

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СТЕЦЕНКО ТАРАС ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК: 614.2:616.314-089.23:616.329-002.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ
МОДЕЛІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ**

14.02.03 – соціальна медицина

222 – Медицина

22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

Стеценко Т. О.

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Толстанов О. К., чл.кор. НАМН України, доктор медичних наук, професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Стеценко Т. О. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2026.

Наукова робота виконувалася відповідно до визначеної мети – **здійснити медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі та впровадити елементи моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я** – на основі спеціальної програми, структурованої за послідовними етапами, згідно з поставленими завданнями, яка віддзеркалювала обрану автором методологію дослідження на загальних принципах наукового пізнання – системного підходу та діалектики, а також методів, визначених паспортом спеціальності «Соціальна медицина» (системного підходу і аналізу, бібліосемантичного, контент-аналізу, порівняльного аналізу, узагальнення, синтезу, соціологічного, медико-статистичного, моделювання, організаційного експерименту, графічного, експертних оцінок).

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (далі – ГЕРХ) є поширеним хронічним захворюванням, яке значно впливає на якість життя пацієнтів та має багато аспектів, що потребують комплексного підходу в лікуванні. Однією з таких проблем є негативний вплив рефлюксної хвороби на стан ротової порожнини та зубів, що вимагає специфічного підходу до ортопедичного лікування в стоматології. Незнімні зубні протези є одним з ефективних методів відновлення зубного ряду та покращення функціонального стану ротової порожнини у таких пацієнтів.

Удосконалення моделей ортопедичного лікування є важливим завданням сучасної стоматології. Запровадження нових підходів та методів, що базуються на доказових технологіях, забезпечує не лише поліпшення якості життя пацієнтів, а й підвищує ефективність медичних послуг. Функціонально-організаційні моделі, які враховують специфіку захворювання та потреби пацієнтів, дозволяють досягти більш високих результатів у лікуванні.

Актуальність дослідження удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ із застосуванням незнімних зубних протезів зумовлена декількома ключовими факторами.

По-перше, високою поширеністю ГЕРХ серед населення, що вимагає особливої уваги до комплексного підходу в лікуванні цього захворювання.

По-друге, негативним впливом ГЕРХ на стан зубів та ротової порожнини, що може призводити до серйозних стоматологічних проблем, які потребують спеціалізованого втручання.

По-третє, необхідністю підвищення якості медичної допомоги та безпеки лікувальних заходів, що досягається шляхом використання сучасних доказових технологій та інноваційних підходів в ортопедичній стоматології.

По-четверте, важливістю професійного розвитку лікарів-стоматологів та їх підготовки до роботи з пацієнтами, які мають супутні захворювання, зокрема такі як ГЕРХ. Це сприяє створенню ефективних командних взаємодій та покращенню результатів лікування.

Актуальність дослідження також обумовлена необхідністю розробки нових стандартів та протоколів лікування, які базуються на доказовій медицині. Використання сучасних технологій та матеріалів у виробництві незнімних зубних протезів дозволяє досягти високих результатів у відновленні функцій ротової порожнини та покращенні естетичних показників. Це, в свою чергу, позитивно впливає на самооцінку та соціальну адаптацію пацієнтів.

Крім того, важливим аспектом є економічна ефективність запропонованої моделі лікування. Оптимізація використання ресурсів,

скорочення часу лікування та зменшення кількості ускладнень дозволяють знизити загальні витрати на медичну допомогу. Це є важливим фактором в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Розробка та впровадження функціонально-організаційних моделей, що враховують специфіку лікування пацієнтів з ГЕРХ, є перспективним напрямом, який має потенціал для покращення медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів. Таким чином, дослідження в сфері охорони здоров'я є важливим кроком до підвищення ефективності та якості ортопедичного лікування в стоматології в сучасних умовах.

На основі рекомендацій ВООЗ з реабілітації в охороні здоров'я, експертів Американської кардіологічної асоціації, міжнародного досвіду, вітчизняних галузевих нормативно-правових вимог та результатів власного дослідження здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі.

Наукова новизна дослідження полягає у всебічному аналізі та розробці удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за допомогою незнімних конструкцій зубних протезів. Вперше в межах дослідження було систематизовано і комплексно оцінено медико-соціальні аспекти цього підходу, що дозволило виявити ключові фактори, які впливають на ефективність лікування та якість життя пацієнтів. Дослідження враховує специфіку впливу ГЕРХ на стан ротової порожнини та зубів, що дозволило розробити більш персоналізовані та ефективні методи ортопедичного втручання.

У рамках дослідження було використано новітні методики та технології для виготовлення незнімних зубних протезів, що базуються на принципах доказової медицини. Це дозволило підвищити точність і надійність протезування, а також забезпечити тривалість і стабільність результатів лікування. Вперше було розроблено модель, яка інтегрує міждисциплінарні

підходи, залучаючи гастроентерологів, стоматологів, психологів та фахівців інших лікарських спеціальностей для створення комплексної програми лікування. Такий підхід забезпечує більш глибоке розуміння клінічної картини і дозволяє врахувати всі аспекти захворювання, що сприяє прийняттю узгоджених клінічних рішень.

Особливо важливою є розробка нових протоколів лікування, які включають детальні рекомендації щодо вибору матеріалів і конструкцій незнімних зубних протезів для пацієнтів із ГЕРХ. Це дозволило знизити частоту ускладнень та підвищити загальну ефективність лікування. Наукова новизна полягає також у впровадженні методів оцінки якості життя пацієнтів до і після ортопедичного лікування, що дало змогу об'єктивно оцінити вплив запропонованої моделі на соціальну адаптацію і психологічний стан пацієнтів.

Крім того, було *проведено аналіз економічної ефективності нової моделі ортопедичного лікування*. Результати засвідчили, що використання новітніх технологій та методів протезування дозволяє значно знизити загальні витрати на лікування завдяки зменшенню тривалості терапії та кількості необхідних повторних втручань. Це підкреслює економічну доцільність впровадження нової моделі в широку практику.

Таким чином, наукова новизна дослідження полягає у створенні і впровадженні комплексної функціонально-організаційної моделі ортопедичного лікування пацієнтів із ГЕРХ, яка базується на сучасних медичних технологіях і міждисциплінарному підході. Це дослідження робить значний внесок у розвиток стоматологічної науки і практики, відкриваючи нові перспективи для покращення якості життя пацієнтів та підвищення ефективності медичних послуг.

Удосконалено підходи до розробки та впровадження індивідуальних програм ортопедичної стоматології лікарями та фахівцями – учасниками мультидисциплінарної команди, з урахуванням типових порушень здоров'я та поведінки пацієнтів з ГЕРХ.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в медико-соціальних дослідженнях.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в розширенні наукових знань у галузі ортопедичної стоматології, особливо щодо лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за допомогою незнімних конструкцій зубних протезів. Дослідження запропонувало новий підхід до лікування, який враховує специфіку впливу ГЕРХ на стан ротової порожнини та зубів, що дозволяє підвищити ефективність ортопедичного втручання.

Один із ключових теоретичних аспектів дослідження полягає в інтеграції міждисциплінарних знань та практик у розробку функціонально-організаційної моделі лікування. Це забезпечує більш глибоке розуміння комплексного впливу ГЕРХ на ротову порожнину та необхідності спеціалізованого підходу до кожного пацієнта. Такий підхід розширює рамки традиційного ортопедичного лікування, пропонуючи нові методи і стратегії, які базуються на доказовій медицині.

Розробка нових протоколів лікування, що включають вибір матеріалів і конструкцій незнімних зубних протезів для пацієнтів із ГЕРХ, має важливе теоретичне значення. Ці протоколи сприяють стандартизації лікувального процесу, зменшуючи кількість можливих ускладнень і підвищуючи якість результатів. Впровадження сучасних технологій у виготовлення протезів дозволяє досягти більш точних і довготривалих результатів, що є важливим внеском у розвиток теоретичних основ ортопедичної стоматології.

Крім того, дослідження демонструє важливість оцінки якості життя пацієнтів до та після ортопедичного лікування. Це дозволяє об'єктивно оцінити вплив запропонованої моделі на соціальну адаптацію та психологічний стан пацієнтів, що розширює наукові уявлення про комплексний вплив медичних втручань на різні аспекти життя хворих.

Економічний аналіз ефективності нової моделі лікування також має теоретичне значення. Він показує, що використання новітніх технологій та методів протезування може значно знизити загальні витрати на лікування завдяки скороченню тривалості терапії та зменшенню кількості повторних втручань. Це підкреслює важливість економічних аспектів у розробці та впровадженні нових медичних технологій і підходів, що розширює теоретичну базу знань у галузі медичної економіки.

Таким чином, отримані результати мають значне теоретичне значення, оскільки вони не лише розширюють існуючі знання в галузі ортопедичної стоматології, але й пропонують нові підходи до лікування пацієнтів із ГЕРХ, інтегруючи міждисциплінарні знання, сучасні технології та економічні аспекти. Це дослідження робить вагомий внесок у розвиток наукових основ медичної практики, відкриваючи нові перспективи для покращення якості медичних послуг та підвищення ефективності лікування.

Практичне значення роботи полягає у впровадженні удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) з використанням незнімних зубних протезів. Запропонована модель забезпечує підвищення якості та ефективності лікування, що позитивно впливає на стан здоров'я та якість життя пацієнтів.

Перш за все, розробка та впровадження нових протоколів лікування пацієнтів із ГЕРХ дозволяє стоматологам використовувати інноваційні підходи і технології, які базуються на доказовій медицині. Це включає в себе використання сучасних матеріалів для виготовлення незнімних зубних протезів, що забезпечує більш точне і надійне відновлення зубного ряду. Такі протези мають довготривалість і високу стійкість, що зменшує частоту повторних втручань і ускладнень, тим самим підвищуючи загальну ефективність лікування.

Запропонована модель також включає рекомендації щодо постійного моніторингу та оцінки якості лікування. Це дозволяє своєчасно виявляти і коригувати можливі недоліки у процесі лікування, забезпечуючи стабільно

високий рівень медичної допомоги. Використання об'єктивних критеріїв оцінки якості життя пацієнтів до і після лікування дозволяє оцінити ефективність впроваджених змін та вдосконалювати лікувальні стратегії.

Ефективність нової моделі лікування також має значне практичне значення. Оптимізація використання медичних ресурсів, зменшення тривалості лікування і зниження кількості повторних втручань дозволяють скоротити загальні витрати на лікування пацієнтів. Це особливо важливо в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я, оскільки дозволяє забезпечити високу якість медичних послуг при зниженні фінансових витрат.

Впровадження розробленої моделі в широку практику сприяє підвищенню професійного рівня медичних працівників. Це досягається через систематичне підвищення кваліфікації, навчання новим методам і технологіям, а також через створення умов для постійного професійного розвитку. Таке підвищення кваліфікації сприяє формуванню висококомпетентних спеціалістів, здатних надавати якісну та ефективну медичну допомогу.

Ключові слова: стоматологічна допомога, ортопедична стоматологія, міжзубні співвідношення зубів, стирання зубів, патологічне стирання зубів, ортопедичне лікування, концептуальна модель, лікування, пацієнт, мультидисциплінарна команда, індивідуальна програма ортопедичної стоматології, модель, медико-соціальне обґрунтування, якість стоматологічної допомоги, стан здоров'я, якість життя, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, клінічні особливості, причини стирання зубів, клінічні рекомендації; якість медичного обслуговування; задоволеність пацієнтів; фінансова доступність стоматологічної допомоги, здоров'я порожнини рота; фактори ризику; державне регулювання, доказові практики, моніторинг, захворюваність, контингент хворих, лікарі-стоматологи, зубні лікарі, системи МОЗ України, стоматологічне здоров'я; територіальні громади; реформа охорони здоров'я, ортодонтична патологія; регіональні характеристики; фактори ризику, військова стоматологія; захворювання пародонту.

ANNOTATION

Stetsenko T. O. Medico-social justification of the improved model of orthopedic treatment of patients with fixed dentures for gastroesophageal reflux disease. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 "Health Care" in the specialty 222 "Medicine" (scientific specialty "Social Medicine"). - P.L. Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, 2026.

The scientific work was carried out in accordance with the defined goal - to carry out a medical and social justification of the improved model of orthopedic treatment of patients with fixed structures of dental prostheses with gastroesophageal reflux disease and to introduce individual elements of the model into the practice of health care institutions - on the basis of a special program structured according to successive stages, in accordance with the assigned tasks, which reflected the research methodology chosen by the author based on the general principles of scientific knowledge - the systemic approach and dialectics, and the methods defined by the passport of the specialty "Social Medicine" (systemic approach and analysis, bibliosemantic, content analysis, comparative analysis, generalization, synthesis, sociological, medical-statistical, modeling, organizational experiment, graphic, expert assessments).

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common chronic disease that significantly affects the quality of life of patients and has many aspects that require a comprehensive approach to treatment. One of these problems is the negative impact of reflux disease on the condition of the oral cavity and teeth, which requires a specific approach to orthopedic treatment. Fixed dental prostheses are one of the effective methods of restoring the dentition and improving the functional state of the oral cavity in such patients.

Improving models of orthopedic treatment is an important task of modern dentistry. The introduction of new approaches and methods based on evidence-based

technologies not only improves the quality of life of patients, but also increases the efficiency of medical services. Functional-organizational models, which take into account the specifics of the disease and the needs of patients, make it possible to achieve higher results in treatment.

The relevance of the study of the improved model of orthopedic treatment of patients with GERD with the use of fixed dentures is determined by several key factors. First, the high prevalence of GERD among the population, which requires special attention to a comprehensive approach in the treatment of this disease. Secondly, the negative impact of GERD on the condition of the teeth and oral cavity, which can lead to serious dental problems that require specialized intervention.

Thirdly, the need to improve the quality of medical care and the safety of treatment measures, which is achieved through the use of modern evidence-based technologies and innovative approaches in orthopedic dentistry. Fourth, the importance of professional development of dentists and their preparation for working with patients who have co-morbidities such as GERD. This helps create effective team interactions and improve treatment outcomes.

The relevance of the research is also determined by the need to develop new standards and treatment protocols based on evidence-based medicine. The use of modern technologies and materials in the production of fixed dental prostheses allows to achieve high results in restoring the functions of the oral cavity and improving aesthetic indicators. This, in turn, has a positive effect on self-esteem and social adaptation of patients.

In addition, an important aspect is the economic efficiency of the proposed treatment model. Optimizing the use of resources, shortening the treatment time and reducing the number of complications make it possible to reduce the overall costs of medical care. This is an important factor in the conditions of limited resources of the health care system.

The development and implementation of functional and organizational models that take into account the specifics of the treatment of patients with GERD is a promising direction that has the potential to improve medical care and meet the

needs of patients. Thus, research in this field is an important step towards improving the efficiency and quality of orthopedic treatment in modern conditions.

On the basis of WHO recommendations for rehabilitation in health care, experts of the American Heart Association, international experience, domestic industry regulatory requirements and the results of our own research, a medical and social justification and development of an improved model of orthopedic treatment of patients with fixed dentures for gastroesophageal reflux disease was carried out.

The scientific novelty of the study consists in the comprehensive analysis and development of an improved model of orthopedic treatment of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) using fixed dental prostheses. For the first time, within the framework of the study, the medical and social aspects of this approach were systematized and comprehensively evaluated, which made it possible to identify key factors that affect the effectiveness of treatment and the quality of life of patients. The study takes into account the specifics of the impact of GERD on the condition of the oral cavity and teeth, which made it possible to develop more personalized and effective methods of orthopedic intervention.

In the framework of the study, the latest methods and technologies were used for the manufacture of permanent dental prostheses based on the principles of evidence-based medicine. This made it possible to increase the accuracy and reliability of prosthetics, as well as to ensure the duration and stability of treatment results. For the first time, a model was developed that integrates interdisciplinary approaches, involving gastroenterologists, dentists, psychologists and other specialists to create a comprehensive treatment program. This approach provides a deeper understanding of the clinical picture and allows taking into account all aspects of the disease, which contributes to the adoption of agreed clinical decisions.

Of particular importance is the development of new treatment protocols that include detailed recommendations for the selection of materials and designs of fixed dentures for patients with GERD. This made it possible to reduce the frequency of complications and increase the overall effectiveness of treatment. The scientific novelty also consists in the implementation of methods for assessing the quality of

life of patients before and after orthopedic treatment, which made it possible to objectively assess the impact of the proposed model on the social adaptation and psychological state of patients.

In addition, an analysis of the economic efficiency of the new model of orthopedic treatment was carried out. The results showed that the use of the latest technologies and methods of prosthetics allows you to significantly reduce the total cost of treatment due to the reduction of the duration of therapy and the number of necessary repeated interventions. This emphasizes the economic expediency of introducing the new model into widespread practice.

Thus, the scientific novelty of the study consists in the creation and implementation of a complex functional-organizational model of orthopedic treatment of patients with GERD, which is based on modern medical technologies and an interdisciplinary approach. This research makes a significant contribution to the development of dental science and practice, opening new perspectives for improving the quality of life of patients and increasing the efficiency of medical services.

Approaches to the development and implementation of individual programs of orthopedic dentistry by doctors and specialists - members of a multidisciplinary team, taking into account the typical health and behavior disorders of patients with GERD, have been improved.

Methodical approaches to the use of the International Classification of Functioning, Vital Activity Limitations, and Health in medical and social research have gained further development.

The theoretical significance of the obtained results lies in the expansion of scientific knowledge in the field of orthopedic dentistry, especially regarding the treatment of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) with the help of fixed denture structures. The study proposed a new approach to treatment that takes into account the specific effects of GERD on the condition of the oral cavity and teeth, which allows to increase the effectiveness of orthopedic intervention.

One of the key theoretical aspects of the study is the integration of interdisciplinary knowledge and practices in the development of a functional-organizational model of treatment. This provides a deeper understanding of the complex impact of GERD on the oral cavity and the need for a specialized approach to each patient. This approach expands the scope of traditional orthopedic treatment, offering new methods and strategies based on evidence-based medicine.

The development of new treatment protocols involving the choice of materials and designs of fixed dentures for patients with GERD is of great theoretical importance. These protocols contribute to the standardization of the treatment process, reducing the number of possible complications and increasing the quality of the results. The introduction of modern technologies in the manufacture of prostheses allows to achieve more accurate and long-lasting results, which is an important contribution to the development of the theoretical foundations of orthopedic dentistry.

In addition, the study demonstrates the importance of assessing patients' quality of life before and after orthopedic treatment. This makes it possible to objectively assess the impact of the proposed model on the social adaptation and psychological state of patients, which expands scientific ideas about the complex impact of medical interventions on various aspects of patients' lives.

Economic analysis of the effectiveness of a new treatment model is also of theoretical importance. It shows that the use of the latest technologies and methods of prosthetics can significantly reduce the overall cost of treatment by shortening the duration of therapy and reducing the number of repeated interventions. This emphasizes the importance of economic aspects in the development and implementation of new medical technologies and approaches, which expands the theoretical knowledge base in the field of medical economics.

Thus, the obtained results are of great theoretical importance, as they not only expand the existing knowledge in the field of orthopedic dentistry, but also offer new approaches to the treatment of patients with GERD, integrating interdisciplinary knowledge, modern technologies and economic aspects. This research makes a

significant contribution to the development of the scientific foundations of medical practice, opening new perspectives for improving the quality of medical services and increasing the effectiveness of treatment.

The practical significance of the work lies in the implementation of an improved model of orthopedic treatment of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) using fixed dentures. The proposed model provides an increase in the quality and efficiency of treatment, which has a positive effect on the health and quality of life of patients.

First of all, the development and implementation of new treatment protocols for patients with GERD allows dentists to use innovative approaches and technologies based on evidence-based medicine. This includes the use of modern materials for the manufacture of fixed dentures, which ensures a more accurate and reliable restoration of the dentition. Such prostheses are durable and highly resistant, which reduces the frequency of repeated interventions and complications, thereby increasing the overall effectiveness of treatment.

The proposed model also includes recommendations for continuous monitoring and evaluation of treatment quality. This allows timely detection and correction of possible deficiencies in the treatment process, ensuring a consistently high level of medical care. The use of objective criteria for assessing the quality of life of patients before and after treatment makes it possible to evaluate the effectiveness of implemented changes and improve treatment strategies.

The effectiveness of the new treatment model is also of great practical importance. Optimizing the use of medical resources, reducing the duration of treatment and reducing the number of repeated interventions allow to reduce the overall costs of treating patients. This is especially important in conditions of limited resources of the health care system, as it allows to ensure high quality of medical services while reducing financial costs.

The introduction of the developed model into wide practice contributes to the improvement of the professional level of medical workers. This is achieved through systematic professional development, training in new methods and technologies, as

well as through the creation of conditions for continuous professional development. Such advanced training contributes to the formation of highly competent specialists capable of providing high-quality and effective medical care.

Key words: dental care, orthopedic dentistry, interdental tooth relationships, tooth abrasion, pathological tooth abrasion, orthopedic treatment, conceptual model, treatment, patient, multidisciplinary team, individual orthopedic dentistry program, model, medical and social justification, quality of dental care, health status, quality of life, gastroesophageal reflux disease, clinical features, causes of tooth erosion, clinical recommendations; quality of medical care; patient satisfaction; affordability of dental care, oral health; risk factors; state regulation, evidence-based practices, monitoring, morbidity, patient population, dentists, dental practitioners, systems of the Ministry of Health of Ukraine, dental health; territorial communities; health care reform, orthodontic pathology; regional characteristics; risk factors, military dentistry; periodontal disease.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Стеценко Т. О., & Толстанов О. К. Аналіз потреб хворих на гастроезофагеальний рефлюкс у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів. *Лікарська справа*, 2024;(4):45–53.

<https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-05>

<https://liksprava.com/index.php/journal/article/view/1345/1221>

Ключові слова: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ); ортопедичне лікування; незнімні конструкції; зубні протези; діагностика; медичний нагляд

2. Толстанов О. К., & Стеценко Т. О. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі. *Лікарська справа*, 2024;(3): 32–39.

<https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-04>

<https://liksprava.com/index.php/journal/article/view/1357/1231>

Ключові слова: ортопедичне лікування; незнімні конструкції; зубні протези; ГЕРХ; медико-соціальне обґрунтування; удосконалена модель

3. Толстанов О. К., & Стеценко Т. О. Сучасні проблеми організації ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі. *Лікарська справа*, 2025;3: 91–97.

<https://doi.org/10.31640/LS-2025-3-11>

<https://liksprava.com/index.php/journal/article/view/1606/1447>

Ключові слова: ортопедичне лікування; незнімні конструкції; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ); зубні протези; ротова порожнина; стоматологія; гастроентерологія

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ЗМІСТ.....	17
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	19
ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ.....	30
1.1. Етіологія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.....	30
1.2. Медико-соціальне та економічне значення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.....	40
1.3. Законодавчі та нормативно-правові аспекти ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.....	44
1.4. Історичний досвід та сучасні проблеми організації ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.....	53
Висновки до розділу 1.....	56
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	59
Висновки до розділу 2.....	69
РОЗДІЛ 3. ПОТРЕБИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ.....	71
3.1. Характеристика стану здоров'я населення м. Києва як фактору формування потреб у лікуванні.....	72
3.2. Аналіз потреб хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів в 2019-2023 роках....	77
3.3. Стан організації надання медичної допомоги у лікуванні пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів.....	87

Висновки до розділу 3.....	97
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ...	101
4.1. Результати опитування хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс щодо оптимізації ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів для забезпечення його доступності та покращення якості.....	102
4.2. Результати опитування лікарів.....	122
4.3. Результати опитування медичних сестер загальної практики – сімейної медицини.....	141
Висновки до розділу 4.....	156
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ...	158
5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.....	159
5.2. Розробка удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.....	166
5.3. Упровадження удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.....	173
5.4. Експертна оцінка ефективності моделі.....	185
Висновки до розділу 5.....	187
ВИСНОВКИ.....	190
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	192
ДОДАТКИ.....	216

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГЕР - Гастроезофагеальний рефлюкс

ГЕРХ - Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

ДУ «УІСД МОЗ України – Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

ЄС – Європейський Союз

КМДА – Київська міська державна адміністрація

ЕГДС - Езофагогастродуоденоскопія

ІПП - Інгібітори протонної помпи

ЛФР - Ларингофарингеальний рефлюкс

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

СОС - Слизова оболонка стравоходу

ВСТУП

Актуальність теми. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеним хронічним захворюванням, яке значно впливає на якість життя пацієнтів та має багато аспектів, що потребують комплексного підходу в лікуванні. Однією з таких проблем є негативний вплив рефлюксної хвороби на стан ротової порожнини та зубів, що вимагає специфічного підходу до ортопедичного лікування. Незнімні зубні протези є одним з ефективних методів відновлення зубного ряду та покращення функціонального стану ротової порожнини у таких пацієнтів.

