматолога терапевта, які працюють в закладах охорони здоров'я м. Запоріжжя різних форм власності, де надається

стоматологічна допомога. Розроблені нами анкети отримали погодження комісії з питань біоетики при Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України (протокол № 8 від 26 листопада 2015 р.).

Узагальнені результати попередніх етапів дослідження дали змогу науково обґрунтувати функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку.

Для оцінки ефективності запропонованої моделі було проведено експертну оцінку, яка здійснювалась шляхом опитування 17 осіб, що виступили експертами: за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» (10 викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України); «Стоматологія» (7 викладачів). Висновки 17 експертів (додаток А.4) дозволили оцінити напрацювання, вибрати відповідні критерії оцінки ефективності моделі.

Таким чином, запропонована програма дослідження та її методичний апарат дозволили отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання на кожному з етапів, отримати достовірні результати, покладені в основу наукового обґрунтування функціональної моделі профілактики поширених захворювань порожнини рота населення працездатного віку.

### РОЗДІЛ 3

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Оцінка епідеміології основних стоматологічних захворювань серед населення проводиться на підставі вивчення двох основних показників – поширеність стоматологічних захворювань та інтенсивність ураження ними. В стоматології поширеність захворювань є інтенсивним показником, а інтенсивність ураження захворюваннями характеризується за допомогою специфічних індексів, які відповідають різній патології.

За даними нашого дослідження поширеність карієсу серед населення працездатного віку м. Запоріжжя становить 100%; інтенсивність карієсу (індекс КПВ) – 16,7, яка за даними ВООЗ (шкала див. розділ 2) відповідає дуже високому рівню. Гендерні відмінності інтенсивності карієсу та його компонентів серед населення працездатного віку наведено в табл. 3.1. Гендерних відмінностей не встановлено.

*Таблиця 3.1*

### Гендерні відмінності інтенсивності карієсу та його компонентів серед населення працездатного віку

Група спостереження		Індекс КПВ	Компонент К Ме (25%; 75%)	Компонент П Ме (25%; 75%)	Компонент В Ме (25%; 75%)
1	Всі разом	16,7±5,69	5,99 (3,0; 9,0)	6,57 (3,0; 10,0)	4,32 (1,0; 7,0)

2	Чоловіки	16,5±5,89	6,54 (3,0; 10,0)	6,02 (3,0; 9,0)	4,23 (1,0; 6,0)
3	Жінки	16,65±5,91	5,4 (2,0; 8,0)	6,97 (3,0; 11,0)	4,35 (1,0; 7,0)
p <sub>2-3</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: компонент К складає 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В- 4,32 (1,0; 7,0). Встановлено не достовірні гендерні

відмінності: у чоловіків переважає компонент К - 6,54 (3,0; 10,0), а у жінок –П - 6,97 (3,0; 11,0) (p>0,05). При проведенні кореляційного аналізу нами встановлені наступні асоціативні зв'язки між індексом КПВ та його компонентами: КПВ та компонентом К (r=+0,25, p<0,05), КПВ та компонентом П (r=+0,37, p<0,05), КПВ та компонентом В (r=+0,51, p<0,05), що свідчить про найвищий вклад видалених зубів внаслідок карієсу в індекс КПВ.

При аналізі індексу КПВ в залежності від рівня його виразності, дані якого наведено в табл. 3.2, встановлено, що у переважної більшості населення працездатного віку спостерігається дуже високий рівень - 55,46±4,56%, тобто середнє значення індексу каріозних вражень, пломбованих каріозних порожнин та видалених зубів внаслідок карієсу відповідає 16,3 та вище.

*Таблиця 3.2*

**Гендерні відмінності рівня інтенсивності карієсу серед населення працездатного віку, (% на 100 обстежених)**

Група спостереження		Низький	Середній	Високий	Дуже високий
1	Всі разом	3,36±1,65	18,49±3,56	21,01±3,73	55,46±4,56
2	Чоловіки	3,51±2,44	19,30±5,23	21,05±5,40	56,14±6,57
3	Жінки	3,23±2,24	17,74±4,85	20,97±5,17	54,84±6,32
p <sub>2-3</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

У кожного п'ятого ( $21,01 \pm 3,73\%$ ) рівень інтенсивності карієсу відповідає високому (індекс КПВ – 12,8-16,2). Середній рівень інтенсивності карієсу (індекс КПВ – 6,3-12,7) встановлено у  $18,49 \pm 3,56\%$  оглянутих і лише тільки у  $3,36 \pm 1,65\%$  населення працездатного віку спостерігається низький рівень інтенсивності карієсу, що свідчить про високу враженість карієсом, низьку ефективність лікування та недостатній рівень профілактичної роботи.

Підтвердженням низької ефективності лікування та недостатнього рівня

профілактичної роботи є наявність асоціативного зв'язку між компонентом К та компонентом П індексу КПВ ( $r = -0,41$ ,  $p < 0,05$ ).

На поширеність карієсу істотно впливає вік пацієнтів. Перш за все слід підкреслити, що зі збільшенням віку знижується поширеність як неускладненого карієсу, так і пульпіту. Поширеність неускладненого карієсу серед вікової групи молодше 25 років становила 90 %, то в віці 46-60 років - 50%. Аналогічна тенденція встановлена і при аналізі поширеності пульпіту. Максимальний рівень поширеності пульпіту виявлено серед двох вікових груп пацієнтів: особи 25-29 років (37,9%) та 30-34 роки (37,5%). Мінімальний рівень даного показника встановлено в групах старших вікових категорій: 50-54 років – 7,1%; 55-59 років - 3,3%.

Така форма ускладненого карієсу, як пульпіт, була виявлена у 22,8 % стоматологічних пацієнтів. Причому середня кількість зубів з пульпітом в розрахунку на одного пацієнта склало  $0,24 \pm 0,05$  зуба, в тому числі  $0,19 \pm 0,06$  у чоловіків і  $0,35 \pm 0,1$  у жінок. У віці 35-39 років у представників обох статей відзначається максимальне значення середнього числа зубів, уражених пульпітом (0,55 у чоловіків і 0,33 у жінок), а у віковій групі 40-44 роки як у чоловіків, так і у жінок фіксується найменше значення даного показника. Причиною зниження поширеності карієсу у старшої вікової групи, вірогідно, є те, що зі збільшенням віку збільшується частка пацієнтів, що мають видалені зуби.

Ще більш важкою нозологічною формою ускладненого карієсу є періодонтит. Нами встановлено, що 21,4 % пацієнтів страждають на хронічний періодонтит і 0,9 % - на гострий періодонтит. Самостійні звернення з приводу хронічного періодонтиту в стадії ремісії практично не зустрічаються в стоматологічній практиці, а саме він переважно домінує, протікаючи безсимптомно. Тому виявлення зубів з хронічним періодонтитом поза загостренням трапляється в основному при проведенні планової санації або при самостійному зверненні пацієнта до лікаря стоматолога з метою лікування інших зубів. Незважаючи на досить високу поширеність періодонтиту, в розрахунку на одного пацієнта середнє число зубів з періодонтитом склало  $0,32 \pm 0,07$ , причому у чоловіків середня кількість таких зубів виявилася вищою, ніж у жінок (відповідно  $0,42 \pm 0,09$  проти  $0,11 \pm 0,05$ ).

Інша картина отримана при аналізі поширеності періодонтиту. З віком цей показник збільшується, досягаючи 33,3% серед осіб 45-49 років, потім відбувається зниження у віці до 60 років. Особливу увагу необхідно звернути на те, що у чоловіків у молодому віці вже спостерігається висока поширеність періодонтиту: у 31,3 % пацієнтів чоловічої статі віком до 40 років є зуби з періодонтитом. Дана обставина вказує на недостатній рівень профілактичної роботи з попередження основних стоматологічних захворювань серед чоловіків.

Одним із важливих показників є стан гігієни порожнини рота, яку оцінювали за допомогою стандартного індексу Грін-Вермільйона, показник якого в досліджуваній нами когорті становив  $1,60 \pm 0,55$ , що відповідає задовільному, але на межі з незадовільним (табл. 3.3). При вивченні гендерних відмінностей показано, що стан гігієни ротової порожнини чоловіків був недостатнім (індекс Грін-Вермільйона -  $1,73 \pm 0,58$ ), а у жінок наближався до задовільного (індекс Грін-Вермільйона -  $1,49 \pm 0,49$ ), що в середньому відповідало вищенаведеному показнику.

*Таблиця 3.3*

### **Гендерні відмінності індексу Грін-Вермільйона**



Індекс Грін - Вермільйона	Всі разом Me (25;75)	Чоловіки Me (25;75)	Жінки Me (25;75)	P <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Показник	1,60 (1,0; 2,0)	1,73 (1,0; 2,0)	1,49 (1,0; 2,0)	>0,05

Дана ситуація викликала зацікавленість, тому нами було досліджено структуру рівня гігієни порожнини рота як серед населення працездатного віку, так і в залежності від статі. Нами встановлено, що дійсно у половини населення працездатного віку (52,1±4,58%) стан гігієни ротової порожнини відповідає задовільному і значення індексу Грін-Вермільйона знаходиться в межах 0,7-1,69 (табл. 3.4). Спостерігаються гендерні відмінності щодо задовільного стану порожнини рота, який достовірно майже в 2 рази частіше виявлено у жінок 66,1±6,01% проти 36,8±6,39% чоловіків (p<0,01). Як наслідок, недостатній стан гігієни порожнини рота (значення індексу Грін-Вермільйона в межах 1,7-2,59) достовірно частіше виявлявся у чоловіків (52,6±6,61%) проти жінок - 30,65±5,85% (p<0,05).

Таблиця 3.4

**Гендерні відмінності стану гігієни порожнини рота (% на 100 обстежених)**

Група спостереження		Гарний (0 – 0,69)	Задовільний (0,7 – 1,69)	Недостатній (1,7 – 2,59)	Поганій (2,6 та вище)
1	Всі разом	2,52±1,44	52,10±4,58	41,18±4,51	4,20±1,84
2	Чоловіки	3,51±2,44	36,84±6,39	52,63±6,61	7,02±3,38
3	Жінки	1,61±1,60	66,13±6,01	30,65±5,85	1,61±1,60
P <sub>2-3</sub>		>0,05	<0,01	<0,05	>0,05

Поряд з цим з віком простежувалася тенденція до погіршення стану пародонту від легкого ступеня ураження у віковій групі 18-34 років (КПІ - 1,69±0,48 балів) до важкого (3,89±0,34 балів) у віці 45-60 років, в основній (35-44 роки) групі - 2,81±0,51 балів (середній ступінь ураження). Крім оцінки інтенсивності та розповсюдженості карієсу, наступним показником для оцінки

стану зубів та пародонту, стало вивчення розповсюдженості некаріозних уражень зубів [124]. Майже у кожного з обстежених встановлено наявність карієсу - 100% (дивись табл. 3.5). У  $1,68 \pm 1,18\%$  виявлено стоматит, який спостерігався лише у чоловіків -  $3,51 \pm 2,44\%$ ; а у кожного 10 незалежно від статі спостерігається хейліт -  $10,08 \pm 2,76\%$ . Вірогідної різниці між чоловіками та жінками за поширеністю хейліту не встановлено. Переважна локалізація ураження слизової оболонки порожнини рота: червона кайма губ -  $53,33 \pm 12,88\%$  та губи -  $40,0 \pm 12,65\%$ , у  $6,67 \pm 6,44\%$  - слизова оболонка щік.

Майже у всіх обстежених виявлено некаріозне ураження зубів:  $44,54 \pm 4,56\%$  мали патологічну стертість зубів,  $25,21 \pm 3,98\%$  - клиноподібний дефект,  $11,76 \pm 2,95\%$  - ерозію емалі та  $10,08 \pm 2,76\%$  - гіпоплазію. Флюорозу не було виявлено ні в одного пацієнта. Поряд з цим половина обстеженого населення працездатного віку має проблеми із станом пародонту:  $37,82 \pm 4,45\%$  має локалізований гінгівіт,  $8,40 \pm 2,54\%$  - генералізований гінгівіт;  $5,88 \pm 2,16\%$  - пародонтит локалізований;  $17,65 \pm 3,49\%$  - пародонтит генералізований, пародонтозу не було виявлено ні одного випадку. При аналізі стану стоматологічного здоров'я гендерних відмінностей не встановлено. Таким чином,  $78,13 \pm 5,17\%$  обстежених потребують лікування у лікаря-пародонтолога.

Таблиця 3.5

**Стан пародонту та розповсюдженості некаріозних уражень емалі,  
(% на 100 обстежених)**

Група спостереження	Всі разом ( $\text{П} \pm m$ )	Чоловіки ( $\text{П} \pm m$ )	Жінки ( $\text{П} \pm m$ )	$p_{3-4}$
1	2	3	4	5
Стоматит	$1,68 \pm 1,18$	$3,51 \pm 2,44$	0,0	$<0,05$
Хейліт	$10,08 \pm 2,76$	$10,53 \pm 4,06$	$9,68 \pm 3,75$	$>0,05$
Карієс	100	$91,23 \pm 3,75$	$95,16 \pm 2,73$	$>0,05$

Гіпоплазія	10,08±2,76	12,28±4,35	8,06±3,46	>0,05
Ерозія емалі	11,76±2,95	17,54±5,04	6,45±3,12	>0,05
Клиноподібний дефект	25,21±3,98	26,32±5,83	24,19±5,44	>0,05
Підвищене стирання зубів	44,54±4,56	45,61±6,60	43,55±6,30	>0,05
Гінгівіт (локалізований)	37,82±4,45	33,33±6,24	41,94±6,27	>0,05
Гінгівіт (генералізований)	8,40±2,54	10,53±4,06	6,45±3,12	>0,05
Пародонтит (локалізований)	5,88±2,16	5,26±2,96	6,45±3,12	>0,05
Пародонтит(генералізований)	17,65±3,49	24,56±5,70	11,29±4,02	>0,05

Стоматологічної ж допомоги потребувало 100% обстежених. 34,31±4,06% необхідно було встановити пломбу на одній поверхні, 27,01±3,79% - на двох поверхнях; 10,95±2,67% - заміна неякісної пломби; 13,87±2,95% - ендодонтичне лікування пульпіту чи періодонтиту, останні в інших видах допомоги.

При аналізі ортопедичного статусу населення працездатного віку встановлено, що лише 60,50±4,48% не має ортопедичних конструкцій не залежно від статі, а 83,19±3,43% даної вікової групи потребують ортопедичного лікування, що викликає значне занепокоєння. Дані щодо оцінки ортопедичного статусу наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Гендерні відмінності ортопедичного статусу населення працездатного віку (% на 100 обстежених)**

Група спостереження		Немають ортопедичних конструкцій	Наявні ортопедичні конструкції	Не потребують лікування	Потребують Лікування
1	Всі разом	60,50 ±4,48	39,50±4,48	16,81±3,43	83,19±3,43
2	Чоловіки	59,65±6,50	40,35±6,50	17,54±5,04	82,46±5,04
3	Жінки	61,29±6,19	38,71±6,19	16,03±4,67	83,87±4,67
P <sub>2-3</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Як видно лише  $16,81 \pm 3,43\%$  оглянутих серед населення працездатного віку не потребує ортопедичної допомоги у лікаря стоматолога ортопеда. Гендерних відмінностей при оцінці ортопедичного статусу не встановлено.

Наступним завданням комплексної оцінки стоматологічного статусу населення працездатного стало дослідження ортодонтичного статусу, дані якого наведено в табл. 3.7.

Показано, що значно краща ситуація з ортодонтичним статусом населення працездатного віку -  $74,79 \pm 3,98\%$  не потребує лікування, але

кожен 4 ( $24,37 \pm 3,94\%$ ) навіть в працездатному віці потребує лікування у даного фахівця (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.7

**Гендерні відмінності ортодонтичного статусу населення працездатного віку (% на 100 обстежених)**

Група спостереження		Не потребують лікування (ІІ±m)	Проводиться лікування (ІІ±m)	Потребують лікування (ІІ±m)
1	Всі разом	$74,79 \pm 3,98$	0,0	$24,37 \pm 3,94$
2	Чоловіки	$71,93 \pm 5,95$	0,0	$28,07 \pm 5,95$
3	Жінки	$77,42 \pm 5,31$	0,0	$20,97 \pm 5,17$
p 2-3		>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця 3.8

**Потребують лікування фахівцями стоматологічного профілю (% на 100 обстежених)**

Лікар-стоматолог	Всі разом (ІІ±m)	Чоловіки (ІІ±m)	Жінки (ІІ±m)	P <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5

Терапевт	95,80±1,84	94,74±2,96	96,77±2,24	>0,05
Ортопед	90,76±2,66	85,96±4,60	95,16±2,73	>0,05
Гігієніст	73,11±4,06	82,46±5,04	64,52±6,08	<0,05
Хірург	45,38±4,56	47,37±6,61	43,55±6,30	>0,05
Пародонтолог	41,18±4,51	50,88±6,62	32,26±5,94	<0,05
Ортодонт	25,21±3,98	26,32±5,83	24,19±5,44	>0,05

Найчастіше населення працездатного віку потребує стоматологічної допомоги у лікаря-стоматолога терапевта - 95,80±1,84% та ортопеда - 90,76±2,66%. Отримані дані співпадають з розповсюдженістю карієсу та структурою індексу КПВ, де привалюють компоненти К та В, між якими нами встановлено асоціативний взаємозв'язок. Гендерних відмінностей щодо нужденності стоматологічної допомоги вищезазначених фахівців не встановлено. Переважна більшість населення працездатного віку потребує й стоматологічної допомоги лікаря-стоматолога гігієніста - 73,11±4,06%, серед яких достовірно більше чоловіків - 82,46±5,04% проти 64,52±6,08% - жінок ( $p<0,05$ ), що співпадає з раніше наведеними даними щодо гігієни порожнини рота. Аналогічні гендерні відмінності встановлено і у потребі пародонтолога: 50,88±6,62% чоловіків проти 32,26±5,94% - жінок ( $p<0,05$ ).

З метою оцінки якості надання стоматологічної допомоги було розраховано і проведено аналіз РСД, який також входить до показників, рекомендованих ВООЗ, для оцінки стану зубів і пародонту (дивись розділ 2).

Нами встановлено, що РСД населенню працездатного віку вікової категорії 35-44 роки (обстеження даної вікової категорії згідно рекомендацій ВООЗ) є недостатнім - 38,5 (20;59) через чоловіків - 30,1 (20;46,7), який достовірно нижчий проти жінок - 50,9 (21,1;63,4) ( $p<0,01$ ). Дані наведено в таблиці 3.9.

**Рівень стоматологічної допомоги в обстежених групах, (Me (25;75))**

Вік обстежених	РСД			
	Всі разом	Чоловіки	Жінки	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
18-34 роки	42,9 (20,5; 60,0)	33,3 (2,8;53,9)	50,0 (30,5;71,8)	<0,05
35-44 роки	38,5 (20;59)	30,1 (20;46,7)	50,9 (21,1;63,4)	<0,01
45-60 років	46,3 (27,8; 66,7)	40,0 (25,0;60,0)	51,1 (33,3;70,97)	>0,05

Аналогічна ситуація склалася і серед населення вікової категорії 18-34 роки, де в середньому переважає недостатній РСД з гендерними відмінностями. Серед чоловіків достовірно переважає недостатній - 33,3(2,8;53,9) проти задовільного - 50,0 (30,5;71,8) у жінок (p<0,05). Але з віком гендерні відмінності нівелюються. Так у групі 45-60 років різниця за РСД між чоловіками та жінками – недостовірна. РСД не зважаючи на його зростання залишається недостатнім на межі з задовільним.

Для більше ретельного аналізу РСД нами проведено його аналіз в залежності від віку та статі. Дані щодо структури РСД населенню м. Запоріжжя в залежності від віку наведено в табл. 3.10-3.12.

Таблиця 3.10

**Структура рівня стоматологічної допомоги в групі вікової категорії 18-34 роки**

Група спостереження 18-34 роки	РСД			
	Поганий (0-9 %)	Недостатній (10-49%)	Задовільний (50-74%)	Добрий (75-100%)
1 Всі разом	18,5±3,16	38,4±3,96	27,8±3,65	15,2±2,92
2 Чоловіки	30,6±3,43	37,5±5,71	26,4±5,19	5,6±2,7
3 Жінки	7,6±2,98	39,2±5,49	29,1±5,11	24,1±4,81
p <sub>2-3</sub>	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Як видно з даних, наведених в табл. 3.10, у  $38,4 \pm 3,96\%$  населення 18-34 років РСД недостатній, у  $27,8 \pm 3,65\%$  - задовільний. Гендерних відмінностей за даними РСД не встановлено.

Поганий РСД у вищезазначеної категорії населення формувався за рахунок чоловічої статі, у яких він сягав  $30,6 \pm 3,43\%$ , що достовірно вище у порівнянні з жінками -  $7,6 \pm 2,98\%$  ( $p < 0,05$ ). Протилежна ситуація щодо доброго РСД, який був достовірно вищий у жінок. Таким чином, жінки 18-34 років більше уваги приділяють стоматологічному статусу та відвідують лікаря-стоматолога.

Таблиця 3.11

**Структура рівня стоматологічної допомоги  
в групі вікової категорії 35-44 роки**

Група спостереження 35-44 роки		РСД			
		Поганий (0-9 %)	Недостатній (10-49%)	Задовільний (50-74%)	Добрий (75-100%)
1	Всі разом	$11,4 \pm 2,39$	$54,6 \pm 3,75$	$31,3 \pm 3,49$	$8,5 \pm 2,10$
2	Чоловіки	$10,7 \pm 2,92$	$53,6 \pm 4,71$	$16,96 \pm 3,55$	$18,8 \pm 3,69$
3	Жінки	$8,8 \pm 2,97$	$38,5 \pm 5,1$	$43,96 \pm 5,2$	$8,8 \pm 2,97$
p 2-3		$>0,05$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$

Населення 35-44 років, особливо чоловічої статі ще гірше ставиться до стану свого стоматологічного статусу, як наслідок достовірно зростає питома вага з недостатнім РСД до  $54,6 \pm 3,75\%$  проти  $38,4 \pm 3,96\%$  - 18-34 роки ( $p < 0,05$ ). З віком гендерних відмінностей не встановлено.

Таблиця 3.12

**Структура рівня стоматологічної допомоги  
в групі вікової категорії 45-60 років**

Група	РСД
-------	-----

спостереження 45-60 років		Поганий (0-9 %)	Недостатній (10-49%)	Задовільний (50-74%)	Добрий (75-100%)
1	Всі разом	6,1±2,25	48,3±4,68	26,3±4,12	19,3±3,7
2	Чоловіки	7,1±3,44	55,4±6,64	19,6±5,31	17,9±5,12
3	Жінки	5,2±2,91	41,4±6,47	32,8±6,16	20,7±5,32
p <sub>2-3</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таким чином, проведене епідеміологічне дослідження стоматологічного статусу населення працездатного віку м. Запоріжжя встановило високий рівень інтенсивності та поширеності карієсу, майже незадовільний стан гігієни порожнини рота та недостатній рівень стоматологічної допомоги.

Висновки до розділу 3.

1. За даними епідеміологічного дослідження встановлено, що поширеність карієсу серед населення працездатного віку м. Запоріжжя становить 100%; інтенсивність карієсу - 16,7, яка за даними ВООЗ відповідає дуже високому рівню, безгендерних відмінностей.
2. Показано, що структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: компонент К складає 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В - 4,32 (1,0; 7,0). Дуже високий рівень інтенсивності карієсу виявлено у 55,46±4,56% обстежених, а підтвердженням низької ефективності лікування та недостатнього рівня профілактичної роботи є наявність асоціативного зв'язку між компонентом К та компонентом П індексу КПВ ( $r=-0,41$ ,  $p<0,05$ ).
3. Доведено, що стан гігієни порожнини рота відповідав задовільному (індекс Грин-Вермільйона- 1,60±0,55), але на межі з незадовільним. Задовільний стан порожнини рота достовірно частіше майже в 2 рази спостерігався у жінок 66,1±6,01% проти 36,8±6,39% чоловіків ( $p<0,01$ ).



4. Виявлено і значну розповсюдженість некаріозних уражень зубів, особливо підвищене стирання зубів ( $44,54 \pm 4,56\%$ ), локалізований гінгівіт ( $37,82 \pm 4,45\%$ ), клиновидний дефект ( $25,21 \pm 3,98\%$ ), генералізований пародонтит ( $17,65 \pm 3,49\%$ ). Як наслідок, недостатній рівень стоматологічної допомоги.

За матеріалами, які викладені в даному розділі, опубліковано:

1. Смірнова І.В. Аналіз причин звертальності за стоматологічною допомогою населення працездатного віку / В.І. Клименко, І. В. Смірнова, Т.Р. Любомирська // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. - № 4. – С. 223-227. [233].
2. Смірнова І.В. Стан стоматологічного здоров'я населення залежно від соціального статусу та задоволеності медичною допомогою / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Т.67, №2. – С. 199-201. [236].
3. І.В. Смірнова Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с. [243].

## **РОЗДІЛ 4**

### **ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ НА СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЗРОСТАННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ**

В ході аналізу наукової літератури (дивись розділ 1) встановлено, що здоров'я об'єкту управління залежить від численних екзогенних чинників, корекція яких лежить в межах компетенції державних, громадських, освітніх, медичних, соціальних та інших інституцій суспільства, а також поведінки особистості. Основою стану стоматологічного здоров'я є рівень гігієни порожнини рота, рівень якого залежить від різних екзогенних чинників. Тому нами велика увага при створенні анкети приділялася саме цьому блоку питань.

**Освіта** є ключовим елементом забезпечення сталого розвитку людського потенціалу. Різними науковими дослідженнями доведено, що від рівня освіти залежить спосіб життя особистості та його гігієнічні навички. Як

наведено в даних табл. 4.1 серед населення працездатного віку, що залучено до нашого дослідження, переважають особи з вищою ( $47,06 \pm 4,58\%$ ) та середньою спеціальною освітою ( $28,57 \pm 4,14\%$ ) і лише  $15,13 \pm 3,28\%$  мали середню освіту. Гендерних відмінностей за рівнем освіти не встановлено.

Таблиця 4.1

**Гендерні відмінності населення працездатного віку за рівнем освіти  
(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Середня	Середня спеціальна	Незакінчена вища	Вища
1	Чоловіки (ІІ± m)	$14,04 \pm 4,60$	$24,56 \pm 5,70$	$8,77 \pm 3,75$	$52,63 \pm 6,61$
2	Жінки (ІІ± m)	$16,13 \pm 4,27$	$32,26 \pm 5,94$	$9,68 \pm 3,75$	$41,94 \pm 6,27$
3	Всі разом (ІІ± m)	$15,13 \pm 3,28$	$28,57 \pm 4,14$	$9,24 \pm 2,66$	$47,06 \pm 4,58$
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Нами встановлено, що на стан гігієни порожнини рота впливає рівень освіти, але не достовірно (ВШ=1,88, 95% ДІ: 0,68-5,22;  $p > 0,05$ ).

Як видно з даних, наведених в табл. 4.2, не зважаючи на те, що більша частка досліджених мала вищу освіту, за видом своєї діяльності переважають кваліфіковані робітники  $32,77 \pm 4,30\%$ , що свідчить про роботу не за фахом та не по спеціальності, а інколи, можна припустити це пов'язано із більше високим рівнем заробітної плати серед кваліфікованих робітників.

Таблиця 4.2

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за видом діяльності (% на 100 опитаних)**

Вид діяльності	Всі разом (ІІ± m)	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Некваліфіковані працівники	$6,72 \pm 2,30$	$10,53 \pm 4,06$	$3,23 \pm 2,24$	>0,05

Кваліфіковані працівники	32,77±4,30	26,32±5,83	38,71±6,19	>0,05
Держслужбовці	9,24±2,66	12,28±4,35	6,45±3,12	>0,05
Бюджетники	21,01±3,73	21,05±5,40	20,37±5,17	>0,05
Підприємці	10,92±2,86	15,49±4,83	6,45±3,12	>0,05
Домогосподарці	8,40±2,54	0	16,13±4,67	<0,01
Пенсіонери за вислугою років	2,52±1,44	3,51±2,44	1,61±1,60	>0,05
Пенсіонери за інвалідністю	1,68±1,18	14,04±4,60	1,61±1,60	<0,05
Безробітні	6,72±2,30	1,75±1,74	4,84±2,73	>0,05

Робота некваліфікованим чи кваліфікованим робітником, або безробіття в 2,3 рази збільшує шанси незадовільної гігієни порожнини рота (ВШ=2,28, 95%ДІ: 1,09-4,8;  $p<0,05$ ).

Кожен п'ятий з досліджених працює у бюджетній сфері (21,01±3,73%). Встановлено гендерні відмінності за видом діяльності: так серед жінок достовірно частіше 16,13±4,67% ( $p<0,01$ ) спостерігається категорія, яка взагалі не працює та знаходиться на утриманні, вважаючи себе домогосподаркою та дозволяючи собі стоматологічні услуги, проти чоловіків, серед яких дана категорія не виявлена. Серед чоловіків працездатного віку достовірно частіше зустрічаються пенсіонери за інвалідністю 14,04±4,60% проти 1,61±1,60% - серед жінок ( $p<0,05$ ). За іншими видами роботи достовірної різниці не встановлено.

В зв'язку з тим, що предметом нашого дослідження є здоров'я зубів та порожнини рота серед населення працездатного віку, а згідно з рекомендаціями ВООЗ епідеміологічне дослідження необхідно проводити у віці 35-44 років, то не дивно, що в загальному стажі трудової діяльності переважає стаж роботи 11-25 років: 11-15 років - 23,53±3,89%, 16-20 років -

31,93±4,21% та 21-25 років - 18,49±3,56%. Гендерних відмінностей за стажем роботи не встановлено (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за загальним стажем трудової діяльності (% на 100 опитаних):**

Стаж трудової діяльності	Всі разом (ІІ± m)	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
До 5 років	10,08±2,76	10,53±4,06	9,68±3,75	>0,05
6-10 років	16,81±3,43	19,30±5,23	14,52±4,47	>0,05
11-15 років	23,53±3,89	21,05±5,40	25,81±5,56	>0,05
16-20 років	31,93±4,21	35,09±6,32	29,03±5,76	>0,05
21-25 років	18,49±3,56	15,79±4,83	20,97±5,17	>0,05
Понад 26 років	0,0	0,0	0,0	>0,05

Відомо, що вагомим екзогенним чинником, що впливає як на здоров'я населення в цілому, так і, зокрема, на захворювання ротової порожнини є не тільки вид діяльності та рівень освіти, а й особливості трудової діяльності: умови праці, виробничі шкідливості тощо. Аналіз професійних маршрутів респондентів показав, що у даній вибірці найчастіше зустрічається емоційне напруження 37,82±4,45% та вимушене порушення праці та відпочинку у 21,85±3,79% опитаних. Майже в рівних долях спостерігаються фізичне навантаження - 17,63±3,49% та гіподинамія - 15,13±3,28% (табл. 4.4). Гендерних відмінностей за наведеними чинниками не встановлено. Отриманий результат співпадає з професійною зайнятістю опитаного населення.

Разом з тим, чоловіки достовірно частіше працюють в шкідливих умовах - 21,05±5,40% проти 11,61±1,60% у жінок (p<0,01), а серед жінок достовірно частіше поширена монотонна праця - 15,90±4,26% проти чоловіків - 5,26±2,96% (p<0,05).

Таблиця 4.4

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за професійними та санітарно-технічними умовами праці(% на 100 опитаних)**

Умови праці	Всі разом (ІП± m)	Чоловіки (ІП± m)	Жінки (ІП± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Емоційне напруження	37,82±4,45	42,11±6,54	33,87±6,01	>0,05
Вимушене порушення праці та відпочинку	21,85±3,79	24,56±5,70	19,35±5,02	>0,05
Монотонна праця	3,24±2,66	5,26±2,96	15,90±4,26	<0,05
Фізичні навантаження	17,63±3,49	22,81±5,56	12,9±4,26	>0,05
Гіподинамія	15,13±3,28	15,79±4,83	14,52±4,47	>0,05
Професійна шкідливість	10,92±2,86	21,05±5,40	11,61±1,60	<0,01
Підвищена відповідальність за результат	10,37±3,94	28,07±5,95	20,97±5,17	>0,05

Обслуговування пацієнтів в стоматологічних закладах на пряму пов'язано з рівнем їх доходів, тобто, чим вище рівень доходу на одного члена родини, тим вище і можливості піклування пацієнта про власне здоров'я.

Переважна більшість населення отримує рівень доходу на одного члена сім'ї на рівні прожиткового мінімуму (47,82±4,45%) чи вище (42,86±4,54%), але майже кожна п'ята людина отримує рівень доходу на одного члена сім'ї менше за прожитковий мінімум (19,33±3,62%), до якої можливо належать пенсіонери за вислугою років (2,52±1,44%), пенсіонери за інвалідністю (1,68±1,18%), безробітні (6,72±2,30%), некваліфіковані робітники (6,72±2,30%) та деяка частка зайнятих у бюджетній сфері. Дані про гендерні відмінності серед населення працездатного віку за рівнем доходу на одного члена сім'ї наведено в табл. 4.5.

Наявність доходу на рівні прожиткового мінімуму та нижче збільшує шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=1,20, 95% ДІ: 0,45-3,19;

$p < 0,05$ ) та зростання КПВ (ВШ=2,20, 95% ДІ: 0,78-6,22;  $p < 0,05$ ), але не достовірно.

Таблиця 4.5

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за рівнем доходу на одного члена сім'ї (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Нижче прожиткового мінімуму	Прожитковий мінімум	Вище прожиткового мінімуму
1	Всі (ІІ± m)	19,33±3,62	47,82±4,45	42,86±4,54
2	Чоловіки (ІІ± m)	14,04±4,60	36,84±6,39	49,12±6,62
3	Жінки (ІІ± m)	24,19±5,44	38,71±6,19	37,10±6,13
P <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05

Не менш важливим є оточення, в якому мешкає особистість: чоловік чи жінка, діти, батьки, постійний партнер. Такий рівень доходу можна пов'язати з тим, що опитане нами населення відноситься до працездатного віку, кожен з них працює та мешкає переважно у двох - 21,01±3,73% чи в трьох - 42,86±4,54%, а в 26,89±4,06% сім'я налічує чотири і більше членів родини, а 9,24±2,66% проживає поодинокі. Гендерних відмінностей за кількістю членів сім'ї не встановлено (дивись табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Гендерні відмінності населення працездатного віку за розміром родини (% на 100 опитаних)**

Група спостереження	Один	Два	Три	Чотири та більше
Всі (ІІ± m)	9,24±2,66	21,01±3,73	42,86±4,54	26,89±4,06
Чоловіки (ІІ± m)	10,53±4,06	17,54±5,04	36,84±6,39	35,09±6,32
Жінки (ІІ± m)	8,06±3,46	24,19±5,44	48,39±6,35	19,35±5,02
p <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Майже кожна друга родина населення працездатного віку м.Запоріжжя має лише одну дитину - 48,58±4,58%, у кожній третій родині — двоє дітей, а сімей з трьома і

більше дітьми лише  $3,36 \pm 1,65\%$ . Звертає на себе увагу достовірною розбіжність в залежності від статі в сім'ї з однією дитиною ( $64,52 \pm 6,08$  у жінок проти  $33,33 \pm 6,24$  у чоловіків), що є наслідком того що лише  $36,84 \pm 6,39\%$  чоловіків проживають в родині з 3 членів тоді як відсоток жінок становить  $48,39 \pm 6,35\%$ . Вивчення цього питання в залежності від статі засвідчило переважну поширеність відсутності дітей серед чоловіків працездатного віку (табл. 4.7), що є відносно позитивним чинником, який дозволить їм витратити кошти та вільний час на відвідування лікаря-стоматолога.

Таблиця 4.7

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за кількістю дітей в сім'ї (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Немає	Один	Два	Три і більше
1	Всі (ІІ± m)	$17,65 \pm 3,49$	$48,58 \pm 4,58$	$28,57 \pm 4,14$	$3,36 \pm 1,65$
2	Чоловіки (ІІ± m)	$24,56 \pm 5,70$	$33,33 \pm 6,24$	$36,84 \pm 6,39$	$5,26 \pm 2,96$
3	Жінки (ІІ± m)	$11,29 \pm 4,02$	$64,52 \pm 6,08$	$20,97 \pm 5,17$	$1,61 \pm 1,60$
P <sub>1-2</sub>		>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

Як відомо поширеніші чинники є більше впливовими, до них відносяться тютюнопаління та вживання спиртних напоїв. Як видно з даних, наведених в табл. 4.8, серед опитаного нами населення працездатного віку  $37,82 \pm 4,45\%$  палить. Встановлено, що достовірно частіше палять чоловіки -  $49,12 \pm 6,62\%$  проти  $27,42 \pm 5,67\%$  - жінок ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 4.8

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку затютюнопалінням (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Так	Ні
1	Всі (ІІ± m)	$37,82 \pm 4,45$	$62,18 \pm 4,45$
2	Чоловіки (ІІ± m)	$49,12 \pm 6,62$	$50,88 \pm 6,62$
3	Жінки (ІІ± m)	$27,42 \pm 5,67$	$72,58 \pm 5,67$
P <sub>1-2</sub>		<0,05	<0,05



Майже половина опитаного нами населення працездатного віку -  $47,90 \pm 4,58\%$  вживають спиртні напої 1-2 рази на місяць,  $30,25 \pm 4,21\%$  відповіли, що взагалі не вживає алкогольні напої, що викликає сумніви про правдивість отриманих даних, а кожен п'ятий 1-2 рази на тиждень і кожен 11 щоденно, що повинно викликати занепокоєність (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за частотою вживання спиртних напоїв (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Щоденно	1-2рази на тиждень	1-2рази на місяць	Не вживають
1	Всі (Ш± m)	$0,84 \pm 0,84$	$21,01 \pm 3,73$	$47,90 \pm 4,58$	$30,25 \pm 4,21$
2	Чоловіки (Ш± m)	$1,75 \pm 1,74$	$26,32 \pm 5,83$	$50,88 \pm 6,62$	$21,05 \pm 5,40$
3	Жінки (Ш± m)	0,0	$16,13 \pm 4,67$	$45,16 \pm 6,32$	$38,71 \pm 6,19$
P <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Наявність тютюнопаління (ВШ=1,82, 95% ДІ: 0,86-3,86;  $p < 0,05$ ) та прийом алкоголю 1-2 рази на тиждень та частіше (ВШ=1,82, 95% ДІ: 0,61-5,42;  $p < 0,05$ ) призводять до зростання шансів низького рівня гігієни ротової порожнини за показником індексу Грін-Вермільйона, але не достовірно.

Як відомо та загально прийнято кожна людина має ходити на огляд до стоматолога не менш двох разів за рік, тобто 1 раз на 6 місяців. Але незважаючи на це більшість  $52,10 \pm 4,58\%$  не дотримується цих рекомендацій і відвідують лікаря стоматолога один раз на рік (дивись табл. 4.10). Незважаючи на високий відсоток населення, яке має вищу та середню спеціальну освіту, відсоток опитаних, що звертається за стоматологічною допомогою рідше одного разу на рік ( $29,41 \pm 4,18\%$ ) переважає над тими, що звертаються один раз на 6 місяців ( $18,49 \pm 3,56\%$ ). За даними таблиці чоловіки відрізняються більше недбаліми відношенням до свого стоматологічного здоров'я, що підтверджується нижчим відвідуванням лікаря стоматолога 1 раз на 6 міс. -  $14,04 \pm 4,60\%$  в порівнянні з жінками  $22,58 \pm 5,31\%$  ( $p > 0,05$ ).

Переважання жінок серед пацієнтів у лікарів стоматологів на терапевтичному прийомі наголошується і іншими дослідженнями [4]. Це пояснюється психоемоційними особливостями характеру, наслідками якого є більше відповідальне ставлення до свого здоров'я та високі вимоги до естетики. Для більшості жінок гарний стан зубів є важливим чинником соціальної адаптації в суспільстві.

Таблиця 4.10

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за відвідуванням стоматолога (% на 100 опитаних)**

Група спостереження	Один раз на 6 місяців	Один раз на рік	Рідше 1 разу на рік
1   Всі (ІІІ± m)	18,49±3,56	52,10±4,58	29,41±4,18
2   Чоловіки (ІІІ± m)	14,04±4,60	56,14±6,57	29,82±6,06
3   Жінки (ІІІ± m)	22,58±5,31	48,39±6,35	29,03±5,76
P <sub>2-3</sub>	>0,05	>0,05	>0,05

Можливо населення вважає на потрібним відвідувати лікаря стоматолога через те, що не відчуває потреби. Тому нами було проаналізовано думку самого населення про стан їх стоматологічного здоров'я. Переважна більшість населення (дивись дані в табл. 4.11) вважає стан своїх зубів та ясен задовільним - 51,26±4,58%, гарним - 22,69±3,84%, відмінним - 0,84±0,84% і 25,21±3,98% - незадовільним, що суперечить даним епідеміологічного дослідження, проведеного серед даної когорти (розділ 3). Гендерних відмінностей не встановлено.

Таблиця 4.11

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за оцінкою стану своїх зубів та ясен(% на 100 опитаних)**

Група спостереження	Відмінне	Гарне	Задовільне	Незадовільне
1   Всі(ІІІ± m)	0,84±0,84	22,69±3,84	51,26±4,58	25,21±3,98
2   Чоловіки(ІІІ± m)	0,0	21,05±5,40	50,88±6,62	28,07±5,95
3   Жінки(ІІІ± m)	1,61±1,60	24,19±5,44	51,61±6,35	22,58±5,31
P <sub>1-2</sub>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Враховуючи, що стоматологічна допомога відійшла в приватний сектор, то доцільно вивчити думку населення про її доступність.

Таблиця 4.12

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку доступність стоматологічної допомоги(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Так, завжди	Не завжди	Недоступна взагалі
1	Всі(ІІ± m)	42,02±4,52	57,14±4,54	0,84±0,84
2	Чоловіки(ІІ± m)	43,86±6,57	54,39±6,60	1,75±1,74
3	Жінки(ІІ± m)	40,32±6,23	59,68±6,23	0,0
P <sub>1-2</sub>		0,39	0,58	1,01

Доступною завжди для себе стоматологічну допомогу вважають 42,02±4,52%, що співпадає з відсотком населення, що отримує рівень доходу вище за прожитковий мінімум. Переважна більшість населення - 57,14±4,54% вважає стоматологічну допомогу доступною, але не завжди, і для 0,84±0,84% респондентів вона взагалі не доступна, але ця питома вага населення співпадає з долею тих, що щоденно вживають спиртні напої. Доступність

стоматологічної допомоги не є чинником ризику зростання індексу КІВ (ВШ=2,53, 95% ДІ: 0,86-7,47; p<0,05).

Для подальшого аналізу відвідування лікаря стоматолога доцільно було би проаналізувати причини його відвідування та результати лікування. Дані наведено в табл. 4.13-4.14. Більшість пояснюють своє небажання відвідувати стоматолога згідно із загальноприйнятими рекомендаціями - страхом перед болем, спричиненого лікуванням, а також подорожчанням послуг. Насторожує той факт, що 48,74±4,58% опитаного нами населення працездатного віку назвали причину відвідування лікаря стоматолога – гострий біль. Відвідування лікаря стоматолога в зв'язку з гострим болем достовірно частіше

спостерігається серед чоловіків -  $66,67 \pm 6,24\%$  проти  $32,26 \pm 5,94\%$  - жінок ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 4.13

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за причиною відвідування лікаря стоматолога(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Профілактичний огляд	Гострий біль	Дефекти пломб	Косметичні дефекти
1	Всі разом (ІІІ± m)	$21,85 \pm 3,79$	$48,74 \pm 4,58$	$29,50 \pm 4,48$	$5,04 \pm 2,01$
2	Чоловіки (ІІІ± m)	$15,79 \pm 4,83$	$66,67 \pm 6,24$	$35,09 \pm 6,32$	$1,75 \pm 1,74$
3	Жінки (ІІІ± m)	$27,42 \pm 5,67$	$32,26 \pm 5,94$	$43,55 \pm 6,30$	$8,06 \pm 3,46$
P <sub>1-2</sub>		>0,05	<0,01	>0,05	>0,05

Серед жінок переважають наступні причини, як дефект пломби -  $43,55 \pm 6,30\%$  та профілактичний огляд -  $27,42 \pm 5,67\%$ , але достовірних гендерних відмінностей за ним не встановлено. Відсоток же населення, що відвідує лікаря стоматолога з метою профілактичного огляду становить  $21,85 \pm 3,79\%$ , що майже співпадає з питомою вагою населення, що оцінило стан здоров'я своїх зубів та ясен як гарний ( $22,69 \pm 3,84\%$ ) та відвідує лікаря 1 раз на 6 місяців ( $18,49 \pm 3,56\%$ ). Позитивний вплив профілактичної гігієни доведено іншими науковцями [205].

Таблиця 4.14

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за зверненням до лікаря стоматолога зв'язку з гострим болем(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Так	Ні
1	Всі разом(ІІІ± m)	$86,55 \pm 3,13$	$13,45 \pm 3,13$
2	Чоловіки(ІІІ± m)	$85,96 \pm 4,60$	$14,04 \pm 4,60$
3	Жінки(ІІІ± m)	$87,10 \pm 4,26$	$12,90 \pm 4,26$
P <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05

Звернення за медичною допомогою до лікаря стоматолога з причини гострого болю, а не планове його відвідування, призводить до збільшення шансів незадовільної гігієни порожнини рота лише в 1,9 разів (ВШ=1,89, 95% ДІ: 1,14-3,82;  $p<0,05$ ), то до зростання КПВ в 7 разів (ВШ=6,77, 95% ДІ: 1,75-26,19;  $p<0,05$ ). Таким чином, звертання до лікаря стоматолога з причини гострого болю частіше призводить до видалення зубу.

В зв'язку з тим, що основною причиною відвідування населенням лікаря стоматолога є гострий біль та враховуючи, що більшість населення вважає стоматологічну допомогу не завжди доступною для себе, доцільно вивчити питання чи завжди вони звертаються за медичною допомогою з гострим болем і до медичного закладу якої форми власності. Нами встановлено, що  $13,45\pm 3,13\%$  населення не звертається за стоматологічною допомогою навіть при наявності гострого стану (табл. 4.15). Як не дивно, але з гострим болем населення працездатного віку достовірно частіше звертається до лікаря стоматолога, який працює в медичному закладі державної форми власності -  $60,50\pm 4,48\%$  проти  $39,50\pm 4,56\%$ , яке звертається до медичних закладів приватної форми власності. За гендерними відмінностями встановлено, що достовірно частіше з гострим болем до лікаря стоматолога, що працює в медичному закладі державної форми власності, звертається  $71,93\pm 5,95\%$  чоловіків проти  $50,00\pm 6,35\%$  жінок. Жінки ж у рівних долях – по  $50,00\pm 6,35\%$  звертаються за стоматологічною допомогою в медичні заклади приватної чи державної форми власності в зв'язку з гострим болем.

*Таблиця 4.15*

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за зверненням до лікаря стоматолога в зв'язку з гострим болем в залежності від форми власності медичного закладу (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Державна форма власності	Приватна форма власності
1	Всі разом(ІІІ± m)	60,50±4,48	39,50±4,56
2	Чоловіки(ІІІ± m)	71,93±5,95	28,07±6,39
3	Жінки(ІІІ± m)	50,00±6,35	50,00±6,35

P <sub>1-2</sub>	<0,05	>0,05
------------------	-------	-------

Майже половина опитаного нами населення працездатного віку вважає, що стоматологічна допомога їм доступна завжди і лише тільки менша половина з тих, кому вона доступна відвідують лікаря стоматолога регулярно, то необхідно встановити провідні причини несвоєчасного звернення населення до лікаря стоматолога, якого на сьогоднішній день не включено до обов'язкового профілактичного огляду згідно Наказу МОЗ України від 27.08.2010 № 728 “Про диспансеризацію населення” [111], а чисельність стоматологічних кабінетів державної форми власності різко скоротилася протягом останніх 15 років. Провідними причинами несвоєчасного звернення населення працездатного віку до лікаря стоматолога є відсутність вільного часу -  $45,38 \pm 4,56\%$  чи фінансових можливостей  $36,97 \pm 4,43\%$  (табл.4.16). Таким чином, майже кожен 2 не відвідує через брак часу, який він витрачає на роботу, а кожен 3 не має грошей. Стосовно відсутності фінансової можливості спостерігаються гендерні відмінності. Ця причина достовірно частіше стосується жінок –

$46,77 \pm 6,34\%$  проти  $26,32 \pm 5,83\%$  чоловіків ( $p < 0,05$ ), що співпадає з даними наведеними раніше стосовно отримання доходу на одного члена родини.

Таблиця 4.16

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку занесвоєчасним зверненням до лікаря стоматолога(% на 100 опитаних)**

Причина несвоєчасного звернення до лікаря	Всі разом (ІП± m)	Чоловіки (ІП± m)	Жінки (ІП± m)	P <sub>1-2</sub>
Відсутність вільного часу	$45,38 \pm 4,56$	$52,63 \pm 6,61$	$38,71 \pm 6,19$	>0,05

Відсутність фінансової можливості	36,97±4,43	26,32±5,83	46,77±6,34	<0,05
Незручний графік роботи стоматологічних установ	8,40±2,54	3,51±2,44	12,90±4,26	>0,05
Незручність територіального розташування стоматологічних установ	9,24±2,66	14,04±4,60	4,84±2,73	>0,05
Відчуття страху	27,73±4,10	31,58±6,16	24,19±5,44	>0,05
Недоцільність лікування зубів	3,36±1,65	1,75±1,74	4,84±2,73	>0,05
Низька кваліфікація лікарів	0,84±0,84	1,75±1,74	0,0	>0,05

На третьому місці за питомою вагою знаходиться відчуття страху, як причина через яку населення працездатного віку не своєчасно звертається за медичною допомогою до лікаря стоматолога - 27,73±4,10%. Наступні міста майже в рівних долях посіли такі причини як незручність територіального розташування стоматологічних установ та їх графік роботи - 9,24±2,66% та 8,40±2,54%, відповідно.

Послідовність нашого дослідження призвела до встановлення результатів відвідування лікаря стоматолога не залежно від форми власності медичного закладу, в якому працює лікар. Нами встановлено, що 21,01±3,73% опитаних обмежуються лише усуненням гострого болю, 32,77±4,30% респондентів закінчують лікування одного зуба, з проблеми якого вони звернулися до лікаря, а 47,90±4,58% населення доводять лікування до кінця – повна санація порожнини рота. Як видно з даних, наведених в табл. 4.17, гендерних відмінностей серед населення працездатного віку за причинами відвідування лікаря стоматолога не виявлено. Таким чином, з причини низької доступності стоматологічної допомоги, а за умови доступності економічної вникає брак часу, у структурі звернення за стоматологічною допомогою переважають особи, які відчувають гострий біль, які нерідко закінчують лікування лише усуненням болю, навіть не вилікувавши один зуб.

*Таблиця 4.17*

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за причинами  
відвідування лікаря стоматолога(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Лікування одногозуба	Усуненнягострого болю	Повнасанация порожнинирота
1	Всі разом (ІІІ± m)	32,77±4,30	21,01±3,73	47,90±4,58
2	Чоловіки(ІІІ± m)	38,60±6,45	17,54±5,04	47,37±6,61
3	Жінки(ІІІ± m)	27,42±5,67	24,19±5,44	48,39±6,35
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05

Відвідування лікаря стоматолога не залежно від форми власності медичного закладу не впливає на гігієну 1,16 (ВШ=1,16, 95% ДІ: 0,57-2,38; p<0,05), але в приватних медичних закладах менше уваги приділяють гігієнічним заходам та населення не проводить повну санацію ротової порожнини через відсутність грошей.

Необхідно встановити чи проводять профілактичну роботу лікарі стоматологи з пацієнтами не залежно від причини відвідування. Переважна більшість населення відповіла (58,82±4,51%) , що лікар-стоматолог завжди проводить з ним бесіди про профілактику стоматологічних захворювань та

гігієну порожнини рота (табл. 4.18). Ще 28,57±4,14% опитаних теж відповіли, що їм розповідали про профілактичні заходи в стоматології, але рідко.

*Таблиця 4.18*

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку про проведення  
лікарем стоматологом бесід про гігієну і про профілактику  
стоматологічних захворювань (% на 100 опитаних)**

Група спостереження	Так, завжди	Рідко	Майже ніколи	Не проводив жодного разу
------------------------	----------------	-------	--------------	--------------------------------



1	Всі разом (ІІ± m)	58,82±4,51	28,57±4,14	4,20±1,84	8,40±2,54
2	Чоловіки(ІІ± m)	54,39±6,60	28,07±5,95	8,77±3,75	8,77±3,75
3	Жінки(ІІ± m)	62,90±6,13	29,03±5,76	0,0	8,06±3,46
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Але кожен 12 (8,40±2,54%) вважає, що бесіду даного характеру лікар не проводив з ним жодного разу. Гендерних відмінностей за думкою пацієнтів про проведення лікарем стоматологом бесід про гігієну і профілактику стоматологічних захворювань не встановлено, за винятком трактування «майже ніколи», яку сформували чоловіки - 8,77±3,75%. Жінки більше вимогливіші до свого здоров'я і до даної категорії не ввійшли.

Як відомо лікар стоматолог повинен не тільки проводити бесіди про стан гігієни ротової порожнини і профілактику стоматологічних захворювань, а й навчати населення правилам чищення зубів. Лише тільки 60,50±4,48% респондентів відповіли, що правильно чистити зуби їх навчили в стоматологічному кабінеті (табл. 4.19). Такий відсоток серед населення працездатного віку досягнуто за рахунок жіночої статі, достовірна більшість яких відвідує лікаря стоматолога з профілактичною метою та навчилася правилам чищення зубів лікарем стоматологом -70,97±5,76% проти 49,12±6,62% чоловіків.

Таблиця 4.19

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку про навчання чищення зубів лікарем стоматологом (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Так	Ні
1	Всі разом (ІІ± m)	60,50±4,48	39,50±4,48
2	Чоловіки(ІІ± m)	49,12±6,62	50,88±6,62
3	Жінки(ІІ± m)	70,97±5,76	29,03±5,76

p <sub>1-2</sub>	<0,05	<0,05
------------------	-------	-------

До правил гігієни порожнини рота та профілактики стоматологічних захворювань належать не тільки правильність, але і кратність чищення зубів, своєчасність заміни зубної щітки та ін. Дуже приємним є той факт, що ми не виявили жодної особи, яка не має зубної щітки. Таким чином, зуби чистить всі 100% населення, а змінюють зубну щітку з кратністю 1 раз на 3 місяці - 42,02±4,52% населення; 1 раз на 6 місяців - 37,82±4,45%; 9,24±2,66% - частіше ніж 1 раз на 3 місяці, а 10,92±2,86% - рідше ніж 1 раз на 6 місяців (табл. 4.20).

Таблиця 4.20

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку кратності зміни  
зубної щітки(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		1 раз на 3 місяці	1 раз в 6 місяців	Частіше ніж 1 раз на 3 міс.	Рідше ніж 1 раз в 6 міс.
1	Всі разом (ІП± m)	42,02±4,52	37,82±4,45	9,24±2,66	10,92±2,86
2	Чоловіки(ІП± m)	40,35±6,50	40,35±6,50	14,04±4,60	5,26±2,96
3	Жінки(ІП± m)	37,10±6,13	41,94±6,27	9,68±3,75	11,29±4,02
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Крім кратності зміни зубної щітки, нами було досліджено кратність чищення зубів. Як вже було встановлено раніше всі 100% опитаних мають зубну щітку та відповідно чистять зуби: 48,74±4,58% - 2 рази на добу; кожен третій (33,61±4,33%) – 1 раз на добу; 14±29±3,21% - більше ніж 2 рази на добу і 3,36±1,65% - чистять зуби, але не кожен день (табл.4.21).

Таблиця 4.21

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку кратності  
чищення зубів(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		1раз надень	2 разина день	Понад 2 рази надень	Некожендень
1	Всі разом (ІІ± m)	33,61±4,33	48,74±4,58	14±29±3,21	3,36±1,65
2	Чоловіки(ІІ± m)	40,35±6,50	40,35±6,50	14,04±4,6	5,26±2,96
3	Жінки(ІІ± m)	27,42±5,67	56,45±6,30	14,52±4,47	1,61±1,60
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Чищення зубів менше ніж 2 рази на добу призводить до зростання шансів низького рівня гігієни ротової порожнини за показником індексу Грін-Вермільйона майже в 3 рази (ВШ=2,64, 95% ДІ: 1,17-7,14; p<0,05), а зміна зубної щітки 1 раз на 3 міс та частіше в 2,5 рази збільшує шанси задовільної гігієни порожнини рота (ВШ=2,54, 95% ДІ: 1,2-5,36; p<0,05).

За даними нашого наукового дослідження поряд із соціально-економічними чинниками значний вплив маловідвідування лікаря стоматолога з профілактичною метою (профілактична гігієна) майже в 4 рази призводить до зниження шансів низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=3,97, 95% ДІ: 1,84-18,76; p<0,05). Як наслідок, відвідування постійного (одного) лікаря стоматолога в 5 разів зменшує шанси низького рівня гігієни

порожнини рота (ВШ=5,07, 95% ДІ: 1,54-16,62; p<0,05). На наш погляд це пов'язано зі стоматологічним комплаєнсом та наявністю якісної диспансеризації, а також проведенням гігієнічного виховання, що підвищує ефективність профілактичних заходів.

Поряд з чищенням зубів, зміною зубної щітки для поліпшення гігієни порожнини рота доцільно використовувати додаткові засоби гігієни, які повинен пацієнту підібрати лікар стоматолог з урахуванням потреби [100]. Найчастіше опитане нами населення використовує

ополіскувачі(42,02±4,52%) та жувальні гумки (36,13±4,40%), поряд з

цим також застосовують флоси ( $19,33\pm 3,62\%$ ), а  $10,08\pm 2,76\%$  респондентів – інші засоби гігієни порожнини рота. Гендерних відмінностей не встановлено (дивись табл.4.22).