Удосконалення моделей ортопедичного лікування є важливим завданням сучасної стоматології. Запровадження нових підходів та методів, що базуються на доказових технологіях, забезпечує не лише поліпшення якості життя пацієнтів, але й підвищує ефективність медичних послуг. Функціонально-організаційні моделі, які враховують специфіку захворювання та потреби пацієнтів, дозволяють досягти більш високих результатів у лікуванні.

Актуальність дослідження удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ із застосуванням незнімних зубних протезів зумовлена декількома ключовими факторами. По-перше, високою поширеністю ГЕРХ серед населення, що вимагає особливої уваги до комплексного підходу в лікуванні цього захворювання. По-друге, негативним впливом ГЕРХ на стан зубів та ротової порожнини, що може призводити до серйозних стоматологічних проблем, які потребують спеціалізованого втручання.

По-третє, необхідністю підвищення якості медичної допомоги та безпеки лікувальних заходів, що досягається шляхом використання сучасних доказових технологій та інноваційних підходів в ортопедичній стоматології. По-четверте, важливістю професійного розвитку лікарів-стоматологів та їх підготовки до роботи з пацієнтами, які мають супутні захворювання, такі як

ГЕРХ. Це сприяє створенню ефективних командних взаємодій та покращенню результатів лікування.

Актуальність дослідження також обумовлена необхідністю розробки нових стандартів та протоколів лікування, які базуються на доказовій медицині. Використання сучасних технологій та матеріалів у виробництві незнімних зубних протезів дозволяє досягти високих результатів у відновленні функцій ротової порожнини та покращенні естетичних показників. Це, в свою чергу, позитивно впливає на самооцінку та соціальну адаптацію пацієнтів.

Крім того, важливим аспектом є економічна ефективність запропонованої моделі лікування. Оптимізація використання ресурсів, скорочення часу лікування та зменшення кількості ускладнень дозволяють знизити загальні витрати на медичну допомогу. Це є важливим фактором в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Розробка та впровадження функціонально-організаційних моделей, що враховують специфіку лікування пацієнтів з ГЕРХ, є перспективним напрямом, який має потенціал для покращення медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів. Таким чином, дослідження в цій галузі є важливим кроком до підвищення ефективності та якості ортопедичного лікування в сучасних умовах.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконувалася згідно з планом наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі

та впровадити деякі елементи моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень з медико-соціального значення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та внеску ортопедичної стоматології у відновлення здоров'я населення.

2. Визначити потреби населення м. Києва в ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів у період 2019 – 2023 років та дослідити стан організації діяльності комунальних закладів охорони здоров'я, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА) з її забезпечення.

3. Дослідити особливості порушень функціонування у повсякденному житті та поширеності факторів ризику у пацієнтів з ГЕРХ.

4. Обґрунтувати та розробити удосконалену модель ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі.

5. Упровадити деякі елементи моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі в практику роботи закладів охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: організація медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ.

Предмет дослідження: поширеність ГЕРХ в світі та Україні; потреби населення м. Києва у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів; нормативно-правове регулювання ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів хворих на ГЕРХ в Україні та його використання в умовах системи охорони здоров'я територіальної громади; заклади охорони здоров'я/структурні підрозділи, що надають медичну допомогу хворим на ГЕРХ, їх кадрове й матеріально-технічне забезпечення, внутрішні та зовнішні комунікації; лікувальні технології і програми для хворих на ГЕРХ; обізнаність і готовність пацієнтів брати участь у програмах ортопедичного лікування.

База наукового дослідження: Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Деснянського району м. Києва

Період дослідження: 2019 – 2023 рр.

Методи дослідження:

- *системного підходу та аналізу* – з метою проведення комплексного дослідження визначених об'єкту та предметів у їх зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках, виявлення проблем і обґрунтування напрямів їх вирішення при розробці удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі;

- *бібліосемантичний* – з метою теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з впливу ГЕРХ і факторів ризику її розвитку на стан здоров'я населення, та організації ортопедичної стоматології в сфері охорони здоров'я;

- *контент-аналізу* – з метою дослідження нормативно-правової бази України та локальних нормативних актів з організації діяльності закладів охорони здоров'я м. Київ з надання лікувальних послуг, зокрема, хворим на ГЕРХ;

- *соціологічний* – з метою отримання даних про поширеність факторів ризику ГЕРХ та обізнаність пацієнтів щодо програм ортопедичної стоматології;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки та оцінки достовірності отриманої на етапах дослідження статистичної інформації;

- *порівняльного аналізу* – з метою дослідження реальної управлінської практики з організації лікування хворих, особливостей порушень функціонування у пацієнтів з ГЕРХ;

- *графічний* – для візуалізації текстової та цифрової інформації, отриманої на етапах дослідження;

- *модельовання* – для обґрунтування та розробки удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі;

- *організаційного експерименту* – під час впровадження деяких елементів запропонованої моделі в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для отримання незалежної оцінки висококваліфікованих експертів удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі.

Наукова новизна дослідження полягає у всебічному аналізі та розробці удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за допомогою незнімних конструкцій зубних протезів. Вперше в межах дослідження було систематизовано і комплексно оцінено медико-соціальні аспекти цього підходу, що дозволило виявити ключові фактори, які впливають на ефективність лікування та якість життя пацієнтів. Дослідження враховує специфіку впливу ГЕРХ на стан ротової порожнини та зубів, що дозволило розробити більш персоналізовані та ефективні методи ортопедичного втручання.

У рамках дослідження було використано новітні методики та технології для виготовлення незнімних зубних протезів, що базуються на принципах доказової медицини. Це дозволило підвищити точність і надійність протезування, а також забезпечити тривалість і стабільність результатів лікування. Вперше було розроблено модель, яка інтегрує міждисциплінарні підходи, залучаючи гастроентерологів, стоматологів, психологів та інших спеціалістів для створення комплексної програми лікування. Такий підхід забезпечує більш глибоке розуміння клінічної картини і дозволяє врахувати всі аспекти захворювання, що сприяє прийняттю узгоджених клінічних рішень.

Особливо важливою є розробка нових протоколів лікування, які включають детальні рекомендації щодо вибору матеріалів і конструкцій незнімних зубних протезів для пацієнтів із ГЕРХ. Це дозволило знизити частоту ускладнень та підвищити загальну ефективність лікування. Наукова новизна полягає також у впровадженні методів оцінки якості життя пацієнтів до і після ортопедичного лікування, що дало змогу об'єктивно оцінити вплив запропонованої моделі на соціальну адаптацію і психологічний стан пацієнтів.

Крім того, було проведено аналіз економічної ефективності нової моделі ортопедичного лікування. Результати засвідчили, що використання новітніх технологій та методів протезування дозволяє значно знизити загальні витрати на лікування завдяки зменшенню тривалості терапії та кількості необхідних повторних втручань. Це підкреслює економічну доцільність впровадження нової моделі в широку практику.

Таким чином, наукова новизна дослідження полягає у створенні і впровадженні комплексної функціонально-організаційної моделі ортопедичного лікування пацієнтів із ГЕРХ, яка базується на сучасних медичних технологіях і міждисциплінарному підході. Це дослідження робить значний внесок у розвиток стоматологічної науки і практики, відкриваючи нові перспективи для покращення якості життя пацієнтів та підвищення ефективності медичних послуг.

Удосконалено підходи до розробки та впровадження індивідуальних програм ортопедичної стоматології лікарями та фахівцями – учасниками мультидисциплінарної команди, з урахуванням типових порушень здоров'я та поведінки пацієнтів з ГЕРХ.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в медико-соціальних дослідженнях.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в розширенні наукових знань у галузі ортопедичної стоматології, особливо щодо лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за

допомогою незнімних конструкцій зубних протезів. Дослідження запропонувало новий підхід до лікування, який враховує специфіку впливу GERX на стан ротової порожнини та зубів, що дозволяє підвищити ефективність ортопедичного втручання.

Один із ключових теоретичних аспектів дослідження полягає в інтеграції міждисциплінарних знань та практик у розробку функціонально-організаційної моделі лікування. Це забезпечує більш глибоке розуміння комплексного впливу GERX на ротову порожнину та необхідності спеціалізованого підходу до кожного пацієнта. Такий підхід розширює рамки традиційного ортопедичного лікування, пропонуючи нові методи і стратегії, які базуються на доказовій медицині.

Розробка нових протоколів лікування, що включають вибір матеріалів і конструкцій незнімних зубних протезів для пацієнтів із GERX, має важливе теоретичне значення. Ці протоколи сприяють стандартизації лікувального процесу, зменшуючи кількість можливих ускладнень і підвищуючи якість результатів. Впровадження сучасних технологій у виготовлення протезів дозволяє досягти більш точних і довготривалих результатів, що є важливим внеском у розвиток теоретичних основ ортопедичної стоматології.

Крім того, дослідження демонструє важливість оцінки якості життя пацієнтів до і після ортопедичного лікування. Це дозволяє об'єктивно оцінити вплив запропонованої моделі на соціальну адаптацію та психологічний стан пацієнтів, що розширює наукові уявлення про комплексний вплив медичних втручань на різні аспекти життя хворих.

Економічний аналіз ефективності нової моделі лікування також має теоретичне значення. Зазначений аналіз засвідчив, що використання новітніх технологій та методів протезування може значно знизити загальні витрати на лікування завдяки скороченню тривалості терапії та зменшенню кількості повторних втручань. Це підкреслює важливість економічних аспектів у розробці та впровадженні нових медичних технологій і підходів, що розширює теоретичну базу знань у галузі медичної економіки.

Таким чином, отримані результати мають значне теоретичне значення, оскільки вони не лише розширюють існуючі знання в галузі ортопедичної стоматології, але й пропонують нові підходи до лікування пацієнтів із ГЕРХ, інтегруючи міждисциплінарні знання, сучасні технології та економічні аспекти. Це дослідження робить вагомий внесок у розвиток наукових основ медичної практики, відкриваючи нові перспективи для покращення якості медичних послуг та підвищення ефективності лікування.

Практичне значення роботи полягає у впровадженні удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) з використанням незнімних зубних протезів. Запропонована модель забезпечує підвищення якості та ефективності лікування, що позитивно впливає на стан здоров'я та якість життя пацієнтів.

Перш за все, розробка та впровадження нових протоколів лікування пацієнтів із ГЕРХ дозволяє стоматологам використовувати інноваційні підходи і технології, які базуються на доказовій медицині. Це включає в себе використання сучасних матеріалів для виготовлення незнімних зубних протезів, що забезпечує більш точне і надійне відновлення зубного ряду. Такі протези мають довготривалість і високу стійкість, що зменшує частоту повторних втручань і ускладнень, тим самим підвищуючи загальну ефективність лікування.

Запропонована модель також включає рекомендації щодо постійного моніторингу та оцінки якості лікування. Це дозволяє своєчасно виявляти і коригувати можливі недоліки у процесі лікування, забезпечуючи стабільно високий рівень медичної допомоги. Використання об'єктивних критеріїв оцінки якості життя пацієнтів до і після лікування дозволяє оцінити ефективність впроваджених змін та вдосконалювати лікувальні стратегії.

Ефективність нової моделі лікування також має значне практичне значення. Оптимізація використання медичних ресурсів, зменшення тривалості лікування і зниження кількості повторних втручань дозволяють скоротити загальні витрати на лікування пацієнтів. Це особливо важливо в

умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я, оскільки дозволяє забезпечити високу якість медичних послуг при зниженні фінансових витрат.

Впровадження розробленої моделі в широку практику сприяє підвищенню професійного рівня медичних працівників. Це досягається через систематичне підвищення кваліфікації, навчання новим методам і технологіям, а також через створення умов для постійного професійного розвитку. Таке підвищення кваліфікації сприяє формуванню високо компетентних спеціалістів, здатних надавати якісну та ефективну медичну допомогу.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно: виконано пошук та проведено теоретичний аналіз наукової медичної літератури за темою дослідження; розроблено програму дослідження та обрано методи дослідження відповідно до мети та поставлених завдань; розроблено анкети соціологічного опитування пацієнтів та експертної оцінки результатів проведеного дослідження; сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх упорядкування, статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію отриманих результатів; особисто здійснено обґрунтування та розробка удосконаленої моделі та впровадження окремих елементів моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксійній хворобі на галузевому, регіональному та місцевому рівні.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office (Microsoft Word, Microsoft Excel).

Автором власноруч написані всі розділи дисертації, підготовлені таблиці і рисунки, сформульовані висновки і рекомендації. Внесок автора у публікації, написані у співавторстві, є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання статті/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація результатів дисертації. Результати наукового дослідження оприлюднені на:

- науково-практичній конференції «Взаємодія закладів охорони здоров'я в межах госпітального округу: актуальні питання та інноваційні аспекти», м. Київ, 9 грудня 2021 р.;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 4.0», м. Київ, 30 травня 2022 року;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2021 року, м. Київ, 17 вересня 2021 року;
- науково-практичній конференції з міжнародною участю «Правові, організаційні та економічні засади програм реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності», м. Київ, 10 листопада 2022 року.

Публікації. Результати дисертації опубліковані в 7-ти наукових працях автора, з них:

- 3 статті – в наукових фахових виданнях України;
- 4 тези в збірках матеріалів науково-практичних конференцій;

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 232 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 191 сторінка; містить 23 таблиці, 66 рисунків, 4 додатки. Текст складається із вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел. Бібліографія включає 203 джерела.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ

1.1. Етіологія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – захворювання з поширенням серед населення як західної, так і східної популяції. Необхідність терапевтичного контролю ГЕРХ обумовлена зниженням якості життя пацієнтів внаслідок захворювання, рецидивуючим характером перебігу захворювання, а також ризиком розвитку небезпечних для життя ускладнень (стравохідних кровотеч, стриктури стравоходу, метаплазії та аденокарциноми стравоходу). Незважаючи на наявність діючих міжнародних та вітчизняних протоколів діагностики та лікування ГЕРХ, існує низка невирішених проблем, пов'язаних з розвитком побічних ефектів тривалої терапії інгібіторами протонної помпи та їх недостатньою ефективністю. Схема раціонального застосування альгінатів дозволить підвищити ефективність терапії у хворих на ГЕРХ різного ступеня тяжкості [15].

ГЕРХ – хронічне полісимптомне захворювання, що найчастіше виявляється печією та регургітацією їжі в результаті погіршують самопочуття і знижують якість життя закидів (рефлюксів) в стравохід вмісту шлунка та/або дванадцятипалої кишки [16].

Захворювання верхніх відділів травного тракту є найбільш поширеними серед хвороб людини [30]. Це, у першу чергу, стосується ГЕРХ. За останні 20 років тричі приймалися консенсуси щодо визначення, діагностики та лікування даної хвороби: Гленвальський (1997), Йельський (2003) та Монреальський (2006), а засідання міжнародної робочої групи з вивчення ГЕРХ відбувається практично щорічно [33].

ГЕРХ належить до найпоширеніших захворювань у ХХІ столітті. ГЕРХ як самостійна нозологічна одиниця одержала офіційне визнання у жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі гастроентерологів і ендоскопістів в м. Генвалі (Бельгія).

Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнано захворюванням ХХІ століття, на яке страждає в середньому від 10 до 50 % населення різних країн світу. Його поширеність в різних країнах коливається від 10,00 % у Великобританії та Іспанії до 51,2 % у Греції [201] та від 13,00 до 20,00 % у США [34]. Значно рідше (до 2,5 % населення) вона реєструється в Китаї [201].

В Україні статистична реєстрація ГЕРХ почалась з 2009 року і на сьогодні поширеність складає 190 випадків на 100 тисяч населення (згідно статистичної звітності) [202].

У середньому поширеність ГЕРХ у західній популяції коливається від 10,00 до 20,00 % із постійною тенденцією до зростання [29]. Особливо чітко ця динаміка спостерігається в США, де зростає кількість населення з надмірною масою тіла і ожирінням як факторами розвитку ГЕРХ [31]. Окрім того, відмічається зростання кількості населення похилого віку, яка згідно з прогнозами вже найближчим часом становитиме близько 1 млрд [6] осіб у світі, а розвиток ГЕРХ у похилому віці зумовлений ослабленням холінергічної активності та на її фоні підвищенням симпато-адреналової активності, атеросклерозом судин власної пластинки слизової оболонки стравоходу та розвитком слабкості сполучної тканини, зменшенням м'язової при збільшенні жирової частки, що призводить до зниження тонуусу нижнього стравохідного сфінктера [17]. Ці вікові особливості порушують антирефлюксні бар'єри між шлунком і стравоходом, знижують репаративні можливості слизової оболонки стравоходу і сповільнюють заживлення ерозій при езофагіті [18].

Історія вивчення механізмів розвитку ГЕРХ розпочалася у 1930-х роках. Значно пізніше опис Asher Winkelstein виразкового езофагіту, досвід застосування блокаторів Н₂ - гістамінових рецепторів і відкриття *Helicobacter*

pylori (далі – Н. pylori) дали поштовх розвитку теорії кислотно-пептичного патогенезу ГЕРХ, згідно з якою провідне значення в прогресуванні ГЕРХ відіграють порушення моторно-евакуаторної функції верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ).

З'явилися мономерні концепції про чільну роль будь-якого одного фактора патогенезу ГЕРХ – зокрема, або частота транзиторних релаксацій нижнього сфінктера стравоходу (далі – НСС), або кила стравохідного отвору діафрагми (далі – КСОД), або слабкість НСС, або ж підвищення внутрішньочеревного тиску. Разом з тим, який би фактор не домінував в існуючих теоріях, протягом тривалого часу лікарських засобів, які здатні ефективно усувати безпосередню причину рефлюксу, винайдено не було, і пацієнтів з тяжкими випадками ГЕРХ лікували оперативно. Більше 30 років еволюціонувала теорія патогенезу ГЕРХ, і лише на початку 1970-х років відбулася перша серйозна спроба створення багатовимірної теорії патогенезу захворювання, що об'єднала вплив різноманітних факторів. Крім того, було відзначено виражений вплив КСОД на взаємодію цих факторів, що створило передумови для її визначення як інтегрального тригера ГЕРХ.

Сьогодні вже не викликає сумнівів багатofакторність розвитку ГЕРХ. До провокуючих факторів відносять генетичну схильність, ожиріння, вік, вагітність, травми, нервово-м'язову дисфункцію стінок стравоходу та їх склерозування в результаті повторних загострень. Їх поєднаний вплив призводить до розвитку КСОД — найважливішого регулятора механізмів розвитку ГЕРХ. Типові клінічні прояви ГЕРХ сьогодні доповнені новими ГЕРХ-асоційованими синдромами, які значно розширюють уявлення про полігенез захворювання. Наявність тісного зв'язку ГЕРХ з розвитком парадонтозу, захворюваннями ЛОР-органів, виникненням рефлюкс-індукованого кашлю дає вагомі підстави розглядати вісцеральну гіперчутливість як один з механізмів виникнення симптомів ГЕРХ.

Україна належить до тих країн, де діагноз ГЕРХ в якості окремого захворювання зазначається не завжди, а стравохід Барретта діагностується тільки в поодиноких випадках [2]. Степанов Ю.М. [28] вважає, що поширеність ГЕРХ в Україні становить 20-30% та є близькою до показників США і країн Європи. За даними М. Б. Щербиніної і співавторів [30], у 2009 році в Україні було зареєстровано 31190 хворих на ГЕРХ, при цьому більше як у 10 тисяч осіб її виявлено вперше.

Причиною несвоечасної діагностики ГЕРХ є наявність позастравохідних масок, моносимптомний перебіг, недостатня увага до цієї патології з боку лікарів [44]. Певну роль у невчасній діагностиці ГЕРХ відіграє відсутність у значної частини медичних установ загального профілю умов та устаткування для об'єктивної діагностики ГЕРХ, особливо її ендоскопічно негативної форми [27].

На початку захворювання ГЕРХ характеризується незначними по вираженості і тривалості клінічними симптомами, яким хворі тривалий час не приділяють особливої уваги та не звертаються за медичною допомогою – зокрема, печію і регургітацію відмічають від 10% до 60% дорослого населення [26].

Відповідно до прийнятого в 2006 році Монреальського консенсусу визначення ГЕРХ – це стан, який розвивається, коли рефлюкс шлункового вмісту викликає симптоми або ускладнення, що турбують пацієнта [112]. Діагноз ГЕРХ є вірогідним, якщо в пацієнта унаслідок регулярного закиду в стравохід шлункового та/або дуоденального вмісту має місце стійка симптоматика (переважно печія), та/або виникають запальні чи ерозивні зміни СОС [110].

У діагностиці ГЕРХ необхідно орієнтуватися на рекомендації Монреальського консенсусу, згідно з яким захворювання може бути діагностовано за наявності як мінімум одного з трьох критеріїв:

- характерних симптомів захворювання, що викликають занепокоєння пацієнта;

- інструментального підтвердження наявності патологічного гастроєзофагеального рефлюксу в осіб із симптомами ГЕРХ, наприклад, при рН-моніторинні стравоходу;
- змін СОС за даними езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) та гістологічного дослідження біоптату [115].

Додатковими критеріями діагностики ГЕРХ можуть бути позитивні ефекти пробної терапії. Зникнення симптомів захворювання через 7 днів застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП) підтверджує діагноз ГЕРХ з чутливістю та специфічністю методу 80,0 та 57,1% відповідно (омепразоловий тест). Однак розвиток антисекреторного ефекту ІПП протягом 7 днів дозволяє оцінювати його як повільний, тому ІПП не відносять до засобів усунення печії; вони можуть лише сприяти її запобіганню. Препаратами, що усувають печію, є антациди та альгірати (похідні альгінової кислоти). Антациди сприяють нейтралізації хлористої кислоти, адсорбції жовчних кислот, інактивації пепсину в стравоході та шлунку. Альгірати утворюють альгіратний гель-бар'єр на поверхні вмісту шлунка, який створює механічну перешкоду (пліт) для закидання в стравохід субстрату з відділів шлунково-кишкового тракту. Одноразове застосування альгіратів усуває печію, починаючи з 3-ї хвилини.

В патогенезі ГЕРХ можна виділити основні та неосновні, провокуючі фактори [22]. До перших належить недостатність НСС, рефлюкс шлункового та дуоденального вмісту в стравохід, зниження стравохідного кліренсу, зменшення резистентності слизової оболонки стравоходу. Серед другорядних провокуючих факторів – стрес, надмірна маса тіла, паління; прийом антагоністів кальцію, бета-блокаторів, антихолінергічних препаратів; пози, пов'язані з постійним нахилянням тулуба; вагітність (зокрема, 2 та 3 її триместри); переїдання, систематичне вживання окремих продуктів харчування (м'ясної їжі, шоколаду, цитрусових, томатів, кави), органічні ураження м'язової тканини (склеродермія), КСОД.

Порушення функції НСС є одним з основних патогенетичних механізмів, що лежать в основі розвитку ГЕРХ [50]. У нормі НСС

скорочується таким чином, що тиск у цій зоні є вищим за внутрішньошлунковий мінімум на 15 мм. рт. ст., а даний механізм діє як фізіологічний. Сфінктер розслабляється у відповідь на перистальтику стравоходу. У той же час сфінктер може розслабитися і при відсутності ковтання і перистальтики стравоходу і такі випадки вважаються транзиторними розслабленнями НСС. У хворих на ГЕРХ велика кількість транзиторних розслаблень нижнього стравохідного сфінктера, пов'язана з рефлюксом вмісту шлунка в стравохід, призводить до того, що СОС піддається впливу соляної кислоти протягом більш тривалого часу, що клінічно проявляється печією, відрижкою, зригуванням [11]. При цьому, у регуляції моторно-евакуаторних порушень беруть участь автоматизм, скорочення гладких м'язів, парасимпатична та симпатична вегетативна система, гуморальна за рахунок впливу гастрину, мотиліну, панкреатичного поліпептиду, холецистокініну і соматостатину. Поряд з інтестинальними гормонами, скоротлива здатність стравоходу та тонус його нижнього сфінктера також регулюються вегетативною нервовою системою [60].

Порушення моторно-евакуаторної функції езофагогастроуденальної зони відіграють провідну роль на початковому етапі розвитку ГЕРХ, а в подальшому зростає вплив чинників агресії, особливо кислотно-пепсинової. Постійний контакт агресивного шлункового вмісту з багат шаровим плоским епітелієм призводить до ушкодження СОС. Наслідком є розвиток запальних та ерозивних змін [37].

Збільшення кількості випадків транзиторного розслаблення нижнього стравохідного сфінктера призводить до частішого попадання соляної кислоти в стравохід та її тривалого впливу на СОС. У нормальних умовах рН у нижній третині стравоходу становить близько 6,0. Про наявність кислотного рефлюксу свідчить його зниження нижче 4,0. При цьому частота виникнення симптомів ГЕРХ прямопропорційна рівню закислення стравоходу [38]. Інші клінічні дослідження показують, що в 10-15% пацієнтів зі скаргами на печію даний симптом виникає при відсутності кислого гастроезофагеального

рефлюкса, за даними добового моніторування рН у нижній третині стравоходу [160]. Тому S. C. Nwokediko запропонував вважати патологічним гастроезофагеальний рефлюкс, частота якого перевищує 50 за добу, а середнє значення рН в стравоході < 4 та тривалість таких кислих рефлюксів більше 5%, а рефлюкси з рН < 2 реєструються на протязі 5 хвилин [79]. Підвищення чутливості СОС може бути пов'язано також із змінами психічного статусу (збудженість, напруга, депресія). При цьому спостерігається збільшення кількості кислих рефлюксів, а методи, спрямовані на їх ліквідацію (гіпноз, м'язева релаксація), призводять до зникнення рефлюкс-асоційованих симптомів.

З урахуванням вираженої антирефлюксної дії альгінатів та їх здатності купувати печію протягом кількох хвилин, для діагностики ГЕРХ запропоновано альгінатний тест. Припинення печії після прийому 1000 мг альгінату натрію (у формі 20 мл препарату Гавіскон® Форте м'ятна суспензія) свідчить про позитивний результат тесту з чутливістю та специфічністю 96,7% та 87,7% відповідно. Доступність тесту дозволяють значно скоротити тимчасові та матеріальні витрати на етапі діагностики захворювання. Точність тесту (94,3%) з високим ступенем ймовірності виключає рефлюксний механізм печії при його негативному результаті і націлює лікаря на подальший діагностичний пошук, що передбачає детальне інструментальне обстеження, а також поглиблене психодіагностичне тестування для виявлення ознак психічної дезадаптації, які можуть бути причиною реалізації нерефлюксного механізму формування печії.

Показаннями до проведення ЕГДС у пацієнтів з ГЕРХ є наявність тривожних симптомів (дисфагія, нудота, кровотеча, зменшення маси тіла), неефективність пробного лікування (негативний альгінатний тест або тест з ПП), вік понад 50 років, тривалий перебіг захворювання.

Згідно з IV Маастрихтським консенсусом, інфікування *H. pylori* не впливає на тяжкість симптомів ГЕРХ, частоту загострень та успіх терапії. У той самий час ерадикація *H. pylori* не загострює існуючу ГЕРХ і впливає

ефективність антирефлюксної терапії (рівень доказовості 1a). Таким чином, консенсус рекомендує проводити ерадикацію *H. pylori* незалежно від наявності/відсутності симптомів ГЕРХ за наявності прямих показань.

За останні роки з'явилися концепції щодо формування постпрандіальної «кислотної кишені» – шару незабуференої соляної кислоти, що утворюється на поверхні вмісту шлунка після прийому їжі та локалізується в його порожнині та/або в зоні стравохідно-шлункового переходу [60]. Вона утворюється приблизно через 15 хв після прийому їжі та зберігається протягом двох годин. Будучи джерелом кислих гастроезофагеальних рефлюксів, «кислотна кишеня» може мати розміри 4-6 см (при нормі – 2 см), тривало персистувати та займати різне положення відносно діафрагми (під нею, на одному рівні з діафрагмою або вище) [4]. У цих випадках їжа не може олужнити даний відділ.

Окрім кислотних, до пошкодження СОС можуть призводити і лужні рефлюкси, коли рН рефлюктанту вище 7,0, а пошкоджуючими агентами виступають кон'юговані та некон'юговані жовчні кислоти, ферменти, лізолецитин і інші компоненти лужного вмісту [25]. Інші дослідники вважають, що лужним є рефлюкс, коли рН в стравоході вище 8,0. Присутність у рефлюксаті компонентів жовчі асоціюється з більш частими і вираженими симптомами ГЕРХ. При цьому на відміну від кислих рефлюксів, лужні, незалежно від їх сумарної тривалості, вважаються патологічними та характерні для пацієнтів з супутньою патологією органів жовчовивідної системи.

У частини хворих порушується бар'єрна функція СОС [18]. При поступленні рефлюксату розриваються контакти між клітинами, посилюється клітинна проникливість по відношенню до води і електролітів [6]. Ці мікроскопічні зміни посилюють підвищену чутливість стравоходу до закиду соляної кислоти при неерозивній формі ГЕРХ. Зниженню кліренсу стравоходу і функції антирефлюксного бар'єру сприяють пригнічення його перистальтики і тону, зниження тиску в нижньому стравохідному сфінктері і зростання

числа епізодів його спонтанного розслаблення. Важливим патогенетичним механізмом захисту СОС від рефлюксу є сповільнення езофагеального кліренсу в 2-3 рази.

Важливе місце серед патогенетичних факторів розвитку ГЕРХ, насамперед її ерозивної форми, займає порушення резистентності СОС. Розрізняють передепітеліальний, епітеліальний та постепітеліальний рівні її захисту. Перший рівень забезпечується секретом слинних та власних залоз підслизової оболонки стравоходу і включає в себе муцин, немуцинові протеїни, бікарбонати, простагландини класу E_2 , фактор епідермального росту [27]. Слина разом із компонентами їжі, сприяє вираженій нейтралізації соляної кислоти, яка потрапляє в стравохід.

Другий шар захисту слизової оболонки стравоходу включає клітинну резистентність до іонів водню та залежить від нормального рівня внутрішньоклітинного рН її епітеліального шару. У відповідь на подразнення інтенсивно діляться базальні клітини слизової оболонки стравоходу і за рахунок щільності міжклітинних мембран, внутрішньоклітинного і міжклітинного транспорту, а також нормальної регенерації забезпечують її захист. У випадках ослаблення даних механізмів розвивається некроз слизової оболонки з розвитком ерозій. Також в умовах низького рН, що настає внаслідок рефлюксу, розвивається стравохід Барретта [44].

При збільшенні тривалості захворювання та відсутності адекватного лікування, особливо в осіб похилого та старечого віку, хвороба супроводжується ускладненнями (стриктурами нижньої третини у 8–20% пацієнтів, стравохідними кровотечами у 2% осіб з ерозивним езофагітом, стравоходом Барретта, аденокарциномою) [41]. Персистуючий перебіг ГЕРХ із частими загостреннями нерідко потребує використання повторних інвазивних досліджень і призначення тривалого лікування, що веде до значних економічних затрат.

Пошкодження СОС у вигляді езофагіту при проведенні ЕГДС виявляють приблизно у $\frac{1}{3}$ пацієнтів із характерними для ГЕРХ скаргами. Інші $\frac{2}{3}$ відносять

до групи пацієнтів з ендоскопічно негативною ГЕРХ. Оскільки золотого стандарту діагностики ГЕРХ не існує, ця група пацієнтів потребує деталізації даних анамнезу та додаткових методів обстеження для уточнення найімовірніших механізмів розвитку захворювання [45].

На питання про те, чому в деяких пацієнтів патологічний рефлюкс не викликає пошкоджень стравоходу, однозначно відповісти складно. Може мати місце генетично детермінована резистентність СОП до пошкодження, розбіжність відчуттів рефлюксу з фактом його наявності, некислотний характер рефлюктату та ін. Сьогодні актуалізують проблему нерефлюксних механізмів, що ведуть до формування скарг на печію і регургітацію їжі, до числа яких порушень моторики ШКТ чи психічних розладів. Можливе формування типових для ГЕРХ скарг у пацієнтів із різними варіантами психічної дезадаптації. У таких випадках стандартні підходи до лікування виявляються безуспішними. Загалом відсутність стійкого ефекту від лікування при симптомах ГЕРХ виявляють у 10–30% пацієнтів.

Таким чином, передумовою розвитку ГЕРХ, особливо її ерозивної форми, є дисбаланс між чинниками захисту (бар'єрна функція нижнього стравохідного сфінктера, ефективний стравохідний кліренс, нормальна резистентність слизової оболонки стравоходу) та агресії (хлористо-воднева кислота, пепсин, жовч, панкреатичний секрет з його ферментами). На початковому етапі розвитку ГЕРХ провідну роль відіграють порушення моторно-евакуаторної функції езофагогастродуоденальної зони, у подальшому – чинники агресії, особливо кислотно-пептичний і дуоденальний [46]. Діагностика характеру рефлюксату дуже важлива, оскільки визначає вибір фармакологічних препаратів і тактику лікування в цілому. Окрім відомих патогенетичних факторів розвитку ГЕРХ, важливими змінами є збільшення продукції ряду гастроінтестинальних гормонів (соматостатину, холецистокініну-панкреозиміну, секретину, вазоактивного інтестинального пептиду, енкефалінів) [50]. ГЕРХ також діагностують при багатьох захворюваннях травного тракту (хронічний панкреатит, ентерит, холецистит,

виразкова хвороба), і пов'язують із змінами моторики гастродуоденальної зони при цих захворюваннях, вивільненню біологічноактивних речовин, що сприяють розслабленню нижнього стравохідного сфінктера.

Сьогодні, незважаючи на тривалу історію вивчення ГЕРХ, залишаються невирішеними ряд питань, пов'язаних із необхідністю створення уніфікованого алгоритму діагностики захворювання та розробки диференційованих підходів до лікування за різних його форм.

1.2. Медико-соціальне та економічне значення гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) має значне медико-соціальне та економічне значення, оскільки це хронічне рецидивуюче захворювання, яке впливає на якість життя пацієнтів і вимагає значних ресурсів для діагностики та лікування.

З медичної точки зору ГЕРХ є серйозною проблемою через високий рівень поширеності та відповідну симптоматику, яка призводить до зниження якості життя пацієнтів. Хронічне запалення слизової оболонки стравоходу може викликати ускладнення (стриктури стравоходу, ерозивний езофагіт, стравохід Барретта, стравохідні кровотечі) та підвищувати ризик розвитку злоякісних новоутворень стравоходу. Ці стани потребують постійного медичного спостереження, складного і тривалого лікування [59].

Соціальний аспект ГЕРХ полягає у безпосередньому впливі стану пацієнтів на їх працездатність і соціальну активність. Значна частина таких пацієнтів мають скарги на хронічну втоми та дискомфорт, що ускладнює виконання робочих завдань і повсякденних обов'язків. Симптоми ГЕРХ можуть впливати на якість та глибину сну, що також знижує ефективність і продуктивність особи. Це, у свою чергу, може призводити до втрати робочого часу і зниження в цілому трудових ресурсів населення.

З економічної точки зору лікування та управління ГЕРХ потребує значних прямих та непрямих витрат – як держави та роботодавця (надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги, допомога по тимчасовій

непрацездатності), так і пацієнта (придбання лікарських засобів – інгібіторів протонної помпи, антацидів тощо), втрата заробітку внаслідок непрацездатності тощо) [17].

Нині виділяють дві основні клінічні форми ГЕРХ – ерозивну (рефлюкс-езофагіт), яка може супроводжуватись ускладненнями, й неерозивну (НЕРХ). Для класифікації ерозивної ГЕРХ застосовують Лос-Анджелеську класифікацію рефлюкс-езофагітів, згідно з якою виділяють чотири ступені їх тяжкості (A, B, C, D), що має значення у визначенні тактики й термінів лікування. Серед тих, у кого для підтвердження ГЕРХ проводять ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, видимі пошкодження стравоходу виявляють, за даними різних контрольованих досліджень, тільки в 30-50% випадків, і їх класифікують як хворих на ГЕРХ. Отже, ГЕРХ не тільки трапляється частіше, ніж рефлюкс-езофагіти, але й важче діагностується й лікується, істотно погіршуючи якість життя численних хворих. Як ускладнення ГЕРХ, а саме рефлюкс-езофагіту, окремо виділяють стравохід Барретта, що розвивається з частотою приблизно 0,5-2% на рік і є небезпечним передраковим станом [29].

Відповідно до глобального Монреальського консенсусу 2006 року, клінічні прояви ГЕРХ класифікують на типові стравохідні симптоми з пошкодженням або без пошкодження стравоходу (печія, відрижка, загрудинний біль, дисфагія), що характерно для ерозивної форми ГЕРХ, та атипові позастравохідні, що частіше спостерігаються при НЕРХ.

Питання про позастравохідні симптоми як ускладнення ГЕРХ є складним та остаточно невизначеним. Без достовірних методів діагностики позастравохідних симптомів важко встановити, чи вони є проявом ГЕРХ або ж є самостійним захворюванням. Існує значний перелік позастравохідних симптомів, ймовірно, пов'язаних із ГЕРХ (табл.1.1). Для деяких з них існує доказова база, але для інших лише передбачається можливий взаємозв'язок [5].

Таблиця 1.1

Можливі позастравохідні прояви ГЕРХ

Отоларингологічні	Осиплість голосу, хронічний фарингіт/ларингіт, біль у горлі, дисфонія
Легеневі	Кашель, легеневий фіброз, астма, відторгнення трансплантованої легені
Інші	Пошкодження зубної емалі, стоматит, отит, риносинусит

Існують докази зв'язку ГЕРХ із симптомами астми, кашлю та дисфонії, проте немає переконливих доказів зв'язку ГЕРХ з отитом, риносинуситом і легеневим фіброзом [56]. Також активно дискутується механізм, за допомогою якого рефлюкс зумовлює ці симптоми. Найбільш логічна теорія полягає в тому, що стравохідний рефлюкс при прямому контакті зі структурами проксимальніше стравоходу, такими як глотка, гортань, бронхи, спричиняє ушкодження їх слизової оболонки з розвитком запалення. Однак, не всі дослідники згодні з кислотозалежним механізмом пошкодження та припускають вплив некислотних компонентів, таких як пепсин або жовч.

Актуальним у практичному плані є питання впливу наявної ГЕРХ на розвиток хронічного риносинуситу (ХР) – хронічного запалення слизової оболонки порожнини носа й навколоносових пазух, яке триває понад 12 тижнів та характеризується двома чи більше симптомами, одним з яких має бути закладеність носа чи виділення з носа ($\pm$ біль/дискомфорт у ділянці обличчя; зниження чи втрата нюху).

Деякі дослідження підтверджують потенційну роль ГЕРХ у розвитку ХР, адже останній частіше спостерігається в пацієнтів із ГЕРХ, аніж за її відсутності [71]. Однак, цінність наявних наразі досліджень обмежена невеликим розміром вибірок, відмінностями в досліджуваних популяціях та застосуванням різних методів діагностики.

Роль ГЕРХ у патогенезі ХР пояснюється декількома теоріями. По-перше, обговорюється пряме пошкодження слизової оболонки носоглотки соляною кислотою, що спричиняє запалення й порушення мукоциліарного

кліренсу з обструкцією синусового отвору й розвитком інфекції. По-друге, дисфункція вегетативної нервової системи може призводити до рефлекторного синоназального набряку та запалення, вторинної блокади отвору. По-третє, розглядається роль *H.pylori*, яка у поєднанні з ларингофарингеальним рефлюксом (ЛФР) може сприяти розвитку ХР. Р. Rouev і співавтори обстежили 46 пацієнтів із симптомами ГЕРХ і ЛФР та виявили, що хворі на ГЕРХ мають тенденцію до розвитку ЛФР. В 11 пацієнтів із *H.pylori* було проведено лікування протисекреторними препаратами, але воно не мало впливу на загальний результат [80]. Е. Sekin і співавт. обстежили 43 пацієнти з такими самими симптомами й не виявили жодного зв'язку між *H.pylori* та ЛФР. Окрім того, вони проаналізували дві підгрупи на предмет того, чи були ураження носоглотки доброякісними/злаякісними, та виявили зв'язок між симптомами ЛФР і злаякісними/передраковими захворюваннями гортані. Проте, зв'язку між інфекцією *H. pylori* та двома такими підгрупами не було встановлено [71]. N. Siupsinskiene та співавтори встановили, що *H.pylori* в біопсійному матеріалі гортані в пацієнтів із доброякісними та злаякісними захворюваннями глотки трапляється значно частіше, ніж у контрольній групі. Пацієнти з хронічним ларингітом і раком гортані показали найвищий рівень інфікованості *H.pylori* [97]. М. S. Tezer і співавтори дійшли висновку, що позитивний *H. pylori*-статус і ступінь ГЕРХ корелювали з ЛФР у 45 пацієнтів. Ступінь ГЕРХ та інфікованість були більш несприятливими в пацієнтів із 7 балами й більше за шкалою гастроєзофагеального рефлюксу (далі – ШГР). Однак, їх результати оцінювали лише за ШГР, амбулаторний 24-годинний рН-моніторинг не проводили [99]. S.Z. Toros і співавтори обстежили 45 пацієнтів і не виявили значного взаємозв'язку між симптомами й позитивним *H. pylori*-статусом, хоча відсоток останнього був високим [112]. Відтак, із метою встановлення більш чіткого взаємозв'язку необхідні подальші дослідження для підтвердження важливості інфекції *H.*

pylori в розвитку різних захворювань, а також впливу ерадикації *H. pylori* на їх перебіг.

Тому завдання лікаря – проаналізувати наявні дані про зв'язок ГЕРХ і симптомів відповідних захворювань обрати ефективні методи діагностики, результати яких дозволять здійснити диференційну діагностику та розробити план лікування та спостереження у динаміці.

1.3. Законодавчі та нормативно-правові аспекти ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

Законодавчі та нормативно-правові аспекти ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) охоплюють комплекс заходів і регулюють різні етапи медичної допомоги – від діагностики до лікування, реабілітації, нагляду та профілактики. У багатьох країнах основи правового регулювання закладаються на рівні національних законів, які визначають стандарти надання медичних послуг та захисту прав пацієнтів.

Національне українське законодавство передбачає обов'язкове забезпечення доступу пацієнтів до медичної допомоги. Це включає встановлення вимог до медичних установ і фахівців, які займаються лікуванням ГЕРХ, а також визначення порядку надання відповідної первинної та спеціалізованої допомоги. Зокрема, медичні заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу, повинні мати необхідне обладнання для проведення діагностичних процедур, таких як ендоскопія, рентгенографія та моніторинг рН [14].

Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» програма державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – Програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами,

травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Починаючи з 2020 року, фінансування державою медичних послуг під час надання стоматологічної допомоги (планової/ургентної) здійснюється в рамках Програми медичних гарантій, порядок реалізації якої затверджується постановою Кабінету Міністрів України на кожен календарний рік. Обсяг медичної допомоги, який покривається Програмою медичних гарантій, встановлюється щороку, водночас відповідно до частини 6 статті 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Зокрема, у 2020 та 2021 роках в рамках Програми медичних гарантій згідно відповідних постанов Уряду України фінансувалася ургентна стоматологічна допомога та/або планова стоматологічна допомога дітям до 16 років, що передбачені специфікаціями та визначається як глобальна ставка з державного бюджету на місяць; у 2022 – 2026 роках фінансувалася та фінансується стоматологічна допомога дорослим та дітям, пов'язана із зняттям гострого болю та станами, що потребують невідкладної медичної допомоги, та планова стоматологічна допомога дітям (крім ортодонтчних процедур та протезування), що передбачені специфікаціями та визначається як глобальна ставка з державного бюджету на місяць.

Механізм фінансового забезпечення за кошти державного бюджету зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України, до 31 грудня 2024 року було визначено Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті для реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України (далі – Порядок), затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 27

лютого 2024 р. № 212 [24] «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України» (зі змінами).

Пунктом 2 зазначеної постанови Кабінету Міністрів України було визначено, що учасниками пілотного проекту є заклади охорони здоров'я всіх форм власності, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали з Національною службою здоров'я договір про медичне обслуговування із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України.

Відповідно до пп. 6 та 6¹ Порядку медичні послуги із зубопротезування безоплатно надаються:

учасникам бойових дій, визначеним у пунктах 19-25 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;

особам з інвалідністю внаслідок війни, визначеним у пунктах 11-16 частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»;

військовослужбовцям, визначеним у підпункті 1 пункту 1 статті 3 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей».

військовослужбовцям, зазначеним у підпункті 1 пункту 1 статті 3 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», які проходять військову службу на території України та не набули статусу учасника бойових дій згідно з пунктами 19, 22, 23 частини першої статті 6 або пунктом 11 частини другої статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», але продовжують виконувати бойові завдання, що підтверджується довідкою за формою згідно з додатком 6 до Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових

дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413.

Після 31 грудня 2024 року зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям громадян за кошти державного бюджету здійснюється відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян (Порядок № 2), затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2025 року № 156 [200] «Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян» (зі змінами).

Відповідно до п.6 Порядку №2 надання медичних послуг із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям громадян здійснюють заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали з НСЗУ договір про медичне обслуговування із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям громадян.

Згідно з п. 8 Порядку № 2 медичні послуги із зубопротезування (група послуг № 1) безоплатно надаються:

учасникам бойових дій, визначеним у пунктах 19-25 частини першої статті 6 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

особам з інвалідністю внаслідок війни, визначеним у пунктах 11-16 частини другої статті 7 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

військовослужбовцям, визначеним у підпункті 1 пункту 1 статті 3 Закону України “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”, і військовослужбовцям з числа іноземців та осіб без громадянства, які проходять військову службу за контрактом у Збройних Силах, розвідувальному органі Міноборони, Держспецтрансслужбі та Національній гвардії;

особам, стосовно яких у встановленому законодавством порядку встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України;

особам з інвалідністю з числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та потерпілих від Чорнобильської катастрофи, щодо яких встановлено причинний зв'язок інвалідності з Чорнобильською катастрофою, та хворим внаслідок Чорнобильської катастрофи на променеву хворобу - категорія 1, визначеним Законом України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”.

Згідно з п. 9 Порядку № 2 медичні послуги із надання планової стоматологічної допомоги (група послуг № 2) безоплатно надаються:

учасникам бойових дій, визначеним у пунктах 19-25 частини першої статті 6 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

особам з інвалідністю внаслідок війни, визначеним у пунктах 11-16 частини другої статті 7 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”;

військовослужбовцям, визначеним у підпункті 1 пункту 1 статті 3 Закону України “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”, які проходять військову службу на території України та не набули статусу учасника бойових дій згідно з пунктами 19, 22, 23 частини

першої статті 6 або статусу особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до пункту 11 частини другої статті 7 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, але продовжують виконувати бойові завдання, що підтверджується довідкою за формою згідно з додатком 6 до Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413 (Офіційний вісник України, 2014 р., № 73, ст. 2068; 2023 р., № 82, ст. 4703; 2024 р., № 69, ст. 4140);

військовослужбовцям з числа іноземців та осіб без громадянства, які проходять військову службу за контрактом у Збройних Силах, розвідувальному органі Міноборони, Держспецтрансслужбі, Національній гвардії та продовжують виконувати бойові завдання, що підтверджується довідкою за формою згідно з додатком 6 до Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413

(Офіційний вісник України, 2014 р., № 73, ст. 2068; 2023 р., № 82, ст. 4703; 2024 р., № 69, ст. 4140);

особам, стосовно яких у встановленому законодавством порядку встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України;

особам з інвалідністю з числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та потерпілих від Чорнобильської катастрофи, щодо яких встановлено причинний зв'язок інвалідності з Чорнобильською катастрофою, та хворим внаслідок Чорнобильської катастрофи на променеву хворобу - категорія 1, визначеним Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Що стосується доступності діагностичних процедур для встановлення діагнозу «ГЕРХ», то в рамках Програми медичних гарантій, починаючи з 2020 року, за кошти державного бюджету пацієнтам проводиться процедура езофагогастродуоденоскопії, яка в зазначеній програмі виокремлена в окремий пакет медичних послуг. Тариф на медичну послугу з проведення езофагогастродуоденоскопії в амбулаторних умовах, передбачений специфікаціями, встановлюється як ставка на медичну послугу (яка поступово зросла з 749,52 грн у 2020 році до 912,72 грн у 2026 році), до якої застосовується коригувальний коефіцієнт за проведення ендоскопічної операції та/або ендоскопічної маніпуляції, зокрема із забором біопсійного матеріалу та направленням його на патогістологічне дослідження (величина якого зросла з 1,35 у 2020 році до 1,7 у 2026 році).

Зазначені вище медичні послуги пацієнти можуть отримати безоплатно в закладах охорони здоров'я, які уклали із Національною службою здоров'я України договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, відповідно до встановленого законодавством порядком.

Крім того, відповідно до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про ліцензування видів господарської діяльності», «Про особливості правового режиму діяльності Національної

академії наук України, національних галузевих академій наук та статусу їх майнового комплексу», «Про страхування» зазначені вище медичні послуги надаються в закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності, де поза Програмою медичних гарантій пацієнти можуть отримати вказані вище медичні послуги або за власний кошт, або згідно з договорами добровільного страхування.

Окрему увагу законодавство приділяє захисту прав пацієнтів. Пацієнти мають право на отримання повної інформації про свій стан, методи лікування та можливі ускладнення. Законодавчі акти передбачають механізми захисту від медичних помилок і неякісного надання медичних послуг, включаючи можливість подання скарг і отримання компенсації.

Державні органи охорони здоров'я здійснюють нагляд за виконанням законодавчих і нормативно-правових вимог у сфері лікування ГЕРХ. Це включає ліцензування суб'єктів господарської діяльності (закладів охорони здоров'я та/або ФОП), акредитацію закладів охорони здоров'я і перевірку якості надання медичних послуг шляхом проведення клініко-експертних комісій відповідно до наказів МОЗ України. Національні протоколи та стандарти лікування розробляються на основі сучасних наукових досліджень і міжнародного досвіду та застосовуються відповідно до нормативно-правових документів МОЗ України, що в цілому має забезпечувати якість медичної допомоги [14].