Таблиця 4.22

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку у застосуванні додаткових засобів гігієни(% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Жувальніг умки	Флоси	Ополіскувачі	Інші засоби
1	Всі разом (ІІІ± m)	36,13±4,40	19,33±3,62	42,02±4,52	10,08±2,76
2	Чоловіки(ІІІ± m)	38,60±6,45	12,28±4,35	45,61±6,60	14,04±4,60
3	Жінки(ІІІ± m)	33,87±6,01	25,87±5,56	38,71±6,19	6,45±3,12
p <sub>1-2</sub>		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Дані про орієнтованість пацієнтів та вплив на вибір додаткових засобів гігієни порожнини рота для постійного чи тривалого їх використання наведено в табл.4.23. Частіше населення прислуховується до порад лікаря стоматолога ( $41,18\pm 4,51\%$ ), в рівних долях – кожен п'ятий звертає увагу на рекламу в засобах масової інформації ( $19,33\pm 3,62\%$ ) та на інформацію, що надає виробник на упаковці ( $19,33\pm 3,62\%$ ), а також на ціну засобу -  $18,49\pm 3,56\%$ . Гендерних відмінностей за впливом цих порад не встановлено. На чоловіків достовірно частіше впливає думка знайомих -  $24,56\pm 5,70\%$

проти  $4,84\pm 2,73\%$  - серед жінок ( $p<0,01$ ). Жінки достовірно частіше звертають увагу на яскравість упаковки ( $3,23\pm 2,24\%$ ), в той час як чоловіки не приділяють цьому увагу ( $p<0,05$ ).

Таблиця 4.23

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку при виборі засобів по догляду за порожниною рота (% на 100 опитаних)**

Засоби інформації	Всі разом (ІІ± m)	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Поради лікаря-стоматолога	41,18±4,51	42,11±6,54	40,32±6,23	>0,05
Реклама в засобах масової інформації	19,33±3,62	21,05±5,40	17,74±4,85	>0,05
Думка знайомих	14,29±3,21	24,56±5,70	4,84±2,73	<0,01
Інформація виробника на упаковці	19,33±3,62	14,04±4,60	24,19±5,44	>0,05
Ціна	18,49±3,56	14,04±4,60	22,58±5,31	>0,05
Яскравість упаковки	1,68±1,18	0,0	3,23±2,24	<0,05

Поряд з цим нами було досліджено на який ефект звертало увагу населення під час вибору зубної пасти. Дані наведено в таблиці 4.24.

Таблиця 4.24

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку при виборі зубних паст (% на 100 опитаних)**

Ефект зубної пасти	Всі разом (ІІ± m)	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Відбілюючий	34,45±4,36	24,56±5,70	43,55±6,30	<0,05
Що усуває гіперестезію	25,21±3,98	22,81±5,56	27,42±5,67	>0,05
Фторовмісні	15,97±3,36	19,28±4,35	19,35±5,02	>0,05

Що усувають кровоточивість	22,69±3,84	38,60±6,45	8,06±4,36	<0,001
Освіжаючі	20,17±3,68	19,30±5,23	20,97±5,17	>0,05
Добре піняться	2,52±1,44	1,75±1,74	3,23±2,24	>0,05

Жінки достовірно частіше користуються зубними пастами з відбілюючим ефектом, які є досить високоабразивними - 43,55±6,30% проти

24,56±5,70% - серед чоловіків ( $p<0,05$ ), пояснюючи естетичним виглядом, а не лікувальним ефектом. Чоловіки ж достовірно частіше, на противагу від жінок, чистять зуби зубними пастами, що усувають кровоточивість (38,60±6,45%) проти 8,06±4,36% жінок ( $p<0,001$ ). Використання даних зубних паст є влучним, враховуючи їх низький рівень гігієни порожнини роту та високий індекс КПВ, що пов'язано з недбалим відношенням до стану здоров'я порожнини роту та зубів через несвоєчасність відвідування лікаря стоматолога навіть при наявності гострого болю. Досить часто населення працездатного віку використовувало зубні пасти, що усувають гіперестезію (25,21±3,98%), освіжаючи (20,17±3,68%), а 15,97±3,36% респондентів застосовувало фторовмісні зубні пасти. Гендерних відмінностей за використанням зубних паст з останніми ефектами не встановлено.

Одночасно нами було досліджено чи мали особи, залучені в дослідження, постійного лікаря-стоматолога. Дані представлено в табл. 4.25.

Таблиця 4.25

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за лікуванням у постійного стоматолога (% на 100 опитаних)**

Група спостереження		Так	Ні
1	Всі (ІП± m)	40,34±4,50	59,66±4,50
2	Чоловіки (ІП± m)	29,82±6,06	70,18±6,06
3	Жінки (ІП± m)	50,0±6,35	50,0±6,35
P <sub>1-2</sub>		<0,05	<0,05

Кожна друга жінка постійно відвідує одного і того ж лікаря стоматолога (50,0±6,35%), що достовірно вище ніж питома вага чоловіків, які відвідують постійного лікаря стоматолога – 29,82±6,06% ( $p<0,05$ ). Це пов'язано з тим, що існує емоційна прив'язаність до лікаря, пацієнтка довіряє лікарю, задоволена якістю лікування. Але відвідування постійного (одного) лікаря стоматолога не зменшує шанси зростання КПВ (ВШ=1,86, 95% ДІ: 0,63-5,49;  $p>0,05$ ).

Під час вибору лікаря стоматолога населення найчастіше звертало увагу на кваліфікацію лікаря ( $42,02 \pm 4,52\%$ ), яку він мабуть оцінював за думкою знайомих та друзів, що потім рекомендували їх ( $40,34 \pm 4,50\%$ ) (табл.4.26).

Таблиця 4.26

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за критеріями вибору лікаря стоматолога (% на 100 опитаних)**

Критерії вибору лікаря стоматолога	Всі разом (ІП± m)	Чоловіки (ІП± m)	Жінки (ІП± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Попереджувальний і ввічливий персонал	$28,57 \pm 4,14$	$21,05 \pm 5,40$	$35,48 \pm 6,08$	$>0,05$
Безболісне лікування	$34,45 \pm 4,36$	$29,82 \pm 6,06$	$38,71 \pm 6,19$	$>0,05$
Рекомендації знайомих, друзів	$40,34 \pm 4,50$	$42,11 \pm 6,54$	$38,71 \pm 6,19$	$>0,05$
Висока кваліфікація лікаря стоматолога	$42,02 \pm 4,52$	$43,86 \pm 6,57$	$40,32 \pm 6,23$	$>0,05$
Велика клієнтура	$0,84 \pm 0,84$	$1,75 \pm 1,74$	0,0	$<0,05$
Територіальне розташування	$10,92 \pm 2,86$	$17,54 \pm 5,04$	$4,84 \pm 2,73$	$<0,05$
Матеріальна оснащеність медичного закладу	$8,34 \pm 2,54$	$1,75 \pm 1,74$	$14,52 \pm 4,47$	$<0,05$
Інші причини	$0,84 \pm 0,84$	$1,75 \pm 1,74$	0,0	$<0,05$

Наступним за питомою вагою став критерій безболісного лікування -  $34,45 \pm 4,36\%$ , тобто високий рівень володіння методами анестезії, що

підтверджує високу кваліфікацію спеціаліста. Не став виключенням і деонтологічний критерій як попереджувальний і ввічливий персонал -  $28,57 \pm 4,14\%$ . За всіма вищезначеними критеріями гендерних відмінностей не встановлено. Чоловіки вважаючи недостатність часу на стоматологічні послуги достовірно частіше звертали увагу на територіальне розташування медичного закладу -  $17,54 \pm 5,04\%$  проти  $4,84 \pm 2,73\%$  - у жінок ( $p < 0,05$ ).

Причини зміни лікаря стоматолога відрізняються від критеріїв, за якими вони його обирали. Як видно з даних, наведених в табл. 4.27, кожен третій змінив лікарі з причини переїзду в інший населений пункт ( $30,25 \pm 4,21\%$ ).

Таблиця 4.27

**Гендерні відмінності серед населення працездатного віку за причинами зміни лікаря стоматолога (% на 100 опитаних)**

Причини зміни лікаря стоматолога	Всі разом (ІІ± m)	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	p <sub>3-4</sub>
1	2	3	4	5
Переїзд в інший населений пункт	$30,25 \pm 4,21$	$31,58 \pm 6,16$	$29,03 \pm 5,76$	$>0,05$
Незадоволеність якістю обслуговування	$25,21 \pm 3,98$	$29,82 \pm 6,06$	$20,97 \pm 5,17$	$>0,05$
Незадоволеність цінами на медичну послугу	$16,81 \pm 3,43$	$12,28 \pm 4,35$	$9,68 \pm 3,75$	$>0,05$
Невідповідність ціни якості медичної послуги	$10,08 \pm 2,76$	$10,53 \pm 4,06$	$6,13 \pm 4,67$	$>0,05$
Знайшли більше привабливі пропозиції	$18,49 \pm 3,56$	$21,05 \pm 5,40$	$4,52 \pm 4,47$	$>0,05$
Стали користуватися послугами знайомих, друзів	$15,13 \pm 2,28$	$15,79 \pm 4,83$	$3,23 \pm 2,24$	$<0,05$
Неетична поведінка персоналу	$3,36 \pm 1,65$	$3,51 \pm 2,44$	$1,61 \pm 1,60$	$>0,05$
Інші причини	$1,68 \pm 1,18$	$1,75 \pm 1,74$	0	$<0,05$

Кожен же четвертий залишився не задоволеним якістю обслуговування ( $25,21 \pm 3,98\%$ ), а майже кожен шостий ( $16,81 \pm 3,43\%$ ) цінами стоматологічних послуг, тому майже ідентична частка ( $18,49 \pm 3,56\%$ ) знайшла більше привабливі пропозиції для себе. Чоловіки достовірно частіше змінюють лікаря стоматолога з причини користування послугами знайомих, друзів -  $15,79 \pm 4,83\%$  у порівнянні з жінками -  $3,23 \pm 2,24\%$  ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, провівши аналіз екзогенних чинників можна згрупувати їх за позитивним та негативним впливом на гігієну порожнини рота та



інтенсивність карієсу. Як видно з даних, наведених в таблицях 4.28-4.30, найбільше впливовими є група медико-організаційних та соціально-економічних чинників.

Таблиця 4.28

**Чинники, що зменшують шанси незадовільної гігієни порожнини рота**

Чинник	ВШ(OR)	95% ДІ; p<0,05
Відвідування стоматолога 1 раз на 6 місяців	1,52	0,45-5,16
Вибір зубної пасти за допомогою лікаря	1,77	0,67-4,69
Вища освіта	1,88	0,68-5,22
Зміна зубної щітки 1 раз на 3 міс та частіше	2,54	1,2-5,36
Відвідування стоматолога з профілактичною метою	3,97	1,84-18,76
Відвідування постійного (одного) лікаря стоматолога	5,07	1,54-16,62

До чинників, що зменшують шанси незадовільного стану гігієни порожнини рота, увійшли відвідування постійного лікаря стоматолога (5,07), відвідування стоматолога з профілактичною метою (3,97), зміна зубної щітки 1 раз на 3 міс та частіше (2,54).

На погіршення стану гігієни порожнини рота впливає група соціально-економічних чинників: робота некваліфікованим чи кваліфікованим робітником, бути безробітним (2,28); звернення за стоматологічною

допомогою з причини гострого болю (1,89), чищення зубів менше ніж 2 рази на добу (2,64).

Таблиця 4.29

**Чинники, що збільшують шанси незадовільної гігієни порожнини рота**

Чинник	ВШ(OR)	95% ДІ; p<0,05
Наявність доходу на рівні прожиткового	1,2	0,45-3,19

мінімуму та нижче		
Вибір зубної пасти за допомогою реклами	1,34	0,54-3,34
Вибір зубної пасти за ціною політикою	1,38	0,58-3,27
Тютюнопаління	1,82	0,86-3,86
Прийом алкоголю 1-2 рази на тиждень та частіше	1,82	0,61-5,42
Звернення за стоматологічною допомогою з причини гострого болю	1,89	1,14-3,82
Робота некваліфікованим чи кваліфікованим робітником, бути безробітним	2,28	1,19-4,8
Чищення зубів менше ніж 2 рази на добу	2,64	1,27-7,14

Найвпливовішими на зростання інтенсивності карієсу є медико-організаційні чинники: звернення за стоматологічною допомогою з причини гострого болю (6,8) та відвідування стоматолога з профілактичною метою (3,97) та група соціально-економічних чинників, які як самостійно, так і опосередковано впливають на вищенаведені медико-організаційні чинники в зв'язку розгалуженою мережею приватного сектору стоматологічних послуг та скороченням мережі стоматологічних медичних установ державної форми власності. Відсутність економічної можливості відвідування лікаря стоматолога приватних установ підтверджується не тільки, що 36,97±4,43% респондентів несвоєчасно звертаються за медичною допомогою через відсутність фінансової можливості, але і тим, що 70% населення звертається з гострим болем до лікаря стоматолога, що працює в медичному закладі державної форми власності, а кожен четвертий змінює лікаря стоматолога через незадоволеність ціною на медичну послугу та її невідповідність якості.

Таблиця 4.30

**Чинники, що збільшують шанси зростання інтенсивності карієсу**

Чинник	ВШ(OR)	95% ДІ; p<0,05
Робота некваліфікованим чи кваліфікованим	1,14	0,47-2,76

робітником, безробіття		
Дохід на рівні прожиткового мінімуму та нижче	2,20	0,78-6,22
Середня чи середня спеціальна освіта	2,49	0,95-6,49
Недоступність стоматологічної допомоги	2,53	0,86-7,47
Відвідування стоматолога з профілактичною метою	3,97	1,42-3,58
Звернення за стоматологічною допомогою з причини гострого болю	6,77	1,75-26,19

Таким чином, одним із головних факторів, що призводить до зростання інтенсивності та поширеності карієсу серед населення є незадовільний стан гігієни порожнини рота через те, що регулярно дотримуються основних правил гігієни порожнини рота не більше 30-40% населення. При цьому багато людей, які її дотримуються, роблять це неправильно або незадовільно через недостатній рівень гігієнічного навчання та виховання. Визначення ФР, їх кількісна характеристика дозволяють індивідуалізувати профілактичні заходи в залежності від набору факторів, характерних для жителів конкретного регіону.

#### Висновки до розділу 4.

1. Доведено, що низька гігієнічна грамотність населення стосовно догляду за ротовою порожниною призводить до зростання захворюваності зубів та ротової порожнини. Росту даному виду захворюваності сприяють як соціально-економічні так і медико-організаційні фактори.

5. Показано, що найбільше впливовими чинниками, що призводять до низького рівня гігієни порожнини рота є гігієнічна неграмотність населення працездатного віку: зміна зубної щітки рідше ніж 1 раз на 3 місяці (ВШ=2,54, 95% ДІ: 1,2-5,36;  $p<0,05$ ); чищення зубів менше ніж 2 рази на добу (ВШ=2,64, 95% ДІ: 1,17-7,14;  $p<0,05$ ).

6. Встановлено, що відвідування лікаря стоматолога з профілактичною метою майже в 4 рази зменшую шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=3,97, 95% ДІ: 1,84-18,76;  $p<0,05$ ), а відвідування постійного (одного) лікаря стоматолога в 5 разів зменшує шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=5,07, 95% ДІ: 1,54-16,62;  $p<0,05$ ).

7. Виявлено, що звернення за медичною допомогою до лікаря стоматолога з причини гострого болю, а не планове його відвідування, призводить до збільшення шансів зростання інтенсивності карієсу в 7 разів (ВШ=6,77, 95% ДІ: 1,75-26,19;  $p<0,05$ ), призводячи до видалення зубу.

За матеріалами, які викладені в даному розділі, опубліковано:

4. Смірнова І.В. Чинники ризику виникнення стоматологічних захворювань у населення працездатного віку великого промислового міста / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Запорожский медицинский журнал. – 2014. - №4. – С. 60-62. [235].

5. Смирнова И.В. Причины несвоевременного обращения за стоматологической помощью / В.И. Клименко, И.В. Смирнова, Т.П. Зинченко // Сучасні можливості стоматології. – 2013 – С. 52-54. (тези доповідей II Слобожанської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів у рамках III Слобожанського стоматологічного форуму – 2013, Харків, 22 листопада). [240].

6. І.В. Смірнова Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с. [243].

7. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с. [242].

**РОЗДІЛ 5**  
**ВПЛИВ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ**  
**СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ НА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕНИХ**

## СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Для надання якісної та доступної медичної допомоги необхідно, насамперед, ресурсне забезпечення її системи. Доступність стоматологічної допомоги за ВООЗ визначається сукупністю факторів, у тому числі забезпеченістю медичними кадрами, їх кваліфікацію і професіоналізмом. Відповідно до чинного на сьогоднішній день Наказом МОЗ України від 23.02.2000 №33, на кожні 10 000 дорослого населення виділяється 4 ставки лікаря - стоматолога (терапевт + хірург) [107].

Станом на 01.01.2015 р. стоматологічну допомогу населенню Запорізької області надає 164 заклади охорони здоров'я, з яких 94 – приватної форми власності, 6 мають відомче підпорядкування та 64 комунальні установи: 8 стоматологічних поліклінік, що обслуговують доросле населення та 1 - дитяче; 1 – поліклініка державного розрахунку, 4 стоматологічні кабінети теж державного розрахунку, також 50 закладів охорони здоров'я державної форми власності мають в своїй структурі стоматологічні кабінети. Переважна більшість вищенаведених закладів знаходиться в м. Запоріжжя. Стоматологічну допомогу населенню м. Запоріжжя надає 101 заклад охорони здоров'я, з яких 75 приватної форми власності, 4 відомчого підпорядкування та 22 комунальної форми власності. З 75 закладів охорони здоров'я приватної форми власності, що надають стоматологічну допомогу населенню м. Запоріжжя, 31 зареєстровано як клініки, де надаються різноманітні стоматологічні послуги різними спеціалістами та 44 - стоматологічні кабінети.

Таким чином, в структурі закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу населенню м. Запоріжжя, переважають клініки та кабінети приватної форми власності, які, як нами було раніше доведено (дивись розділ 4), не тільки не несуть відповідальність за проведення профілактичної роботи, але й не мотивовані нею займатися.

Поряд із наявністю закладів охорони здоров'я вважаємо необхідним провести аналіз кадрового забезпечення лікарями стоматологами населення Запорізької області.

Протягом останнього 10-річчя спостерігається тенденція до скорочення штатних одиниць лікарів-стоматологів по Запорізькій області з 499,0 у 2006 р. до 455,5 - 2012 р. (дані наведено в табл. 5.1). Незважаючи на щорічний випуск лікарів стоматологів Запорізьким державним медичним університетом МОЗ України кількість фізичних осіб в комунальних закладах державної форми власності Запорізької області практично не збільшується і в середньому становить 303,5 (за останні 5 років). Як наслідок, усього вище викладеного, показник забезпеченості лікарями стоматологами (всі разом) в Запорізькій області залишався майже без змін, з незначною позитивною динамікою та значно нижчий за рівень забезпеченості лікарями стоматологами по Україні (табл. 5.2). Якщо рівень забезпеченості лікарями стоматологами у містах обласного значення відповідає обласному, то по районах стан забезпеченості ще гірший (табл. 5.3).

Провівши порівняльний аналіз щодо забезпеченості лікарями стоматологами та сімейними лікарями населення Запорізької області, можна зробити висновок, що рівні забезпеченості однакові. Але ж сімейний лікар виступає у ролі «гаранта» здоров'я особистості та сім'ї, по перше, а також все населення прикріплено до сімейного лікаря. В той час як переважна більшість лікарів стоматологів працює у приватному секторі, на яке у населення є брак коштів.

*Таблиця 5.1*

**Динаміка штатних одиниць лікарів-стоматологів по Запорізькій області**

Регіон	Рік	Число посад в цілому в закладах		В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації		Число фізичних осіб основних працівників в цілому в закладі на зайнятих посадах
		штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
1	2	3	4	5	6	7
Запорізька область	2008	492,25	355,50	466,25	330,00	318
	2009	475,50	350,00	450,00	325,50	328
	2010	464,75	345,00	440,00	322,00	328
	2011	462,00	344,25	438,50	322,50	324
	2012	455,50	352,00	432,00	330,75	339
	2013	436,75	348,00	414,75	327,75	336
	2014	435,50	343,50	413,75	323,00	333
	2015	448,25	360,75	426,00	341,00	340
м. Запоріжжя	2008	263,25	176,00	242,00	155,25	155
	2009	258,75	176,25	239,00	156,50	164
	2010	248,75	173,50	229,50	154,25	167
	2011	246,50	175,75	227,25	157,00	168
	2012	246,50	178,75	227,25	160,25	172
	2013	238,25	178,00	219,00	160,00	167
	2014	242,25	175,50	223,50	157,50	166
	2015	248,50	190,00	229,75	173,25	177
Міські ЗОЗ	2008	318,75	227,25	295,75	204,75	200
	2009	312,75	223,50	291,25	202,00	208
	2010	302,00	221,75	281,00	200,75	209
	2011	298,25	223,50	278,00	203,75	206
	2012	296,00	226,00	275,75	206,75	213
	2013	288,50	223,50	269,00	205,25	212
	2014	292,00	223,00	273,00	204,75	211
	2015	299,75	236,75	280,75	219,75	218

Продовження табл. 5.1

1	2	3	4	5	6	7
Районні	2008	162,75	118,25	162,75	118,25	108



303	2009	151,50	117,50	151,00	117,00	111
	2010	151,75	114,75	151,25	114,25	110
	2011	155,00	114,25	154,50	113,75	112
	2012	151,75	119,50	151,25	119,00	120
	2013	141,50	118,25	141,00	117,75	118
	2014	136,50	114,00	136,00	113,50	116
	2015	141,25	117,25	140,25	116,25	116

В зв'язку з нижчим рівнем доходу населення районів, меншим попитом на стоматологічні послуги, нижчий рівень забезпеченості лікарями стоматологами та закладами охорони здоров'я, що надають стоматологічні послуги, знижується доступність та якість стоматологічної допомоги (див. табл. 5.2- 5.3).

При аналізі стану кадрів лікарів стоматологів залежно від спеціальності (хірурги, ортопеди, ортоданти) звертає на себе увагу той факт, що протягом останніх 5 років спостерігається тенденція до незначного збільшення стоматологів хірургів щорічно на 1-2 штатні одиниці, що призвело до збільшення забезпеченості лікарями стоматологами хірургами з 0,27 (на 10 тис. нас.) в 2009 р до 0,31 (на 10 тис. нас.) в 2012 р, що все одно в 1,4 рази нижче забезпеченості лікарями даної спеціальності по Україні. Значно гірша ситуація забезпеченості лікарями стоматологами ортопедами і ортодонтами в Запорізькій області, чисельність яких щорічно знижується, в результаті цього зменшується забезпеченість ними. Лікарями стоматологами ортопедами Запорізька область була забезпечена в 2012 р в 1,8 рази нижче показника по Україні (0,37 на 10 тис. нас. - у Запорізькій області проти 0,68 - в Україні). Ще гірше забезпеченість лікарями стоматологами ортодонтами: 0,03 (на 10 тис. нас.) В Запорізькій області в 2012 р, що в 4 рази нижче забезпеченості в країні.

Таблиця 5.2

**Забезпеченість дорослого населення Запорізької області та України лікарями стоматологами  
(на 10 тис. нас.)**

Спеціальність лікаря	Регіон	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
стоматологи (всі разом)	Україна	4,40	4,42	4,44	4,48	4,56	4,67	4,77	4,84	4,91	4,52
	Запорізька область	2,24	2,29	2,23	2,24	2,31	2,38	2,40	2,48	2,48	2,47
Терапевт стоматолог	Україна	3,26	3,25	3,27	3,30	3,38	3,45	3,54	3,61	3,68	3,42
	Запорізька область	1,65	1,65	1,57	1,55	1,60	1,66	1,69	1,77	1,77	1,78
Хірург стоматолог	Україна	0,39	0,40	0,40	0,41	0,41	0,42	0,43	0,43	0,44	0,39
	Запорізька область	0,20	0,22	0,23	0,26	0,27	0,29	0,30	0,31	0,30	0,30
Ортодонт стоматолог	Україна	0,10	0,10	0,11	0,11	0,12	0,12	0,12	0,12	0,13	0,11
	Запорізька область	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03
Ортопед стоматолог	Україна	0,66	0,67	0,67	0,66	0,66	0,68	0,68	0,68	0,66	0,60
	Запорізька область	0,35	0,38	0,38	0,38	0,38	0,39	0,37	0,37	0,38	0,35
Сімейний лікар	Україна	1,06	1,25	1,48	1,69	1,77	1,79	2,00	2,25	2,67	2,89
	Запорізька область	0,64	0,70	0,90	0,98	0,90	1,04	1,44	1,69	2,31	2,91

Таблиця 5.3

**Забезпеченість дорослого населення лікарями стоматологами по містах та районах Запорізької області  
(на 10 тис. нас.)**

Спеціальність лікаря	Регіон	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Стоматологи (всі разом)	По містах	2,17	2,29	2,30	2,30	2,40	2,46	2,43	2,48	2,47	2,45
	По районах	1,97	1,91	1,74	1,78	1,82	1,85	1,87	1,98	1,91	1,87
Терапевт стоматолог	По містах	1,44	1,49	1,44	1,41	1,49	1,55	1,53	1,61	1,58	1,59
	По районах	1,61	1,55	1,40	1,41	1,46	1,45	1,52	1,65	1,62	1,63
Хірург стоматолог	По містах	0,26	0,28	0,33	0,37	0,39	0,40	0,40	0,40	0,37	0,38
	По районах	0,10	0,10	0,08	0,08	0,08	0,10	0,09	0,09	0,09	0,07
Ортодонт стоматолог	По містах	0,06	0,07	0,06	0,07	0,06	0,05	0,05	0,03	0,04	0,04
	По районах	0,01	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Ортопед стоматолог	По містах	0,41	0,45	0,46	0,45	0,46	0,46	0,44	0,44	0,46	0,44
	По районах	0,24	0,23	0,23	0,25	0,24	0,27	0,23	0,22	0,17	0,15
Сімейний лікар	По містах	0,15	0,16	0,31	0,42	0,57	0,72	1,11	1,31	2,02	2,46
	По районах	1,30	1,45	1,62	1,64	1,20	1,34	1,75	2,08	2,66	3,50

Таким чином, створюються хронічний дефіцит лікарів - стоматологів усіх спеціальностей, що призводить до зниження доступності та якості їх роботи. Збільшення термінів очікування пацієнтами прийому знижує спочатку доступність стоматологічної допомоги населенню, приводячи до погіршення стану стоматологічного здоров'я, знижуючи якість життя населення.

Для більш детального вивчення кадрового потенціалу лікарів стоматологів нами проведено аналіз стажу їх роботи. З цією метою нами опитано 121 лікаря стоматолога за спеціальністю «терапія», які працювали в стоматологічних закладах різної форми власності. Серед 121 лікаря, що дали згоду на участь у дослідженні було 43 чоловіка (35,54%) та 78 жінок (64,46%). При розподілі за віком наступна структура: 21-25 роки – 11 осіб (9,1±0,29%); 26-45 років - 62 особи (51,24±0,50%); старше від 46 років - 48 осіб (39,67±0,49%).

Стаж за фахом до п'яти років був у 15,70 ± 0,37% опитаних; 6-10 років - 14,88 ± 0,36%; 11-15 років - 19,01 ± 0,39%; 16-20 років 13,22 ± 0,34%; 21-25 років у 8,26 ± 0,28%, 26-30 років - 15,70 ± 0,37%, більше 30 років стажу у 13,22±0,34%. Звертає на себе увагу той факт, що лікарі передпенсійного та пенсійного віку становлять близько третини опитаних. Таким чином, більше 70% респондентів мали стаж роботи за фахом понад 10 років, а вищу кваліфікаційну категорію мало тільки 22,31 ± 0,42% респондентів; першу - 29,75 ± 0,46%; другу - 16,53 ± 0,37%; що свідчить про несвоєчасне проходженні атестації лікарями стоматологами.

За даними інформаційно-аналітичного центру медичної статистики ЗОР (офіційні дані) станом на 31.12.2015р. (табл. 5.4) кваліфікаційні категорії мали 59,1% лікарів-стоматологів, але при аналізі в залежності від спеціальності звертає на себе увагу, що найбільше дисциплінованими є стоматологи – ортопеди – 78,8% та стоматологи-хірурги – 73,3%. З лікарів-стоматологів дитячих мали кваліфікаційну категорію 48,6%, а найгірша

ситуація склалася з лікарями-стоматологами ортодонтами, де лише 25 % були атестовані.