Окрім цього, законодавчі та нормативно-правові аспекти регулюють і питання післялікувального нагляду та реабілітації пацієнтів з ГЕРХ. Після основного лікування пацієнти мають право на безоплатний або частково оплачуваний нагляд, який включає регулярні медичні огляди, контроль ефективності лікування та профілактичні заходи для попередження рецидивів захворювання. Реабілітаційні програми, які можуть включати фізіотерапію, дієтотерапію та психологічну підтримку, також регламентуються національними стандартами і є важливими для повного відновлення пацієнтів.

Державні програми з охорони здоров'я також включають освітні та інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності населення про ГЕРХ, її симптоми, методи лікування та профілактики. Це сприяє ранньому виявленню захворювання та своєчасному зверненню за медичною допомогою, що є ключовим для ефективного лікування і запобігання ускладненням.

Також важливим аспектом є наукові дослідження в сфері лікування ГЕРХ, які регулюються нормативно-правовими актами, що забезпечують етичні стандарти проведення досліджень та клінічних випробувань. Законодавство сприяє інноваціям, фінансуючи дослідницькі програми та підтримуючи впровадження нових методів лікування. Державні гранти та інші форми підтримки наукових досліджень сприяють розвитку медичної науки і підвищенню ефективності лікування ГЕРХ [23].

На міжнародному рівні законодавчі та нормативно-правові аспекти лікування ГЕРХ часто узгоджуються з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних медичних організацій. Це забезпечує відповідність національних стандартів глобальним вимогам і сприяє міжнародній співпраці у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, комплексний підхід до регулювання ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ включає законодавчі та нормативно-правові заходи, спрямовані на забезпечення доступності, якості та ефективності медичної допомоги. Це включає організацію надання медичної допомоги, захист прав пацієнтів, підтримку наукових досліджень, а також міжнародну співпрацю, що в цілому сприяє підвищенню стандартів охорони здоров'я та покращенню результатів лікування пацієнтів.

1.4. Історичний досвід та сучасні проблеми організації ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі

Історичний досвід і сучасні проблеми організації ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) є важливою складовою стоматологічної допомоги та загальної медичної практики. Протягом багатьох десятиліть підхід до лікування пацієнтів з ГЕРХ, які потребують зубних протезів, змінювався відповідно до розвитку медичних знань і технологій.

Історично стоматологія зосереджувалася на функціональній і естетичній реконструкції зубних рядів без значної уваги до системних захворювань, зокрема таких як ГЕРХ. Зубні протези виготовлялися з обмеженого набору матеріалів, і часто не враховували специфічні потреби пацієнтів з хронічними захворюваннями. Проте з розвитком науки і техніки, а також з поглибленням розуміння впливу системних захворювань на стоматологічне здоров'я, підхід до ортопедичного стоматологічного лікування значно змінився [135].

Вперше лікуванням зубів почали займатися стародавні етруски в 7 столітті до нашої ери, які почали застосовувати зубні протези. Для цього використовувалися зуби тварин, які підходили за розміром. Такі імпланти відрізнялися досить високою міцністю, тому, використовуючи їх, було забезпечено функцію жування. Перше свердло, яке застосовували для лікування зубів, з'явилося ще близько 9 тисяч років тому. Його знайшли в розкопках Мергара, що є пакистанським похованням та належить до епохи неоліту. У ньому виявили останки стародавніх людей, у 11-ти з яких спостерігалися сліди від втручання в зубний ряд [22].

Протезування в Європі і Штатах в дев'ятнадцятому столітті вже було дуже популярним. Але до винаходу технології виготовлення керамічних зубів, у вигляді протезів використовували зуби солдатів, які померли під час бойових дій.

Сучасні проблеми організації ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ включають необхідність комплексного підходу до лікування. Зубні протези повинні не тільки відновлювати жувальну функцію та естетику, але й враховувати специфіку ГЕРХ, яка може впливати на стан слизової оболонки ротової порожнини і зубів. Постійний контакт з кислим вмістом шлунку при рефлюксі може призводити до ерозії зубів і пошкодження протезів, тому матеріали, які використовуються для виготовлення протезів, повинні бути стійкими до кислотного середовища [122].

Новітня стоматологія використовує широкий спектр високотехнологічних матеріалів для виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів, таких як цирконій, титанові сплави та кераміка, які забезпечують високу міцність і біосумісність. Вибір матеріалу є критично важливим для пацієнтів з ГЕРХ, оскільки він повинен забезпечувати довготривалу стійкість до ерозійних процесів.

Інноваційні підходи в ортопедичному лікуванні, такі як цифрове моделювання та 3D-друк протезів, значно покращують точність і якість протезування. Ці технології дозволяють створювати індивідуально адаптовані протези з мінімальними допусками, що забезпечує кращу посадку і комфорт для пацієнта. Такі протези мають високу міцність і довговічність, що особливо важливо для пацієнтів з ГЕРХ, у яких є підвищений ризик ерозійного пошкодження [170].

Сучасна наука також досліджує нові біоматеріали, які мають покращені властивості, зокрема підвищена стійкість до кислотного середовища та здатність сприяти регенерації тканин. Використання таких матеріалів може значно підвищити ефективність і тривалість служби незнімних конструкцій зубних протезів. Організація ортопедичного лікування нині включає також міждисциплінарний підхід, де лікарі-стоматологи співпрацюють з лікарями-гастроентерологами для забезпечення комплексного лікування пацієнтів. Лікування ГЕРХ повинно бути під контролем фахівців, оскільки ефективне

управління захворюванням знижує ризик ускладнень, пов'язаних з використанням зубних протезів [8].

Важливим аспектом сучасної організації ортопедичного лікування є індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Пацієнти з ГЕРХ мають різні ступені важкості захворювання і, відповідно, різні потреби в лікуванні. Перший етап лікування включає детальну діагностику, що передбачає комплексне обстеження не лише стоматологічного статусу, але й стану травної системи. Це допомагає створити індивідуальний план лікування, який враховує всі аспекти здоров'я пацієнта [13]. Значну роль відіграє також навчання пацієнтів щодо належного догляду за протезами та загального гігієнічного режиму.

Незважаючи на значний прогрес в стоматології, актуальною проблемою для населення є висока вартість виготовлення незнімних зубних протезів, насамперед з якісних матеріалів, що вимагає реалізації додаткових державних програм підтримки та/або розробки та затвердження механізмів субсидування/кредитування. Важливим кроком у розвитку системи ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ є посилення міжнародного співробітництва і обміну досвідом між різними країнами. Це може включати спільні дослідницькі програми, міжнародні конференції та симпозіуми, що сприятимуть поширенню нових знань і передових методик лікування, спільну розробку та інтеграцію нових технологій у широку клінічну практику

Таким чином, ефективна організація ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою вимагає комплексного підходу, що включає індивідуальне планування лікування, використання сучасних технологій і матеріалів, постійне удосконалення підготовки медичного персоналу та активну державну підтримку.

Лише такий підхід може забезпечити високу якість життя пацієнтів та тривалий успіх у лікуванні цієї патології.

Висновки до розділу 1

Перший розділ роботи присвячений всебічному аналізу проблемних аспектів ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ). Цей розділ детально розглядає етіологію захворювання, його медико-соціальне та економічне значення, законодавчі та нормативно-правові аспекти лікування, а також історичний досвід та сучасні проблеми організації ортопедичної допомоги.

Основним висновком першого розділу є усвідомлення того, що ГЕРХ є серйозним хронічним захворюванням, яке значно впливає на якість життя пацієнтів і потребує комплексного та міждисциплінарного підходу до лікування. ГЕРХ характеризується різноманітними симптомами, такими як печія, регургітація, біль у грудях, що значно погіршують самопочуття пацієнтів та ускладнюють життєву активність. Хронічне запалення слизової оболонки стравоходу, яке супроводжує ГЕРХ, може призводити до серйозних ускладнень, таких як стравохід Барретта та аденокарцинома стравоходу, що потребує постійного медичного нагляду та лікування.

Медико-соціальне значення ГЕРХ полягає у високій поширеності цього захворювання серед населення, його негативному впливі на працездатність та соціальну активність пацієнтів. ГЕРХ призводить до хронічного дискомфорту, який може ускладнювати виконання робочих обов'язків і повсякденних завдань, знижуючи продуктивність і якість життя. Це підкреслює необхідність ефективного лікування та підтримки пацієнтів.

Економічне значення ГЕРХ охоплює значні витрати на діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів. Вартість медичної допомоги включає проведення діагностичних процедур, таких як ендоскопія, рентгенографія, моніторинг рН, а також витрати на медикаментозне лікування, яке часто є тривалим і дорогим. У випадках ускладнень може знадобитися хірургічне втручання, що збільшує витрати. Крім того, існують непрямі витрати, пов'язані

з втратою продуктивності праці, оплатою лікарняних листків та зниженням якості життя пацієнтів.

Законодавчі та нормативно-правові аспекти лікування пацієнтів з ГЕРХ включають забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, встановлення вимог до медичних установ та фахівців, регулювання питань страхування та захисту прав пацієнтів. Законодавство спрямоване на забезпечення високих стандартів лікування, доступності медичних послуг та захисту прав пацієнтів, що є ключовими для ефективного лікування ГЕРХ.

Історичний досвід лікування пацієнтів з ГЕРХ свідчить про значний прогрес у розвитку медичних технологій і методів лікування. Сучасні проблеми організації ортопедичного лікування включають необхідність впровадження новітніх технологій, таких як цифрове моделювання та 3D-друк протезів, що забезпечують високу точність і якість протезування. Використання високотехнологічних матеріалів, таких як цирконій, титанові сплави та кераміка, забезпечує міцність і довговічність протезів, що є важливим для пацієнтів з ГЕРХ, у яких підвищений ризик ерозійного пошкодження зубів.

Важливою складовою є міждисциплінарний підхід до лікування пацієнтів з ГЕРХ, що включає співпрацю стоматологів з гастроентерологами та іншими фахівцями. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до лікування, який враховує всі аспекти здоров'я пацієнта. Ефективне управління захворюванням знижує ризик ускладнень, пов'язаних з використанням зубних протезів.

Сучасні проблеми організації ортопедичного лікування включають також питання доступності високоякісних матеріалів і технологій для всіх пацієнтів. Висока вартість виготовлення та встановлення незнімних зубних протезів може бути бар'єром для багатьох людей, що вимагає розробки державних програм підтримки і субсидування.

Необхідність постійного навчання і підвищення кваліфікації стоматологів також є важливою умовою для забезпечення високої якості медичної допомоги.

Таким чином, перший розділ роботи підкреслює важливість комплексного та міждисциплінарного підходу до лікування пацієнтів з ГЕРХ, використання сучасних технологій і матеріалів, забезпечення доступності і якості медичних послуг, активну державну підтримку і міжнародне співробітництво. Тільки такий підхід може забезпечити високу якість життя пацієнтів та тривалий успіх у лікуванні цієї складної патології.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Системний аналіз джерел наукової літератури, статистичних даних та нормативно-правових актів, представлений в розділі 1, виокремив ряд питань з організації ортопедичної допомоги пацієнтам з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), які є недостатньо розробленими або вирішеними частково, що підтвердило актуальність проведення даного наукового дослідження. Класичні підходи до організації наукового дослідження свідчать, що його проведення потребує розробки спеціальної програми, структурними складовими якої мають бути: мета, завдання, методологія, методи і обсяги дослідження; джерела інформації про стан досліджуваних предметів і явищ; форми впровадження в практику отриманих результатів.

Важливим призначенням програми є її використання в якості регламенту, що дозволить визначити послідовність і терміни виконання завдань, розподіл ресурсів, моніторинг ходу робіт та коригування відхилень. Заплановане автором дослідження передбачало отримання нових і доповнення існуючих знань з організації ортопедичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ шляхом медико-соціального обґрунтування удосконаленої її моделі, в чому полягала мета дослідження.

В основу методології дослідження автором покладались системний підхід та філософський принцип діалектики. Це дозволило розглядати предмети і явища, що досліджувались, як структурні складові багатокomпонентної системи організації ортопедичної допомоги населенню з ГЕРХ, об'єднані внутрішніми і зовнішніми зв'язками й перебувають у процесі постійних змін, руху й розвитку. Зазначені характеристики складових ураховувались як при дослідженні наявної, так і обґрунтуванні та розробці удосконаленої моделі.

Предметами даного дослідження визначені: захворюваність, поширеність, смертність населення світу та України від ГЕРХ; історичний

досвід та сучасні проблеми організації ортопедичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ в світі; мережа закладів, їх кадрове забезпечення, нормативно-правове регулювання та результати надання ортопедичної допомоги населенню України, зокрема, з ГЕРХ; потреби населення м. Києва в ортопедичній допомозі; організація медичної допомоги хворим з ГЕРХ в закладі охорони здоров'я, обраному базою дослідження; види й форми взаємодій медичних працівників при наданні ортопедичної стоматологічної допомоги пацієнтам з ГЕРХ та їх ефективність.

Ми представили структуру нашої роботи, на цьому рисунку зображено принцип, за яким ми включали пацієнтів у дослідження та послідовність дій, при проведенні прийому у лікаря-гастроентеролога та лікаря-стоматолога-ортопеда (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Рис. 2.1 ілюструє дизайн дослідження, спрямованого на оцінку ефективності ортопедичного лікування пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за допомогою фіксованих зубних протезів у період з 2019 по 2023 роки.

На першому етапі здійснюється ретельний відбір пацієнтів з підтвердженим діагнозом ГЕРХ. Для цього використовуються стандартизовані клінічні обстеження, включаючи ендоскопічні дослідження, манометрію стравоходу та рН-моніторинг. Крім того, аналізується медична документація, що містить історію хвороби, результати попередніх обстежень та лікування. Важливим критерієм відбору є наявність симптомів ГЕРХ, які не піддаються консервативному лікуванню.

Планування ортопедичного лікування. На цьому етапі для кожного пацієнта складається індивідуальний план ортопедичного лікування. Це включає вибір відповідних типів та конструкцій фіксованих зубних протезів. Враховується стан зубів та ясен, прикус, а також індивідуальні анатомічні особливості пацієнта. Використовуються сучасні діагностичні методи, такі як комп'ютерна томографія та 3D-моделювання, для створення максимально точних і комфортних протезів. Після виготовлення протезів проводиться їх примірка та встановлення, з урахуванням усіх необхідних корекцій.

Спостереження за пацієнтами. Цей етап є тривалим та включає регулярні контрольні обстеження пацієнтів після встановлення протезів. Оцінюються клінічні показники, такі як рівень комфорту, функціональність протезів, а також загальний стан здоров'я порожнини рота та шлунково-кишкового тракту. Пацієнти проходять періодичні обстеження, під час яких фіксуються можливі ускладнення та побічні ефекти, що дозволяє оперативно вносити корективи в лікування.

На заключному етапі проводиться детальний аналіз та інтерпретація зібраних даних. Порівнюються клінічні показники до та після встановлення протезів, що дозволяє оцінити ефективність лікування. Використовуються статистичні методи для виявлення значущих змін та тенденцій. Результати

дослідження узагальнюються у вигляді рекомендацій для подальшого вдосконалення методів лікування ГЕРХ за допомогою фіксованих зубних протезів. Особлива увага приділяється визначенню факторів, що впливають на успішність лікування та довгостроковий прогноз для пацієнтів.

Нами було обстежено та проаналізовано отримані результати у 214 пацієнтів, які звернулися до Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Деснянського району м. Києва для проведення езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС), з яких у дослідження було включено 150 осіб. Усі пацієнти відповідали наведеним нижче критеріям включення.

Критерії включення до дослідження – пацієнти з різними ортопедичними конструкціями в порожнині рота, які страждають на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, особи чоловічої та жіночої статі старше 18 років, які дали добровільну поінформовану згоду на участь у дослідженні. Критерії невключення в дослідження: відсутність ортопедичних конструкцій, хронічні соматичні захворювання печінки, нирок, декомпенсований цукровий діабет, онкологічні захворювання.

Серед обстежених було 82 жінок та 68 чоловіків. Найбільша кількість пацієнтів була у групі старше 60 років – 92, група пацієнтів від 51 до 60 років – 40, пацієнтів від 41 до 50 років – 18. Пацієнти молодших вікових груп у дослідженні не брали участь через відсутність ортопедичних конструкцій у ротовій порожнині (рис. 2.2).

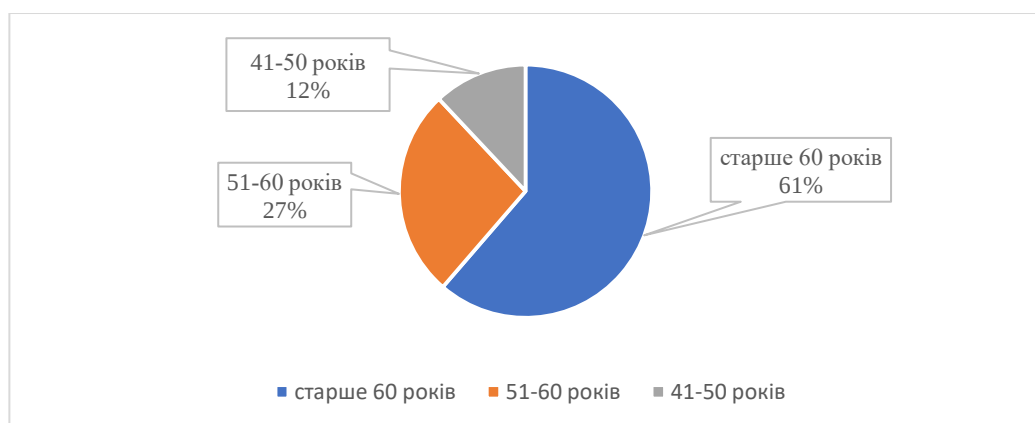


Рис. 2.2. Розподіл пацієнтів за віком (n=150)

Нами було обстежено 150 пацієнтів, на кожного з яких було заповнено індивідуальну реєстраційну картку (далі – ІРК). У 83 пацієнтів у порожнині рота були наявні знімні та незнімні конструкції зубних протезів. Тільки незнімні ортопедичні конструкції мали 67 пацієнтів.

Загалом у порожнині рота обстежених було 805 ортопедичних стоматологічних конструкцій, у т.ч. 710 незнімних ортопедичних конструкцій (396 металокерамічних коронок, 164 металокерамічних мостоподібних протеза, 54 литі коронки, 30 литих мостоподібних протезів, 20 цирконієвих (безметалевих) коронок, 24 цирконієвих (безметалових) мостоподібних протезів.

Знімних ортопедичних конструкцій було 95: повних знімних протезів 34, знімних пластинкових протезів при частковій відсутності зубів – 42 і бюгельних протезів – 19 (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Ортопедичні конструкції (n=805)

Вид ортопедичної конструкції	Назва ортопедичної конструкції	Кількість (805)
Незнімні ортопедичні конструкції протезів (710)	Металокерамічні коронки	396
	Металокерамічні мостоподібні протези	164
	Литі коронки	54
	Литі мостоподібні протези	30
	Цирконієві коронки	20
	Цирконієві мостоподібні протези	24
	Штамповані коронки	7
	Штамповано-паяні мостоподібні протези	15
Знімні ортопедичні конструкції протезів (95)	Знімні пластинкові протези при частковій відсутності зубів	34
	Знімні часткові пластинкові протези	42
	Бюгельні протези	19

Всім 150 пацієнтам був визначений рівень кислотності в порожнині рота за допомогою рН тест смужок «Special test paper» (рис. 2.3).

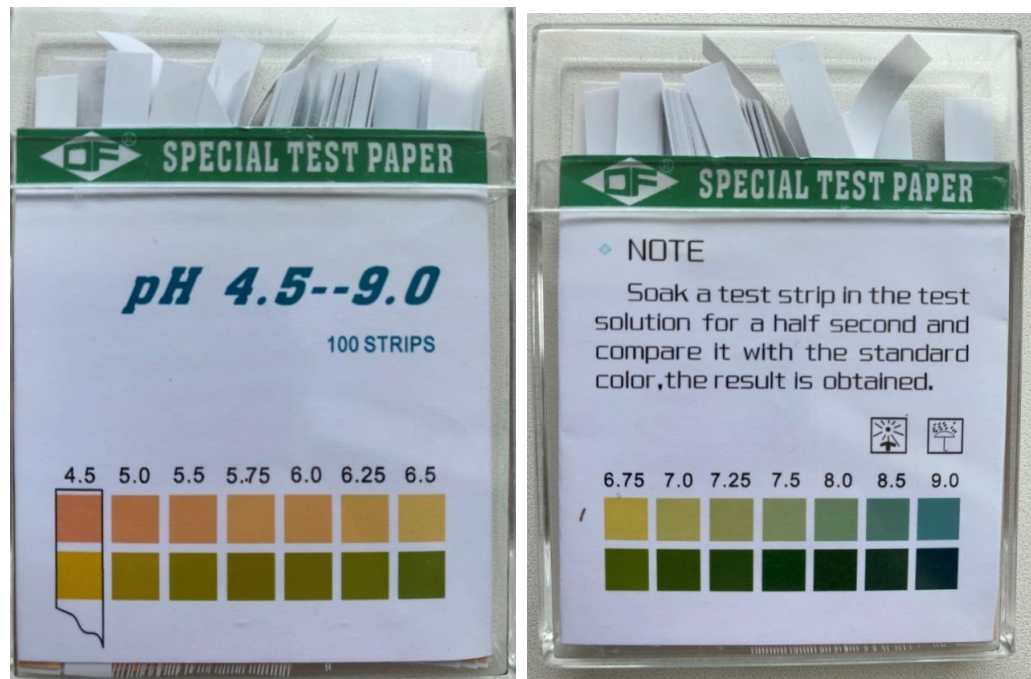


Рис. 2.3. Тест смужки «Special test paper» для проведення рН-метрії

Кислотність оцінювалася відповідно до загальноприйнятої градації: нейтральний показник (норма для дорослої людини) – $\text{pH} = 6,8-7,4$. Кисла - нижче 6,8, лужна - понад 7,4.

Клінічне обстеження включало опитування, зовнішній огляд і огляд порожнини рота шляхом застосування базових методів обстеження порожнини рота: пальпації, перкусії, зондування.

При зборі анамнезу враховувалися стан зубощелепної системи, наявність супутніх захворювань та їх ускладнень.

У всіх пацієнтів ми відзначали наявність ортопедичних стоматологічних конструкцій у порожнині рота. Також ми визначали клас дефекту зубного ряду та визначали вид прикусу або висоту нижнього відділу обличчя, за повної відсутності зубів. Оцінювався гігієнічний стан порожнини рота, ортопедичних конструкцій та якість їх виготовлення, раціональність та терміни користування ними. Крім того, ми враховували, коли вперше проводилося

протезування пацієнта та чи відбувалася в подальшому заміна конструкцій.

Ми вивчали індекс гігієни порожнини рота як один з основних проявів у ротовій порожнині при гастритах, виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, за наступними ознаками:

1. Колір та характер нальоту:
 - а) щільний наліт
 - б) білий наліт
2. Наявність набрякlostі язика:
 - а) чи збільшено розмір язика
 - б) чи є гіпертрофія сосочків язика
 - в) чи є ерозії чи виразки язика
 - г) чи є відбитки зубів на язиці.

Наявність таких ознак може свідчити про декомпенсацію основного захворювання та схильність до ускладнень у тканинах порожнини рота через контакт з різними конструкціями зубних протезів.

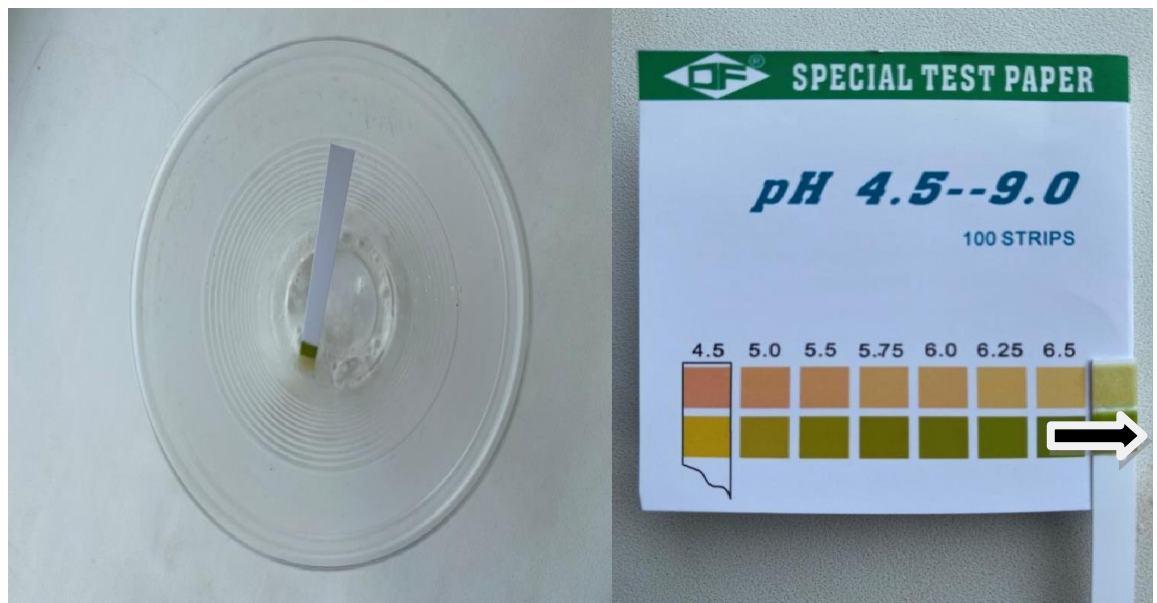
Наявність хронічного запального процесу слизової оболонки ротової порожнини, зокрема, афти на кінчику язика з гіперемією навколо, виразки тощо можуть говорити про алергію на базиси пластинкових протезів (особливо якщо базис кольоровий).

Для визначення рівня гігієни ротової порожнини ми використовували індекс Гріна-Вермільйона (Green, Vermillion, 1964) спрощений (OHI-S), який полягає в оцінці площі поверхні зуба, покритої нальотом та/або зубним каменем. Для його визначення не потрібне використання спеціальних барвників. Потрібно дослідити щічну поверхню зубів 1.6, 2.6, губну поверхню зуба 1.1, 3.1 та язичну поверхню зубів 3.6, 4.6, проводячи зондом від краю зуба до ясна. Відсутність зубного нальоту позначається як 0; до 1/3 поверхні зуба – як 1. Від 1/3 до 2/3 – як 2 і більше 2/3 – як 3. Зубний камінь визначається за таким же принципом. Далі ми повинні скласти суму коефіцієнтів зубного нальоту, каменю та розділити на кількість зубів. Значення індексу (0-0,6) відповідає хорошему рівню гігієни порожнини рота; (0,7-1,6) – задовільному;

(1,7-2,5) – незадовільному, а вище 2.5 – поганому. В ІРК ми зазначали, що значення індексу (0-1,6) відповідає задовільному, а вище за 1,7 – відповідно, незадовільному [132].

Також збирався анамнез у пацієнтів з приводу наявних захворювань та стану ШКТ. Ми звертали увагу на наявність та характер болю. Чи турбують пацієнта такі симптоми як нудота, відрижка, блювання, печія. Також ми опитували пацієнта чи змінився характер відрижки до та після протезування. Під час відрижки шлунковий сік окислює лужне середовище в ротовій порожнині, це призводить до розм'якшення емалі і пародонту, внаслідок чого порушується герметичність ортопедичних конструкцій. З іншого боку, ретельне пережовування їжі сприяє поліпшенню стану шлунково-кишкового тракту, тому що менше дратує стінки шлунка і викид жовчі в порожнину шлунка є значно меншим.

Нами проводилося вимірювання рівня кислотності слини. рН-метрія проводилася з ранку натщесерце, з 9 до 11 ранку, перед проведенням езофагогастродуоденоскопії. Для цієї процедури використовувалися тест смужки «Special test paper» (рис. 2.4).



А. Б.
Рис. 2.4. Проведення рН-метрії слини.

А – одноразова ємність з тест смужкою, Б – інтерпретація отриманих результатів за шкалою

З метою уточнення діагнозу всім пацієнтам проводилась езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС).

Езофагогастродуоденоскопія – це найбільш використовуване ендоскопічне дослідження верхнього відділу травного тракту. Дослідження в плановому порядку виконують натщесерце, в ранковий час доби.

Нами використовувався ендоскоп Olympus EVIS GIF Q 150 та Olympus EVIS GIF Q 180 (рис. 2.5).



А.



Б.

Рис.2.5. Ендоскопи: Olympus EVIS GIF Q 180(А), Olympus EVIS GIF Q 150 (Б), які були використані в дослідженні

Езофагогастродуоденоскопія проводиться в положенні пацієнта, лежачи на лівому боці. Перед проведенням маніпуляції пацієнту проводять місцеве знеболювання 10% розчином Лідокаїну в спреї, також можливе проведення дослідження під загальним наркозом. Загубник встановлюють між зубами для попередження пошкодження ендоскопу. Під візуальним контролем ендоскоп проводиться у стравохід і далі. Просуваючи та повертаючи його, лікар оглядає стравохід, потім усі відділи шлунка та 12-палу кишку. Збільшене зображення

виводиться на монітор, завдяки чому лікар може спостерігати зміни у тканинах.

Результати гастроентерологічного статусу кожного учасника ми також фіксували в ІРК. На основі зафіксованих в ІРК показників було сформовано масив даних дослідження, що дозволило провести аналіз відповідно до поставлених завдань дослідження (Додаток А).

Методами дослідження на завершальному етапі було обрано метод організаційного експерименту, соціологічного дослідження, експертних оцінок, порівняльного аналізу, узагальнення та синтезу результатів, медико-статистичний метод. Матеріалами для дослідження слугували анкети соціологічного опитування лікарів (41 од.), анкети експерта (20 од.), а також розпорядчі документи закладу охорони здоров'я, де впроваджувались елементи запропонованої моделі.

Анкета експерта містила запитання з оцінки запропонованої моделі ортопедичного лікування пацієнтів із ГЕРХ незнімними конструкціями зубних протезів. Опитування проводилося онлайн через Google Forms. Експертна група формувалась за професійними ознаками і складалась з 20 осіб: чотирьох науковців, з яких два доктори медичних наук і два кандидати медичних наук, які займали посади науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти профільних кафедр (управління охороною здоров'я, медицини невідкладних станів, хірургії). Група також включала 16 керівників або їх заступників закладів охорони здоров'я комунальної (15 осіб) та приватної (1 особа) форми власності м. Києва та Київської області, де здійснюється ортопедичне стоматологічне лікування пацієнтів із ГЕРХ за допомогою незнімних конструкцій зубних протезів.

Статистична обробка та аналіз отриманих даних проводились на персональному комп'ютері з використанням стандартних методів статистичної обробки з використанням програмного забезпечення ПК: Microsoft Excel. Статистична обробка даних проведена з обчисленням середніх арифметичних величин ознаки (m) та середнього квадратичного відхилення

(σ) з подальшим розрахунком критерію достовірності відмінності Стьюдента (t). Критичне значення рівня значущості приймалося рівним 5% ($p < 0,05$); $p > 0,1$ статистично недостовірна відмінність; $p < 0,001$ статистично високодостовірна відмінність. У такий спосіб, статистична достовірність (p) – критерій правильності статистичних досліджень, це можливість отримання цього результату вибіркового дослідження за умови, що насправді для генеральної сукупності правильна нульова статистична гіпотеза, тобто, зв'язку немає. Чим менше значення p-рівня, тим вище статистична значущість результату дослідження, що підтверджує наукову гіпотезу.

Середньоквадратичне відхилення (σ) є одним із ключових показників у статистиці, який показує, наскільки в середньому окремі значення варіюючої ознаки відхиляються від їхнього середнього арифметичного значення, тобто, за допомогою вилучення квадратного кореня з дисперсії. Цей параметр вимірюється в тих же одиницях, що і ознака, що варіює.

Висновки до розділу 2

Другий розділ цієї роботи присвячений програмі, матеріалам, обсягу та методам дослідження, які були використані для досягнення поставлених цілей. У цьому розділі детально розглядаються етапи планування дослідження, вибір та обґрунтування методів збору та аналізу даних, а також характеристика досліджуваних об'єктів.

Дослідження базується на комплексному підході, що включає використання сучасних методів збору даних, таких як опитування, анкетування, клінічні спостереження та статистичний аналіз. Це дозволило забезпечити всебічне вивчення проблеми, включаючи як кількісні, так і якісні аспекти.

У рамках дослідження були використані різні групи респондентів, включаючи пацієнтів з ГЕРХ, медичний персонал, а також експертів у галузі ортопедичної стоматології. Такий підхід дозволив отримати повну картину

стану ортопедичного лікування пацієнтів, а також визначити основні проблеми та потреби в цій сфері.

Одним з основних завдань було визначення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданих послуг та виявлення факторів, що впливають на цей показник. Результати опитувань показали, що більшість пацієнтів задоволені лікуванням, однак існують певні аспекти, які потребують покращення. Зокрема, це стосувалося доступності сучасних технологій та матеріалів, а також рівня кваліфікації медичного персоналу.

Також було проведено аналіз економічної доцільності впровадження нових технологій та методів лікування. Виявлено, що інвестиції в сучасні методи діагностики та лікування можуть значно підвищити ефективність ортопедичної допомоги, зменшити час лікування та покращити його результати. Однак для цього необхідна активна підтримка з боку держави та міжнародних організацій.

Отже, висновки до другого розділу свідчать про необхідність системного підходу до організації ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Це включає індивідуальне планування лікування, використання сучасних технологій і матеріалів, постійне навчання медичного персоналу, а також забезпечення фінансової та організаційної підтримки на державному рівні. Лише такий підхід може забезпечити високу якість життя пацієнтів та тривалий успіх у лікуванні цієї складної патології.

РОЗДІЛ 3

ПОТРЕБИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Стан здоров'я зубів та їх функціональність мають вирішальне значення для загального фізичного та психологічного благополуччя людини. Зі збільшенням медіанного віку населення та, відповідно, зміною з віком дієтичних звичок збільшується і попит на високоякісні стоматологічні послуги, включаючи виготовлення та використання незнімних зубних протезів.

Дослідження спрямоване на вивчення і аналіз факторів, що впливають на ефективність та доступність ортопедичного лікування в контексті застосування незнімних зубних протезів у практиці стоматологів м. Києва. Врахування індивідуальних потреб пацієнтів, технічних можливостей сучасної медицини та інноваційних підходів до виробництва та адаптації протезів є важливими аспектами дослідження.

У дослідженні взяли участь 150 пацієнтів жіночої та чоловічої статі, які мали на момент включення до дослідження знімні та/або незнімні протези порожнини рота, з наявністю підтверджених кислотозалежних захворювань шлунково-кишкового тракту, що дали добровільну письмову поінформовану згоду на участь. Пацієнти на момент включення в дослідження проходили обстеження та лікування з приводу захворювання ШКТ та отримували відповідне лікування за призначенням лікарів-гастроентерологів. Паралельно проводилося стоматологічне обстеження та заповнення ІРК учасників дослідження.

3.1. Характеристика стану здоров'я населення м. Києва як фактору формування потреб у лікуванні

Характеристика стану здоров'я населення міста Київ є важливим фактором, що впливає на формування потреб у лікуванні. Визначення загальних тенденцій та проблем у сфері здоров'я допомагає зрозуміти, які медичні послуги є найбільш затребуваними та на які аспекти варто звернути особливу увагу.

Однією з ключових характеристик здоров'я населення Києва є високий рівень захворюваності на серцево-судинні захворювання. Це обумовлено низкою факторів, включаючи стресовий спосіб життя, малорухливий спосіб життя, неправильне харчування та шкідливі звички, такі як паління та надмірне споживання алкоголю. Ці фактори призводять до підвищеного ризику інфарктів, інсультів та інших серцево-судинних проблем, що вимагає збільшення потреби в кардіологічних послугах, реабілітації та профілактичних заходах.

Ураховуючи, що після 01.01.2022 офіційна статистика не містить оновлених даних щодо кількості населення в Україні, для аналізу та дослідження взято показники більш ранніх періодів, оскільки їх формування базується на кількості населення, у т.ч. на відповідній території.

У табл. 3.1 наведені окремі показники загальної захворюваності дорослого населення в м. Києві за 2021 – 2022 роки за даними Київського міського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики [203].

Таблиця 3.1

Окремі показники загальної захворюваності на хвороби кровообігу дорослого населення м. Києва у 2021–2022 роках,
на 10 тисяч населення віком від 18 років

Показник	2021	2022	Динаміка показника
Загальна захворюваність на хвороби кровообігу:	5240,7	4603,9	- 12,2 %

з них – гострий інфаркт міокарду	6,6	7,0	6,1 %
----------------------------------	-----	-----	-------

З табл. 3.1 можемо побачити, що у 2022 році було зареєстровано захворюваність на хвороби кровообігу на рівні 4603,9 на 10 тисяч дорослого населення, що на 12,2% менше, ніж у попередньому році. Водночас, з-поміж усіх хвороб кровообігу, захворюваність на гострий інфаркт міокарду становила у 2022 році 7,0 на 10 тисяч дорослого населення, що на 6,1 % більше, ніж у попередньому році.

Так, наявну тенденцію, характерну як для м.Києва, так і для всієї України, можна пояснити зменшенням кількості планових візитів пацієнтів до лікарів-спеціалістів внаслідок введення в Україні у 2022 році воєнного стану у зв'язку зі збройною агресією Російської Федерації проти України, що має наслідком зменшення частки пацієнтів, які застосовують адекватну терапію хронічних захворювань для профілактики виникнення загострень таких захворювань та невідкладних станів.

Зазначене підтверджується окремими показниками захворюваності, наведеними нижче.

Табл. 3.2 відображає актуальні дані щодо захворюваності на серцево-судинні захворювання в м.Києві вже за 2022 – 2023 роки, що дозволяє оцінити масштаб проблеми та необхідність вжиття заходів для покращення громадського здоров'я.

Таблиця 3.2

Окремі показники загальної захворюваності на хвороби кровообігу дорослого населення м. Києва у 2022–2023 роках

Показник	2021	2022	Динаміка показника
Загальна захворюваність на хвороби кровообігу, на 10 тисяч населення віком від 18 років, з них:	4603,9	4636,5	0,71 %
гострий інфаркт міокарду	7,0	8,5	21,4 %

Кількість зареєстрованих випадків на хвороби кровообігу	1101842	1109519	0,7 %
Кількість уперше в житті зареєстрованих випадків хвороб кровообігу, з них:	68778	79219	15,2 %
гострий інфаркт міокарду	1685	2037	20,9 %
гострий мозковий інсульт	1962	2428	23,8 %
гіпертонічна хвороба (всі форми)	28577	32484	13,7 %

Статистичні дані табл. 3.2 за 2022 – 2023 роки демонструють, що кількість випадків хвороб кровообігу у м. Києві продовжує зростати. У 2022 році було вперше зафіксовано 68778 випадків, тоді як у 2023 році цей показник збільшилася до 79219, що на 15,2 % більше, ніж у попередньому році.

Гіпертонічна хвороба (всі форми) залишається одним із найбільш поширених захворювань системи кровообігу у м. Києві, з кількістю уперше в житті зареєстрованих випадків хвороби, що зросла з 28577 у 2022 році до 32484 у 2023 році, що на 13,7 % перевищує показник попереднього року.

Кількість інфарктів та інсультів також демонструє тенденцію до збільшення, що представлено в табл. 3.2.

Це загалом свідчить про загальну тенденцію як до потенційного збільшення кількості пацієнтів із відповідними захворюваннями (не діагностованих на початкових стадіях), так і до збільшення кількості гострих станів як ускладнень хронічних серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, що вимагає від управлінської ланки організаційних заходів із раннього виявлення відповідних патологічних станів, профілактичних та реабілітаційних програм.

Зазначене підтверджується і наступними даними: проаналізувавши відкриті дані дашбордів Національної служби здоров'я України в аспекті окремих показників роботи первинної медичної допомоги (на рівні якої має концентруватися профілактична робота та до функцій якої належать скринінги

окремих категорій пацієнтів для раннього виявлення в тому числі серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань), за умови збільшення державного фінансування первинної медичної допомоги (далі – ПМД) з 20,1 млрд грн у 2021 році до 23,4 млрд грн у 2023 році, загальне використання послуг ПМД (частка населення, яке хоча би один раз протягом року консультувалося з членом команди ПМД (щонайменше один запис в електронній системі охорони здоров'я) зменшилося протягом двох років на 14,8 % – з 72,4 % (IV квартал 2021 року) до 57,6 % (IV квартал 2023 року).

Ці дані вказують на необхідність подальшого удосконалення організації екстреної медичної допомоги та системи надання кардіологічної допомоги, впровадження профілактичних програм та збільшення доступу до медичних послуг для зниження рівня захворюваності та смертності від серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань у м. Києві.

Ще однією значною проблемою є захворюваність на хвороби органів дихання. Забруднення повітря, самолікування під час гострих респіраторних вірусних захворювань є одним з головних чинників, що сприяють розвитку та хронізації цих хвороб. Підвищена кількість автомобільного транспорту, промислові викиди та недостатня кількість зелених зон сприяють погіршенню якості повітря. Це зумовлює необхідність у збільшенні кількості медичних послуг, спрямованих на діагностику, лікування та профілактику захворювань органів дихання.

В табл. 3.3 представлені дані про захворюваність хворобами органів дихання у м. Києві за 2022-2023 роки.

Таблиця 3.3

Окремі показники захворюваності на хвороби органів дихання
у м. Києві за 2022 – 2023 роки

Показник	2022 рік	2023 рік	Динаміка показника
Кількість зареєстрованих випадків захворювань, з них:	593964	569217	- 4,2 %

бронхіальна астма	13965	14880	6,5 %
алергічний риніт	5786	6986	20,7 %
Кількість госпіталізацій з хворобами органів дихання	30200	33410	10,6 %

Дані табл. 3.3 демонструють, що у 2022 році було зареєстровано 593964 випадків хвороб органів дихання у Києві, з яких 13965 були пов'язані з бронхіальною астмою, а 5786 - з алергічним ринітом. У 2023 році загальна кількість випадків зменшилася до 569217, водночас кількість зареєстрованих випадків захворювань зокрема, на бронхіальну астму збільшилася на 6,5 % та становила вже 14880, алергічного риніту – на 20 % та становила 6986 випадків. Госпіталізацій з респіраторними хворобами також стало більше - з 30200 у 2022 році до 33410 у 2023 році.

На здоров'я населення Києва також мають вплив високий темп життя, економічні труднощі та інші соціальні фактори. Починаючи з 2020 року, зростає увага до питань психічного здоров'я, особливо в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану, зумовленого повномасштабною збройною агресією Російської Федерації проти України.

Психологічні наслідки війни є надзвичайно серйозними. Цивільне населення, особливо діти та люди похилого віку, відчують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію та тривожність. Військові дії також можуть призводити до значного зниження якості життя через втрату майна, евакуацію з дому, втрату соціального підґрунтя. Соціальні наслідки включають переселення, розриви в родинних та комунітарних структурах, загроза безпеці та підвищене відчуття безпорадності і невпевненості у майбутньому. Люди під час війни можуть відчувати відчай і втрату надій на мирне майбутнє, що впливає на їх соціальну і економічну інтеграцію, а також беззаперечно мають вплив на стан здоров'я.

В м. Києві активно розвивається мережа центрів ментального здоров'я. Заходи з підтримки психічного здоров'я включають проведення психологічних тренінгів, групових та індивідуальних консультацій, а також програм психосоціальної підтримки для вразливих груп населення.

Таким чином, стан здоров'я населення Києва вимагає комплексного підходу до удосконалення організації надання медичної допомоги, що сприятиме покращенню громадського здоров'я мешканців м. Києва в цілому.

3.2. Аналіз потреб хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів в 2019 – 2023 роках

Аналіз потреб хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс у використанні незнімних конструкцій зубних протезів в період з 2019 по 2023 рік свідчить про важливість урахування цього медичного стану при плануванні ортопедичного лікування. ГЕРХ може значно впливати на комфорт та ефективність незнімних зубних протезів у пацієнтів.

За результатами цього аналізу можна зауважити, що пацієнти з ГЕРХ часто мають проблеми зі зниженням апетиту, нудотою, блюванням та іншими симптомами, що можуть ускладнювати носіння та функціонування незнімних протезів. Це може вимагати індивідуального підходу до лікування, зокрема, корекції конструкцій протезів або вибору більш комфортних матеріалів із врахуванням ГЕРХ.

Підходи до ортопедичного лікування у пацієнтів з ГЕРХ повинні враховувати індивідуальні потреби кожного хворого, а також забезпечувати високу якість життя, зменшуючи негативний вплив симптомів на їх щоденне функціонування.

Як було зазначено раніше, ГЕРХ є одним з найбільш поширених захворювань органів травлення з багатофакторним і далеко не повністю вивченим етіопатогенезом. Безпосередньою причиною його виникнення

вважається патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР). У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) ГЕРХ представлена в рубриці K21 і розділена на 2 форми:

К 21.0 – гастроєзофагеальний рефлюкс з езофагітом (синонім «рефлюкс-езофагіт»);

К 21.9 – гастроєзофагеальний рефлюкс без езофагіту.

Зареєстрована поширеність ГЕРХ у пацієнтів усіх вікових груп у всьому світі зростає, однак, на сьогоднішній день, рефлюксні розлади не так часто реєструються в Східній Азії, де поширеність становить 8,5 %, у порівнянні з Західною Європою та Північною Америкою, де сьогоднішня поширеність ГЕРХ оцінюється в межах від 10 % до 20 %. Нові епідеміологічні і генетичні дані свідчать про певну схильність до успадкування ГЕРХ та її ускладнень, включаючи ерозивний езофагіт, стравохід Барретта та аденокарциному стравоходу.

Також, згідно з останніми дослідженнями, було виділено кілька педіатричних груп з високим ризиком ГЕРХ.

За даними деяких дослідників такі типові симптоми, властиві патологічному ГЕР, як печія та відрижка, з найбільшою частотою (94,2 %) виявляються лише у віці 14–15 років, при цьому залежності між ступенем ураження стравоходу і печією немає. Провідним у клінічній картині є також абдомінальний больовий синдром, причому типовими є скарги на болі в епігастрії та параумбілікальній ділянці. У пацієнтів з ГЕРХ головними симптомами є регургітація, блювота, біль в животі та порушення травлення. У деяких дослідженнях повідомляється про те, що найчастіше пацієнти скаржаться на біль в епігастрії, печію та регургітацію.

Клінічні прояви неерозивної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (НЕРХ) також є множинними та різноманітними, і відрізняються залежно від віку та індивідуальної сприйнятливості. Різноманіття клінічних проявів ГЕРХ у різні вікові періоди зумовлює необхідність подальшого

поглибленого вивчення симптоматики ГЕРХ, що, в свою чергу, дозволить діагностувати захворювання на більш ранніх стадіях.

У групі пацієнтів з ендоскопічно позитивною формою ГЕРХ переважали пацієнти з І ст. езофагіту (94 %). Ерозивний езофагіт спостерігався лише у 5 (6%) пацієнтів з тривалістю захворювання від 1 міс. до 1,5 років. При порівнянні груп пацієнтів, залежно від ендоскопічного варіанту ГЕРХ та пацієнтів з функціональною диспепсією (далі – ФД) виявлено, що пацієнти з рефлюкsezофагітом частіше скаржились на виникнення печії (14%), ніж пацієнти з ендоскопічно негативним варіантом (3%) чи з ФД, однак статистично достовірною дана різниця не була ($p=0,07$).

Достовірно частіше серед пацієнтів з ендоскопічно позитивним варіантом ГЕРХ виявляли скарги на нудоту (40 %) ($p < 0,02$), тоді як пацієнти з ендоскопічно негативним варіантом ГЕРХ достовірно частіше скаржились на блювання (31%) ($p<0,05$). Серед пацієнтів з ФД достовірно частіше зустрічались скарги на болі в параумбілікальній ділянці, а пацієнти з будь яким із варіантів ГЕРХ достовірно частіше скаржились на болі в епігастрії ($p < 0,002$) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Частота різних клінічних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби пацієнтів під час ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів з різними ендоскопічними варіантами ГЕРХ

Симптоми ГЕРХ	Група А (n = 120)	Група Б (n = 85)	Група В (n = 9)
Нудота	40	5	3
Зниження апетиту	22	5	5
Блювання	12	12	2
Печія	11	2	5
Відрижка	20	5	4
Кашель	4	3	3
Неприємний запах з рота	8	8	4
Болі в параумбілікальній ділянці	15	15	2
Загрудинні болі	110	75	1
Болі в епігастральній ділянці	77	43	7

Метеоризм	15	22	2
Закреп	25	19	3

Таблиця 3.4 демонструє частоту різних клінічних проявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у пацієнтів у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів з різними ендоскопічними варіантами за групами А, Б і В. Дані в таблиці показують, як симптоми ГЕРХ розподілені між групами пацієнтів з різним ступенем виявлення захворювання при ендоскопії.

Головні клінічні прояви, такі як за груди́нні болі та болі в епігастральній ділянці, зустрічаються найчастіше в усіх трьох групах, зі значним переважанням у групі А, де спостерігається 110 та 77 випадків відповідно. Це свідчить про високу поширеність тяжких симптомів ГЕРХ серед пацієнтів цієї групи.