Таблиця 5.4

**Кваліфікаційні категорії лікарів-стоматологів в залежності від спеціальності станом на 31.12.2015р.**

Спеціальність	Всього	У т.ч. на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апарату органів управління	Із загальної кількості лікарів мають кваліфікаційну категорію		
			вища	перша	друга
Стоматологи	323	25	62	87	42
Стоматологи-дитячі	35	1	8	6	3
Стоматологи - хірурги	60	8	23	13	8
Стоматологи - ортопеди	66	5	25	18	9
Стоматологи - ортоданти	8	-	-	-	2

За даними анкетування  $88,43 \pm 0,32\%$  своєчасно проходять атестацію, що достовірно вище тих хто несвоєчасно атестується -  $11,57 \pm 0,32\%$  респондентів ( $p < 0,01$ ). При цьому  $31,40 \pm 0,47\%$  на момент анкетування не мали кваліфікаційної категорії, серед них 10 осіб у віці 21-25 років - молоді фахівці, а 23% відповіли, що не мають мотивації до проходження атестації. При аналізі наявності вищої атестаційної категорії залежно від стажу роботи за фахом нами встановлено, що стаж роботи 11-15 років і 16-20 років мали по  $7,41 \pm 0,27\%$  опитаних, у  $18,52 \pm 0,40\%$  респондентів стаж роботи за фахом відповідав 21-25 рокам;  $25,93 \pm 0,27\%$  - 26-30 років, а у  $40,74 \pm 0,27\%$  стаж роботи лікарем стоматологом перевищував 30 років. Все це свідчить про більш серйозне ставлення до атестації лікарів старшої вікової категорії, а

також про те, що атестація, як критерій оцінки якості роботи, втрачає свій сенс, особливо в перехідний період до ринкових відносин. Першу кваліфікаційну категорію мало  $2,78 \pm 0,17\%$  лікарів зі стажем роботи 6-10 років,  $27,78 \pm 0,45\%$  стоматологів, стаж роботи яких складав 11-15 років,  $19,44 \pm 0,40\%$  зі стажем 16 -20 років,  $11,11 \pm 0,32\%$  зі стажем 21-25 років,  $25,00 \pm 0,44\%$  зі стажем 26-30 років і  $13,89 \pm 0,27\%$  зі стажем понад 30 років. З другою кваліфікаційною категорією було  $25,00 \pm 0,44\%$  лікарів зі стажем роботи 6-10 років,  $45,00 \pm 0,51\%$  зі стажем за фахом від 11 до 15 років,  $25,00 \pm 0,44\%$  стоматологів зі стажем роботи 16-20 років,  $5,00 \pm 0,22\%$  зі стажем роботи 26-30 років. Без кваліфікаційної категорії  $47,36 \pm 0,51\%$  опитаних зі стажем роботи не більше 5 років,  $34,21 \pm 0,48\%$  зі стажем 6-10 років,  $5,26 \pm 0,23\%$  зі стажем 11-15 років і стільки ж зі стажем 16-20 років, а  $2,63 \pm 0,16\%$  мали стажем 21-25 років, як не дивно, але  $5,26 \pm 0,23\%$  було зі стажем 26-30 років. Незважаючи на відсутність атестаційної категорії за фахом  $94,21 \pm 0,23\%$  опитаних своєчасно проходять курси підвищення кваліфікації, але, на жаль, не атестуються на кваліфікаційну категорію, вважаючи це не доцільним для себе.

Переддипломна освіта є базовою [40], а лікар-стоматолог повинен постійно оновлювати та вдосконалювати свій професійний рівень. Бурхливий розвиток стоматології в останні десятиліття, засноване на впровадженні прогресивних технологій, потребує постійного поповнення теоретичних знань і навчання новим навичкам. При цьому  $19,01 \pm 0,39\%$  опитаних лікарів-стоматологів не відвідують комерційні семінари, навчальні програми, курси, лекції. Дані щодо відвідування комерційних семінарів, навчальних програм, курсів, лекцій лікарями-стоматологами в залежності від стажу роботи свідчить про відсутність зв'язку між ними. Так зі стажем за фахом до 5 років підвищували свою кваліфікацію на вищевказаних формах навчання  $15,31 \pm 0,36\%$ , 6-10 років -  $14,28 \pm 0,35\%$ , 11-15 років -  $20,41 \pm 0,41\%$ , 16 -20 років -  $12,24 \pm 0,33\%$ , 21-25 років -  $9,18 \pm 0,21\%$ ,  $17,35 \pm 0,38\%$  - зі стажем 26-30 років, зі стажем більше 30 років -  $11,22 \pm 0,32\%$ . Такі результати соціологічного опитування можна вважати очікуваними, тому що  $60,00 \pm$

0,49% опитаних працює тільки в медичних установах державної форми власності, суміщають основну роботу в медичних установах державної форми власності з приватними структурами  $11,57 \pm 0,32\%$ ,  $4,13 \pm 0,20\%$  працюють в медичних установах приватної форми власності, поєднуючи в державних медичних установах.

Хотілося б також встановити провідні причини зміни місця роботи лікарями-стоматологами, особливо в залежності від форми власності стоматологічної клініки (кабінету). Найбільш частими причинами звільнення зі стоматологічної клініки (кабінету) державної форми власності (за даними опитування) є низька заробітна плата -  $28,92 \pm 0,46\%$ ; незадоволеність матеріально-технічним оснащенням медичного закладу -  $27,50 \pm 0,45\%$ ; відсутність умов для професійного і кар'єрного росту -  $15,70 \pm 0,37\%$ . При цьому тільки  $25,62 \pm 0,44\%$  опитаних лікарів задоволені матеріально-технічною базою медичного закладу, в якому вони працюють на момент анкетування.  $60,83 \pm 0,49\%$  лікарів частково задоволені матеріально-технічною базою медичного закладу, що в сукупності з тими, хто повністю задоволений, становить більше трьох чвертей респондентів. Цілком закономірно, що  $14,05 \pm 0,35\%$  анкетованих лікарів повністю незадоволені оснащенням медичного закладу, тому більшість із них працює в стоматологічних закладах державної форми власності. Основними причинами, які призвели до звільнення лікарів з приватних клінік, послужили незадоволеність соціальним пакетом -  $14,88 \pm 0,36\%$ ; низька заробітна плата і несприятливий психологічний клімат у колективі по  $9,09 \pm 0,29\%$ . Серед співробітників державних стоматологічних установ зазначалося відсутність умов для професійного зростання і незадоволеність зарплатою в три рази частіше, а незадоволеність матеріально-технічною базою вище більш ніж в 16 разів, що збігається з даними інших досліджень і пояснюється низьким бюджетним фінансуванням, що становить іноді 25-30 % від запланованого [142]. У свою чергу, серед лікарів приватних структур, в 3 рази вище

спостерігається незадоволеність соціальним пакетом і психологічним кліматом в 2 рази вище в порівнянні з лікарями державних стоматологічних установ. Як відомо, стоматологи дуже часто піддаються на своїх робочих місцях емоційному перевантаженню, що призводить до хронічного психоемоційного стресу.

За результатами усього вищевикладеного вважають себе повністю реалізованими в професії -  $64,46 \pm 0,48\%$  респондентів. Розподіл анкетованих в залежності від стажу роботи було наступним: до 5 років -  $10,28 \pm 0,49\%$ , 6-10 років -  $14,10 \pm 0,35\%$ , 11-15 років -  $21,79 \pm 0,44\%$ , 16-20 років -  $12,82 \pm 0,34\%$ , 21-25 років -  $10,26 \pm 0,31\%$ , 26-30 років -  $15,38 \pm 0,36\%$  і більше 30 років -  $15,38 \pm 0,36\%$ . Таким чином, реалізація як фахівця, на думку самих опитаних лікарів, не залежить від стажу їх роботи.

#### Висновки до розділу 5.

1. Показано, що забезпеченість лікарями стоматологами в Запорізькій області в 2 рази нижче середнього показника по Україні, третя частина з яких особи передпенсійного та пенсійного віку, а 23% не проходять атестацію у зв'язку з відсутністю мотивації.

2. За даними анкетування тільки  $25,62 \pm 0,44\%$  лікарів-стоматологів задоволені матеріально-технічною базою медичного закладу, в якому вони працюють.  $60,83 \pm 0,49\%$  лікарів частково задоволені матеріально-технічною базою медичного закладу, що в сукупності з тими, хто повністю задоволений, становить більше трьох чвертей респондентів.

3. Встановлені провідні причини зміни місця роботи лікарями-стоматологами залежно від форми власності стоматологічної клініки (кабінету). Найбільш частими причинами відходу зі стоматологічних клінік (кабінетів) державної форми власності є низька заробітна плата -  $28,92 \pm 0,46\%$ ; незадоволеність матеріально-технічним оснащенням медичного закладу -



27,50±0,45%; відсутність умов для професійного і кар'єрного росту - 15,70±0,37%.

4. Основними причинами, які призвели до відходу лікарів з приватних клінік, послужили незадоволеність соціальним пакетом - 14,88±0,36%; низька заробітна плата і несприятливий психологічний мікроклімат у колективі по 9,09±0,29%.

За матеріалами, які викладені в даному розділі, опубліковано:

1. Смирнова И.В. Проблемы организации работы стоматологической службы (по данным анкетирования врачей стоматологов-терапевтов) / В.И. Клименко, И. В. Смирнова // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т.1, №3. – С. 153-156. [234].

2. Смирнова И.В. Некоторые аспекты организации стоматологической помощи населению трудоспособного возраста / В.И. Клименко, И. В. Смирнова // Перша (I) міжрегіональна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я». – 2013 – С. 65-66.[238].

3. Смирнова И.В. Доступность стоматологической помощи населению промышленного региона (по данным анкетирования по Запорожской области) / И.В. Смирнова // Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я. – 2013 – С. 146-147. [239].

## РОЗДІЛ 6

### НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕНИХ ХВОРОБ ПОРОЖНИНИ РОТА НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ВИЗНАЧЕННЯМ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

#### **6.1. Наукове обґрунтування функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку**

Нами доведено (дивись розділ 3), що хвороби порожнини рота, серед яких перше місце посідає карієс, залишаються значимою медико-соціальною проблемою не тільки у м. Запоріжжя, але і на рівні держави та світу (дивись розділ 1). Незважаючи на світову актуальність проблеми, негативну динаміку щодо захворюваності та поширеності карієсу в Україні, значний вклад в структуру стоматологічних захворювань, особливо серед населення працездатного віку, до цього часу практично не існує ефективної системи їх профілактики. Доведено, що однією з провідних причин неефективності профілактики карієсу в Україні (на прикладі м. Запоріжжя) є низький стан гігієни порожнини рота у населення, який напряму залежить від здорового способу життя, навичок догляду за зубами, соціального рівня, низького рівня мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік) та прихильності до постійного лікаря-стоматолога.

Кожен громадянин повинен особисто піклуватися про стан зубів, своєчасно звертатися до лікаря і дотримуватися основних вимог гігієни порожнини рота. Це не тільки умови, що сприяють оздоровленню організму, але й елементарні правила особистої гігієни, що характеризують загальний рівень культури та естетичного виховання людини. На рівні гігієнічної

грамотності населення відбивається професія. Робота некваліфікованим чи кваліфікованим робітником, або безробіття в 2,3 рази збільшують шанси незадовільної гігієни порожнини рота (ВШ=2,28, 95%ДІ: 1,09-4,8;  $p<0,05$ ).

Чищення зубів менше ніж 2 рази на добу призводить до зростання шансів низького стану гігієни ротової порожнини за показником індексу Грін-Вермільйона майже в 3 рази (ВШ=2,64, 95% ДІ: 1,17-7,14;  $p<0,05$ ), а зміна зубної щітки 1 раз на 3 міс та частіше в 2,5 рази збільшує шанси задовільної гігієни порожнини рота (ВШ=2,54, 95%ДІ: 1,2-5,36;  $p<0,05$ ). Необхідно зауважити, що це аж ніяк не означає, що якщо приступити до регулярного чищення зубів, карієс відразу ж зникне і перестане виникати знову. Як наслідок, відвідування постійного (одного) лікаря-стоматолога в 5 разів зменшує шанси низького стану гігієни порожнини рота (ВШ=5,07, 95% ДІ: 1,54-16,62;  $p<0,05$ ). Застосування спеціальних зубних паст за рекомендаціями лікарів-стоматологів достовірно не впливає на поліпшення гігієни порожнини рота та зростання індексу КПВ.

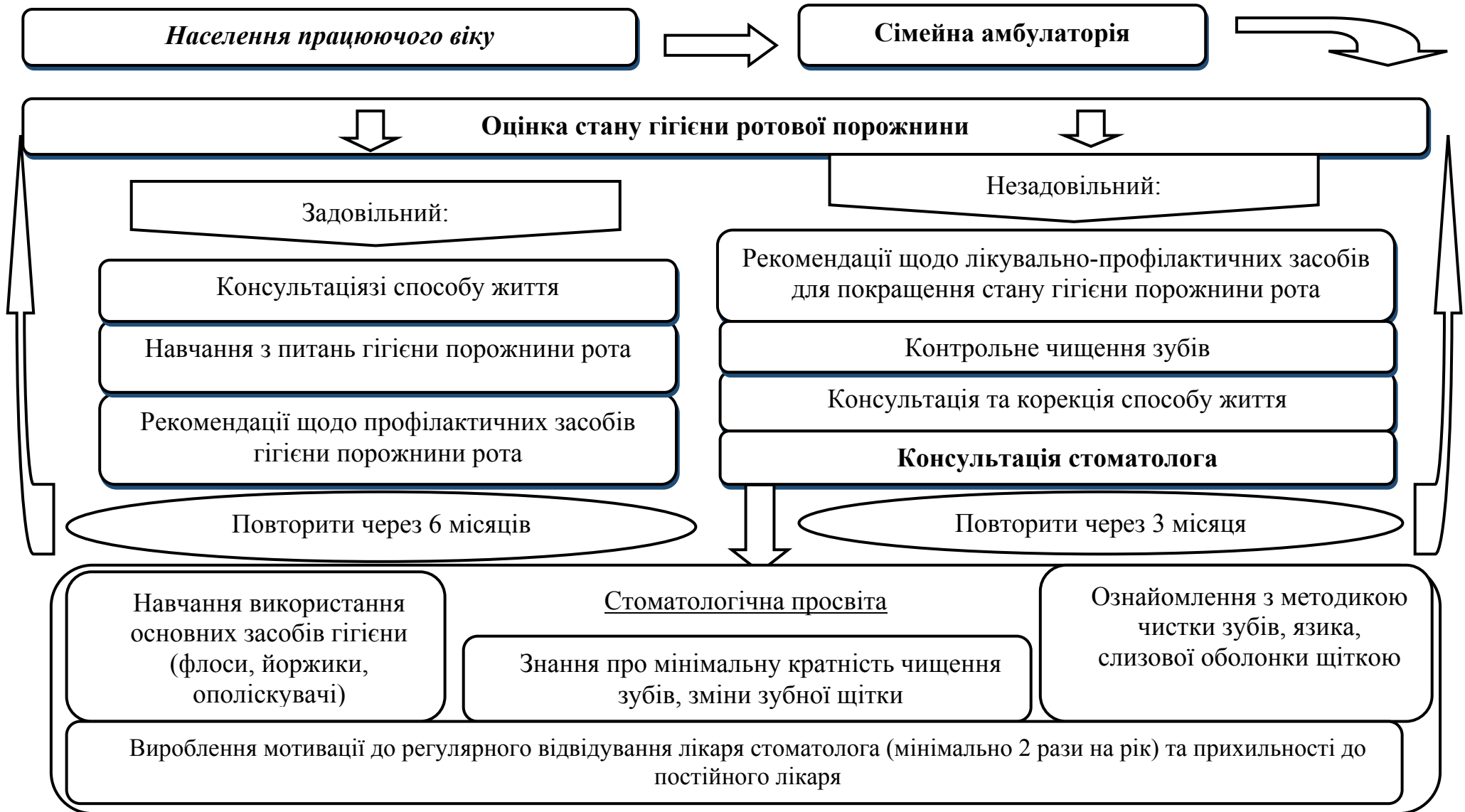
За даними різних наукових досліджень встановлено, що первинні відвідування в Україні становить 48-51,4%, що свідчить про високу ургентність стоматологічної допомоги при гострих і загострених захворюваннях зубо-щелепної системи. Іншими словами, українські стоматологи, в основному, працюють у режимі швидкої та невідкладної допомоги. Наш середньостатистичний пацієнт відвідує лікаря-стоматолога не частіше 1 разу на 16-18 місяців, менше 0,9 відвідувань у рік на одного жителя країни. Насторожує той факт, що 48,74±4,58% опитаного нами населення працездатного віку назвали провідною причиною відвідування лікаря-стоматолога – гострий біль. Відвідування лікаря стоматолога в зв'язку з гострим болем достовірно частіше спостерігається серед чоловіків - 66,67±6,24% проти 32,26±5,94% - жінок ( $p<0,01$ ). Звернення за медичною допомогою до лікаря стоматолога з причини гострого болю, а не планове його відвідування, призводить до збільшення шансів незадовільного стану гігієни порожнини рота лише в 1,9 разів (ВШ=1,89, 95%ДІ: 1,14-3,82;  $p<0,05$ ) та до

зростання КПВ в 7 разів (ВШ=6,77, 95% ДІ: 1,75-26,19;  $p<0,05$ ). Таким чином, звертання до лікаря-стоматолога з причини гострого болю частіше призводить до видалення зубу. Серед жінок переважають наступні причини: дефект пломби ( $43,55\pm 6,30\%$ ) та профілактичний огляд -  $27,42\pm 5,67\%$ , але достовірних гендерних відмінностей за ними не встановлено. Відсоток же населення, що відвідує лікаря-стоматолога з метою профілактичного огляду становить  $21,85\pm 3,79\%$ , що майже співпадає з питомою вагою населення, яке оцінило стан здоров'я своїх зубів та ясен як гарний ( $22,69\pm 3,84\%$ ) та відвідує лікаря 1 раз на 6 місяців ( $18,49\pm 3,56\%$ ). За даними нашого наукового дослідження поряд із соціально-економічними чинниками значний вплив мало відвідування лікаря стоматолога з профілактичною метою (профілактична гігієна), яке майже в 4 рази призводило до зниження шансів низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=3,97, 95% ДІ: 1,84-18,76;  $p<0,05$ ).

Згідно Закону України від 7 липня 2011 року № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [48], спрямованому на підвищення якості і доступності медичної допомоги громадянам України, до якого було розроблено та прийнято нормативно-правові документи різних рівнів, за якими передбачається оптимізація медичної допомоги, організація медичного маршруту пацієнта, покладається відповідальність сімейного лікаря за виконану роботу, що повинно сприяти «відродженню» профілактичної роботи, особливо на рівні ПМСД.

Таким чином, враховуючи результати дослідження попередніх етапів, а також для досягнення головної мети дослідження нами розроблена та науково обґрунтовано оптимізовану модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку (рис. 6.1.1), в основу якої покладались:

Рис. 6.1.1 Функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку



1. Одиннадцатая Общая программа работы ВОЗ на 2006-2015 г.г.: Доклад Секретариата от 24 мая 2006 г. [121].
2. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [49].
3. Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-ІІІ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [50].
4. Закон України № 3611-ВІ від 7 липня 2011 року «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [48].
5. Указ Президента України № 475/2002 від 21.05.02 р. «Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.» [160].
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України N 1164-р від 31 жовтня 2011 р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір» [140].
7. Доручення Президента України щодо реформування системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення якості і доступності медичної допомоги для громадян України [47].
8. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» [107].
9. Наказ МОЗ України № 305 від 22.11.2000 р. «Про затвердження надання критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)» [108].
10. Наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Стоматологія» [109].
11. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення» [111].
12. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення,

що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» [112].

13. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 "Про порядок контролю якості медичної допомоги" [114].

14. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу» [113].

15. Наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 "Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги" [115].

16. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 "Порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги" [116].

17. Методичні рекомендації МОЗ України «Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги» [125].

18. Результати аналізу та статистичної обробки власних досліджень (дивись розділи 3-5).

Запропонована оптимізована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку через реалізацію розподілу функцій з питань превентивних заходів між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом призведе до значного підвищення рівня стоматологічної просвіти і мотивації своєчасного звернення до лікаря стоматолога, особливо до постійного. Найважливішою складовою частиною всіх профілактичних заходів є стоматологічна просвіта.

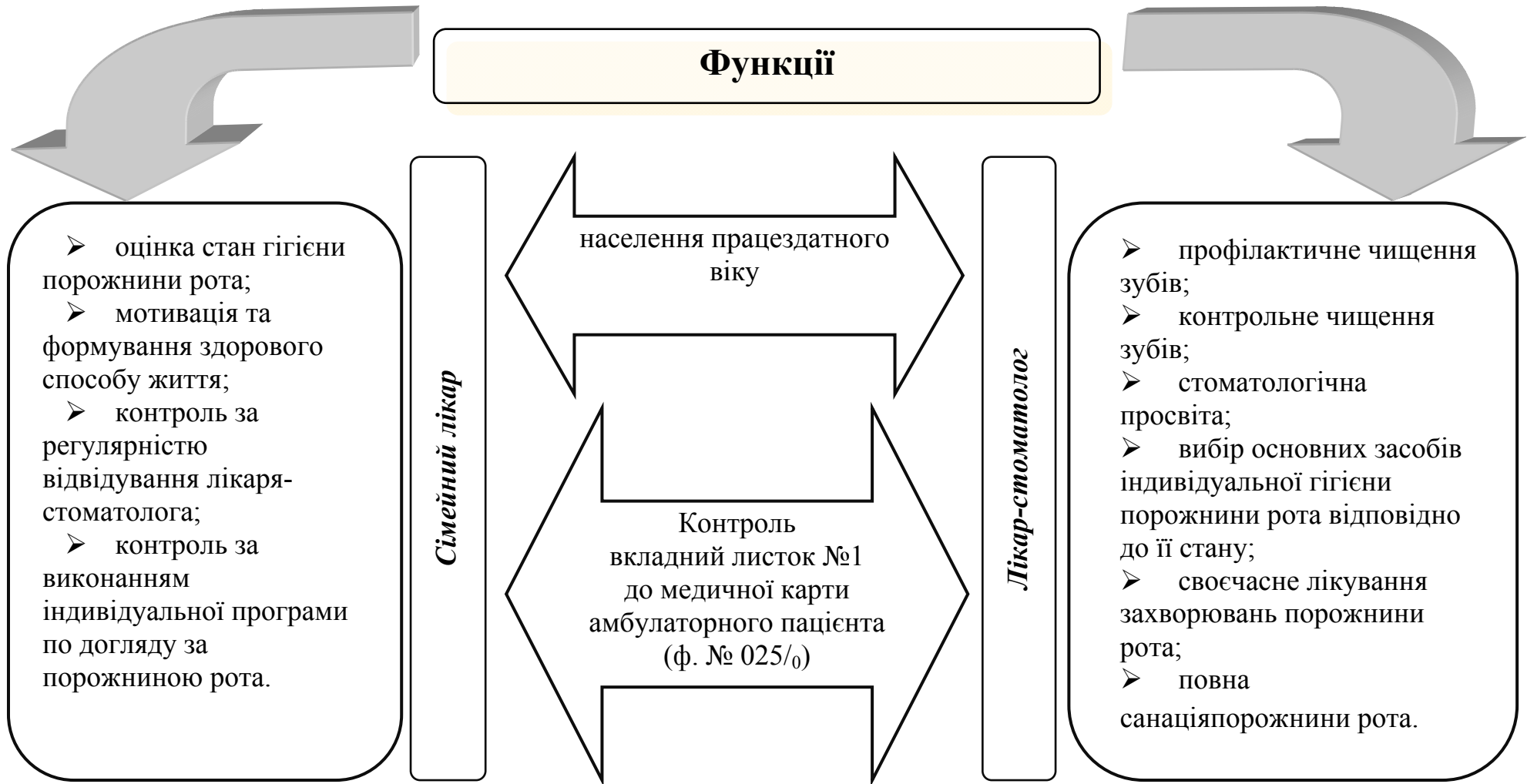
Стратегічною метою моделі стало покращення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку через залучення лікаря первинної ланки до встановлення та контролю за рівнем гігієни ротової порожнини, який, як було наведено вище, призводить до зростання рівня поширеності та інтенсивності карієсу. Тактичним завданням моделі було підвищення рівня стоматологічної просвіти, мотивації до здорового способу життя та виконання

індивідуальної програми гігієни порожнини рота не тільки лікарями-стоматологами, а і медичними працівниками первинної ланки (лікарі, медичні сестри). В основу структурної побудови моделі покладені основні існуючі елементи системи охорони здоров'я України, але оптимізація їх функцій надала їй якісно нового змісту. Нами розмежовано функції з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом (рис. 6.1.2), а також передбачено тісний взаємозв'язок між ними. Така тісна співпраця між лікарями ПМСД та спеціалістами (лікарями-стоматологами) не суперечить освітньо-кваліфікаційній характеристиці (ОКХ) та освітньо-професійній програмі (ОПП) підготовки фахівців відповідно до галузевих стандартів вищої освіти для спеціальностей 7.110101 „Лікувальна справа”, 7.110104 „Педіатрія”, 7.110105 „Медико-профілактична справа”, затверджених наказом МОН України від 16.04.2003 № 239 „Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 „Медицина”, та для спеціальності 7.110106 „Стоматологія”, затверджених наказом МОН України від 28.07.2003 р. № 504 „Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 „Медицина” [117, 118]. Згідно типової програми з навчальної дисципліни «Основи стоматології» для вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації напрямку підготовки 1101 «Медицина» («Лікувальна справа» 7.110101, «Педіатрія» 7.110104, «Медико-профілактична справа» 7.110105) на 5 курсі передбачається вивчення основ стоматології при цьому наголос робиться на вивченні профілактики стоматологічних захворювань, невідкладного лікування та профілактики основних і найбільш розповсюджених захворювань щелепно-лицевої ділянки [123].

Контроль за своєчасним виконанням завдань залишається за сімейним лікарем. На сьогоднішній день існує затверджена облікова документація - вкладний листок №1 до медичної карти амбулаторного пацієнта (ф. № 025/0) [112].



Рис. 6.1.2 Розподіл функцій з питань профілактики стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом



Найважливішою складовою частиною всіх профілактичних заходів є стоматологічна просвіта. Поряд з цим науковими дослідженнями доведено, що ФР виникнення стоматологічних захворювань є загальновідомими та спільними з соматичними захворюваннями і полягають у способі життя й гігієнічній грамотності населення. Для досягнення ефекту від профілактики важливу роль відіграє гігієнічне виховання населення, яке в стоматології відіграє дуже важливу роль, так як етіологія та патогенез карієсу зубів значною мірою обумовлені негативними звичками людини: неправильне споживання цукру, порушення самоочищення порожнини рота, низький рівень гігієни. Гігієнічне виховання повинно йти за двома напрямками: санітарно-просвітницька робота та навчання навичкам гігієни порожнини рота.

Регулярний і грамотний догляд за порожниною рота - невід'ємна частина профілактичних заходів. Сучасна кулінарна обробка їжі й характер харчування населення, особливо вживає м'яку подрібнену їжу, не сприяють самоочищення зубів під час жування. Продукти, що прискорюють слиновиділення і механічно очищають зуби (яблука, сира морква, бруква та інші овочі), використовуються рідко. Замість них частіше вживають тістечка, киселі, муси, каші, котлети і подібні страви, в результаті чого в порожнині рота накопичуються клейкі залишки їжі, які є хорошим живильним середовищем для численних мікробів. Під їх впливом залишки їжі піддаються бродінню, гниття, викликають неприємний запах з рота. Вони ж служать основою для утворення зубного каменю.

Кожен громадянин повинен особисто піклуватися про стан зубів, своєчасно звертатися до лікаря і дотримуватися основних вимог гігієни порожнини рота. Це не тільки умови, що сприяють оздоровленню організму, але й елементарні правила особистої гігієни, що характеризують загальний рівень культури та естетичного виховання людини.

Відповідно до запропонованої оптимізації розроблені критерії оцінки ефективності спостереження за запропонованою моделлю (табл. 6.1.1).

**Критерії ефективності функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку**

<i>Критерії ефективності</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• зростання рівня стоматологічної просвіти серед населення працездатного віку;</li> <li>• зростання рівня мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік) та прихильності до постійного лікаря серед населення працездатного віку;</li> <li>• зростання рівня підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота лікарями-стоматологами відповідно до її стану серед населення працездатного віку;</li> <li>• зростання показників стану гігієни порожнини рота серед населення працездатного віку;</li> <li>• зменшення показників поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку.</li> </ul>

Розрахунок критеріїв ефективності функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку здійснюється за допомогою методів соціологічного та епідеміологічного дослідження, а також лікарями ПМСД, які контролюють якість медичної допомоги, в т.ч. рівень мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік) та прихильність до постійного лікаря серед населення працездатного віку за допомогою вкладного листка №1 до медичної карти амбулаторного пацієнта (ф. № 025/0), стан гігієни порожнини рота визначити який можливо по зубному нальоту, що входить до компетенції лікаря ПМСД. Поряд із санітарною стоматологічною просвітою лікар ПМСД повинен контролювати та мотивувати населення щодо необхідності підбору основних

засобів індивідуальної гігієни порожнини рота лікарями-стоматологами відповідно до її стану серед населення працездатного віку.

Таким чином, при чіткому розподіленні та виконанні своїх функціональних обов'язків лікарями ПМСД та лікарем-стоматологом завдяки їх взаємодії, а не конкурентності, можливо досягти значного поліпшення стану гігієни ротової порожнини, а як наслідок, зменшити рівень інтенсивності та поширеності карієсу та його ускладнень.