Нудота, зниження апетиту, відрижка та неприємний запах з рота також показують значну поширеність в усіх групах, але в різних пропорціях. Симптоми, які менш поширені, такі як кашель, метеоризм та блювання, показують меншу різницю між групами, що може вказувати на меншу сильність зв'язку з ендоскопічним виявленням ГЕРХ.

Оцінивши симптоматику ГЕРХ серед пацієнтів з рефлюкsezофагітом (група А), виявили, що для пацієнтів найбільш характерними були скарги на нудоту ($p < 0,05$) та блювання ($p < 0,04$).

Також оцінено клінічну симптоматику в залежності від ступеню ураження стравоходу пацієнтів групи А та групи Б (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Частота різних клінічних проявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів з ендоскопічно негативною формою езофагіту

Симптоми ГЕРХ	Група А (n = 120) – I ст.	Група Б (n = 85) – II ст.
Нудота	16	12
Зниження апетиту	18	9
Блювання	22	14

Печія	15	36
Відрижка	4	25
Кашель	85	41
Неприємний запах з рота	100	2
Болі в параумбілікальній ділянці	33	9
Загрудинні болі	14	10
Болі в епігастральній ділянці	6	14
Метеоризм	49	11
Закреп	15	15

Пацієнти з рефлюкsezофaгітом II ст. (n=85) виявляли скарги на печію та на загрудинні болі. В той час пацієнти з рефлюкsezофaгітом I ст. (n=120) лише скаржились на печію та на болі за грудиною. Ендоскопічно негативна форма езофaгіту не була виявлена у жодного пацієнта.

Для аналізу потреб хворих на ГЕРХ у використанні незнімних конструкцій зубних протезів наведемо актуальні дані про частоту основних симптомів ГЕРХ (табл. 3.6), частоту ускладнень і несприятливих реакцій у пацієнтів з ГЕРХ і незнімними зубними протезами (табл. 3.7) та періодичність відвідування ортопедичного кабінету пацієнтами з ГЕРХ (табл. 3.8).

Таблиця 3.6

Частота основних симптомів ГЕРХ серед пацієнтів з незнімними зубними протезами у 2019-2023 роках

Симптоми	2019	2020	2021	2022	2023
Нудота	25	28	30	32	35
Зниження апетиту	20	22	24	25	28
Блювання	15	18	20	22	24
Печія	12	14	15	16	18
Відрижка	18	20	22	24	26

Протягом періоду з 2019 по 2023 роки проводився аналіз частоти основних симптомів ГЕРХ серед пацієнтів, які користуються незнімними зубними протезами, що підтверджується даними табл. 3.6. Дослідження

включало оцінку випадків нудоти, зниження апетиту, блювання, печії та відрижки, як ключових клінічних проявів ГЕРХ.

За результатами дослідження виявлено поступове зростання частоти виникнення цих симптомів протягом років спостереження. Наприклад, частота нудоти зросла з 25 випадків у 2019 році до 35 у 2023 році, що відображає інтенсифікацію цього неприємного симптому серед пацієнтів з ГЕРХ та незнімними протезами. Зниження апетиту відзначалося у 20 пацієнтів у 2019 році і у 28 у 2023 році, що свідчить про збільшення ступеня впливу хвороби на харчування. Кількість випадків блювання зросла з 15 випадків у 2019 році до 24 у 2023 році. Печія та відрижка також відображають тенденції до зростання, що може свідчити про загальне погіршення стану здоров'я у цій групі пацієнтів.

Цей аналіз засвідчує необхідність подальших досліджень та індивідуального підходу до лікування пацієнтів з ГЕРХ, особливо тих, хто використовує незнімні зубні протези, з метою зменшення негативного впливу симптомів та покращення їх якості життя.

У дослідженні частоти ускладнень і несприятливих реакцій у пацієнтів з ГЕРХ, які використовують незнімні зубні протези, особлива увага приділялася аналізу медичних ускладнень та реакцій на лікування. Табл. 3.7 наводить відомості про частоту цих явищ у вказаній пацієнтській групі протягом досліджуваного періоду. Оцінка таких параметрів є критично важливою для розуміння і керування медичними ризиками, пов'язаними з лікуванням ГЕРХ у контексті використання незнімних зубних протезів.

Таблиця 3.7

Відомості про частоту ускладнень і несприятливих реакцій у пацієнтів з ГЕРХ і незнімними зубними протезами у 2019 – 2023 роках

Комплікації / Реакції	2019	2020	2021	2022	2023
Гіперсалівація	10	12	14	15	16
Відчуття сухості в роті	8	9	10	12	14

Підвищена чутливість зубів	5	6	7	8	9
Втрата протезів	3	4	5	6	7

У табл. 3.7 представлені дані щодо частоти виникнення комплікацій і несприятливих реакцій у пацієнтів з ГЕРХ, які використовують незнімні зубні протези протягом періоду з 2019 по 2023 роки.

Частота гіперсалівації зросла з 10 випадків у 2019 році до 16 у 2023 році. Це явище може бути пов'язане зі збільшенням вироблення слини під впливом рефлюксу.

Від 8 випадків у 2019 році до 14 у 2023 році спостерігається зростання відчуття сухості в роті. Це може бути наслідком недостатнього слиновиділення через ефекти хронічного рефлюксу.

Частота підвищеної чутливості зубів демонструє зростання з 5 випадків в 2019 році до 9 в 2023 році. Цей симптом може бути результатом змін в кислотно-основному балансі ротової порожнини.

Кількість випадків втрати протезів збільшилася з 3 в 2019 році до 7 у 2023 році. Це важливий аспект, оскільки втрата протезів може вимагати негайного втручання та заміни для забезпечення комфорту пацієнтів.

Ці дані засвідчують необхідність системного підходу до управління ускладненнями ГЕРХ у пацієнтів з незнімними зубними протезами, зокрема через моніторинг і попередження подібних станів для забезпечення максимального комфорту та ефективного лікування.

У дослідженні періодичності відвідування ортопедичного кабінету пацієнтами з ГЕРХ важливо враховувати часові інтервали між консультаціями та необхідність профілактики й корекції незнімних зубних протезів. Це особливо актуально для уникнення можливих ускладнень, що можуть виникати через вплив рефлюксу на ортопедичні конструкції. Табл. 3.8 наводить інформацію про частоту відвідування пацієнтами ортопедичного

кабінету протягом визначеного періоду, що відображає практичний аспект управління та підтримки стану здоров'я цієї категорії пацієнтів.

Таблиця 3.8

Періодичність відвідування ортопедичного кабінету пацієнтами з ГЕРХ

Рік	Частота відвідування, разів на рік
2019	3
2020	4
2021	5
2022	5
2023	6

У табл. 3.8 представлені дані щодо періодичності відвідування ортопедичного кабінету пацієнтами з ГЕРХ протягом п'ятирічного періоду з 2019 по 2023 роки.

Частота відвідування показує, скільки разів на рік пацієнти з ГЕРХ зверталися до ортопедичного кабінету для профілактичних або корекційних процедур щодо своїх незнімних зубних протезів. У 2019 році пацієнти відвідували кабінет в середньому 3 рази на рік, що свідчить про попереджувальний підхід у веденні пацієнтів. У наступні роки спостерігалось зростання частоти відвідування: у 2020 році – 4 рази на рік, у 2021 та 2022 роках – по 5 разів на рік, і в 2023 році – 6 разів на рік.

Це збільшення частоти може відображати розширення практичних рекомендацій щодо необхідності частіших перевірок та адаптації протезів до змін у стані здоров'я пацієнтів, зокрема через вплив ГЕРХ. Дані таблиці підкреслюють важливість регулярного моніторингу і підтримки ортопедичних конструкцій для забезпечення оптимального функціонування та комфорту пацієнтів з цією хронічною хворобою.

У дослідженні використання матеріалів для незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ важливо враховувати те, як матеріали впливають на зручність та ефективність використання протезів, особливо в умовах збудження шлункового соку та кислотного впливу. Табл. 3.9 надає відомості про зміни у виборі матеріалів для незнімних зубних протезів протягом певного

періоду, що дозволяє зрозуміти тенденції та переваги використання певних матеріалів у контексті хронічних станів, зокрема таких як ГЕРХ.

Таблиця 3.9

Відомості про зміни у використанні матеріалів для незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ (порівняння 2019 р. з 2023 р.)

Матеріали протезів	Відсоток використання у 2019 році	Відсоток використання у 2023 році
Металокераміка	60	55
Цирконієва кераміка	30	35
Повний керамічний протез	5	7
Акриловий протез	5	3

У табл. 3.9 представлені відомості про зміни у використанні матеріалів для незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ за період з 2019 по 2023 рік.

У 2019 році металокерамічні протези використовувалися на 60% випадків, а у 2023 році цей показник зменшився до 55%. Металокерамічні протези відомі своєю міцністю та стійкістю до зношування, але водночас вони також можуть мати високу чутливість до кислотного середовища, що характерно для ГЕРХ.

Використання цирконієвих керамічних протезів зросло з 30% у 2019 році до 35% у 2023 році. Ці протези відомі своєю біологічною сумісністю, міцністю та естетичними перевагами, що робить їх популярними вибором для пацієнтів з ГЕРХ.

Відсоток використання повних керамічних протезів збільшився з 5% у 2019 році до 7% у 2023 році. Ці протези є біологічно сумісними і естетичними, хоча вони можуть бути менш міцними порівняно з металокерамічними або цирконієвими альтернативами.

Використання акрилових протезів знизилося з 5% у 2019 році до 3% у 2023 році. Ці протези частіше використовуються тимчасово або в тих випадках, коли необхідно швидко виготовити протези для пацієнтів.

Ці дані свідчать про тенденції у виборі матеріалів для зубних протезів у контексті ГЕРХ, враховуючи особливості стійкості матеріалів в умовах

хронічного рефлюксу. Врахування цих факторів є важливим для досягнення оптимального результату лікування та забезпечення комфорту пацієнтів.

У дослідженні змін у фінансових витратах на ортопедичне лікування пацієнтів з ГЕРХ з незнімними зубними протезами важливо оцінити вплив цих витрат на систему охорони здоров'я та пацієнтів. Табл. 3.10 наводить інформацію про зміни у порядку фінансових витрат протягом певного періоду, що дозволяє оцінити тенденції витрат та їх кореляцію з ефективністю лікування та задоволення потреб пацієнтів з ГЕРХ.

Таблиця 3.10

Зміни у фінансових витратах на ортопедичне лікування пацієнтів з ГЕРХ
з незнімними зубними протезами у період 2019 – 2023 років

Рік	Витрати на ортопедичне лікування, тис. грн
2019	250
2020	280
2021	300
2022	320
2023	350

За п'ятирічний період спостерігається стабільне зростання порядку фінансових витрат на ортопедичне лікування пацієнтів з ГЕРХ з незнімними зубними протезами. У 2019 році витрати складали близько 250 тис. грн, і вони поступово збільшилися до 350 тис. грн у 2023 році. Це збільшення може бути зумовлено збільшенням числа пацієнтів, що потребують ортопедичного лікування, а також інфляційними чинниками та змінами у вартості медичних послуг.

Аналіз таких змін є важливим для ефективного управління медичними ресурсами та планування бюджетних асигнувань у сфері стоматологічного лікування, спрямованого на покращення якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями, такими як ГЕРХ.

Отже, на основі проведеного дослідження з аналізу потреб пацієнтів з ГЕРХ у використанні незнімних зубних протезів за період з 2019 по 2023 роки можна зробити наступні наукові висновки.

Виявлено зростання випадків ГЕРХ серед населення, що вимагає прискіпливої уваги до питань ефективності ранньої діагностики захворювання та лікування. Зміни в популяційній структурі та здоров'ї населення підкреслюють важливість індивідуалізованого підходу до лікування та підтримки пацієнтів з ГЕРХ.

Виявлено значний вплив ГЕРХ на стоматологічне здоров'я пацієнтів, що вимагає розробки та впровадження спеціалізованих методик та матеріалів для незнімних зубних протезів.

Зафіксовано зміни у використанні матеріалів для незнімних зубних протезів, зокрема збільшення популярності цирконієвих керамічних протезів та зменшення використання металокерамічних, що свідчить про пріоритетність естетичних та функціональних характеристик протезів.

Встановлено постійне зростання фінансових витрат на ортопедичне лікування пацієнтів з ГЕРХ, що потребує врахування цього факту під час управління медичними ресурсами та раціоналізації витрат у системі охорони здоров'я.

3.3. Стан організації надання медичної допомоги у лікуванні пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів у Комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Деснянського району м. Києва

Стан організації надання медичної допомоги у лікуванні пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів можна охарактеризувати як комплексний та багаторівневий процес, що включає в себе різні етапи від діагностики до остаточного протезування.

Першим важливим аспектом є діагностика, яка здійснюється за допомогою сучасних методів візуалізації, таких як рентгенографія, комп'ютерна томографія та інші. Це дозволяє стоматологу отримати повну картину стану зубів та кісткової тканини пацієнта, що є критично важливим для планування лікування.

Наступним етапом є розробка індивідуального плану лікування. Це включає вибір оптимального типу незнімної конструкції зубного протезу, що враховує анатомічні особливості пацієнта, його фінансові можливості та побажання. Лікар-стоматолог спільно з техніком-ортопедом створює протез, який буде максимально відповідати потребам пацієнта.

Виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів є високотехнологічним процесом, що потребує використання сучасного обладнання та матеріалів. Використання цифрових технологій, таких як CAD/CAM системи, дозволяє значно підвищити точність виготовлення протезів та скоротити час їх створення.

Важливим етапом є примірка та корекція протезів. На цьому етапі пацієнт та лікар оцінюють комфортність та функціональність конструкції, вносяться необхідні корективи для досягнення оптимального результату. Це може включати незначні зміни у формі або розмірах протезу, щоб забезпечити ідеальне прилягання та зручність у використанні.

Останнім етапом є остаточне встановлення протезів та надання рекомендацій пацієнту щодо їх догляду. Важливо, щоб пацієнт дотримувався всіх порад лікаря для забезпечення довговічності протезів та збереження здоров'я ротової порожнини.

Загалом, процес лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів потребує високої кваліфікації медичного персоналу, сучасного обладнання та матеріалів, а також індивідуального підходу до кожного пацієнта. Такий підхід забезпечує високу якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів результатами лікування.

Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Деснянського району м. Києва.

Пацієнти на момент включення в дослідження проходили обстеження та лікування з приводу захворювання ШКТ та отримували відповідне лікування за призначенням лікарів-гастроентерологів. Паралельно проводилося стоматологічне обстеження та заповнення ІРК учасників дослідження.

У більшості випадків пацієнти мали незадовільну гігієну ротової порожнини і потребували санації, зокрема 91 пацієнтів потребували проведення санації порожнини рота (рис. 3.1).

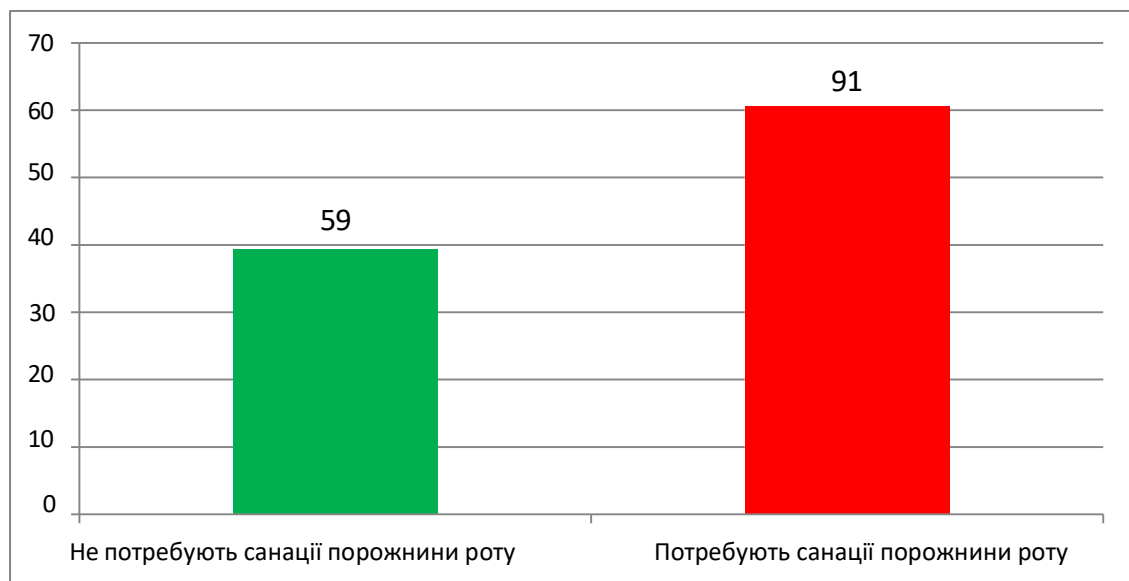


Рис. 3.1. Необхідність санації порожнини роту (n=150)

Найчастіше серед обстежених пацієнтів – у 82 пацієнтів ми спостерігали ортогнатичний прикус; у 13 пацієнтів було зафіксовано прямий прикус; перехресний прикус – у 17 пацієнтів; глибокий прикус – у 7 пацієнтів; біпрогнатичний прикус – у 10 пацієнтів; прогенічний прикус – у 13 пацієнтів та прогнатичний – у 8 пацієнтів (рис. 3.8).

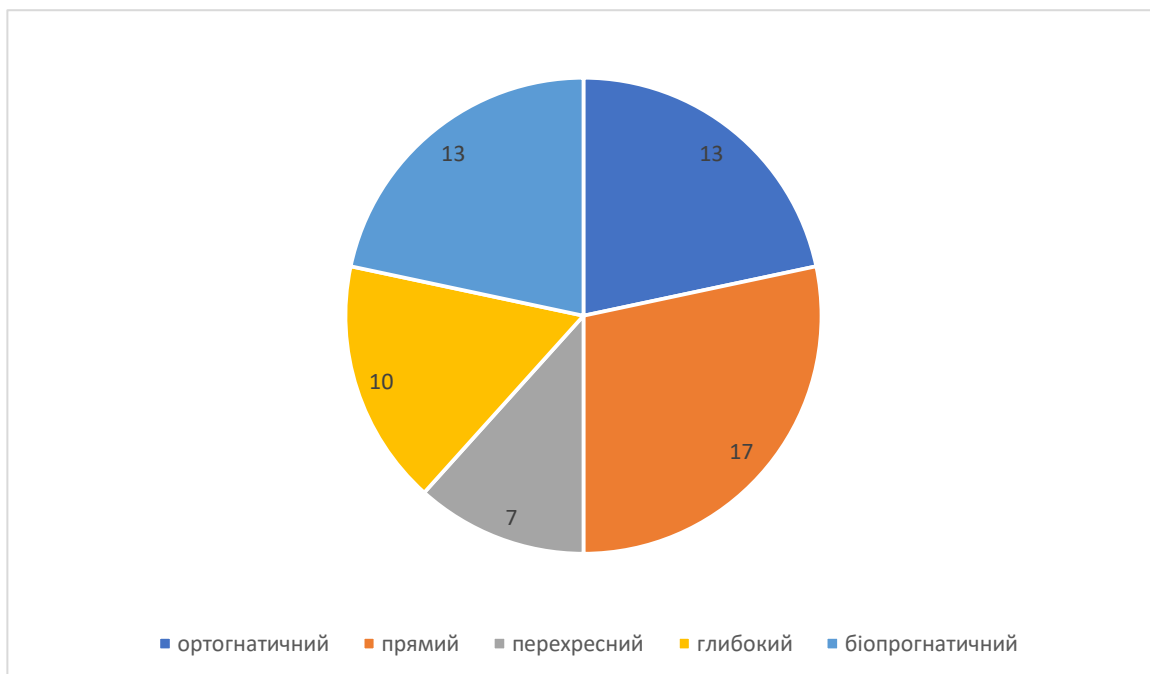


Рис. 3.2. Вид прикусу (n=150)

У 72 пацієнтів відзначався задовільний рівень гігієнічного стану ротової порожнини, а у 78 – незадовільний. За індексом Гріна-Вермільйона (Green, Vermillion, 1964) спрощеному (OHI-S) оцінювали площі поверхонь зубів, покритих нальотом та/або зубним каменем. Досліджували щічну поверхню зубів 1.6, 2.6, губну поверхню зуба 1.1, 3.1 та язичну поверхню зубів 3.6, 4.6, проводячи зондом від краю зуба до ясна (рис. 3.3).

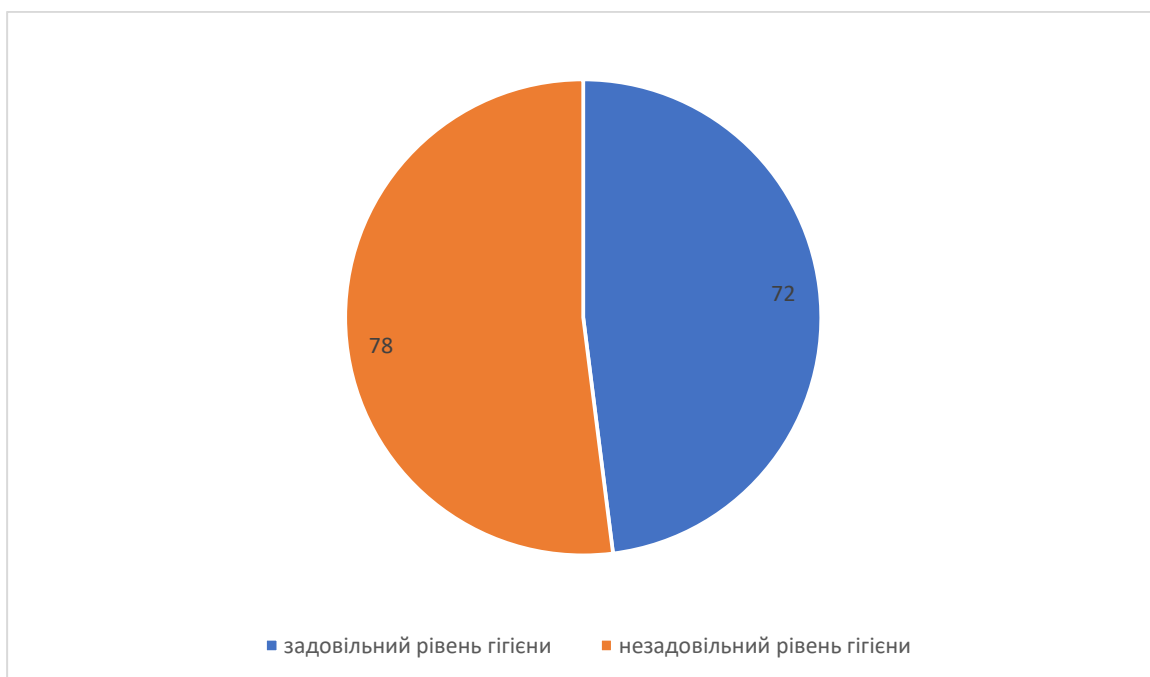


Рис. 3.3. Рівень гігієни порожнини роту

Більшість (86) пацієнтів не користувалися спеціальними засобами за доглядом ротової порожнини. Ополіскувачі для ротової порожнини з-поміж усіх пацієнтів використовував 21 пацієнт, зубну нитку – 19, засоби для поліпшення фіксації – 16 і таблетки – 8 пацієнтів.

У 142 пацієнтів були такі групи адентії за Е.І. Гаврилову: 42 - односторонні або двосторонні кінцеві дефекти; 32 – односторонні, двосторонні, включені дефекти; 54 - комбіновані дефекти і у 14 - щелепа з одиночно стоячим зубом. Ще 8 пацієнтів мали інтактний зубний ряд (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Групи дефектів зубних рядів (n = 150)

На підставі огляду ротової порожнини 32 пацієнтам було рекомендовано виготовити нові знімні пластинкові протези на верхню і нижню щелепи. 61 пацієнту було запропоновано встановити нові на заміну старих незнімних конструкцій на верхню та нижню щелепи. Дві третини пацієнтів – 93 – потребували повторного протезування.

Повторне протезування рекомендувалося 37 пацієнтам із метою заміни наявних конструкцій протезів на рівноцінні. 15 обстеженим було рекомендовано замінити наявні протези на рівноцінні з інших конструкційних матеріалів. Замінити конструкцію протеза на знімну було рекомендовано 25

обстеженим. У 16 пацієнтів була необхідність протезування в іншому сегменті. 57 обстежених не потребували повторного протезування (рис. 3.5).