## 6.2. Ефективність моделі

Прогностична ефективність запропонованої моделі перевірялась шляхом експертних оцінок. Експертна оцінка здійснювалась шляхом опитування 17 осіб, що виступили експертами: за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» (10 викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України); «Стоматологія» (7 викладачів). Їхній середній вік становив  $49,5 \pm 11,6$  років при загальному стажі роботи в галузі охорони здоров'я –  $25,6 \pm 10,26$  роки, в тому числі за фахом “соціальна медицина” –  $22,7 \pm 10,78$  років. Такі відхилення в стажі роботи за фахом “соціальна медицина” обумовлені тим, що деякі експерти працювали понад 40 років, а деякі мали стаж роботи 5 років, але тих хто мав стаж менше 5 років та не мав наукового ступеня за фахом до експертної оцінки запропонованої моделі не залучалися.

Науковий ступінь доктора медичних наук серед експертів за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» мали 2 експерти, кандидата – 8, вчене звання професора – 2, а решта вчене звання доцента, що дозволило використовувати їх оцінки як експертні.

У якості експерта за напрямом «стоматологія» було залучено 7 експертів, з яких 2 доктора медичних наук та 5 кандидатів медичних наук за спеціальністю «Стоматологія» зі стажем роботи в галузі охорони здоров'я –  $29,9 \pm 8,43$  роки, в тому числі за фахом “стоматологія».

На розгляд експертів представлялись власне функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, а також запропонований за результатами дослідження її якісно новий елемент – розподіл обов'язків та завдань з питань профілактики

поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом, які оцінювались за 10-бальною шкалою.

Таблиця 6.2.1

**Результати експертних оцінок основних характеристик функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку (середнє значення за десятибальною шкалою,  $M \pm m$ )**

Параметри оцінки	Функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку		Розподіл обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом	
	M	$\pm m$	M	$\pm m$
Принципи системності в організації заходів профілактики	9,5	0,51	9,5	0,51
Наступність в організації заходів профілактики	9,2	0,43	9,5	0,51
Етапність в організації заходів профілактики	9,5	0,51	9,9	0,33
Комплексності в організації заходів профілактики	9,5	0,51	9,4	0,49
Доступність для населення	9,5	0,51	9,9	0,33

Таблиця 6.2.2

**Результати експертних оцінок наслідків впровадження функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку (на 100 опитаних)**

Показник	зросте		знизиться		залишиться незмінним	
	%	±m	%	±m	%	±m
Рівень медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота	100,00	0,00	-	-	-	-
Рівень стоматологічної просвіти	95,83	4,08	-	-	4,17	4,08
Рівень мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік)	91,67	5,64	-	-	8,33	5,64
Рівень прихильності до постійного лікаря серед населення працездатного віку	91,67	5,64	-	-	8,33	5,64
Рівень підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку	100,00	0,00	-	-	-	-
Рівень гігієни порожнини рота серед населення працездатного віку	95,83	4,08	-	-	4,17	4,08
Рівень поширеності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку	-	-	91,67	5,64	8,33	5,64
Рівень інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку	-	-	95,83	4,08	4,17	4,08



Результати оцінки основних характеристик моделі та її якісно нових складових представлені у таблиці 6.2.1. Як видно з даних табл. 6.2.1, найвищу та однакову оцінку експертів в моделі в організації заходів профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку отримали системність, етапність, комплексність і доступність ( $9,5 \pm 0,51$ ). Згідно висновків експертів запропонована модель забезпечує наступність в організації заходів профілактики ( $9,2 \pm 0,43$ ). Результати експертизи розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом засвідчили його високий рівень доступності для населення та етапність в організації заходів профілактики ( $9,9 \pm 0,33$  балів), як найвищий, порівняно із іншими елементами. Принципи системності та наступності в організації заходів профілактики оцінили в  $9,5 \pm 0,51$  балів. Відповідно високу оцінку отримала і комплексність в організації заходів профілактики ( $9,4 \pm 0,49$ ).

Щодо очікуваних наслідків впровадження запропонованої функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, то, як видно із даних табл. 6.2.2, всі експерти (100,0 %) висловили впевненість у зростанні рівня медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота та рівні підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку, що в свою чергу призведе до зростання рівня стоматологічної просвіти ( $95,83 \pm 4,08\%$ ) та, як наслідок, до зростання гігієни порожнини рота серед населення працездатного віку ( $95,83 \pm 4,08\%$ ). Переважна більшість експертів переконана у зростанні мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік) ( $91,67 \pm 5,64\%$ ) та прихильності до постійного лікаря серед населення працездатного віку ( $91,67 \pm 5,64\%$ ). Всі ці нововведення дозволять покращити стоматологічний статус населення працездатного віку. Так на думку експертів очікується зниження інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного

віку ( $95,83 \pm 4,08\%$ ) та зниження поширеності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку ( $91,67 \pm 5,64\%$ ).

Очікувані результати медичної, соціальної та економічної ефективності від впровадження запропонованої функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного вік представлені на рис. 6.2.1.



Рис.6.2.1. Очікувана медична, соціальна та економічна ефективності моделі

Реалізація моделі на практиці дозволить покращити не тільки медико-санітарні знання про гігієну порожнини рота, а й показники стоматологічного статусу в зв'язку з ефективною профілактичною роботою.

За даними соціологічного опитування населення не відносить до пріоритетних питань необхідність регулярного відвідування лікаря-стоматолога з подальшим лікуванням, залишаючи його за залишковим принципом, у зв'язку з дефіцитом сімейного бюджету, але завдяки консультаціям зі способу життя, навчанню догляду за станом гігієни порожнини рота, наданням рекомендацій щодо профілактичних і лікувально-профілактичних засобів гігієни порожнини рота, що належить до компетенції лікаря ПМС, можливо досягти підвищення медичної ефективності: зниження кількості ускладнень, поліпшення стану порожнини рота, збереження здоров'я. Соціальні та економічні аспекти проблеми полягають у зменшенні візитів до лікаря, зниженні випадків повторного лікування, підвищенні продуктивності роботи стоматолога, зниженні економічних витрат на кожного хворого в розрахунку на тривалий період часу. На наш погляд, саме підвищення якості роботи фахівців, а не збільшення кількості прийому хворих є резервом продуктивності праці лікаря-стоматолога.

Таким чином, запропонована науково обґрунтована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку завдяки розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом є доступною, створена на принципах комплексності і системності, забезпечує етапність та наступність профілактичної складової медичної допомоги, орієнтована в першу чергу на підвищення рівня медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота в першу чергу через підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку,

що забезпечується конкордантністю дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації відповідних превентивних заходів.

### Висновки до розділу 6

1. Особливістю запропонованої функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку стало розроблення та запровадження розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом.

2. Результати експертних оцінок дали змогу встановити, що науково обгрунтована модель створена на принципах системність, етапність, комплексність і доступність організації профілактичних заходів ( $9,5 \pm 0,51$ ). Згідно висновків експертів запропонована модель забезпечує наступність в організації заходів профілактики ( $9,2 \pm 0,43$ ).

За матеріалами, які викладені в даному розділі, опубліковано:

1. Смірнова І.В. Обгрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75. [237].

2. Смирнова И.В. Первичная профилактика в стоматологии – основной путь снижения интенсивности кариеса / В.И. Клименко, И.В. Смирнова // Комплексний підхід у реабілітації стоматологічних хворих. – 2015 – С. 27-29.[241].

3. І.В. Смірнова Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с. [242].

4. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с. [243].

## Обговорення результатів дослідження

При постановці головного завдання під час вибору напрямку дослідження необхідно враховувати зміни в державній системі охорони здоров'я, особливості та закономірності формування громадського здоров'я не тільки загалом, а й в окремих регіонах та за основними класами хвороб. В цьому аспекті вагомим класом хвороб є хвороби порожнини рота, серед яких провідне місце посідає карієс, а важливою когортою – населення працездатного віку.

Провівши аналіз даних наукової літератури (дивись розділ 1) нами показано, що питома вага стоматологічних захворювань в Україні в структурі загальної захворюваності населення (за даними звернень за медичною допомогою) досягає 20 -25% (третє місце). За показником частоти звернень до лікаря-стоматолога (до 600 звернень на 1000 населення) і чисельністю фахівців – стоматологів, стоматологія знаходиться сьогодні на другому місці, поступаючись лише терапії. За даними деяких авторів, результативність медичної допомоги на 80-95 % залежить від організації та управління [59,99, 138]. Рівень захворюваності на хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп серед населення України перетнув епідеміологічний поріг. За інтенсивністю зростання стоматологічних захворювань, Україна значно випереджає країни Євросоюзу, саме тому стан стоматологічного здоров'я суспільства потребує особливої уваги [188].

В даний час у світі в умовах тривалої економічної кризи і труднощів, пов'язаних із забезпеченням бюджетного сектору економіки, істотно змінився підхід до питань організації стоматологічної допомоги: відбулося широке впровадження ринкових відносин та значне скорочення державного фінансування охорони здоров'я. Найбільш стрімкий розвиток отримала приватна медицина в стоматологічному обслуговуванні населення: якщо в 1997 році 20 % респондентів користувалися послугами приватних

стоматологів, то в 2010 році близько 50 % всіх стоматологічних послуг надавалося приватним сектором[22,25, 76]. Неналежне фінансування стоматологічної допомоги через незадовільну соціально-економічну ситуацію призвело до обмеження профілактичних заходів, як наслідок до підвищення рівня стоматологічної захворюваності. Така ситуація склалася майже в усіх країнах світу, Україна не стала винятком.

Таким чином, нами доведено, що вкрай необхідним є обґрунтування оптимізованої моделі профілактики поширених захворювань ротової порожнини, в структурі яких перше місце належить карієсу.

Наше наукове дослідження проведено в м. Запоріжжя, яке є великим промисловим містом України. В зв'язку з тим, що протягом останніх 15 років надання стоматологічної допомоги здійснюється у державному і недержавному секторах системи охорони здоров'я, а майже 10 років населення переважно обслуговується в стоматологічних кабінетах та клініках приватної форми власності, значно погіршився статистичний облік захворювань порожнини рота.

Нами спільно з кафедрою загальної та спеціальної стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України за умови інформованої згоди згідно з рекомендаціями ВООЗ для оцінки стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку великого промислового міста, яким є м. Запоріжжя, проведено епідеміологічне та медико-соціальне дослідження (обстеження та анкетування по анкетам закритого типу) 369 осіб у віці 35-44 роки. Для оцінки зміни його в залежності від віку та статі нами додатково обстежено по 200 осіб у віці 18-34 роки та 45-60 років. Огляд дорослого населення стосовно стоматологічного здоров'я проводився в стоматологічних кабінетах м. Запоріжжя державної та приватної форм власності (дивись розділ 2).

За даними нашого дослідження поширеність карієсу серед населення працездатного віку м. Запоріжжя становить 100%; інтенсивність карієсу

індекс КПВ) – 16,7, що за даними ВООЗ відповідає дуже високому рівню. Гендерних відмінностей не встановлено. Структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: компонент К складає 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В - 4,32 (1,0; 7,0). Встановлено не достовірні гендерні відмінності: у чоловіків переважає компонент карієсу - 6,54 (3,0; 10,0), а у жінок пломбовані - 6,97 (3,0; 11,0) ( $p > 0,05$ ). При проведенні кореляційного аналізу нами встановлені наступні асоціативні зв'язки між індексом КПВ та його компонентами: КПВ та компонентом К ( $r = +0,25$ ,  $p < 0,05$ ), КПВ та компонентом П ( $r = +0,37$ ,  $p < 0,05$ ), КПВ та компонентом В ( $r = +0,51$ ,  $p < 0,05$ ), що свідчить про найвищий вклад видалених зубів внаслідок карієсу в індекс КПВ.

При аналізі індексу КПВ в залежності від рівня його виразності встановлено, що у переважної більшості населення працездатного віку спостерігається дуже високий рівень -  $55,46 \pm 4,56\%$ , тобто середнє значення індексу каріозних вражень, пломбованих каріозних порожнин та видалених зубів внаслідок карієсу становило 16,3 та вище. У кожного п'ятого ( $21,01 \pm 3,73\%$ ) рівень інтенсивності карієсу відповідає високому (індекс КПВ в межах 12,8-16,2). Середній рівень інтенсивності карієсу (індекс КПВ – 6,3-12,7) встановлено у  $18,49 \pm 3,56\%$  оглянутих і лише тільки у  $3,36 \pm 1,65\%$  населення працездатного віку спостерігається низький рівень інтенсивності карієсу, що свідчить про високу враженість карієсом, низьку ефективність лікування та недостатній рівень профілактичної роботи.

Підтвердженням низької ефективності лікування та недостатнього рівня профілактичної роботи є наявність асоціативного зв'язку між компонентом К та компонентом П індексу КПВ ( $r = -0,41$ ,  $p < 0,05$ ).

Отримані нами дані щодо поширеності та інтенсивності карієсу серед населення працездатного віку співпадають з даними інших наукових досліджень, проведених за допомогою епідеміологічного методу дослідження [46, 53, 54, 155].



Нами встановлено, що на поширеність карієсу істотно впливає вік пацієнтів: зі збільшенням віку знижується поширеність як неускладненого карієсу, так і пульпіту. Причиною зниження поширеності карієсу у старшої вікової групи, вірогідно, є те, що зі збільшенням віку зростає частка пацієнтів, що мають видалені зуби.

Крім інтенсивності та розповсюдженості карієсу, наступним показником для оцінки стану зубів та пародонту, стало вивчення розповсюдженості некаріозних уражень зубів. За даними нашого епідеміологічного дослідження стоматологічної допомоги потребувало 100% обстежених. Науковці різке зростання поширеності захворювань пародонту пов'язують із прогресом цивілізації та відносять їх до найпоширеніших хвороб ротової порожнини, а за даними ВООЗ, посідають друге місце після карієсу, у віковій групі після 40 років зустрічаються навіть частіше, ніж карієс [17, 180].

Гігієна порожнини рота є одним з важливих розділів особистої гігієни людини і головним профілактичним заходом, який має проводитися у всіх без винятку людей, незалежно від рівня стоматологічної захворюваності та стану порожнини рота. Показник стандартного індексу Грін – Вермільйонав досліджуваній нами когорті становив  $1,60 \pm 0,55$ , що відповідає задовільному стану, але на межі з незадовільним. При вивченні гендерних відмінностей показано, що стан гігієни ротової порожнини чоловіків був недостатнім (індекс Грін-Вермільйона -  $1,73 \pm 0,58$ ), а у жінок наближався до задовільного (індекс Грін-Вермільйона -  $1,49 \pm 0,49$ ), що в середньому відповідало вищенаведеному рівню. Відомо, що при поліпшенні гігієни порожнини рота і зниженні інтенсивності карієсу, значно скорочуються витрати на лікування ускладнених форм стоматологічної патології, що дозволить поліпшити стоматологічне здоров'я і раціонально використовувати обмежені фінансові ресурси [105, 197].

Переконливо доведено, що як неінфекційні захворювання, так і захворювання порожнини рота мають ряд загальних ФР, таких як

неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем, які в обох випадках пов'язані з поведінкою людини. Також спільними є і соціально-економічні детермінанти: умови життя, бідність, освіта, культурні традиції та ін. Саме наявність, характер їх взаємодії є вирішальним в виникненні, поширеності та зростанні інтенсивності карієсу. Швидкість же прогресування його пов'язують з тривалістю дії ФР, ступінь впливу яких залежить від віку, статі та індивідуально-типологічних особливостей людини. Епідеміологічні дані підтверджують роль куріння тютюну як основного ФР розвитку та прогресування маргінального пародонтиту. Відносний ризик пародонтиту у людей, які палять складає 2,5-6. Більше 50 % захворювань на пародонтит викликано курінням тютюну, проявляється в осіб у віці до 45 років, але при повній відмові від куріння частоту пародонтиту можна скоротити на 30-60% [158]. Нами не встановлено впливу тютюнопаління та вживання алкоголю на стан гігієни порожнини рота, яка значно впливає на інтенсивність та поширеність карієсу.

Враховуючи, що значна частина стоматологічної допомоги відійшла в приватний сектор, немаловажну роль відіграє соціально-економічний статус населення [57, 122,223, 229,230]. За даними інших наукових досліджень саме населення з вищою освітою частіше мотивоване до контролю за станом своїх зубів та ротової порожнини [4, 54, 74].

Нами встановлено, що незважаючи на високий відсоток населення, яке має вищу та середню спеціальну освіту, питома вага тих, що зверталися за стоматологічною допомогою рідше одного разу на рік ( $29,41 \pm 4,18\%$ ) переважає над тими, які зверталися один раз на 6 місяців ( $18,49 \pm 3,56\%$ ). Поряд з цим нами встановлені гендерні відмінності до стану здоров'я порожнини рота: чоловіки відрізняються більше недбаліми відношенням, що підтверджується достовірно рідшим відвідуванням лікаря стоматолога 1 раз на 6 міс. -  $14,04 \pm 4,60\%$  в порівнянні з жінками  $22,58 \pm 5,31\%$  ( $p > 0,05$ ). Можна припустити, що це пов'язано з соціально-економічним станом особистості. Переважання жінок серед пацієнтів у лікарів стоматологів на терапевтичному

прийомі наголошується і іншими дослідженнями [22], як і гірше стоматологічне здоров'я у чоловіків у порівнянні з у жінками, у робочих у порівнянні з службовцями, а також доведено, що ситуація тільки погіршується з віком пацієнтів [69], що співпадає із даними нашого дослідження (дивись розділ 3-4).

Спостерігається тенденція до зростання вимог пацієнтів відносно якості надаваних стоматологічних послуг, а людина відчуває психологічний дискомфорт при наявності невирішених стоматологічних проблем [65]. Це пояснюється психоемоційними особливостями характеру, наслідками якого є більше відповідальне ставлення до свого здоров'я та високі вимоги до естетики. Для більшості жінок гарний стан зубів є важливим чинником соціальної адаптації в суспільстві, що може стати обґрунтуванням переважання жінок на прийомі у лікаря-стоматолога.

З метою оцінки якості надання стоматологічної допомоги було розраховано і проведено аналіз РСД, який також входить до показників, рекомендованих ВООЗ, для оцінки стану зубів і пародонту (дивись розділ 2). Нами встановлено, що РСД населенню працездатного віку вікової категорії 35-44 роки (обстеження даної вікової категорії згідно рекомендацій ВООЗ) є недостатнім - 38,5 (20;59) через чоловіків - 30,1 (20;46,7), який достовірно нижчий проти жінок - 50,9 (21,1;63,4) ( $p < 0,01$ ). Поганий РСД у вищезазначеної категорії населення формувався за рахунок чоловічої статі, у яких він сягав  $30,6 \pm 3,43\%$ , що достовірно вище у порівнянні з жінками -  $7,6 \pm 2,98\%$  ( $p < 0,05$ ). Населення 35-44 років, особливо чоловічої статі ще гірше ставиться до стану свого стоматологічного статусу, як наслідок достовірно зростає питома вага з недостатнім РСД до  $54,6 \pm 3,75\%$  проти  $38,4 \pm 3,96\%$  - 18-34 роки ( $p < 0,05$ ).

Незважаючи на прийняті ВООЗ Європейські цілі стоматологічного здоров'я до 2020р. (1999р.), в яких чітко та поступово прописані індикатори позитивних змін показників стоматологічного здоров'я на кожні 5 років, поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань залишаються

значимою медико-соціальною проблемою. До теперішнього часу карієс зубів відносять до числа найбільше поширених захворювань. Поліпшення якості стоматологічної допомоги населенню є як медичною, так і не менше значущою соціальною та економічною проблемами. За даними ВООЗ стоматологи до цього часу не в змозі забезпечити лікування мільярдів уражених карієсом зубів та його наслідків. Навіть економічно розвинені країни потребують збільшення обсягів стоматологічної допомоги від 3 до 8 разів. Стає все більше зрозумілим, що ефективна боротьба з карієсом зубів і хвороб пародонту залежить від профілактичної роботи.

Вчені з Університету Ньюкасла і Університетського коледжу Лондона довели, що здоров'я зубів пов'язане з рівнем доходу людини. Фахівці зазначили, що у людини з низьким рівнем доходу і поганою освітою спостерігалось найбільше проблем з ротовою порожниною. У таких людей частіше розвивався карієс, хвороби ясен, а також формувалися проміжки між зубами [227]. До цієї ж категорії віднесено осіб з низьким соціально-економічним статусом, наприклад, в індустріально-розвинених країнах це емігранти з країн, що розвиваються, біженці. Дійсно обслуговування пацієнтів в стоматологічних закладах на пряму пов'язано з рівнем їх доходів, тобто, чим вище рівень доходу на одного члена родини, тим вище і можливості піклування пацієнта про власне здоров'я. Переважна більшість опитаного нами населення отримувала дохід на одного члена сім'ї на рівні прожиткового мінімуму ( $47,82 \pm 4,45\%$ ) чи вище ( $42,86 \pm 4,54\%$ ), але майже кожна п'ята людина мала рівень доходу на одного члена сім'ї менше за прожитковий мінімум ( $19,33 \pm 3,62\%$ ), до них належали пенсіонери за вислугою років ( $2,52 \pm 1,44\%$ ), пенсіонери за інвалідністю ( $1,68 \pm 1,18\%$ ), безробітні ( $6,72 \pm 2,30\%$ ), некваліфіковані робітники ( $6,72 \pm 2,30\%$ ) та деяка частка зайнятих у бюджетній сфері.

Для профілактики карієсу необхідно регулярно підтримувати правила гігієнічного догляду за порожниною рота. Враховуючи, що наявність нальоту на поверхні зубів, який накопичується постійно, - це і є стангігієни порожнини

рота. Адже щоденне ранкове і вечірнє чищення зубів є обов'язковим заходом профілактики карієсу. Не дотримування цього правила збільшує ймовірність розвитку захворювань порожнини рота [56]. Так за даними нашого дослідження чищення зубів менше ніж 2 рази на добу призводить до зростання шансів низького рівня гігієни ротової порожнини за показником індексу Грін-Вермільйона майже в 3 рази (ВШ=2,64, 95% ДІ: 0,97-7,14;  $p<0,05$ ), а зміна зубної щітки 1 раз на 3 міс та частіше в 2,5 рази збільшує шанси задовільної гігієни порожнини рота (ВШ=2,54, 95% ДІ: 1,2-5,36;  $p<0,05$ ).

Поряд із чищенням зубів, зміною зубної щітки для поліпшення гігієни порожнини рота доцільно використовувати додаткові засоби гігієни, які повинен пацієнту підібрати лікар стоматолог з урахуванням потреби [37, 38, 55]. Зубні пасти досить часто прописуються лікарями для усунення тих або інших захворювань. За даними С. Б. Улитовського (1999), тільки запатентованих засобів по догляду за порожниною рота існує близько 800 видів. Зубних паст, ополіскувачів та гелів близько 200 найменувань. Неправильно підібрані зубна паста та ополіскувач можуть стати причиною погіршення стану як самої емалі, так і захисних властивостей слини, її здатності нейтралізувати кислоти і луги, підвищуючи ймовірність розвитку карієсу. Найчастіше опитане нами населення використовувало ополіскувачі ( $42,02\pm 4,52\%$ ) та жувальні гумки ( $36,13\pm 4,40\%$ ), поряд з цим також застосовувало флоси ( $19,33\pm 3,62\%$ ), а  $10,08\pm 2,76\%$  респондентів – інші засоби гігієни порожнини рота. Гендерних відмінностей не встановлено.

Нами доведено, що поряд із групою соціально-економічних чинників спостерігається значний вплив медико-організаційних чинників: вибір зубної пасти за допомогою лікаря в 1,8 рази зменшує шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=1,77, 95% ДІ: 0,67-4,69;  $p<0,05$ ), а зміна зубної щітки кожні 3 місяці знижує шанси низького рівня гігієни порожнини рота в 2,5 рази (ВШ=2,54, 95% ДІ: 1,2-5,36;  $p<0,05$ ), про що повинен інформувати населення лікар стоматолог. Відвідування ж лікаря стоматолога 1 раз на 6 місяців в 1,5

рази зменшує шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=1,52, 95% ДІ: 0,45-5,16;  $p<0,05$ ), а ось відвідування лікаря стоматолога з профілактичною метою (профілактична гігієна) майже в 4 рази призводить до зниження шансів низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=3,97, 95% ДІ: 0,84-18,76;  $p<0,05$ ). Як наслідок, відвідування постійного (одного) лікаря стоматолога в 5 разів зменшує шанси низького рівня гігієни порожнини рота (ВШ=5,07, 95% ДІ: 1,54-16,62;  $p<0,05$ ). На наш погляд це пов'язано зі стоматологічним комплаєнсом та наявністю якісної диспансеризації, а також проведенням гігієнічного виховання, що підвищило ефективність профілактичних заходів.

Недостатнє фінансування стоматологічної служби, невідповідність більшості технологій та обладнання, яке використовується у стоматологічних закладах державної форми власності, низька заробітна платня лікарів-стоматологів у стоматологічних закладах державної форми власності, відсутність економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання не сприяють підвищенню якості і продуктивності праці стоматологічного персоналу. Суттєве зменшення кількості стоматологічних кабінетів в медичних закладах комунальної власності, застаріле оснащення державних стоматологічних кабінетів, стрімкий розвиток приватного сектору стоматологічних кабінетів, оснащених сучасною технікою призвело до зниження доступності та якості стоматологічної допомоги для населення України (дивись розділ 5). Поряд з цим розгалуження первинної ланки, яка повинна займатися профілактичною роботою, а ФР стоматологічних захворювань ідентичні з неінфекційними захворюваннями, стало провідним ланцюжком у профілактиці карієсу.

Зміна відношення до свого здоров'я кожного члена нашого суспільства на рівні національної ментальності дозволить добитися вагомих результатів у зниженні поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань, особливо серед населення працездатного віку [120,210]. Саме профілактика,

що реалізується в межах національних стратегій, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем, пов'язаних із хронічними неінфекційними захворюваннями, до яких відносяться стоматологічні захворювання, і чинниками їх ризику [27, 98]. За даними літератури пацієнти відвідують стоматолога з метою профілактики від 3,6% до 10,3% і близько третини населення звертаються за стоматологічною допомогою за наявності гострого болю (при аналізі амбулаторних карток), що свідчить про низьку мотивацію до збереження стоматологічного здоров'я серед населення [60, 106].

Необхідно встановити чи проводять профілактичну роботу лікарі стоматологи з пацієнтами не залежно від причини відвідування. Переважна більшість населення відповіла ( $58,82 \pm 4,51\%$ ), що лікар стоматолог завжди проводить з ним бесіди про профілактику стоматологічних захворювань та гігієну порожнини рота. Ще  $28,57 \pm 4,14\%$  опитаних теж відповіли, що їм розповідали про профілактичні заходи в стоматології, але рідко. Кожен 12 ( $8,40 \pm 2,54\%$ ) вважає, що бесіду даного характеру лікар не проводив з ним жодного разу. Гендерних відмінностей за думкою пацієнтів про проведення лікарем стоматологом бесід про гігієну і про профілактику стоматологічних захворювань не встановлено, за винятком трактування «майже ніколи», яку сформували чоловіки -  $8,77 \pm 3,75\%$ . Жінки більше вимогливіші до свого здоров'я і до даної категорії не ввійшли.

Як відомо лікар стоматолог повинен не тільки проводити бесіди про гігієну ротової порожнини і про профілактику стоматологічних захворювань, а й навчати населення правилам чищення зубів. Лише тільки  $60,50 \pm 4,48\%$  респондентів відповіли, що правильно чистити зуби їх навчили в стоматологічному кабінеті. Такий відсоток серед населення працездатного віку досягнуто за рахунок жіночої статі, достовірна більшість яких відвідує лікаря стоматолога з профілактичною метою та навчилася правилам чищення зубів лікарем стоматологом -  $70,97 \pm 5,76\%$  проти  $49,12 \pm 6,62\%$  чоловіків ( $p < 0,05$ ).

В умовах, коли провідним способом управління організацією стоматологічної допомоги та розрахунків в її потребі здійснюється за даними отриманими при зверненні за нею, а за результатами нашого дослідження встановлено, що значна частина населення роками не звертається за стоматологічною допомогою, особливо з метою профілактики, необхідно врахувати існуючі прогалини в організації профілактичних заходів при наданні медичної допомоги стоматологічним хворим з поширеними стоматологічними захворюваннями. Таким чином, провівши епідеміологічне дослідження стоматологічного статусу, визначивши провідні медико-соціальні та організаційні чинники, що сприяють зростанню поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань, нами науково обґрунтовано концептуальний напрям та розроблено функціональну модель профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.

Запропонована оптимізована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку через реалізацію розподілу обов'язків та завдань з питань превентивних заходів між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом призвела до значного підвищення рівня стоматологічної просвіти і мотивації своєчасного звернення до лікаря стоматолога, особливо до постійного. Найважливішою складовою частиною всіх профілактичних заходів є стоматологічна просвіта.

*Стратегічний напрям* моделі спрямовувався на покращення стану стоматологічного здоров'я населення працездатного віку через залучення лікаря первинної ланки до встановлення та контролю за станом гігієни ротової порожнини. *Тактичним напрямом* моделі було підвищення рівня стоматологічної просвіти, підвищення мотивації до здорового способу життя та виконання індивідуальної програми гігієни порожнини рота не тільки лікарями-стоматологами, а і медичними працівниками первинної ланки (лікарі, медичні сестри). В основу структурної побудови моделі покладені основні існуючі елементи системи охорони здоров'я України, але



оптимізація їх функцій надала їй якісно нового змісту. Нами розмежовано обов'язки та завдання з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем-стоматологом, а також передбачено тісний взаємозв'язок між ними.