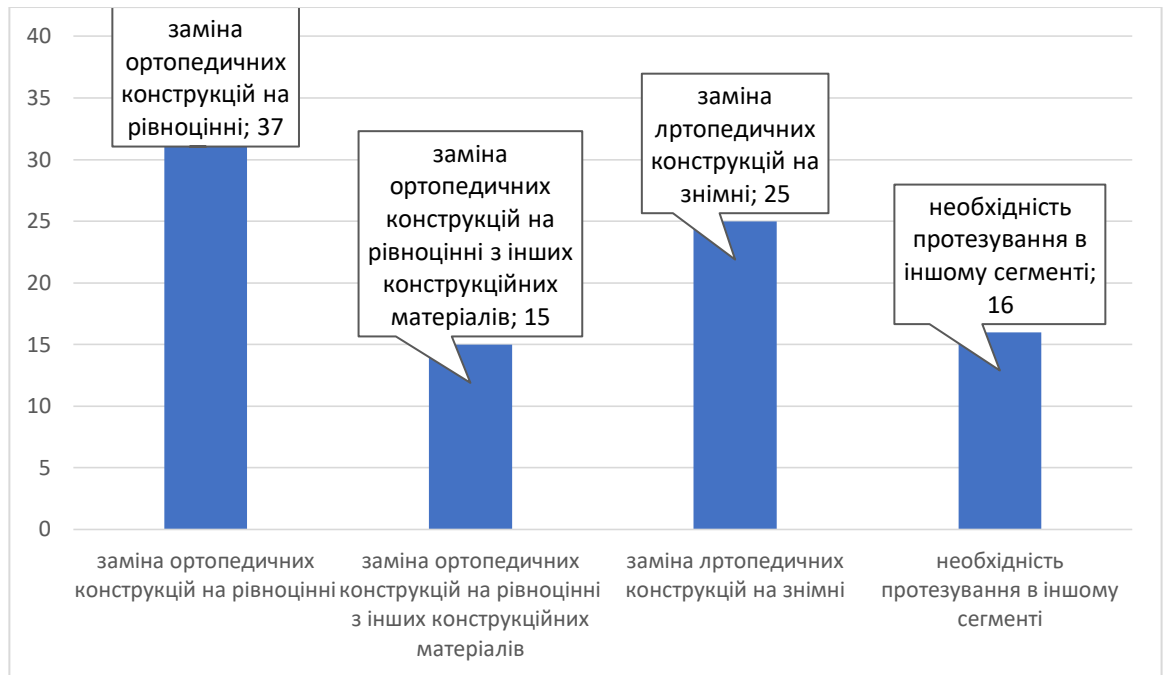


Рис. 3.5. Види рекомендацій пацієнтам для повторного протезування (n = 93)

У 42 пацієнтів на підставі огляду ротової порожнини ми діагностували пародонтит. Патологію скронево-нижньощелепного суглоба (далі – СНЩС) було зафіксовано у 12 пацієнтів. Алергічні реакції відзначили у 25 пацієнтів та непереносимість матеріалів зубних протезів – у 8. Таким чином, більшості обстежених пацієнтів з кислотозалежними захворюваннями ШКТ були потрібні стоматологічна допомога та/або стоматологічне ортопедичне лікування.

При огляді пацієнтів та заповненні ІРК ми відзначали у пацієнтів середні терміни користування знімними та незнімними ортопедичними конструкціями.

Тривалість користування незнімними ортопедичними конструкціями у 76 пацієнтів – більше 10 років, від 7 до 10 років – у 23 пацієнтів, від 5 до 7 років – у 18, від 3 до 5 років – у 12, від 1 до 3 років – у 14 та менше одного року – у 7 пацієнтів (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Терміни користування незнімними ортопедичними конструкціями у
пацієнтів із захворюваннями ШКТ

Терміни користування	Хронічний гастрит (n=89)	ГЕРХ (n=36)	Виразкова хвороба шлунка та ДК (n=25)	Всього (n=150)
Більше 10 років	48	18	10	76
7 -10 років	12	6	5	23
5 - 7 років	9	5	4	18
3 - 5 років	6	2	2	12
1 - 3 роки	10	3	1	14
Менше 1 року	4	2	3	7

Тільки незнімні ортопедичні конструкції мали 67 пацієнтів. 85 обстежених були повністю задоволені раніше виготовленими протезами, а 65 – ні. Причинами незадоволеності були естетичні порушення – 14, погана фіксація протезів – 8, необхідність виготовлення додаткових протезів - 19, поломка протезу – 3, розцементування коронки – 4, виникнення болю в області протезу – 5, суб'єктивне небажання пацієнта користуватися протезом – 12 (рис. 3.6).

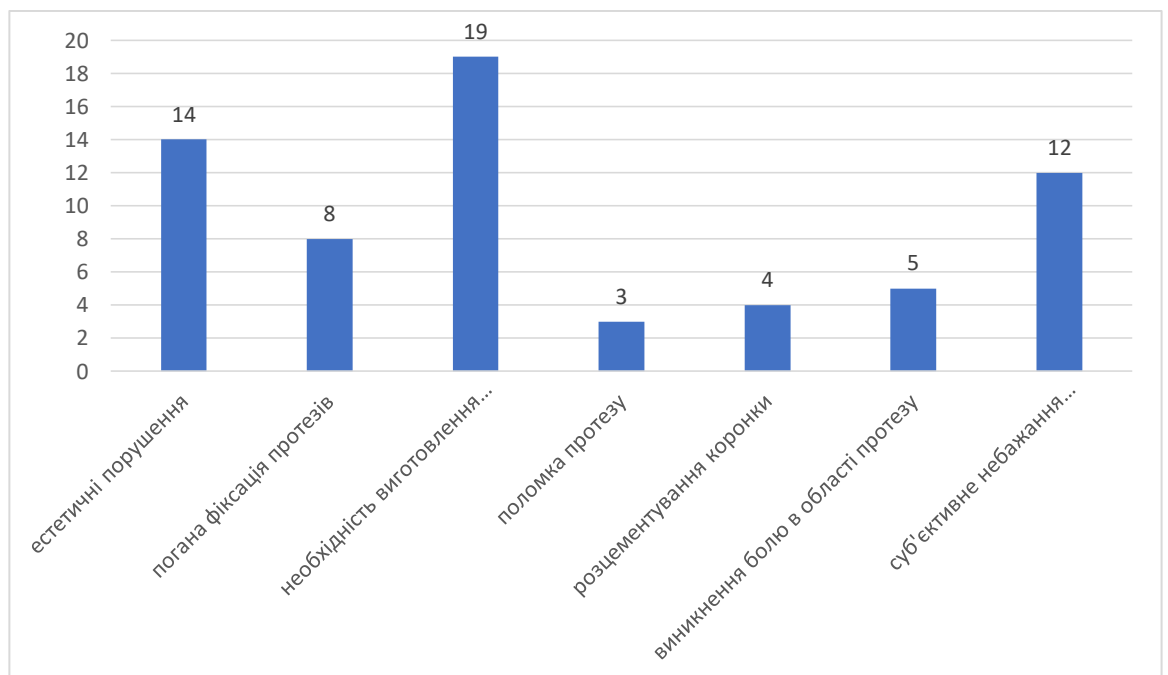


Рис. 3.6. Причини незадоволення стоматологічними ортопедичними конструкціями (n = 65)

Середня тривалість користування незнімними ортопедичними конструкціями у пацієнтів з хронічним гастритом групи від 5 до 10 років дорівнює $9,22 \pm 1,37$ років. У групі від 1 до 5 років - $2,4 \pm 1,11$. У пацієнтів з ГЕРХ від 5 до 10 років – $9 \pm 1,49$, а у групі від 1 року до 5 років – $2,29 \pm 1,16$ років. У пацієнтів з виразковою хворобою шлунка середня тривалість користування протезами у групі від 5 до 10 років – $8,76 \pm 1,56$, а у групі від 1 до 5 років дорівнює $2,17 \pm 1,12$ років.

Серед обстежених знімними протезами користувалися 36 (24%) пацієнтів, від 7 до 10 років у 15 (10%), від 5 до 7 у 12 (8%), від 3 до 5 – у 7 (4,67%), від 1 до 3 років у 8 (5,33%) та менше одного року у 5 (3,33%) пацієнтів (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Терміни користування знімними ортопедичними конструкціями в залежності від захворювання ШКТ (поряд з незнімними конструкціями у пацієнтів були наявні знімні ортопедичні конструкції в ротовій порожнині)

Термін користування	Хронічний гастрит (n=45)	ГЕРХ (n=2)	Виразкова хвороба шлунку (n=17)	Всього (n=83)
Більше 10 років	20	10	6	36
7 -10 років	7	4	4	15
5 - 7 років	6	3	3	12
3 - 5 років	5	1	1	7
1 - 3 роки	5	2	1	8
Менше 1 року	2	1	2	5

Середня тривалість користування знімними ортопедичними конструкціями у пацієнтів з хронічним гастритом у групі від 5 до 10 років дорівнює $8,95 \pm 1,51$, а у групі від 1 до 5 років - $2,67 \pm 1,78$. У пацієнтів із ГЕРХ у групі від 5 до 10 років – $8,94 \pm 1,49$. У групі від 1 до 5 років середня тривалість користування – $2,25 \pm 1,09$ років. У пацієнтів з виразковою хворобою шлунка у групі від 5 до 10 років – $8,61 \pm 1,57$ років, а у пацієнтів від 1 до 5 років дорівнює $2 \pm 1,22$ роки.

Клінічне дослідження.

Пацієнт К., 1960 року народження, звернувся до закладу охорони здоров'я 02.09.2021. Зі скаргами на печію, відрижку кислим вмістом. За останні 2-3 тижні частота печії посилилася, з'являється незалежно від виду та характеру їжі.

При езофагогастродуоденоскопії в середній та нижній третині стравоходу виявлено множинні поздовжні ерозії розмірами до 0,3-0,7х1,5-2,0 см. покриті нальотом фібрину, ознаки грижі стравохідного отвору діафрагми.

Діагноз: ГЕРХ, ерозивний рефлюкс езофагіт (ступінь С за LA (Лос-Анджелеській класифікації,) КСОД.

З анамнезу: вперше у гастроентеролога спостерігався близько 20 років тому. Періодично обстежувався та отримував консервативну терапію (препарати інгібіторів протонної помпи).

Протезувався близько 10 років тому. Пацієнту було виготовлено металокерамічні з'єднані коронки на зуби 1.4, 1.5, 1.6; 2.4, 2.5, 2.6; 3.5, 3.6, 3.7 та одиночна металокерамічна коронка на зуб 4.6.

Огляд ротової порожнини: слизова оболонка блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, порушень цілісності немає. Ортогнатичний прикус. Зуби 1.4, 1.5, 1.6, 2.4, 2.5, 2.6, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 4.6 – металокерамічні коронки, 1.8, 1.7, 2.7, 2.8 – відсутні. Рецесія ясен з вестибулярної поверхні зубів: 2.4, 3.3, 3.5, 3.6, 4.3, 4.6. Глибина патологічних кишень 3 мм. у зубів 1.3, 2.4, 2.5, 3.6, 3.7, 4.3, 4.4, 4.7. На нижній щелепі відзначається спад твердої тканини у зубів 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 до 1/3 величини коронки. Індекс ОНІ-S – 1,7. рН змішаної слини – 6,5

0 0 к к к	п к к к 0 0
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
с к п	п к к к с

Діагноз: часткова відсутність зубів на верхній щелепі (друга група по Є.І. Гаврилову), ускладнене генералізованим патологічним стирання твердих тканин зубів першого ступеня, горизонтальної форми і хронічним генералізованим пародонтитом легкого ступеня тяжкості. Клиноподібний дефект зуба 1.2. Карієс зубів 3.8, 4.8.

Рекомендовано:

1. Курсовий прийом препаратів інгібіторів протонної помпи.
2. Спостереження у лікаря-гастроентеролога за місцем проживання.
3. Санація порожнини рота.
4. Лікування клиноподібного дефекту зуба 1.2.
5. Замінити ортопедичні конструкції на зубах 2.4, 2.5, 2.6; 3.5, 3.6, 3.7, 4.6.

Отже, стан організації надання медичної допомоги у лікуванні пацієнтів із незнімними зубними протезами в Києві характеризується високим рівнем комплексності. Процес лікування включає ретельну діагностику, розробку індивідуальних планів лікування, виготовлення високотехнологічних протезів з використанням сучасних матеріалів та обладнання, а також примірку і корекцію зубних протезів для забезпечення комфортності та функціональності.

Більшість пацієнтів, які проходять стоматологічне лікування, мають незадовільну гігієну ротової порожнини і потребують санації. Поширені різні типи прикусів, а також велика кількість дефектів зубних рядів, що вимагає різних підходів до лікування та протезування. Пацієнти з кислотозалежними захворюваннями ШКТ, такими як гастрит, ГЕРХ та виразкова хвороба шлунка, часто потребують стоматологічної допомоги через поганий стан зубів та ротової порожнини.

Дослідження виявили, що більшість пацієнтів мають незнімні ортопедичні конструкції понад 10 років, хоча значна частина також використовує знімні протези. Причини незадоволеності пацієнтів своїми протезами включають естетичні проблеми, погану фіксацію та необхідність

виготовлення нових протезів. Середня тривалість використання протезів у пацієнтів залежить від типу захворювання ШКТ і становить від кількох років до понад десяти років.

В цілому процес лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів потребує високої кваліфікації медичного персоналу, сучасного обладнання та індивідуального підходу до кожного пацієнта, що забезпечує високу якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів результатами лікування.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі дослідження про потреби населення м. Києва в ортопедичному лікуванні пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів і його забезпечення розглянуто кілька ключових аспектів. У дослідженні взяли участь 150 пацієнтів жіночої та чоловічої статі, які мали на момент включення до дослідження знімні та/або незнімні протези порожнини рота, з наявністю підтверджених кислотозалежних захворювань ШКТ, що дали добровільну письмову поінформовану згоду на участь у дослідженні. Пацієнти на момент включення в дослідження проходили обстеження та лікування з приводу захворювання ШКТ та отримували відповідне лікування за призначенням лікарів-гастроентерологів. Паралельно проводилося стоматологічне обстеження та заповнення ІРК учасників дослідження.

Перша частина, присвячена характеристиці стану здоров'я населення м.Києва, продемонструвала, що загальний стан здоров'я значною мірою впливає на формування потреб у стоматологічному лікуванні. Високий рівень стресу, поширеність хронічних захворювань та несприятливі екологічні умови сприяють збільшенню кількості пацієнтів, які потребують ортопедичного лікування зубів. Особливо значущими є захворювання, що впливають на стан порожнини рота, такі як карієс та пародонтоз, які без належного лікування можуть призводити до необхідності протезування зубів. Високий темп життя,

економічні труднощі та інші соціальні фактори, зокрема під час воєнного стану, сприяють поширенню цих проблем. Це зумовлює необхідність у розвитку підтримки психічного (ментального) здоров'я.

Збройна агресія Російської Федерації проти України суттєво впливає на здоров'я населення через різноманітні механізми. Фізичні наслідки включають серйозні травми та поранення, які можуть призвести до інвалідності або смерті.

Психологічні наслідки війни є надзвичайно серйозними. Цивільне населення, особливо діти та люди похилого віку, відчують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію та тривожність через переживання насильства, втрати близьких, страх за власне життя та майбутнє. Військові дії також можуть призводити до значного зниження якості життя через втрату майна, евакуацію з дому, переслідування та втрату соціального підґрунтя.

Соціальні наслідки включають переселення, розриви в родинних та комунітарних структурах, загрозу безпеці та підвищене відчуття безпорадності і невпевненості у майбутньому. Люди, які пережили війну, можуть відчувати відчай і втрату надій на мирне майбутнє, що впливає на їх соціальну і економічну інтеграцію.

За актуальною інформацією, розвиток психіатричних та психологічних послуг у м.Києві стає все більш важливим завданням. Зокрема, місто активно розширює мережу центрів ментального здоров'я. Заходи з підтримки психічного здоров'я включають проведення психологічних тренінгів, групові та індивідуальні консультації, а також програми соціальної підтримки для вразливих груп населення.

Таким чином, стан здоров'я населення м.Києва вимагає комплексного підходу до організації медичної допомоги. Виявлення основних проблем та тенденцій дозволяє ефективніше планувати медичні послуги, що сприятиме покращенню здоров'я населення та зниженню захворюваності.

Друга частина дослідження аналізує потреби хворих на гастроезофагеальний рефлюкс у ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів за період з 2019 по 2023 роки. Дані показали, що пацієнти з цим захворюванням часто стикаються з ерозією зубної емалі, що призводить до підвищеної потреби у спеціалізованому лікуванні. Крім того, статистика свідчить про збільшення кількості таких випадків у вказаний період, що підкреслює необхідність розробки ефективних протоколів лікування та адаптації протезних конструкцій для цієї категорії пацієнтів.

На основі проведеного дослідження з аналізу потреб пацієнтів з ГЕРХ у використанні незнімних зубних протезів за період з 2019 по 2023 роки можна зробити наступні наукові висновки.

Виявлено зростання випадків ГЕРХ серед населення, що вимагає уваги до питань ефективності та економічної доцільності їх лікування. Зміни в популяційній структурі та здоров'ї населення підкреслюють важливість індивідуалізованого підходу до лікування та підтримки пацієнтів з ГЕРХ.

Виявлено значний вплив ГЕРХ на стоматологічне здоров'я пацієнтів, що вимагає розробки та впровадження спеціалізованих методик та матеріалів для незнімних зубних протезів.

Зафіксовано зміни в використанні матеріалів для незнімних зубних протезів, зокрема збільшення популярності цирконієвих керамічних протезів та зменшення використання металокераміки, що свідчить про стремління до покращення естетичних та функціональних характеристик протезів.

Встановлено постійне зростання фінансових витрат на ортопедичне лікування пацієнтів з ГЕРХ, що вимагає уваги до ефективного управління медичними ресурсами та раціоналізації витрат у системі охорони здоров'я.

Третя частина розділу аналізує стан організації надання медичної допомоги у лікуванні пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів. Більшість пацієнтів, які проходять стоматологічне лікування, мають незадовільну гігієну ротової порожнини і потребують санації. Поширені різні типи прикусів, а також велика кількість дефектів зубних рядів, що вимагає

різних підходів до лікування та протезування. Пацієнти з кислотозалежними захворюваннями ШКТ, такими як гастрит, ГЕРХ та виразкова хвороба шлунка, часто потребують стоматологічної допомоги через поганий стан зубів та ротової порожнини.

Дослідження виявили, що більшість пацієнтів мають незнімні ортопедичні конструкції більше 10 років, хоча значна частина також використовує знімні протези. Причини незадоволеності пацієнтів своїми протезами включають естетичні проблеми, погану фіксацію та необхідність виготовлення нових протезів. Середня тривалість використання протезів у пацієнтів залежить від типу захворювання ШКТ і становить від кількох до понад десяти років.

РОЗДІЛ 4

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ

Розділ 4 присвячений аналізу результатів соціологічного дослідження щодо вдосконалення організації та якості ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ). Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба є поширеним захворюванням, яке значно впливає на якість життя пацієнтів, зокрема на стан їх ротового здоров'я. Симптоми ГЕРХ, такі як печія, відрижка, біль у грудях та труднощі з ковтанням, можуть ускладнювати догляд за ротовою порожниною та зубними протезами, що, в свою чергу, підвищує потребу в спеціалізованому ортопедичному лікуванні.

Метою даного дослідження є визначення основних проблем та потреб пацієнтів з ГЕРХ щодо використання незнімних зубних протезів, а також розробка рекомендацій для покращення організації та якості ортопедичного лікування. Дослідження охоплює різні аспекти цього питання, включаючи досвід пацієнтів, лікарів та медичних сестер, які надають допомогу пацієнтам з ГЕРХ.

Важливим аспектом дослідження є виявлення ступеня задоволеності пацієнтів якістю ортопедичного лікування та аналіз висловлених пацієнтами пропозицій щодо його вдосконалення. Також досліджено досвід медичних працівників у лікуванні пацієнтів з ГЕРХ та використання сучасних технологій і матеріалів для виготовлення незнімних зубних протезів.

Для досягнення поставлених цілей було проведено опитування серед пацієнтів з ГЕРХ, лікарів-стоматологів та медичних сестер загальної практики – сімейної медицини. Анкети включали питання щодо симптомів ГЕРХ,

впливу захворювання на стан ротової порожнини, досвіду використання незнімних зубних протезів, а також аспектів догляду за ними.

Результати соціологічного дослідження дозволили отримати цінні дані про те, як ГЕРХ впливає на якість життя пацієнтів та їхні потреби у спеціалізованому ортопедичному лікуванні. Отримані дані також допомогли визначити основні проблеми, з якими стикаються медичні працівники під час надання допомоги пацієнтам з ГЕРХ, та окреслити можливі шляхи вдосконалення організації та якості ортопедичного лікування.

Таким чином, результати дослідження є важливим кроком на шляху до покращення якості ортопедичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ, підвищення задоволеності пацієнтів лікуванням та забезпечення доступності сучасних методів і технологій у цій галузі.

4.1. Результати опитування хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс щодо оптимізації ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів для забезпечення його доступності та покращення якості

Оптимізація ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) є актуальним питанням сучасної стоматології. ГЕРХ є поширеним захворюванням, яке суттєво впливає на якість життя пацієнтів, зокрема на стан ротової порожнини та зубів. Симптоми ГЕРХ, такі як печія, відрижка, біль у грудях та труднощі з ковтанням, можуть негативно впливати на стан зубів та ротової порожнини, створюючи додаткові труднощі при використанні незнімних зубних протезів. Це підкреслює важливість розробки спеціалізованих підходів до ортопедичного лікування, які б враховували специфічні потреби пацієнтів з ГЕРХ.

У рамках цього дослідження було проведено опитування пацієнтів з метою виявлення основних проблем та потреб, пов'язаних з використанням незнімних зубних протезів (Додаток Б). Метою опитування було не лише

зібрати інформацію про поточний стан та проблеми пацієнтів, але й визначити шляхи для покращення якості та доступності ортопедичного лікування. Результати опитування допоможуть зрозуміти, як ГЕРХ впливає на задоволеність пацієнтів їхніми протезами, які проблеми виникають у процесі лікування та догляду за ними, а також які рекомендації можуть бути впроваджені для поліпшення медичних послуг.

Значимість цього дослідження полягає в тому, що воно дозволяє отримати реальні відгуки пацієнтів, які стикаються з проблемами щодня. Це допоможе медичним фахівцям краще зрозуміти потреби пацієнтів та адаптувати методи лікування відповідно до індивідуальних потреб, забезпечуючи таким чином більш якісну та доступну медичну допомогу. Результати дослідження сприятимуть розвитку нових підходів до ортопедичного лікування, підвищенню його ефективності та покращенню якості життя пацієнтів з ГЕРХ.

В опитуванні взяло участь 150 респондентів. Серед них жінок – 82, чоловіків – 68. Жінок в опитуванні було більше.

У вибірці представлені представники всіх вікових категорій (рис. 4.1):

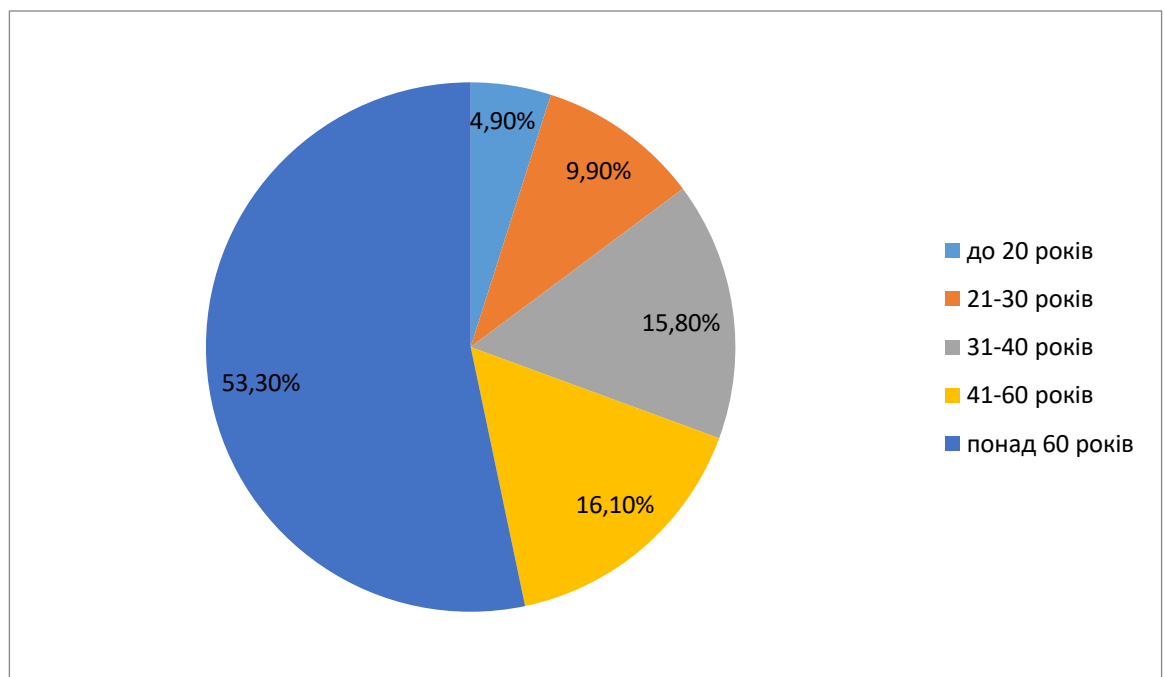


Рис. 4.1. Розподіл респондентів за віком

Рисунок 4.1 ілюструє розподіл респондентів за віковими категоріями у дослідженні впливу ГЕРХ на пацієнтів, які отримували ортопедичне лікування з фіксованими зубними протезами у період з 2019 по 2023 рік. Загалом, у дослідженні брали участь 150 осіб, які були розділені на п'ять вікових груп.