Така тісна співпраця між лікарями ПМСД та лікарями-стоматологами не суперечить освітньо-кваліфікаційній характеристиці (ОКХ) та освітньо-професійній програмі (ОПП) підготовки фахівців, затвердженими наказом МОН України від 16.04.03 за № 239. Згідно програми з дисципліни «Основи стоматології» для вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації напряму підготовки 1101 «Медицина» («Лікувальна справа» 7.110101, «Педіатрія» 7.110104, «Медико-профілактична справа» 7.110105) на 5 курсі передбачає вивчення основ стоматології при цьому наголос робиться на вивченні профілактики стоматологічних захворювань, невідкладного лікування та профілактики основних і найбільш розповсюджених захворювань щелепно-лицевої ділянки.

Контроль за своєчасним виконанням завдань залишається за сімейним лікарем. На сьогоднішній день існує затверджена облікова документація - вкладний листок №1 до медичної карти амбулаторного пацієнта (ф. № 025/0).

Відповідно до запропонованої оптимізації розроблені критерії оцінки ефективності спостереження за запропонованою моделлю. Розрахунок критерії ефективності функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку здійснюється за допомогою методів соціологічного та епідеміологічного дослідження, а також лікарями ПМСД, які контролюють якість медичної допомоги, в т.ч. рівень мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік) та прихильність до постійного лікаря серед населення працездатного віку за допомогою вкладного листка №1 до медичної карти амбулаторного пацієнта (ф. № 025/0), стан гігієни порожнини рота визначити який можливо по зубному нальоту, що входить до компетенції лікаря ПМСД. Поряд із санітарною стоматологічною

просвітою лікар ПМСД повинен контролювати та мотивувати населення щодо необхідності підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота лікарями-стоматологами відповідно до її стану серед населення працездатного віку.

Прогностична ефективність запропонованої моделі перевірялась шляхом експертних оцінок. Експертна оцінка здійснювалась шляхом опитування 17 осіб, що виступили експертами: за фахом «Організація та управління охороною здоров'я» (10 викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України); «Стоматологія» (7 викладачів).

Всі ці нововведення дозволять покращити стоматологічний статус населення працездатного віку. Так на думку експертів очікується зниження інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку ( $95,83 \pm 4,08\%$ ) та зниження поширеності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку ( $91,67 \pm 5,64\%$ ).

Реалізація моделі на практиці дозволить покращити не тільки медико-санітарні знання про гігієну порожнини рота, а й показники стоматологічного статусу в зв'язку з ефективною профілактичною роботою.

За даними соціологічного опитування населення не відносить до пріоритетних питань необхідність регулярного відвідування лікаря-стоматолога з подальшим лікуванням, залишаючи його за залишковим принципом, у зв'язку з дефіцитом сімейного бюджету, але завдяки консультаціям зі способу життя, навчанню догляду за станом гігієни порожнини рота, наданням рекомендацій щодо профілактичних і лікувально-профілактичних засобів гігієни порожнини рота, що належить до компетенції лікаря ПМС, можливо досягти підвищення медичної ефективності: зниження кількості ускладнень, поліпшення стану порожнини рота, збереження здоров'я. Соціальні та економічні аспекти проблеми полягають у зменшенні візитів до лікаря, зниженні випадків

повторного лікування, підвищенні продуктивності роботи стоматолога, зниженні економічних витрат на кожного хворого в розрахунку на тривалий період часу. На наш погляд, саме підвищення якості роботи фахівців, а не збільшення кількості прийому хворих є резервом продуктивності праці лікаря-стоматолога.

Таким чином, запропонована науково обґрунтована функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку завдяки розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом є доступною, створена на принципах комплексності і системності, забезпечує етапність та наступність профілактичної складової медичної допомоги, орієнтована в першу чергу на підвищення рівня медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота в першу чергу через підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку, що забезпечується конкордантністю дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації відповідних превентивних заходів.

## ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальне наукове завдання щодо удосконалення організації профілактики найбільше розповсюджених стоматологічних захворювань населення працездатного віку шляхом досягнення погодженості дій лікаря первинної ланки та лікаря-стоматолога щодо реалізації відповідних превентивних заходів. Науково обґрунтовано необхідність залучення лікаря первинної ланки для оцінки та контролю за рівнем гігієни ротової порожнини, що стало підставою для розробки функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, впровадження якої матиме медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив, що залучення лікаря первинної ланки до профілактики поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку є доцільним механізмом внаслідок пріоритетності превентивних заходів в колі його обов'язків, спільності керованих чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань, в т.ч. стоматологічних, недосконалості існуючої системи профілактики стоматологічних захворювань. Вирішення цього питання дозволить поліпшити показники стоматологічного статусу населення держави.

2. Встановлено, що рівень стоматологічної допомоги населенню працездатного віку м. Запоріжжя є недостатнім (38,5%), про що свідчить висока поширеність карієсу - 100%; його інтенсивність - 16,7 також відповідає дуже високому рівню. Несприятлива структура індексу КПВ серед населення працездатного віку має наступний вигляд: компонент К складає 5,99 (3,0; 9,0); компонент П - 6,57 (3,0; 10,0); компонент В - 4,32 (1,0; 7,0). Половина обстеженого населення працездатного віку мала проблеми із станом пародонта:  $37,82 \pm 4,45\%$  - локалізований гінгівіт,  $8,40 \pm 2,54\%$  - генералізований;  $5,88 \pm 2,16\%$  - пародонтит локалізований,  $17,65 \pm 3,49\%$  - генералізований, КІІІ -  $2,81 \pm 0,51$  балів. Рівень некаріозного ураження зубів

досягає 100%:  $44,54 \pm 4,56\%$  мали підвищене стирання зубів,  $25,21 \pm 3,98\%$  - клиноподібний дефект,  $11,76 \pm 2,95\%$  - ерозію емалі та  $10,08 \pm 2,76\%$  - гіпоплазію.

3. Показано, що стан гігієни порожнини рота в середньому відповідає задовільному (індекс Грін – Вермільйона-  $1,60 \pm 0,55$ ), але зсунутий до межі з незадовільним. Показано гендерні відмінності щодо задовільного стану порожнини рота, який достовірно майже в 2 рази частіше спостерігається у жінок -  $66,1 \pm 6,01\%$  проти  $36,8 \pm 6,39\%$  чоловіків.

4. Доведено, що зростанню інтенсивності карієсу сприяють низька гігієнічна грамотність населення подоглядуза ротовою порожниною, соціально-економічні тамедико-організаційні фактори: зміна зубної щітки рідше ніж 1 раз на 3 місяці (ВШ= $2,54$ , 95% ДІ:  $1,2-5,36$ ); чищення зубів менше ніж 2 рази на добу (ВШ= $2,64$ , 95% ДІ:  $1,17-7,14$ ), невідвідування лікаря стоматолога з метою профілактики (ВШ= $3,97$ , 95% ДІ:  $1,84-18,76$ ), відсутність постійного лікаря стоматолога (ВШ= $5,07$ , 95% ДІ:  $1,54-16,62$ ).

5. Провідними медико-організаційними чинниками незадовільної профілактичної роботи є низький рівень забезпеченості лікарями стоматологами в Запорізькій області (в 2 рази нижче середнього показника по Україні), третя частина з яких особи передпенсійного та пенсійного віку, та незадоволеність матеріально-технічною базою медичного закладу, особливо в стоматологічних клініках (кабінетах) комунальної форми власності ( $27,50 \pm 0,45\%$ ).Звернення за медичною допомогою до лікаря-стоматолога з причини гострого болю, а не планове його відвідування, призводить до збільшення шансів зростання інтенсивності карієсу в 7 разів (ВШ= $6,77$ , 95% ДІ:  $1,75-26,19$ ), призводячи до видалення зубу.

6. Запропонованафункціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, особливістю якої стало розроблення та запровадження розподілу функцій з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом. В досягненні ефекту від профілактики

важливу роль відіграє гігієнічне виховання населення, яке повинно йти за двоманапрямами: санітарно-просвітницька робота та навчання навичкам гігієни порожнини рота.

7. Результати експертних оцінок дали змогу встановити, що науково обґрунтована модель відповідає принципам системності, етапності, комплексності організації профілактичних заходів ( $9,5 \pm 0,51$ ), що позитивно впливає на їх доступність -  $9,5 \pm 0,51$ . Згідно висновків експертів запропонована модель забезпечує наступність в організації заходів профілактики ( $9,2 \pm 0,43$ ).

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дають змогу запропонувати рекомендації та шляхи їх реалізації для втілення в практичній діяльності системи охорони здоров'я з метою її вдосконалення, що дозволить поліпшити ситуацію з питань організації профілактики поширених хвороб порожнини рота серед населення працездатного віку:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити у практику охорони здоров'я науково обґрунтовану функціональну модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку, зміст якої викладено у спеціальних методичних рекомендаціях.

2. Структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та міськвиконкомів:

- впровадити запропоновану модель та розробити наказ щодо розподілу обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом.

3. Головним лікарям центрів первинної медико-санітарної допомоги:

- забезпечити контроль за виконанням функціональних обов'язків сімейним лікарем щодо оцінки стану гігієни порожнини роту; мотивації та формування здорового способу життя; контроль за регулярністю відвідування лікаря-стоматолога; контроль за виконанням індивідуальної програми по догляду за порожниною рота.

4. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання лікарів-інтернів та лікарів терапевтичного профілю питаннями профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Абакаров И.С. Перспективы совершенствования образовательной системы подготовки специалистов стоматологического профиля в Российской Федерации / С.И. Абакаров // Институт Стоматологии. – 2002.- №1. – С. 1-18.
- Агранович Н.В. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста / Н.В. Агранович, А.К. Мхитарян, В.О. Агранович // Вестник Ставропольского государственного университета. - 2012. - №80(3). - С. 234-237.
- Айрапетян С.М. Распространение стоматологических заболеваний, послуживших причинами госпитализации и смертности населения / С.М. Айрапетян, Т.П. Сабгайда // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010.- №1. - С.42-45.
- Алимский А.В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры / А.В. Алимский, И.М. Рабинович, И.А. Лемберг // Клиническая стоматология. – 2009. - № 1. – С. 74-76.
- Алимский А.В. Предлагаемая модель организации стоматологической помощи населению Российской Федерации / А.В. Алимский // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. - 2010. - №1(30). - С. 44-50.
- Антоненко М.Ю. Новые возможности повышения эффективности гигиенических мероприятий в комплексной профилактике стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста / М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, М.О. Дудникова // Современная стоматология. – М., 2011. - № 3. – С. 95-98.
- Антонова А.А. Уровень санитарно-гигиенических знаний о профилактике стоматологических заболеваний у беременных женщин и молодых мам / А.А. Антонова, Е.Л. Чирикова // Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск. - 2009. - № 2. - С. 10-11.
- Бабушкина Н.С. Клинико-экспериментальное обоснование профилактики кариеса зубов у детей, проживающих в регионе содо-бромного производства /



Н.С. Бабушкина // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – том 12, №4(48). – С. 8-11.

Бакшеева С.Л. Проблемы организации медицинской и стоматологической помощи населению Крайнего Севера / С.Л.Бакшеева, Н.А.Горбач, В.В.Алямовский // Проблемы управления здравоохранением. - 2010. - № 1 (50) - С. 35-38.

Бойко В.В. Двенадцать признаков руководителя вчерашнего дня / В.В. Бойко // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. - 2010. - №1 (30). - С.24-29.

Богданова О.А. Профилактические меры обходятся дешевле / О.А. Богданова // Профилактическая стоматология. - 2009. - № 34. – 34 с.

Боттічеллі А. Роль гігієніста стоматологічного команді стоматологічної клініки / А. Боттічеллі // Стоматологічний коледж.-2006. -№ 2. –2 с.

Брызгалов И.К. Флоссы, профилактика кариеса / И.К. Брызгалов // Стоматология. - 2010. - № 2 (66). - С. 33–36.

Бугорков И.В. Анкетирование и конкурентоспособность государственных стоматологических учреждений / И.В. Бугорков // Вісник стоматології. – 2009. - №2 (67). – С. 97-99.

Бугорков И.В. Экономические факторы повышения конкурентоспособности стоматологических учреждений Донецкой области / И.В. Бугорков // Економічний вісник Донбасу. - 2009. - №2 (16). - С. 46-47.

Бугорков И.В. Конкурентоспособность государственных стоматологических учреждений / И.В. Бугорков // Научный журнал «Менеджер» : вестник Дон.гос. универ. управления. - 2009. - № 4(50). - С. 203-207.

Бугорков И.В. Комплексний похід к лечению заболеваний пародонта в условиях государственной стоматологической поликлиники / И.А. Бугорков, И.В. Бугоркова // Современная стоматология. – М., 2010. - №1. – С. 139–141.

Бугорков И.В. Предоставление комплексных ортопедических услуг в условиях стоматологических учреждений коммунальной формы собственности

/ И.В. Бугорков // Актуальні питання та проблеми розвитку стоматології на сучасному етапі: зб. наук.праць. - Полтава: ТОВ «АСМІ». - 2011. - С. 20-23.

Бугорков И.В. Удовлетворенность населения качеством и ассортиментом стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 1. - С. 70–74.

Бугорков И.В. Расширение ассортимента услуг в ортопедических отделениях стоматологических поликлиник государственной и коммунальной форм собственности / И.В. Бугорков, М.А. Павленко, Н.В. Шапка // Современная стоматология. – 2012. - №2. – С. 150–153.

Бугорков И.В. Экономические факторы конкурентоспособности стоматологических учреждений Донецкой области / И.В. Бугорков // Економічний вісник Донбасу. -2009.- №2(16). – С. 46-47.

Бугорков И.В. Фактор времени и стоматологические аспекты здоровья в жизни женщин трудоспособного возраста / И.В.Бугорков // Здоровье женщины. — 2012. — № 3(69). — С. 37–39.

Вагнер В.Д. Значение медицинской документации для анализа производственной деятельности стоматологической поликлиники / В.Д. Вагнер, Л.Г. Дейнеко, А.А. Калбаев // Институт Стоматологии. – 2004. – №25. – С.6-7.

Вагнер В.Д. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии / В.Д. Вагнер, Б.Ц. Нимаев // Институт Стоматологии. – 2005. – №4 (29). – С. 20-21.

Вагнер В.Д. Разгосударствление стоматологической службы – проблемы и пути решения. / В.Д. Вагнер // Институт Стоматологии. – 2003. - №4. – С. 13.

Вагнер В.Д. Профилактическая направленность деятельности врачей-стоматологов общей (семейной) практики / В.Д. Вагнер, Б.Ц. Нимаев // Институт Стоматологии. -2006.- №2. – С. 10.

Вазиева А. К. Эпидемиология кариеза в республике Северная Осетия-Алания и обоснование необходимости разработки (оптимизации) программы профилактики [Электронный ресурс]: / А.К. Вазиева, Р.В. Золоев //

Вестник новых медицинских технологий – 2012 – № 1. – Режим доступа до журн.: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/3693.pdf>

Васильева Л.А. Профилактика и гигиена полости рта / Л.А. Васильева // Стоматология. - 2008. - №88. - С.56–61.

Вахненко О.М. Аналіз стану нормативної бази, що регулює надання стоматологічної допомоги населенню України / О.М. Вахненко // Современная стоматология. – 2009. - №4. – С. 145–147.

Вахненко О.М. Медико-соціально обґрунтування концепції оптимізації стоматологічної допомоги населенню України: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03 «Соціальна медицина» / О.М. Вахненко нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. - К., 2012. – 19с.

Влияние электромагнитного излучения ПЭВМ на состав и структуру ротовой жидкости кариесрезистентных лиц / М.А. Борисенко, А.Н. Пятаева, В.В. Сидельников [и др.] // Институт Стоматологии. -2005.- №1.- С.101-102.

Воевода А.П. Надо ли реформировать стоматологию? / А.П. Воевода, В.М. Хомчишин // Стоматолог. – 2008. - №12(127). – С. 5–7.

Волкова Ю.В. Профилактика стоматологических заболеваний / Ю.В. Волкова, Е.Г. Шапиро, И.А. Липовская //СПб.: ООО «МЕВИ издательство» - 2008. - 72 с.

Вощина Е.И. Влияние маркетинговых технологий на повышение уровня и качества медицинской услуги / Е.И. Вощина, О.О. Янушевич, В.М. Гринин //Стоматолог. - 2007. - №7. С. 5-10.

Всемирная Стоматологическая Федерация FDI: Всемирный день здоровья полости рта (WOND 2015)[Электронный ресурс] / В.В. Садовский, Орландо Монтейра да Силва, Е.П. Иванова и [др.] //Клиническая стоматология. - 2012.- № 2.-С.4-5. - Режим доступа до журн.: <http://www.kstom.ru/issues/0062.php>

Гайнутдинова Б.Г. Проведение и эффективность санитарного стоматологического просвещения при внедрении стоматологической

профилактической программы в крупном промышленном центре : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.21 «Стоматология» / Б.Г. Гайнутдинова. – Воронеж, 2006. - 26 с.

Георгиев А.М. Ополаскиватели для полости рта / А.М. Георгиев // Клиническая стоматология. - 2007. - № 7. - С. 15-17.

Герасименко Є.В. Диференційований підхід до індивідуальної гігієни у людей з різним стоматологічним статусом / Є.В. Герасименко // Новинистоматології. - 2010. - №3. - С. 33-34.

Голубчиков М.В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006-2010 р.р. / М.В. Голубчиков, О.В. Савчук // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 43-45.

Данилов Е.О. Кадровое обеспечение и проблемы использования трудовых ресурсов стоматологической службы / Е.О. Данилов, Б.Т. Мороз, А.В. Цимбалистов // Институт Стоматологии – 2005. – №4. – С. 12-16.

Делендик А.И. Организация работы стоматолога общей практики / А.И. Делендик, М.К. Зубрицкий // Организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи: Материалы научно-практической конференции - Минск, 1999. – С. 69-73.

Делендік. А.І. Особливості організації стоматологічної допомоги в Німеччині / А.І. Делендік // Стоматологічний журнал. – 2006. – №2. – 140 с.

Деньга О.В. Поражаемость кариесом зубов детей, проживающих в районах Одесской области с различной пестицидной нагрузкой / О.В. Деньга, А.В. Николаева, С.В. Шпак // Вестник стоматолога. – 2007. - №3. – С. 38-43.

Дмитриева А.Г. Актуальные проблемы и перспективы развития профилактики стоматологических заболеваний / А.Г. Дмитриева // Материалы IX ежегодного научного форума «Стоматология 2007», посвященного 45-летию ЦНИИС. - М., 2007. - С. 117-119.

Дмитрова А. Проблемы стоматологической санации детей в учреждениях для детей-сирот, расположенных в сельской местности / А. Дмитриева, А. Кулаков // Стоматология для всех. – 2011. - №32. – С. 32-33.

Дорошина, В.Ю. Стоматологическая диспансеризация студентов московских вузов и пути повышения ее эффективности / В.Ю. Дорошина, И.М. Макеева, А.С. Проценко // Стоматология. - 2010. - Т. 89, №1. - С. 7-9.

Доручення Президента України щодо реформування системи охорони здоров'я, спрямованої на підвищення якості і доступності медичної допомоги для громадян України [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://www.zdrav.ks.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202:2011-01-17-12-26-36&catid=52:2011-01-17-12-23-05](http://www.zdrav.ks.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=202:2011-01-17-12-26-36&catid=52:2011-01-17-12-23-05)

Закон України № 3611-VI від 7 липня 2011 року «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. - 2012. - № 14. - С. 86. - Режим доступу до журн. : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>

Закон України від 19.11.1992р. №2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. - 1993. - № 4 – 19 с. - Режим доступу до журн. : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

Закон України від 05.10.2000р. №2017-III “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України.- Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>

Ибрагимли Х.И. О преимуществах интегральных критериевоценки качества терапевтической стоматологической помощи / Х.И. Ибрагимли // Проблемы управления здравоохранением. - 2007. № 6 (37). - С. 55-57.

Ибрагимли Х.И. О критериях качества стоматологической помощи / Х.И. Ибрагимли // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. № 2 (39). - С. 32-35.

Изучение показателей кариеса зубов взрослого населения Санкт-Петербурга по данным эпидемиологического обследования / Е.О. Данилов, Ю.Г.

Голинский, Р.Н. Жапакова [и др.] // Институт Стоматологии. – 2008. - № 1 (38). – С.34-35.

Изучение стоматологического статуса, качества индивидуальной гигиены полости рта и уровня оказания стоматологической помощи у студентов города Саратова и Саратовской области / В.В. Масумова, Н.В. Булкина, Е.А. Савина [и др.] // Саратовский научно - медицинский журнал. - 2009. - Т.5, №1. - С. 90-92.

Кабирова А.Н. Дополнительные средства гигиены / А.Н. Кабирова // Медицинский алфавит. - 2009. - №9. - С. 25-27.

Калашникова И.О. Результаты неправильного ухода за полостью рта / И.О. Калашникова // Стоматология сегодня. - 2009. - №6. - С.18-19.

Каплан З.М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи / З.М. Каплан, В.М. Гринин, Д.И. Кича // Стоматолог. - 2008. - №8. - С.5-16.

Качество и эффективность работы врачей стоматологов-терапевтов в зависимости от степени алгоритмизации лечебного процесса / Ю.В. Ермаков, В.М. Гринин, Р.Т. Буляков [и др.] // Российский стоматологический журнал. - 2011. - №1. - С. 45-47.

Киселёва Е.А. Аналитическая эпидемиология основных стоматологических заболеваний в крупном промышленном регионе Западной Сибири / Е.А. Киселёва, И.А. Тё, Е.А. Тё // Институт стоматологии. - 2009. - № 3 (44). - С. 22-23.

Ковалевская А.В. Анализ заболеваемости и обращаемости за стоматологической помощью среди населения г. Могилева по материалам УЗ «Могилевская областная стоматологическая поликлиника» / А.В. Ковалевская, С.И. Нургалеев // Стоматологический журнал. – 2006. - № 1. – С. 65-66.

Концепція реформування стоматологічної служби України. Інноваційні технології у стоматологічну практику / О.В. Павленко, Н.О. Савичук, М.С. Драгомирецька [та ін.] // Матеріали III(X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008.

Конюхова С.Г. Стратегия тотального качества или конкурентное преимущество профессионалов / С.Г. Конюхова // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2009. - № 3(29) - С. 66-68.

Косенко К.М. Актуальні питання стану та перспективи розвитку стоматологічної допомоги сільському населенню / К.М. Косенко, О.Е. Рейзвіх // Вісник стоматології. - 2012.- № 4.- С.106-110.

Кравченко В.В. Зміна форм власності медичних закладів у стоматології, як один з перспективних напрямів розвитку галузі / В.В. Кравченко // Современная стоматология. – М., 2006. - №1. – С. 161–162.

Кривелевич Е.Б. Характеристика стоматологического здоровья населения Владивостока (по результатам социологического исследования) / Е.Б. Кривелевич, И.В. Шведенко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2007. - № 4. - С. 88-90.

Крушинська-Росада. М. Сучасні погляди щодо впливу харчування на стан здоров'я зубів / М. Крушинська-Росада, И. Плюскота // Естетична стоматологія. – 2009. - №3 ( 60) – С. 81-84.

Крюкова А.В. Стоматологическое здоровье студентов / А.В. Крюкова, А.Е. Осипов, Л.Н. Денисенко // Успехи современного естествознания. - 2013.- №9. – С. 54-55.

Кудрявцева Т.В. Некоторые тенденции в состоянии здоровья подростков и молодежи Санкт-Петербурга / Т.В. Кудрявцева, И.Н. Никифорова, Н.В. Сивас // Biomedikal and Biosocial Anthropology. — 2007. - № 9. - С. 176-180.

Кудрявцева Т.В. О распространённости стоматологической патологии среди взрослого трудоспособного населения / Т.В. Кудрявцева, А.Н. Малинин // Пародонтология. – 2011. - № 1. – С. 16-18.

Кузьмина Е.М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям Всемирной Организации Здравоохранения / Е.М. Кузьмина// Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - №6. - С. 13–16.

Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Элла Михайловна Кузьмина.- М., 2009. - 236 с.

Кунин А.А. Актуальность и обеспечение поддерживающей гигиены полости рта /А.А. Кунин, Е.А. Андреева //Дентал юг. - 2007. -№ 5 (46).- С. 36-39.

Куріння і пародонтит / Н.А. Тілігузіна, М.О.Кузембаєва, О.І.Пустовіт // Сучасна стоматологія - 2010. - № 3. – С. 52-54.

Лакшин А.М. Гигиеническая оценка жизни студентов-стоматологов / А.М. Лакшин, Н.Г. Кожевникова // Стоматология для всех. - 2007. - № 2 (39). - С. 46-50.

Ландинова В.Д. Вспомогательные средства гигиены полости рта /В.Д. Ландинова, Е.С. Таболина, Е.И. Фукс //Институт стоматологии. - 2010. -№ 46.- С.12-15.

Лемберг И.А. Потребность в комплексной стоматологической помощи и мотивация населения к обращению за ней в средние по мощностичастныеструктуры : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / ЛембергИгорьАлександрович; [Местозащиты: ФГУ "Центральныйнаучно-исследовательскийинститутстоматологии"].- Москва, 2009.- 107 с.

Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний /В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. - М., 2006. – 416 с.

*Леонтьев В.К. Подготовка кадров для стоматологии / В.К. Леонтьев // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. – 2007. - № 3 (23). – С.7-17.*



Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития (Часть IV) / В.К. Леонтьев // Институт Стоматологии. – 2007. – № 3(36). – С. 14-17.

Леонтьев В.К. Качество стоматологической помощи: возможности управления и регуляции / В.К. Леонтьев // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. - 2008. - № 1 (24). - С. 12-24.

Леонтьев В.К. Методы профилактики стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев // Клиническая стоматология. - 2008. - № 10. - С. 109-110.

Леонтьев В.К. Экологические и медико-социальные аспекты основных стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев // Междисциплинарный научный и прикладной журнал «Биосфера». - 2010. - № 1. - С. 230-236.

Леонтьев В.К. Моделистоматологической помощи населению в условиях рынка / В.К. Леонтьев // **Современная стоматология. – 2010. – №1. – С. 7-9.**

Леонтьев В.К. Реформы в стоматологии / В.К. Леонтьев // [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://www.e-stomatology.ru/publication/reforms\\_in\\_stomatology/](http://www.e-stomatology.ru/publication/reforms_in_stomatology/)

Леус П.А. Кариес зубов. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация: учебно-методическое пособие / П.А. Леус // Минск: БГМУ. 2007. – 35с.

Леус П.А. Кваліфікаційна характеристика лікаря-стоматолога загального профілю / П.А. Леус // Стоматологічний журнал. - 2001. - №1. - С.59-60.

Леус П.А. Комунальна стоматологія. Брест: ВАТ «Брестська друкарня». - 2000.- 284 с.

Леус П.А. Состояние стоматологической помощи населению Республики Беларусь и перспективы ее развития / П.А. Леус, А.Г. Третьякович // Белорусский медицинский журнал. - 2004. - №2. - С. 4-6.

Леус П.А. Профилактика кариеса зубов на индивидуальном уровне у взрослых / П.А. Леус // Стоматологический журнал. - 2008. - № 3. - С. 198-208.

Леус П.А. Возможности практической реализации известных эффективных методов профилактики кариеса зубов на индивидуальном приеме у врача-стоматолога /П.А. Леус //Маэстро стоматологии. – 2010. - № 1 (37). -С. 49-55.

Леус П.А.

Возможности дальнейшего совершенствования стоматологической помощи населению на основе международного опыта / П.А. Леус, И.Е. Шотт // Стоматологический журнал. – 2009. - №3. – С. 204-209.

Леус П.А. Стоматология Беларуси XXI век (доклад на IV Международной научно-практической конференции 1 ноября 2005г., г. Минск) / П.А. Леус // Стоматологический журнал. 2005.-№ 4.- С. 2-5.

Леус П.А. Стоматология Беларуси XXI век (Доклад на IV Международной научно-практической конференции 1 ноября 2005г., г. Минск) / П.А. Леус // Стоматологический журнал. – 2005. – №4. – С. 1 – 4.

Леус П.А. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России / П.А. Леус // - М., 2011. - 51 с.

Лобко В.А. Перспективы развития стоматологической помощи в республике Беларусь / В.А. Лобко, А.С. Артюшкевич // Стоматологический журнал. – 2008. - № 1 - С. 68–70.

Лукиных Л.М. Достижения и проблемы в профилактике кариеса зубов и заболеваний пародонта / Л.М. Лукиных // Институт Стоматологии. – 2006. – №1. – С.34 – 36.

Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных // М. : Мед.книга. - 2003. – 196 с.

Макаров А.С. Зубные щетки /А.С. Макаров //Современный стоматолог. - 2009. - №5. - С. 14-15.

- Макеева И.М. Распространенность стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы и потребность в их лечении / И.М. Макеева, В.Ю. Дорошина, А.С. Проценко // Стоматология. - 2009. - №6. - С. 4–8.
- Малышева А.Н. Классификация средств индивидуальной гигиены полости рта / А.Н. Малышева // Зубной доктор. - 2007. - №10. - С. 15-16.
- Манрикян М.Е. Изучение состояния зубов и тканей пародонта у взрослого населения в столице и регионах республики Армения с учетом медико-социальных факторов / М.Е. Манрикян // Таврический медико-биологический вестник. - 2012. - Т. 15, № 2 (58). - С. 131-134.
- Манрикян М.Е. Оценка стоматологического уровня здоровья у взрослого и пожилого населения Республики Армения / М. Е. Манрикян // Институт Стоматологии. - 2012. - №3(56). - С. 24–27.
- Мерков А.М. Санитарная статистика: Пособие для врачей / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. - Л.: Медицина. - Ленинградское отделение, 1974. - 384 с.
- Мониторинг программ профилактики стоматологических заболеваний в Самарском регионе / А.М. Хамадеева, О.А. Багдасарова, Н.В. Ногина [и др.] // Дентал форум. - 2009. - № 1 (29). - С. 38-44.
- Морозов В.И. Отношение населения к оказанию качественных стоматологических услуг в Саратовском регионе / В.И. Морозов // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, №3. - С. 820–824.
- Муравянникова Ж.Г. Стоматологические заболевания и их профилактика / Ж.Г. Муравянникова // Феникс. - 2007. - 446 с.
- Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 “Про штатні нормативи та типові штатні закладів охорони здоров’я” [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://pharmasvit.com/nakaz-vid-23-02-2000-33-pro-shtatni-normativi-ta-tipovi-shtati-zakladiv-oxoroni-zdorovya-iz-zminami-53617.html>.
- Наказ МОЗ України від 22.11.2000 № 305 «Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях (амбулаторна допомога)» [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20001122\\_305.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20001122_305.html)

Наказ МОЗ України від 23.11.2004 № 566 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Стоматологія»» [Електронний ресурс] - Режим

доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20041123\\_566.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html)

Наказ від 21.05.2007 № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE14113.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE14113.html)

Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення» [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування» [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного таблиця оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу» [Електронний ресурс] - Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/print/dn\\_20120223\\_132.html](http://www.moz.gov.ua/ua/print/dn_20120223_132.html).

Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 "Про порядок контролю якості медичної допомоги" [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

Наказ МОЗ України від 06.08.2013 № 693 "Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги" [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 "Порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги" [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

Наказ МОН України від 16.04.2003 № 239 „Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 „Медицина”

- [Електронний ресурс] - Режим доступу:  
<http://ukraine.uapravo.net/data/base40/ukr40320.htm>
- Наказ МОН України від 28.07.2003 р. № 504 „Про затвердження складових галузевих стандартів вищої освіти з напрямку підготовки 1101 „Медицина”
- [Електронний ресурс] - Режим доступу:  
[http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MUS4649.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MUS4649.html)
- Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки/ Ю.Л. Образцов // Стоматология. - 2006. - №4. - С.41-43.
- Общая оценка отношения молодежи к предоставляемой стоматологической помощи / З.М. Каплан, В.М. Гринин, Д.И. Кича [и др.] // Стоматология для всех. - 2007. - № 1. - С. 50-52.
- Одиннадцатая Общая программа работы ВОЗ на 2006-2015 гг.: Доклад Секретариата от 24 мая 2006 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа :[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21101/1/B117\\_16-ru.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21101/1/B117_16-ru.pdf)
- Олейник Е.А. Исследование влияния социально-экономических факторов среды на состояние полости рта с использованием метода многомерной статистики //Институт Стоматологии. - 2007. - № 4(37). - С.22-23.
- Основи стоматології. Програма навчальної для студентів вищих медичних закладів освіти III -IV рівнів акредитації. Спеціальності: «Лікувальна справа» (7.1110101), «Педіатрія» (7.110104) за напрямом підготовки медицина. – К., 2010. – 16с.
- Особенности диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта: учебное пособие / К.Г. Караков, Т.Н. Власова, В.И. Лавриненко [и др.] // - Ставрополь, 2011. - 122 с.
- Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги: методичні рекомендації / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, Г.О. Слабкий [та ін.] // - Київ, 2010. – 25с.

Павленко О.В. Аналіз роботи стоматологічної служби України за матеріалами 2009 року / О.В. Павленко, В.В. Кабаков, О.М. Вахненко // Современная стоматология. – 2011. – №2. – С. 153–155.

Павлов Н.Б. Профилактика стоматологических заболеваний с помощью новой специальности «гигиенист стоматологический» / Н.Б. Павлов // Медицинский вестник. - 2008. - №1(8). -С. 10-11.

Паршин Д.В. Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний /Д.В. Паршин // Институт Стоматологии.– 2006.- №2.- С. 30-32.

Пашаев А.Ч. Ураженість населення Азербайджану захворюваннями пародонту / А.Ч. Пашаев // Современная стоматология. - 2009.- №2.- С.48-50.

Перспективи розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України / Г. О. Слабкий, Ю.Б. Ященко, М.В. Шевченко [та ін.] // Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня: матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м.Київ, 29–30 вересня 2011 р.: тези доп. - К., 2011. - С. 71–72.

Підходи до реформування вторинної медичної допомоги в Україні / Н.П. Кризина, П.Л. Лисенко, Н.В. Некрасова [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я: спец. випуск: матер. V з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я України, м.Житомир, 11–12 жовтня 2012 р. - К., 2012. - С. 56–57.

Попова Т.Г. Социологическое исследование о причинах конфликтов между пациентом и врачом-стоматологом / Т.Г. Попова, Е.Ю. Кураева // Актуальные аспекты судебной медицины и экспертной практики. - М., 2008. - С. 138-142.

Профилактика заболеваний пародонта в рамках программы индивидуальной профилактики кариеса у взрослых / А.А. Кунин, И.А. Беленева, О. И. Олейник [и др.] // Труды XI съезда Стоматологической Ассоциации России. - М., 2006. - С. 198-200.

Профилактика заболеваний пародонта / Т.И. Ибрагимов, Б.П. Марков, О.Е. Кузнецов [и др.] // Актуальные вопросы стоматологии (сборник научных трудов). - Москва-Краснодар: «Советская Кубань», 2008. - С. 53-58.

Проценко А.С. Факторы влияющие на распространенность основных стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы / А.С. Проценко, И.М. Макеева // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 4-6.

Проценко А.С. Стоматологическое здоровье в системе жизненных ценностей современной молодежи / А.С. Проценко // Сборник материалов 17 международной научно-практической конференции «Система ценностей современного общества». - Новосибирск, 2011.- С.150-155.

Рейзвих О.Э. Показатели санации полости рта в различных регионах Украины в зависимости от обеспеченности врачебными кадрами стоматологического профиля / О.Э. Рейзвих, Г.Н. Варава, Р.Д. Жадько // Вісник стоматології.– 2010. - №3. – С. 102-106.

Рейзвих О.Є. Рівень надання стоматологічної допомоги-важливій критерій здоров'я населення / О.Є. Рейзвих // Вісник стоматології. – 2012. - №2. – С. 132–135.

Родина Т.С. Медико-социальная характеристика и удовлетворенность стоматологической помощью пациентов медицинских организаций различных форм собственности : автореф. дис.канд. мед.наук : 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Т.С. Родина. - М., 2010. - 23 с.

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011р. №1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020:

український вимір» [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>

Савичук Н.О. Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н.О. Савичук // Дентальные технологии. - 2010. - №2(45). - С.7-10.

Савчук О.В. Концептуальні напрями формування економічно орієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні / О.В. Савчук // Вісник стоматології. – 2013. - №2. - С. 100–103.

Савчук О.В. Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні / О.В. Савчук // Східноєвропейський журнал. – 2013. – № 1 (21). – С. 58-62.

Сагина О.В. Некоторые аспекты организации стоматологической помощи семейным врачом-стоматологом / О.В. Савичук // Институт Стоматологии. - 2006. - №1 - С. 32-33.

Светличная

Т.Г.

Анализ скрытой неудовлетворённости пациентов учреждений здравоохранения / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Барчанинова // - Республика Коми. - 2011. - №1 - С. 49–53.

Силантьева Г.П. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам стоматологического опроса) / Г.П. Силантьева, О.А. Козаченко, Н.Б.Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №5. - С.19-27.

Симбатян Б.М. Обучение гигиене полости рта /Б.М. Симбатян // Российский стоматологический журнал. - 2009.- №5. - С.57-58.

Смирнова А.А. Профилактическая гигиена и профилактика в стоматологии /А.А. Смирнова // Клиническая стоматология. - 2008.-№12.– С. 155–157.

Совершенствование оценки качества лечебно-профилактической помощи в ведомственной стоматологической клинике / Е.Ю. Хавкина, В.Н. Олесова, В.В. Уйба [и др.] // Стоматология. –2011. - №5. – С. 4–9.

Современные возможности профилактики стоматологических заболеваний /А.А. Кунин, И.А. Беленова, О.Б. Селина [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2008. - Т. 7, № 1. - С. 188-191.



Сохов С.Т. Влияние уровня бюджетного финансирования медицинских учреждений на стоматологическую заболеваемость населения /С.Т. Сохов, Н.Б. Павлов, А.Г. Турчиев// [Электронный ресурс] - Режим доступа: [vestnik.mednet.ru](http://vestnik.mednet.ru), 02.12.2011

Сравнительная характеристика результатов социологических исследований по ортодонтии за период с 2004 по 2009г. (мониторинговое исследование) / И.В. Гуненкова, С.В. Текучева, К.И. Свиридова [и др.] // Стоматология. –2010. - №6. – С. 64–69.

Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости как основа спроса населения на стоматологические услуги / Г.В. Емелина, В.М. Гринин, П.В. Иванов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - Т. 18, № 2. - С. 449-451.

Стоматологические проблемы курильщиков и пути их решения / А.Б. Чухловин, А.А. Тотолян, Ю.Г. Трофимова [и др.] // Клиническая стоматология. – 2007. - № 2. – С. 52–56.

Стоматологічна допомога в Україні: довідник / Н.Г. Кравчук, О.М Якименко [та ін.] під ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011 – 87 с.

Стоматологические обследования. Основные методы/ВООЗ Женева. - 4-е издание. - 1997 - 76 с.

Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні / А. Сердюк, Ю. Кундієв, А. Нагорна [та ін.]// Журнал НАМН України. – 2012. – № 3. – С. 358–368.

Тилигузова Н.А. Курение и пародонтит / Н.А. Тилигузова, М.А. Кузембаева, А.И. Пустовит // Современная стоматология. – 2010. - №3. – С. 52–54.

Тупикова Л.Н. Отношение к стоматологическому здоровью различных групп населения./ Л.Н. Тупикова, Е.Н. Онопа // Институт Стоматологии.- 2002-№3.- С. 17-18.

Указ Президента України від 21.05.2002 № 475 / 2002 «Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.» //

[Электронный ресурс] - Режим доступа:  
<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/475/2002>

Улитовский С.Б. Оценка риска и предупреждение развития заболеваний пародонта / С.Б. Улитовский, А.А. Леонтьев // Дентал юг. - 2007. - № 5 (46). - С. 5-7.

Улитовский С.Б. Гигиена полости рта /С.Б. Улитовский //Новое в стоматологии.- 2009. - № 5. - С. 90–94.

Управление качеством стоматологической помощи/ Н.И. Вишняков, Е.О. Данилов, Т.Ш. Мчедлидзе [и др.] // [Электронный ресурс] - Режим доступа:  
[http://sanfarm.ru/upravlenie\\_kachestvom](http://sanfarm.ru/upravlenie_kachestvom)

Факторы риска, влияющие на ухудшение физиологических показателей у пациентов на стоматологическом приеме / В.В. Бойко, Г.Г. Иванова, А.А. Антонова[и др.] // Институт Стоматологии. - 2009. - № 1. - С. 56-57.

Федоров Ю.А. Гигиена полости рта для всех / Ю.А. Федоров // СПб : ПолиМедиаПресс. - 2003. - 112 с.

Фёдоров Д.С. Состояние и проблемы современной организации стоматологической помощи / Д.С. Фёдоров // Инновации в медицине. Социально – значимые инфекции Материалы VIII российско – германской научно – практической конференции / под общ.редакцией В.В. Степанова, Г. Хана. – Новосибирск ООО “Альфа – Виста”, 2009. – 190 с.

Фирсова И.В. Взаимосвязь и взаимовлияние уровня стоматологического здоровья и средовых факторов /И.В. Фирсова, Д.Е. Суетенков, Н.М. Олейникова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. - №1 (приложение). – С.239 – 245.

Хамадеева А.М. Мониторинг программ профилактики стоматологических заболеваний в Самарском регионе /А.М.Хамадеева, О.А. Багдасарова, Н.В. Ногина // Дентал форум. - 2009. - № 1 (29). - С. 38-44.

Хамадеева А.М. Опыт внедрения профилактических программ в стоматологии в Самарской области / А.М. Хамадеева // Дентал-юг. - 2009. - № 6 (47). - С. 24-28.

- Хамадеева А.М. Результаты и перспективы внедрения профилактических программ в области стоматологии в Самарском регионе / А.М. Хамадеева, Г.И. Гусарова, А.И. Богатов // Стоматолог. – 2008. – №5. – С. 13-17.
- Цепов Л.М. Стоматологический комплаенс у студентов медицинского вуза и жителей Смоленской области / Л.М. Цепов, Н.А. Голева // Пародонтология. – 2009. – №3–С.17-20.].
- Чопчик В.Д. Стоматологічні захворювання як соціальна проблема / В.Д. Чопчик // Вісник стоматології. – 2004. – №3. – С. 99-101.
- Шацкая Н.В. Вопросы профилактики стоматологических заболеваний среди работающих в контакте с вредными веществами / Н.В. Шацкая, Н.В. Агранович, А.К. Мхитириен // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 8 (2). - С. 458-460.
- Ширшова Н.Е. Комплексный подход к профилактике заболеваний пародонта у студенческой молодежи города Челябинска / Н.Е. Ширшова// Материалы 1-го Российско-Чешского Форума. - Челябинск, 2006. - С. 191-192.
- Ширшова Н.Е. Методические аспекты оценки состояния гигиены полости рта у лиц молодого возраста / Н.Е. Ширшова, О.С. Гилева, В.Р. Тесленко // Пермский медицинский журнал. - 2006. -Т.25, №6.-С. 107-113.
- Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію за 2010 рік [монографія] / головний ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – 459с.
- Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2013 рік / за ред. О.С. Мусія. – К., 2014 – 438с.
- Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2014 рік / за ред. Квіташвілі О. :МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460с.

Экспертиза качества стоматологической помощи в современных условиях / В.М. Гринин, О.Р. Курбанов, Д.А. Петраш [и др.] // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2007. - №3(23). – С. 84-86.

Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. / О.О. Янушевич // Москва, 2008. - 228 с.

Янушевич О.О. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи. / О.О. Янушевич, В.М. Гринин // Российская стоматология. - 2009. - № 1. - С. 5-8.

Alomari Q. Smoking Prevalence and Its Effect on Dental Health Attitudes and Behavior among Dental Students / Q. Alomari, B.N. Ke-fah, S. Khalid // Med. Princ. Pract. - 2006. - № 15. - P. 195-199.

Amount and type of alcohol and periodontitis in the Copenhagen City Heart Study Text. / J. Kongstad, U.A. Hvidtfeldt, M. Grnlnmk [et al.] // J. Clin. Periodontol. - 2008. - V. 35. - P. 1032-1039.

Ai-Jundi S. H. The efficacy of a school-based caries preventive program : a 4-years study / S.H. Ai-Jundi // Int.J.Dent.Hyg. - 2006. - V. 4 (1). - P. 30-34.

Barber S. The Akhonya Dental Project: a new charity aiming to provide oral health education and preventative care in Kenya / S. Barber// Brit. Dent. J. - 2010. [Internet resource] - Internet communicationatwebsite : <http://www.nature.com/bdi/iomal/v208/nl/fiill/sj.bdj.2010.43.html>.

Bergstrom J. Periodontitis and smoking an evidence-based appraisal / J. Bergstrom // J. Evid. Based Dental Pract. - 2006. - № 6. -P. 33-41.

Bosdure E. The effects of tobacco on children / E. Bosdure, J.C. Dubus // Revue Des Maladies Respiratoires. - 2006. - V. 23 (6). - P. 694-704.

- Bou C. Oral health status of 1500 university students in Toulouse France / C. Bou, J.L. Miquel, P. Poisson // *Odontostomatol. Trop.* -2006.-V. 29, № 114. - P. 29-33.
- Cigarette smoking and periodontal disease among 32-year-olds: a prospective study of a representative birth cohort / T.W. Murray, J.M. Broadbent, D. Welch [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* - 2007. - V. 34.- P. 828-834.
- Cigarette smoking and tooth loss experience among young adults: a national record linkage study Text. / M. Ojima, T. Hanioka, K. Tanaka[et al.] // *BMC Public Health.* - 2007. -№ 7. - P. 313.
- Dietary Habits and Oral Hygiene Practice amongst Dental Students at the College of Dentistry / E. M. Al-Madi, M. AlJamie, S. Al-Dukhail [et al.] // Princess Nourah University. *Open Journal of Stomatology.* – 2016. - №6.– P. 28-35.[Internet resource] - Internet communicationatwebsite : <http://dx.doi.org/10.4236/ojst.2016.61004>
- Dental Caries and Growth in School-Age Children/ A. Heba,G. Alkarimi, G. Richard [et al.] // *Pediatrics.*– 2014.- V. 133 (3). –P. 616-623.
- Dental decay and tooth loss at the high school level in Mexican students / J. de la Fuente-Hernndez, M. Gonzez de Cossho, M. Orte-ga-Maldonado[et al.] // *SaludPublica Mex.* - 2008. -V. 50, № 3.-P. 235-240.
- Dumitrescu A.L. An assessment of oral self-care among Romanian dental students using the Hiroshima University—Dental Behavioural Inventory/ A.L. Dumitrescu, M. Kawamura, H. Sasahara // *Oral Health Prev. Dent.* - 2007. - V. 5, № 2. - P. 95-100.
- Dumitrescu A.L. Tobacco and alcohol use among Romanian dental and medical students: a cross-sectional questionnaire survey / A.L. Dumitrescu // *Oral Health Prev. Dent.* - 2007. - V. 5, № 4. - P. 279-284.
- Edelstein B.L. Update on disparities in oral health and access to dental care for America’s children / B.L. Edelstein, C.H. Chinn // *AcadPediatri.* – 2009. – V. 9(6). – P. 415–419.

Effect of 5 years of dental studies on the oral health of Tunisian dental students / F. Maatouk, W. Maatouk, H. Ghedira[et al.] // *East Mediterr Health J.* - 2006. - V. 12, № 5. - P. 625-531.

Effect of early preventive dental visits on subsequent dental treatment and expenditures / H. Beil, R.G. Rozier, J.S. Preisser [et al.] // *Med Care.*– 2012.– V. 50(9). – P. 749-756.

Epidemiologic study of dental caries among students on the campus of the University of Dakar / D. Faye, D. Cisse, E.B. Mbodj [et al.] // *Odontostomatol. Trop.* - 2007. - V. 30, № 119. - P. 29-36.

Fjelddahl A. A four-year cohort study of caries and its risk factors in addescents with high and low risk at baseline / A. Fjelddahl // *Swed. Dent. J.* - 2007. - V. 31 (1). - P. 11-25.

Gallagher J.E. Modelling workforce skill-mix: how can dental professionals meet the needs and demands of older people in England? / J.E. Gallagher, E.R. Kleinman, P.R. Harper//*Brit. Dent. J.* -2010. - V. 208, № 3. - P. 106-107.

Hamissi, J. Prevalence of dental caries among high school attendees in Qazvin / J. Hamissi, G.H. Ramezani, A. Ghodousi // *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* - 2008. - V. 26. - P. 53-55.

Howard E. Effectiveness of Fluoride in Preventing Caries in Adults / E. Howard // *Inside Dentistry.* – 2007. – V. 3.

Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons / P. Barbarodo, D. Lucrezi, E. Prospero [et al.] // *Alcohol&Alcoholism..* - 2008. - V. 43. - P. 347-350.

Jakober R.L. Comparative evaluation of test parameters in plaque removal. A preliminary report /R.L. Jakober, A.M. Perritt// [Internet resource] - Internet communicationatwebsite: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Jansson L. Association between alcohol consumption and dental health / L. Jansson // *J. Clin. Periodontol.* - 2008. - V. 35. - P. 379-384.

Keels Martha Ann.Sticky, sugary foods create perfect storm for caries development/ Martha Ann Keels // *AAP News.*– 2011.– V. 32. - 11 p.

Kranz A.M. Effects of physician-based preventive oral health services on dental caries / A.M. Kranz, J.S.Preisser, R.G. Rozier// *Pediatrics*. – 2015. – V. 136. – P. 107– 114.

Kunin A. Our experience in prophylaxis of recurrence (second) caries /A. Kunin, I. Belenova //Papers of the 3rd Pan-European Dental Congress, 9-11 dec. - 20 09.-P. 30-31.

Lahrech F. Do we influence the smoking-habits of our patients, during treatment at a specialist clinic of periodontology? / F. Lahrech, H. Thorstensson // *J. Clin. Periodontol.* - 2009. - V. 36. – 151 p.

Lencov S.E. Psychosocial, behavioral and oral health indicators-review of the literature / E. Lencov, Z. Broukal, J. Duskov// *Prague Med. Rep.* - 2006. - V. 107, № 3. - P. 305-316.

Lypez R. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents / R. Lypez, V. Baelum // *J. Clin. Periodontol.* -2009. - V. 36. - P. 185-188.

Levin R.P. The role of branding in dental practice marketing / R.P. Levin // *J. Amer. Dent. Ass.* - 2007. - V. 138. - P. 530-531.

Levin R.P. The 12 key performance indicators for your practice / R.P. Levin // *J. Amer. Dent. Ass.* - 2007. - V. 140. - P. 595-596.

Levin R.P. Taking control of the dental practice / R.P. Levin // *J. Amer. Dent. Ass.* - 2007. - V. 138, № 9. - P. 1261-1262.

Levin R.P. The dentist as chief executive officer / R.P. Levin // *J. Amer. Dent. Ass.* - 2007. - V. 138, № 6. - P. 821-822.

Levin R.P. Strategies for a more successful 2009 / R.P. Levin // *J. Amer. Dent. Ass.*- 2009. V. - 140, № 8. - P. 1040-1041.

Loewy E.H. Framing issues in health care: do American ideals demand basic health care and other social necessities for all? / E. H. Loewy, R.S Loewy // *Health Care Anal.* - 2007. - V. 15, № 4. - P. 261-271.

Me. Guigan P.G. Marketing the dental practice: eight steps to word success / P.G. Me. Guigan, A.B. Eisner // *J. Amer. Ass.* - 2006. - Vol. 137. № 10. - P. 1426-1433.

Monroy P.G. The age-1 dental visit and the dental home: a model for early childhood caries prevention /P. G. Monroy // J. Mich. Dent. Assoc. -2007.-V. 89(1).-P. 32-36.

Parental Smoking and Smoking Status of Japanese Dental Hygiene Students: A Pilot Survey at a Dental Hygiene School in Japan / T. Naito, K. Miyaki, M. Naito [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public Health. -2009. - V. 6, № 1. - P. 321-328.

Periodontal health status and smoking among young adults / Y. Vered, A. Livny, A. Zini[et al.] // J. Clin. Periodontol. -2008. - V. 35. - P. 768-772.

Postma,

T.C.

Sociodemographic correlates of early childhood caries prevalence and severity in a developing country South Africa / T.C. Postma // Int. Dent. J. – 2008.–V. 2.– № 58.– P. 91–97.

Prevalence and risk indicators of periodontal disease among high-school students in Tehran / A. Kazemnejad, F. Zayeri, A.R. Rokn [et al.] // East Mediterr Health J. - 2008. - V. 14, № 1. - P. 119-125.

Relationship between smoking status and periodontal conditions: findings from national databases in Japan / M. Ojima, T. Hanioka, K.Tanaka [et al.] // J. Periodont. Res. - 2006. - V. 41. - P. 573-579.

Reners M. Stress and periodontal disease / M. Reners, M. Brex // Int. J. Dental Hygiene. - 2007. - V. 5. - P. 199 - 204.

Sgan-Coen H.D. Health, oral health and poverty / H.D. Sgan-Coen, J. Mann // J. Amer. Ass. - 2007. - V. 138, № 11.- P. 1437-1442.

Smoking-attributable periodontal diseases in the Australian adult population / L.G. Do, G.D. Slade, K.F. Robert-Thomson[et al.] // J. Clin. Periodontol. - 2008. - V. 35. - P. 398-404.

Spencer, A.J. Exposure to water fluoridation and caries increment. Community Dent / A.J. Spencer // Health.– 2008.– V.1.– №25.– P.12–22.

Tagliaferro, E.P. Distribution and prevalence of dental caries in Bauru, Brazil, 1976-2006/ E.P. Tagliaferro// Int.Dent.J.– 2008.– V.2.– №58.– P. 75–80.



The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme [Електронний ресурс] - Режим доступу : [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)

World health statistics 2006 / Geneva, World Health Organizatio. – 2006 [Internet resource] - Internet communication at web site <http://http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-108969/en/>

Смірнова І.В. Аналіз причин звертальності за стоматологічною допомогою населення працездатного віку / В.І. Клименко, І. В. Смірнова, Т.Р. Любомирська // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. - № 4. – С. 223-227.

Смирнова И.В. Проблемы организации работы стоматологической службы (по данным анкетирования врачей стоматологов-терапевтов) / В.И. Клименко, И. В. Смирнова // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т.1, №3. – С. 153-156.

Смірнова І.В. Чинники ризику виникнення стоматологічних захворювань у населення працездатного віку великого промислового міста / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Запорожский медицинский журнал. – 2014. - №4. – С. 60-62.

Смірнова І.В. Стан стоматологічного здоров'я населення залежно від соціального статусу та задоволеності медичною допомогою / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Т.67, №2. – С. 199-201.

Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.

Смирнова

И.В.

Некоторые аспекты организации стоматологической помощи населению трудоспособного возраста / В.И. Клименко, И. В. Смирнова // Перша (I)

міжрегіональна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я». – 2013 – С. 65-66.

Смирнова

И.В.

Доступностьстоматологическойпомощинаселениюпромышленногорегиона (по данныманкетирования по Запорожскойобласти)/ И.В. Смирнова // Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я. – 2013 – С. 146-147.

Смирнова И.В. Причинынесвоевременногообращения за стоматологическойпомощью / В.И. Клименко, И.В. Смирнова, Т.П. Зинченко // Сучасні можливості стоматології. – 2013 – С. 52-54.

Смирнова И.В. Первичнаяпрофилактика в стоматологии – основной путь сниженияинтенсивностикариеса / В.И. Клименко, И.В. Смирнова // Комплексний підхід у реабілітації стоматологічних хворих. – 2015 – С. 27- 29.

Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.

І.В. Смірнова Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.

## ДОДАТОК А. 1.

Карту епідеміологічного дослідження (за рекомендаціями ВООЗ)  
Повних років \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Мед. заклад \_\_\_\_\_ Місто Запоріжжя

Дата дослідження \_\_\_\_\_

ПІБ та підпис особи, яка проводила  
дослідження \_\_\_\_\_

№ протоколу \_\_\_\_\_

відсутність-0	Оцінка стану скроневих-18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28
1 – гінгівіт локалізований;	нижньощелепних зубів
0 = відсутність патології;	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38
генералізований;	(при відкриванні рота); обмеження рухливості
3 - пародонтит	(відкривання < 30 мм)
локалізований	Ураження слизової оболонки порожнини рота і губ
0 = відсутність патології;	1 – доброякісна пухлина; 2-злроякісна пухлина;
пародонтитгенералізовани	3 - лейкоплакія; 4 - червоний плесканий
й;	лишай;
5 - пародонтоз	5 - стоматит;
	6 - хейліт; 7 – глосит; 8-кандидоз
Некаріозні ураження	
до прорізування зубів:	18 17 16 15 14 13 12 11   21 22 23 24 25 26 27 28
0 - відсутність;	
1 - флюороз;	48 47 46 45 44 43 42 41   31 32 33 34 35 36 37 38
2 - гіпоплазія;	
3 - порушення форми	
після прорізування зубів:	
4 - ерозія емалі;	
5 - клиноподібний дефект;	
6 – підвищене стирання;	
7 - пігментації;	
8 - дисколорит	
Ураження пародонту	

Інтенсивність карієсу (КПВ)

Рівень стоматологічної допомоги  
( РСД)

0 – немає ортопедичних конструкцій	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Р С Д ± 100% - ((К+А)/28
К – каріосопадічний конструкції не потребує протезування; у складі потребує протезування форми РІ - пломба	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 К+Р+ О.Рt+ Хр.Рt С- карієс Р- пульпіт	(КПВ) × 100% = КПВ - інтенсивність карієсу К – кількість уражених карієсом зубів і пломб з рецидивним карієсом.
А - видалення  КПУ= К + РІ + А= К- Рt – А-	О.Рt-гострі форми періодонтиту Хр.Рt- хронічні форми періодонтиту	А – кількість видалених зубів, не відновлених протезом.
<b>Індекс гігієни за Грін- Вермільйону</b>		
1.1- 3.1- 1.6- 2.6- 3.6- 4.6- Σ =	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	0-0,6 - добрий; 0,7-1,6 - задовільний; 1,7-2,5 - незадовільний, 2,6 і більше - поганий
<b>Комплексний пародонтальний індекс (КПІ)</b>		
1.7 1.6 1.1 2.6 2.7 3.7 3.6 3.1 4.6 4.7 Σ =	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	0.1 – 1 – ризик захворювання. 1.1 – 2.0 – легка ступінь ураження. 2.1 – 3.5 – середня ступінь ураження. 3.6 – 5.0 – тяжка ступінь ураження.
<b>Ортодонтичний статус</b>		
0 - не потребує лікування; 1-проводиться лікування; 2-потребує лікування		
<b>Ортопедичний статус</b>		

Необхідні фахівці-стоматологи:

0 - не потрібні; 1-терапевт; 2-хірург; 3 - ортопед; 4 - ортодонт; 5 – пародонтолог;  
6 – гігієніст

ДОДАТОК А. 2.

Анкета анонімного медико-соціального опитування населення працездатного віку

**Шановний учасник дослідження!**

Нехай Вас не бентежить необхідність докладно відповісти на питання цієї карти. До неї ніхто, крім, тих, що перед Вами стоять лікарів, не буде мати доступу (лікарська таємниця гарантована!).

Від Вашої відвертості залежить об'єктивність рекомендацій, які будуть розроблені на основі дослідження. Заповнити картку не складно, уважно прочитайте питання і обведіть номер запропонованої Вам відповіді, яку ви вважаєте правильною.

Дякуємо за розуміння і співпрацю!

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

**1. Я згоден/а взяти участь у дослідженні \_\_\_\_\_ підпис.**

**2. Ваша стать:**

2.1. Чоловіча

2.2. Жіноча

**3. Ваш вік (повних років): \_\_\_\_\_**

**4. Рід занять:**

4.1. Студент/ка Вузу;

4.2. Учень/ця технікуму, коледжу, ПТУ;

4.3. Некваліфікований працівник;

4.4. Без певної спеціальності;

4.5. Кваліфікований робітник;

4.6. Державний службовець;

4.7. Бюджетник;

4.8. Підприємець;

4.9. Домогосподар/ка;

4.10. Пенсіонер/ка за вислугою;

4.11. Пенсіонер/ка за інвалідністю;

4.12. Керівник;

4.13. Безробітний.

**5. Освіта:**

5.1. Середня;

5.2. Середня спеціальна;

5.3. Незакінчена вища;

5.4. Вища;

5.5. Початкова.

**6. Рівень доходу на одного члена сім'ї:**

6.1. Нижче прожиткового мінімуму

6.2. Прожитковий мінімум

6.3. Вище прожиткового мінімуму

**7. Розмір сім'ї:**

7.1. Один;

7.2. Два;

7.3. Три;

7.4. Чотири і більше.

**8. Кількість дітей:**

8.1. Немає;

8.2. Один;

8.3. Двоє;

8.4. Троє та більше.

**9. Загальний стаж трудової діяльності:**

- 9.1. до 5 років;
- 9.2. 6-10 років;
- 9.3. 11-15 років;
- 9.4. 16-20 років;
- 9.5. 21-25 років;
- 9.6. 26-30 років;
- 9.7. більше 30 років.

**10. Професійні і санітарно-технічні умови праці:**

- 10.1. Емоційне напруження;
- 10.2. Вимушене порушення праці і відпочинку (робота по змінах, ненормований робочий день, ламаний робочий графік);
- 10.3. Монотонна праця;
- 10.4. Фізичні навантаження;
- 10.5. Недостатня рухова активність;
- 10.6. Професійна шкідливість (вібрація, пил, шум, низькі (високі) температури, дії токсичних речовин тощо);
- 10.7. Підвищена відповідальність за результат.

**11. Як часто ви буваєте на прийомі у лікаря-стоматолога?**

- 11.1. 1 раз в 6 місяців;
- 11.2. 1 раз в рік;
- 11.3 рідше, ніж 1 раз в рік.

**12. Ви відвідуєте завжди одного й того ж стоматолога?**



12.1. так;

12.2. ні.

**13. Чому ви приділяєте першорядне увагу, вибираючи стоматолога?**

13.1. ввічливий, чемний персонал;

13.2. відсутність болю при лікуванні;

13.3. хороші рекомендації Ваших знайомих і/або родичів;

13.4. висока кваліфікація лікаря;

13.5. велика клієнтура;

13.6. територіальне розташування;

13.7. матеріально-технічна оснащеність лікувального закладу;

13.8. інші причини.

**14. З якої причини Ви змінюєте стоматолога?**

14.1 переїзд в інший населений пункт

14.2 незадоволеність якістю обслуговування медперсоналом

14.3 незадоволеність цінами на стоматологічні послуги

14.4 невідповідність ціни якості стоматологічних послуг

14.5 знайшли більш привабливі пропозиції

14.6 стали користуватися послугами знайомих, друзів, знайомих

14.7 неетична поведінка медперсоналу

14.8 інші причини

**15. З якої причини ви зазвичай відвідуєте стоматолога?**

15.1. з метою профілактичного огляду;

15.2. при гострому болю;

15.3. при наявності дефектів пломб;

15.4. при наявності косметичних дефектів

**16. Як правило, відвідування стоматолога закінчується лікуванням:**

16.1. одного зуба;

16.2. усуненням гострого болю;

16.3. доводжу лікування зубів до кінця (повна санація порожнини рота).

**17. Чи зверталися ви до стоматолога з гострим болем?**

17.1. так;

17.2. ні.

**18. Якщо зверталися, то в лікувальний заклад:**

18.1. державної форми власності (муніципальні, відомчої);

18.2. приватної форми власності.

**19. Вчасно не відвідую стоматолога через:**

19.1. відсутність вільного часу;

19.2. відсутність фінансових можливостей;

19.3. незручного графіка роботи стоматологічного закладу;

19.4. незручного територіального розташування стоматологічного закладу;

19.5. почуття страху;

19.6. вважаю взагалі не доцільне лікування зубів;

19.7. низька кваліфікація лікарів.

**20. Як часто ви міняєте зубну щітку?**

- 20.1. 1 раз в 3 місяці;
- 20.2. 1 раз в 6 місяців;
- 20.3. Частіше, ніж 1 раз на 3 місяці;
- 20.4. У мене немає зубної щітки.

**21. Як часто ви чистите зуби?**

- 21.1. 1 раз в день;
- 21.2. 2 раз на день;
- 21.3. більше 2 разів у день.
- 21.3. чищу не кожен день
- 21.4 взагалі не чищу

**22. Які з нижче перерахованих засобів гігієни порожнини рота Ви застосовуєте?**

- 22.1. жувальні гумки;
- 22.2. флоси;
- 22.3. ополіскувачі;
- 22.4. інші засоби.

**23. Вибираючи зубну пасту, зубну щітку та інші засоби гігієни по догляду за порожниною рота, Ви орієнтуєтесь на:**

- 23.1. поради лікаря-стоматолога
- 23.2 рекламу в засобах масової інформації

23.3 думку знайомих

23.4 інформацію виробників на упаковці про склад і лікувальному ефекті

23.5. ціну

23.6. яскравість упаковки

**24. Ви зазвичай користуєтеся зубними пастами:**

24.1. відбілюючими

24.2. для зубів з підвищеною чутливістю

24.3. фторвмісними

24.4. усувають кровоточивість ясен

24.5 з хорошим освіжаючим ефектом

24.6. добре пінистими

**25. Курите Ви?**

25.1. так;

25.2. ні.

**26. Як часто Ви вживаєте спиртні напої?**

26.1. щодня;

26.2. 1-2 рази на тиждень;

26.3. 1-2 рази на місяць;

26.4. не вживаю.

**27. Проводить з Вами лікар-стоматолог бесіди про гігієну порожнини рота та профілактику стоматологічних захворювань?**

- 27.1. Так, завжди;
- 27.2. Рідко;
- 27.3. Майже ніколи;
- 27.4. Не проводив жодного разу

**28. Проводить з Вами лікар-стоматолог навчання чищення зубів:**

- 28.1 так
- 28.2. ні

**29. Ви оцінюєте стан Ваших зубів і ясен як:**

- 29.1. відмінне
- 29.2. гарне
- 29.3 задовільний
- 29.4. незадовільний

**30. Чи згодні ви з наступними твердженнями про приватні стоматологічні кабінети?**

	Абсолютно згоден	Згоден	Нейтрально	Частково не згоден	Абсолютно не згоден
Досвідчені лікарі					
Досвідчений мед. Персонал					
Сучасне обладнання					
Сучасні умови					

лікування					
Лікар турботливий і уважний					
Лікар інформує про хід лікування					
Мені пояснювали сенс всіх процедур					
Зручний графік роботи					

**31. Чи згодні ви з наступними твердженнями про державні стоматологічні кабінети?**

	Абсолютно згоден	Згоден	Нейтрально	Частково не згоден	Абсолютно не згоден
Досвідчені лікарі					
Досвідчений мед. Персонал					

Сучасне обладнання					
Сучасні умови лікування					
Лікар турботливий і уважний					
Лікар інформує про хід лікування					
Мені пояснювали сенс всіх процедур					
Зручний графік роботи					

**32. Чи вважаєте ви, що стоматологічна допомога для Вас доступна?**

32.1. Так, завжди;

32.2. Не завжди;

32.3. Ні, не доступна взагалі.

**33. Чи задоволені Ви стоматологічною допомогою наданої Вам?**

33.1. Так;

- 33.2. Майже так;
- 33.3. Майже немає;
- 33.4. Однозначно ні.

**34. Що, на Вашу думку, необхідно змінити для покращення доступності стоматологічної допомоги та задоволеності його пацієнтами:**

- 34.1. Поліпшити фінансування стоматологічних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ);
- 34.2. Переоснастити ЛПЗ сучасним обладнанням;
- 34.3. Підвищити зарплату мед. персоналу;
- 34.4. Підвищити рівень професійної підготовки випускників мед. вузів і коледжів, що готують спеціалістів стоматологічного профілю;
- 34.5. Змінити графік роботи лікарів-стоматологів та стоматологічних поліклінік;
- 34.6. Контроль за ціноутворенням на стоматологічні послуги;
- 34.7 Збільшення кількості державних стоматологічних ЛПЗ;
- 34.8. Збільшення кількості приватних стоматологічних ЛПЗ;

**ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ!**

**ДОДАТОК А. 3.**

Карта соціологічного опитування лікаря-стоматолога терапевта  
**Шановний учасник дослідження!**

Нехай Вас не бентежить необхідність докладно відповісти на питання цієї карти. До неї ніхто не буде мати доступу (конфіденційність гарантована!).

Від Вашої відвертості залежить об'єктивність рекомендацій, які будуть розроблені на основі дослідження. Заповнити карту нескладно, уважно прочитайте питання і обведіть номер запропонованої Вам відповіді, яку ви вважаєте правильною.



Дякуємо за розуміння і співпрацю!

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

**1. Я згоден/а взяти участь у дослідженні \_\_\_\_\_ підпис.**

**2. Ваша стать:**

2.1. Чоловіча

2.2. Жіноча

**3. Ваш вік:**

3.1. 21-25;                      3.2. 26-30;

3.3. 31-35;                      3.4. 36-40;

3.5. 41-45;                      3.6. 46-50;

3.7. 51-55;                      3.8. 56-60;                      3.9. 61-65;

**4. Матеріально-побутові умови:**

4.1. Високі;

4.2. Середні;

4.3. Низькі.

**5. Рівень доходу на одного члена сім'ї:**

5.1. Нижче прожиткового мінімуму;

5.2. Прожитковий мінімум;

5.3. Вище прожиткового мінімуму.

**6. Загальний стаж трудової діяльності:**

6.1. менше 5 років;                      6.2. 6-10 років;

6.3. 11-15 років;                      6.4. 16-20 років;

6.5. 21-25 років;                      6.6. 26-30 років;                      6.7. більше 30 років.

**7. Стаж за фахом:**

7.1. до 5 років;                      7.2. 6-10 років;

7.3. 11-15 років;                      7.4. 16-20 років;

7.5. 21-25 років;                      7.6. 26-30 років;                      7.7. більше 30 років.

**8. Стаж роботи на останньому робочому місці:**

- 8.1. менше 5 років;                      8.2. 6-10 років;  
8.3. 11-15 років;                      8.4. 16-20 років;  
8.5. 21-25 років;                      8.6. 26-30 років;                      8.7. більше 30 років.

**9. Ваша кваліфікаційна категорія:**

- 9.1. Вища;  
9.2. Перша;  
9.3. Друга;  
9.4. Без категорії.

**10. Своєчасно ви проходите атестацію?**

- 10.1. Так;  
10.2. Ні

**11. Своєчасно ви проходите курси підвищення кваліфікації?**

- 11.1. Так;  
11.2. Ні

**12. Чи відвідуєте Ви комерційні навчальні семінари, програми, лекції, курси?**

- 12.1. Так;  
12.2. Ні

**13. Якщо так, то де?**

- 13.1. В Запоріжжі;  
13.2. В інших містах України;  
13.3. В країнах СНД;  
13.4. У країнах далекого зарубіжжя.

**14. Форма власності організації, в якій Ви працюєте:**

- 14.1. Державна;  
14.2. Приватна;  
14.3. Основне місце роботи - державна, додаткове - приватна;  
14.4. Основне місце роботи - приватна, додаткове - державна.

**15. Досвід роботи в державному стоматологічному лікувальному закладі, причини звільнення:**

- 15.1. Незадоволеність соц. пакетом;
- 15.2. Низька заробітна плата;
- 15.3. Несприятливий психологічний клімат у колективі;
- 15.4. Незадовільний графік роботи;
- 15.5. Незадовільна матеріально-технічна оснащеність;
- 15.6. Відсутність умов для професійного і кар'єрного зростання;
- 15.7. Незручне територіальне розташування;
- 15.8. Інші причини.

**16. Досвід роботи в стоматологічному лікувальному закладі з приватною формою власності, причини звільнення:**

- 16.1. Незадоволеність соц. пакетом;
- 16.2. Низька заробітна плата;
- 16.3. Несприятливий психологічний клімат у колективі;
- 16.4. Незадовільний графік роботи;
- 16.5. Незадовільна матеріально-технічна оснащеність;
- 16.6. Відсутність умов для професійного і кар'єрного зростання;
- 16.7. Незручне територіальне розташування;
- 16.8. Інші причини.:

**17. Задоволеність матеріально-технічної бази лікувального закладу, в якому Ви працюєте в даний час:**

- 17.1. Так;
- 17.2. Частково;
- 17.3. Ні.

**18. Задоволеність заробітної плати в лікувальному закладі, в якому Ви працюєте в даний час:**

- 18.1. Так;
- 18.2. Ні.

**19. Яку кількість пацієнтів ви приймаєте в середньому за зміну?**

\_\_\_\_\_.

**20. Чи вважаєте Ви, що у Вас лікарське навантаження оптимальне для надання якісної медичної допомоги пацієнтам?**

20.1. Так;

20.2. Ні, я перевантажений/а;

20.3. Ні, я завантажений/а не повністю.

**21. Зараз психологічним кліматом у колективі:**

21.1. Задоволений/а повністю;

21.2. Не повністю задоволений/а;

21.3. Не задоволена.

**22. Ви проводите бесіди з пацієнтами про гігієну порожнини рота та профілактику стоматологічних захворювань?**

22.1. Так, завжди;

22.2. Так, іноді;

22.3. Ні, у мене немає на це часу;

22.4. Ні, вважаю це не доцільне.

**23. Чи завжди, на Вашу думку, пацієнти вчасно звертаються за стоматологічною допомогою?**

23.1. Так, завжди;

23.2. В основному, так;

23.3. Іноді;

23.4. Найчастіше, ні;

23.5. Ні, ніколи.

**24. Що, на Вашу думку, є основною причиною несвоєчасного звернення пацієнтів до стоматолога?**

24.1. Відсутність відповідальності за своє здоров'я;

24.2. Відсутність належного матеріально-технічного оснащення стоматологічного закладу;

24.3. Відсутність матеріальних можливостей у пацієнтів;

- 24.4. Почуття страху перед болем;
- 24.5. Незручний графік роботи лікаря;
- 24.6. Незручний графік роботи пацієнта;
- 24.7. Відсутність поблизу стоматологічного закладу;
- 24.8. Недовіра до лікаря-стоматолога, як фахівця.

**25. Вважаєте Ви себе професійно реалізованою людиною?**

- 25.1. Так;
- 25.2. Ні;
- 25.3. Не знаю.

**26. Що, на Вашу думку, слід змінити для поліпшення доступності стоматологічної допомоги та задоволеності пацієнтами:**

- 26.1. Поліпшити фінансування стоматологічних лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ);
- 26.2. Переоснастити ЛПЗ сучасним обладнанням;
- 26.3. Підвищити зарплату мед. персоналу;
- 26.4. Підвищити рівень професійної підготовки випускників вузів і коледжів стоматологічного профілю;
- 26.5. Змінити графік роботи лікарів-стоматологів та стоматологічних поліклінік.

**ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ!**

Додаток А 4.

**Карта експертної оцінки функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку**

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової  
експертизи

**Шановний експерте! Висловіть, будь-ласка свою думку щодо  
функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності  
поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку.**

**Дякуємо за співпрацю!**

Прізвище, ініціали експерта \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_

Посада \_\_\_\_\_

Стаж роботи в медицині \_\_\_\_\_ ,

в т.ч. по теперішній спеціальності \_\_\_\_\_

Кваліфікаційна категорія \_\_\_\_\_

Науковий ступінь \_\_\_\_\_

Вчене звання \_\_\_\_\_

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення завдань по кожному із елементів системи. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

Параметри оцінки	Функціональна модель профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань населення працездатного віку	Розподіл обов'язків та завдань з питань профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань між сімейним лікарем та лікарем стоматологом
Принципи системності в організації заходів профілактики		
Наступність в організації заходів профілактики		
Етапність в організації заходів профілактики		
Комплексності в організації заходів профілактики		
Доступність для населення		
Недоліки (вказіть прописом)		

2) Як вплине на стан стоматологічного здоров'я населення працездатного віку впровадження моделі в практику :

<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
Рівень медико-санітарних знань про гігієну порожнини рота	
Рівень стоматологічної просвіти	
Рівень мотивації до регулярного відвідування лікаря стоматолога (мінімально 2 рази на рік)	
Рівень прихильності до постійного лікаря серед населення працездатного віку	
Рівень підбору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану серед населення працездатного віку	
Рівень гігієни порожнини рота серед населення працездатного віку	
Рівень поширеності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку	
Рівень інтенсивності стоматологічних захворювань серед населення працездатного віку	
Інші (вказіть які)	

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_



ДОДАТОК Б. Акти впровадження  
Додаток Б. 1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

КУ «Міська стоматологічна поліклініка №2»

О.С. Бригадир

« 10 » 12 2015 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Пропозиція для впровадження:** окремі елементи функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор пропозиції:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - № 2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31 с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** КУ «Міська стоматологічна поліклініка №2 », з 2015 року використовується для контролю за виконанням профілактичної роботи лікарів-стоматологів.
6. **Термін впровадження:** 2015 рік.
7. **Зауваження та пропозиції:** Результати проведених досліджень Смірної І.В. мають практичне значення при організації профілактичної роботи лікарів-стоматологів щодо стоматологічної просвіти, вибору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану, своєчасного лікування захворювань порожнини рота та повної її санації.

**Відповідальний за впровадження**

Завідувач стоматологічним  
відділенням №1



С.О.Бувальцева

« 10 » 12 2015 р.

## Додаток Б. 2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
КУ «Обласний медичний центр  
серцево-судинних захворювань» ЗОР  
І. М. Курпаяніді  
« 15 » грудня 2015 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** окремі елементи функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор пропозиції:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - № 2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31 с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР, з 2015 року використовується для контролю за виконанням профілактичної роботи лікарів-стоматологів.
6. **Термін впровадження:** 2015 рік.
7. **Зауваження та пропозиції:** Результати проведених досліджень Смірної І.В. мають практичне значення при організації профілактичної роботи лікарів-стоматологів щодо стоматологічної просвіти, вибору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану, своєчасного лікування захворювань порожнини рота та повної її санації.

**Відповідальний за впровадження**

Заступник генерального директора  
по поліклініці

« 15 » грудня 2015 р.

 Пумпинець Л.Г.

## Додаток Б. 3



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

ПП «Стоматологічний Центр

«Металокераміка»

М.В. Березій

« 11 » 12 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** окремі елементи функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор пропозиції:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - № 2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31 с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** ПП «Стоматологічний Центр «Металокераміка» з 2015 року використовується для контролю за виконанням профілактичної роботи лікарів-стоматологів.
6. **Термін впровадження:** 2015 рік.
7. **Зауваження та пропозиції:** Результати проведених досліджень Смірної І.В. мають практичне значення при організації профілактичної роботи лікарів-стоматологів щодо стоматологічної просвіти, вибору основних засобів індивідуальної гігієни порожнини рота відповідно до її стану, своєчасного лікування захворювань порожнини рота та повної її санації.

## Відповідальний за впровадження

Заступник головного лікаря

А.М. Гаркуша

« 11 » 12 2015 р.



## Додаток Б. 5



Т.О. Глотова

« 24 » 12

2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** окремі елементи функціональної моделі профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор пропозиції:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** КЗ «ЦПМСД №10», сімейні амбулаторії, з 2015 року використовується для контролю за виконанням профілактичної роботи лікарів первинної ланки
6. **Термін впровадження:** 2015 рік.
7. **Зауваження та пропозиції:** Результати проведених досліджень Смірної І.В. мають практичне значення при організації профілактичної роботи лікарів первинної ланки відповідно до впливу модифікованих чинників на зниження гігієни порожнини рота та інтенсивності карієсу; підвищення мотивації та формування здорового способу життя; контроль за регулярністю відвідування постійного лікаря-стоматолога.

**Відповідальний за впровадження**Заступник головного лікаря  
КЗ «ЦПМСД №10»

І.С. Піридерій

« 24 » 12 2015 р.

## Додаток Б. 6

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Перший проректор з науково-педагогічної роботи  
 ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»  
 професор, д.мед.н.  С.Д. Шаповал  
 « 05 » 12 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина», – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету МОЗ України
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес під час викладання тем: результати дослідження впроваджено в лекційний курс та аудиторні заняття при викладанні тематики щодо організації та впровадження профілактичних заходів на первинному рівні та в стоматології на до- та післядипломному рівні навчання (інтерни, курсанти).
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів (інтернів), лікарів-курсантів з питань впливу чинники ризику на рівень гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу; необхідність підвищення мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування постійного лікаря-стоматолога; доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**  
 Завідувач кафедри хірургічної та  
 терапевтичної стоматології  
 професор, д.мед.н.

« 05 » 12 2015 р.

 Н.Г. Баранік

## Додаток Б. 7

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор  
Запорізького державного  
медичного університету МОЗ України  
доцент

М.О. Авраменко

« 10 » \_\_\_\_\_ 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету МОЗ України
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес під час викладання тем: результати дослідження впроваджено в лекційний курс та аудиторні заняття при викладанні тематики щодо організації та впровадження профілактичних заходів на первинному рівні та в стоматології на до- та післядипломному рівні навчання (студенти, інтерни, курсанти).
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів, лікарів-інтернів, організаторів охорони здоров'я з питань впливу чинники ризику на рівень гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу; необхідність підвищення мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування постійного лікаря-стоматолога; доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**Завідувач кафедри охорони здоров'я,  
соціальної медицини та  
лікарсько-трудової експертизи  
професор, д.мед.н.


В.І. Клименко

« 10 » \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ 2015 р.

## Додаток Б. 8

“Затверджую”

Перший проректор з науково-педагогічної роботи  
ЛНМУ імені Данила Галицького  
член-кореспондент НАМН України,  
доктор медичних наук, професор  
Гжегоцький М. Р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота серед населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького МОЗ України
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження: у навчальний процес під час викладання тем:** у навчальний процес кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я в весняному семестрі 2014-2015 навчального року для студентів III курсу, котрі навчаються за лікарською спеціальністю 7.12010005 – «Стоматологія» до навчальної дисципліни «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», зокрема до тем лекцій «Медико-соціальні проблеми демографічних процесів. Захворюваність населення. Епідеміологічні методи вивчення захворюваності», « Організація стоматологічної допомоги населенню» та практичного заняття: «Організація та аналіз стоматологічної допомоги дорослому населенню».
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості навчання майбутніх лікарів-стоматологів з питань профілактики стоматологічної захворюваності серед населення України та осіб працездатного віку зокрема, на первинному рівні медичної допомоги.

**Відповідальний за впровадження**

Завідувач кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я  
д. мед. н. професор, Рудень В.В.

« 11 » 12 2015р.



## Додаток Б. 9

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор медичного інституту  
Сумського державного  
університету МОН України  
д.мед.н. В.А. Сміянов

« 18 » 11 2015 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра сімейної та соціальної медицини Сумського державного університету МОН України
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес під час викладання тем: результати дослідження впроваджено в лекційний курс та аудиторні заняття при викладанні тематики щодо організації та впровадження профілактичних заходів на первинному рівні.
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів з питань впливу чинників ризику на рівень гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу; необхідність підвищення мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування постійного лікаря-стоматолога; доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**

Завідувач кафедри сімейної та  
соціальної медицини, д.мед.н.  
професор

В.Ф. Орловський

« 18 » 11 2015 р.

## Додаток Б. 10



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор Ужгородського  
національного університету

« 01 » \_\_\_\_\_ 2016 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнин рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра громадського здоров'я Ужгородського національного університету
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес під час викладання тем: результати дослідження впроваджено в лекційний курс та аудиторні заняття при викладанні тематики щодо організації та впровадження профілактичних заходів на первинному рівні та в стоматології на до- та післядипломному рівні навчання (студенти, інтерни, курсанти).
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів, лікарів-інтернів, організаторів охорони здоров'я з питань впливу чинники ризику на рівень гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу; необхідність підвищення мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування постійного лікаря-стоматолога; доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**Завідувач кафедри громадського здоров'я  
професор, д.мед.н.

Г.О.Слабкий

« 01 » \_\_\_\_\_ 2016 р.

## Додаток Б. 11

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Тернопільського державного  
медичного університету

д. мед. н., професор

Л.Г. Шульгай

« 18 » 11 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет МОЗ України, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І.В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра соціальної медицини, організації і економіки охорони здоров'я з медичною статистикою Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачовського.
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес під час викладання тем: результати дослідження впроваджено в лекційний курс та аудиторні заняття при викладанні тематики щодо організації та впровадження профілактичних заходів на первинному рівні та в стоматології на до- та післядипломному рівні навчання (студенти, інтерни, курсанти).
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів з питань впливу чинників ризику на рівень гігієни порожнини рота та інтенсивність карієсу; необхідність підвищення мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування постійного лікаря-стоматолога; доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**Завідувач кафедри соціальної медицини  
організації і економіки охорони здоров'я  
з медичною статистикою  
доцент


Г.С. Сатурська

« 18 » 11 2015 р.

## Додаток Б. 12

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор

ДВНЗ «Івано-Франківський національний  
медичний університет» МОЗ Українид. біол. н., професор  Г.М. Ерстенюк

« 24 » \_\_\_\_\_ 2015 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропозиція для впровадження:** функціональна модель профілактики поширених хвороб порожнини рота населення працездатного віку
2. **Установа-розробник:** Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя 69035
3. **Автор:** асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету МОЗ України Смірнова І. В.
4. **Джерела інформації:**
  - 4.1. Смірнова І.В. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І. В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. - №2. – С. 68-75.
  - 4.2. Смірнова І.В. Організація профілактики поширених хвороб порожнини рота на первинному рівні серед населення працездатного віку: Методичні рекомендації 152.15 /408.15 / В.І. Клименко, І.О. Трубка, І. В. Смірнова. - Київ, 2015. – 31 с.
  - 4.3. Смірнова І.В. Організація заходів профілактики стоматологічних захворювань: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 175-2014 В.І. Клименко, І.В. Смірнова. – Київ, 2014. – Вип. 6 з проблеми «Соціальна медицина». – 4 с.
5. **Установа, в якій проведено впровадження:** кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України
6. **Термін впровадження:** 2014-2015 навчальний рік.
7. **Форма впровадження** у навчальний процес на до- та післядипломному рівні навчання (студенти, слухачі курсів з організації та управління охороною здоров'я).
8. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів та організаторів охорони здоров'я з актуальних питань організації профілактичних стоматологічних заходів: поліпшення обізнаності про провідні чинники ризику стоматологічних захворювань, про необхідність формування у пацієнтів мотивації регулярного (мінімум 2 рази на рік) відвідування власного лікаря-стоматолога, про доцільність залучення для профілактики поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань лікарів первинної ланки.

**Відповідальний за впровадження**

Завідувач кафедри соціальної медицини,  
організації охорони здоров'я та  
медичного правознавства  
професор, доктор медичних наук



О.З. Децик

« 24 » \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ 2015 р.