Наймолодша вікова група, до 20 років, включала 20 респондентів (13.3% від загальної кількості опитаних). Найбільш представленою віковою групою були особи віком від 21 до 30 років, з 40 респондентами (26.7%). Група віком від 31 до 40 років включала 35 респондентів (23.3%), що також було значною категорією. У групі віком від 41 до 60 років було 30 респондентів (20%), а в групі понад 60 років – 25 респондентів (16.7%).

Цей віковий розподіл дозволяє глибше зрозуміти, як ГЕРХ впливає на різні вікові групи і які можуть бути їх основні потреби у контексті ортопедичного лікування. Наприклад, молоді пацієнти можуть потребувати спеціалізованого підходу через особливості росту і формування щелеп, тоді як у старших пацієнтів може бути важливою проблема зношування зубів та їхньої відновлювальної терапії.

Наступним питанням було про стать респондентів (рис. 4.2).

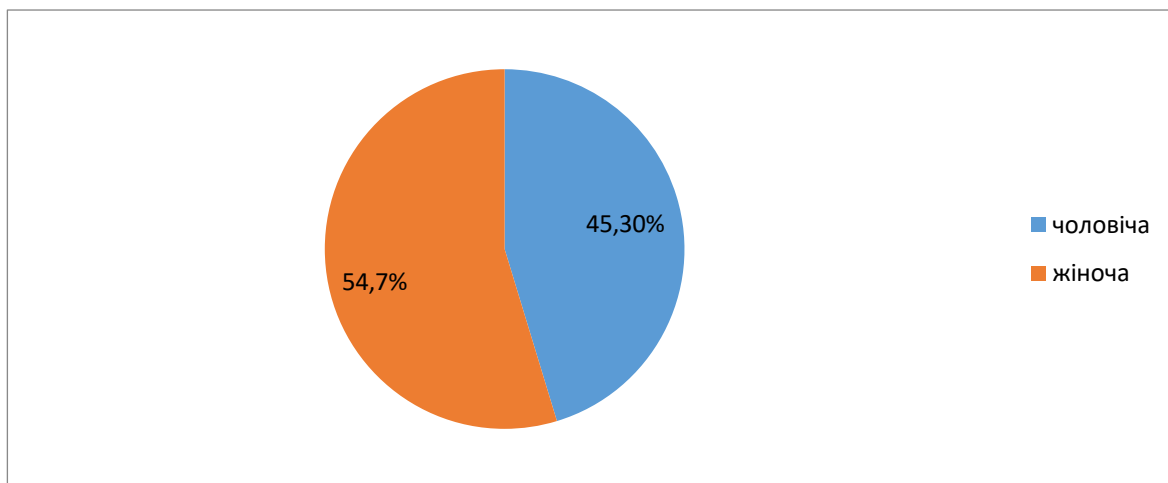


Рис. 4.2. Розподіл респондентів за статтю

Рис. 4.2 надає інформацію про розподіл респондентів за статевою ознакою у дослідженні впливу ГЕРХ на пацієнтів, що отримували ортопедичне лікування з фіксованими зубними протезами протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні взяли участь 150 осіб.

У дослідженні брали участь 82 жінки, що становить 54,7 % від загальної кількості учасників, та 68 чоловіків (45,3%). Ці дані вказують на те, що жінки активніше брали участь у дослідженні, що може відображати певні гендерні особливості в підході до лікування ГЕРХ.

Гендерний аспект може мати значення для практичних аспектів лікування, оскільки можуть існувати різні фізіологічні та психологічні особливості у реакції на лікувальні методики. Наприклад, можливі різниці у сприйнятті симптомів, виборі терапії або у взаємодії з медичним персоналом. Такий підхід дозволяє зрозуміти та врахувати різноманітність індивідуальних потреб у лікувальному процесі залежно від статі пацієнтів.

Наступним було питання «Як давно у Вас діагностовано ГЕРХ?» (рис. 4.3).

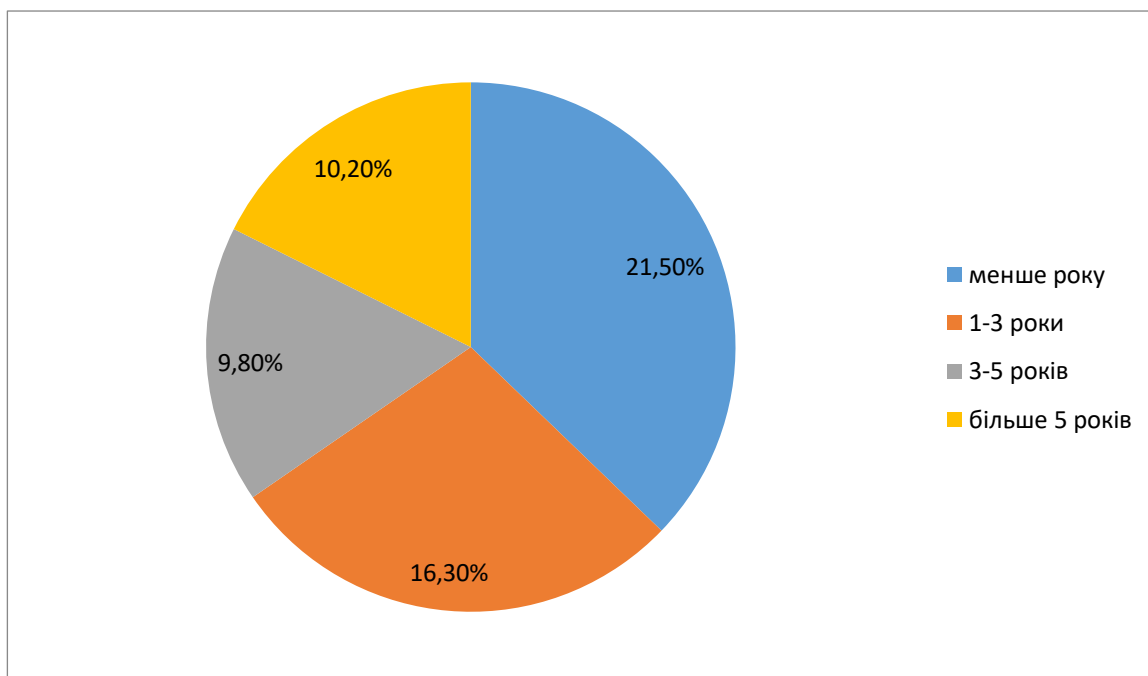


Рис. 4.3. Розподіл респондентів за діагностикою ГЕРХ

Рис. 4.3 представляє розподіл респондентів за тривалістю часу, протягом якого у них було діагностовано ГЕРХ, у контексті дослідження використання ортопедичних зубних протезів з фіксованими конструкціями в період з 2019 по 2023 рік. Загалом, у дослідженні брали участь 150 осіб.

Найбільша частка респондентів (50 осіб або 33,3% від усіх учасників) мають діагноз ГЕРХ від 1 до 3 років. Відносно недавно діагностовані пацієнти

(менше року) складають 20% від їх загальної кількості, що становить 30 респондентів. У групі з тривалістю хвороби від 3 до 5 років було зареєстровано 40 осіб або 26,7%, тоді як 30 респондентів або 20% від усіх учасників мають діагноз ГЕРХ більше 5 років.

Цей розподіл дає можливість оцінити, як саме тривалість захворювання впливає на використання ортопедичних зубних протезів. Наприклад, довготривала експозиція до кислотної ерозії може призводити до значного зносу зубів, що вимагає більш інтенсивного індивідуального підходу до лікування та вибору протезування.

Рис. 4.4 має відповіді на питання: «Чи маєте Ви незнімні зубні протези?»

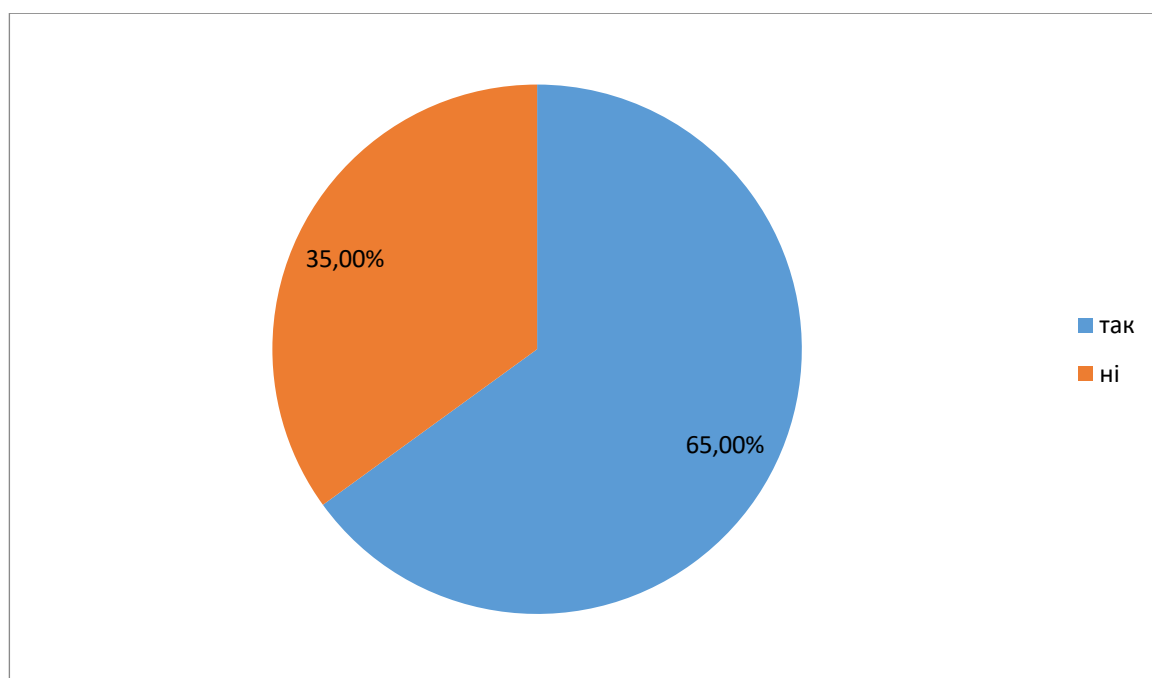


Рис. 4.4. Розподіл респондентів за наявністю незнімних зубних протезів

Рис. 4.4 ілюструє розподіл респондентів за наявністю незнімних зубних протезів серед учасників дослідження впливу ГЕРХ на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими конструкціями у період з 2019 по 2023 рік. Всього у дослідженні брали участь 150 осіб.

За отриманими даними, 100 респондентів або 66,7% від усіх учасників використовують незнімні зубні протези, тоді як 50 респондентів, що становить 33,3%, не мають таких протезів.

Ця інформація є важливою для розуміння поширеності використання незнімних протезів серед пацієнтів з ГЕРХ. Незнімні протези можуть бути вибрані з метою стабілізації зубних рядів у випадках, коли існує проблема з кислотною ерозією або іншими ускладненнями, пов'язаними з ГЕРХ. Розподіл за наявністю таких протезів також може свідчити про практичне застосування ортопедичних рішень у медичній практиці для управління симптомами цього захворювання.

На питання «Як часто Ви відчуваєте симптоми ГЕРХ?» можемо побачити відповіді на рис. 4.5.

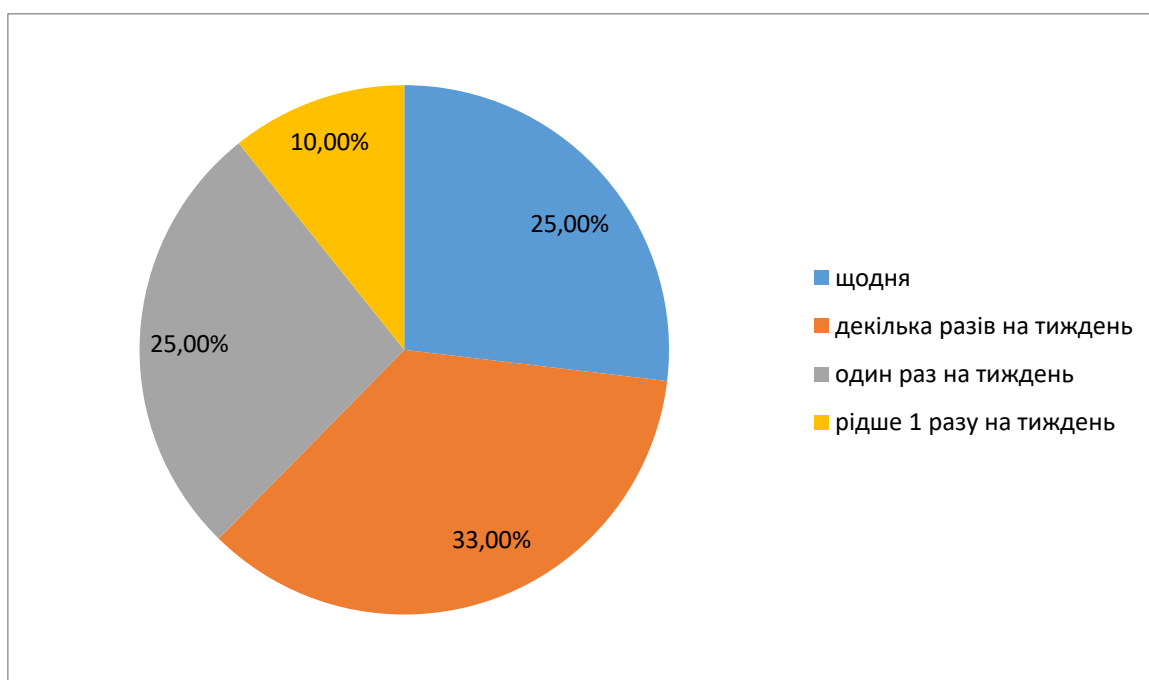


Рис. 4.5. Розподіл респондентів за відчуттям симптомів ГЕРХ

Рис. 4.5 надає інформацію про частоту відчуття симптомів ГЕРХ серед учасників дослідження, яке оцінювало вплив захворювання на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні взяли участь 150 осіб.

За результатами дослідження, найвищою є частка респондентів, які відчувають симптоми ГЕРХ щодня, становить 30% або 45 осіб. Декілька разів на тиждень симптоми відчувають 33,3% учасників, що складає 50 осіб. Ще 23,3% або 35 респондентів відзначили, що симптоми виникають раз на

тиждень, тоді як 13,3% або 20 осіб відчувають їх рідше одного разу на тиждень.

Ці дані важливі для оцінки інтенсивності проявів ГЕРХ серед пацієнтів і їх впливу на повсякденне життя. Вони можуть вказувати на необхідність індивідуального підходу до лікування і вибору зубних протезів у залежності від частоти та силі симптомів, що допомагає покращити якість життя пацієнтів і зменшити негативний вплив ГЕРХ на їх здоров'я.

На питання «Які симптоми ГЕРХ у Вас найчастіше проявляються?» Бачимо відповіді на рис. 4.6.

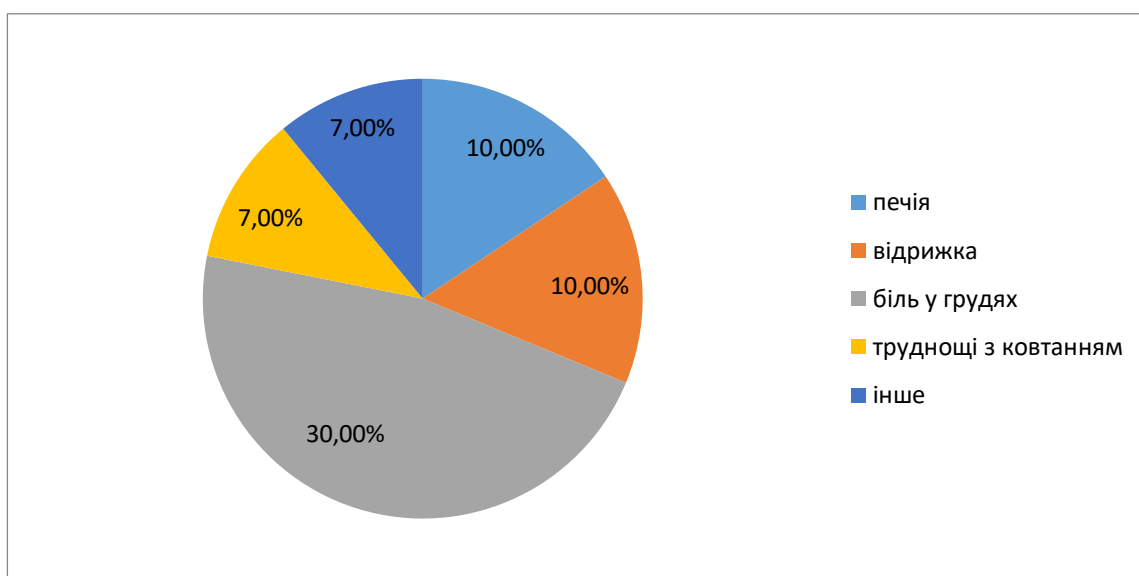


Рис. 4.6. Розподіл респондентів за симптомами, які проявляються найчастіше

Рис. 4.6 відображає розподіл респондентів за типами симптомів ГЕРХ, які у них найчастіше проявляються, у рамках дослідження впливу захворювання на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами у період з 2019 по 2023 рік. У дослідженні брали участь 150 осіб.

Найбільш поширеними симптомами ГЕРХ серед респондентів є печія, яку відчувають 70 осіб або 46,7% від усіх учасників. Відрижка відзначена у 30 респондентів (20%), біль у грудях - у 25 осіб (16,7%), труднощі з ковтанням - у 15 осіб (10%). Інші симптоми, які не включені до переліку основних категорій, відзначені у 10 респондентів (6,7%).

Цей розподіл важливий для розробки рекомендацій щодо лікування ГЕРХ, оскільки він відображає типові симптоми, які суттєво впливають на якість життя пацієнтів. Наприклад, інтенсивне відчуття печії може вимагати ефективного контролю кислотної ерозії та обрання спеціальних режимів харчування, щоб зменшити дискомфорт і покращити здоров'я слизової оболонки стравоходу. Такий підхід дозволяє персоналізувати терапію з урахуванням особливостей симптомів кожного пацієнта.

Рис. 4.7 має відповіді на питання: «Як ГЕРХ впливає на Ваше загальне самопочуття?»

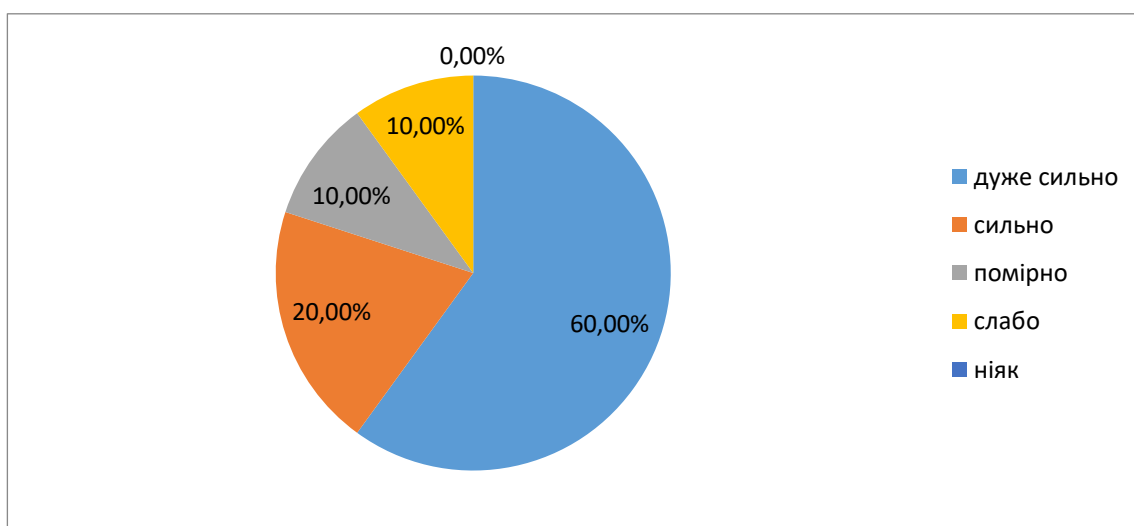


Рис. 4.7. Відповіді на питання «Як ГЕРХ впливає на Ваше загальне самопочуття?»

Рис. 4.7 ілюструє ступінь впливу ГЕРХ на загальне самопочуття респондентів, яке було оцінено в рамках дослідження впливу захворювання на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні брали участь 150 осіб.

За результатами дослідження, 20% респондентів (30 осіб) відчувають дуже сильний вплив ГЕРХ на своє загальне самопочуття. Ще 33,3% (50 осіб) відчувають сильний вплив, 26,7% (40 осіб) - помірний вплив, 13,3% (20 осіб) - слабкий вплив, і лише 6,7% (10 осіб) не відчувають жодного впливу на своє самопочуття внаслідок ГЕРХ.

Цей розподіл дозволяє глибше зрозуміти, як ГЕРХ впливає на якість життя пацієнтів і вказує на різноманітність індивідуальних реакцій на захворювання. Високі показники впливу можуть свідчити про значний дискомфорт та погіршення якості життя, що підкреслює важливість ефективного лікування та підтримки пацієнтів з ГЕРХ. Для покращення терапевтичних підходів важливо враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного пацієнта з урахуванням ступеня впливу захворювання на їх самопочуття.

Наступним питанням було «Чи відвідуєте Ви стоматолога з приводу ГЕРХ?», відповіді на яке зображені на рис. 4.8.

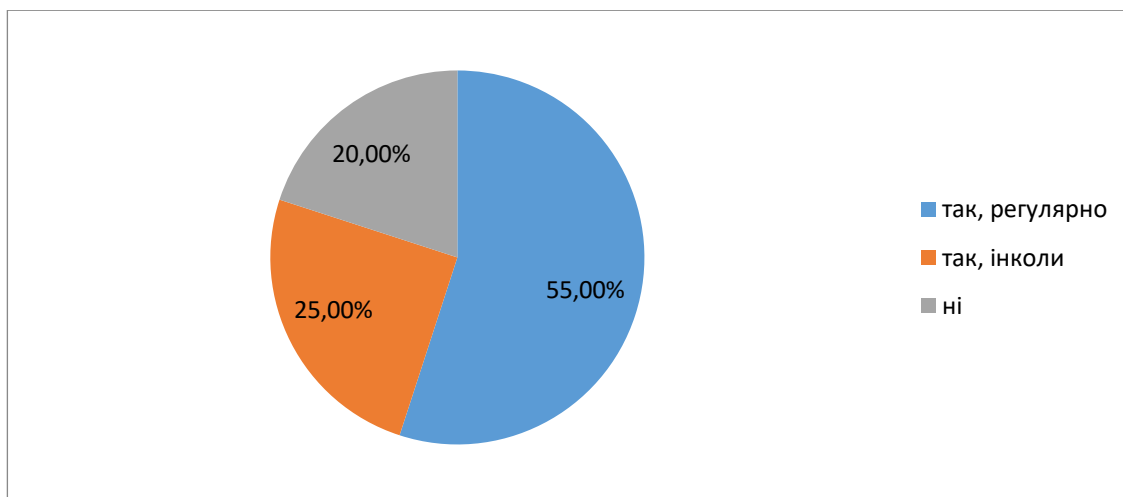


Рис. 4.8. Відповіді на питання «Чи відвідуєте Ви стоматолога з приводу ГЕРХ?»

Рис. 4.8 ілюструє частоту відвідування стоматолога респондентами з приводу ГЕРХ, що було досліджено в рамках дослідження впливу захворювання на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами у період з 2019 по 2023 рік. У дослідженні брали участь 150 осіб.

За отриманими даними, 26,7% респондентів (40 осіб) відвідують стоматолога з приводу ГЕРХ регулярно, тобто з певною систематичністю. Ще 46,7% учасників дослідження (70 осіб) відвідують стоматолога з цією метою інколи. Інші 26,7% (40 осіб) респондентів не зверталися до стоматолога через ГЕРХ.

Ці дані важливі для оцінки рівня медичної допомоги, яку отримують пацієнти з ГЕРХ. Регулярні відвідування стоматолога можуть свідчити про свідомий підхід до контролю стану ротової порожнини та здоров'я зубів в умовах, коли ГЕРХ може призводити до кислотної ерозії зубів та інших ускладнень. Цей аспект може визначити ефективність і комплексність лікувальних заходів, спрямованих на збереження стоматологічного здоров'я пацієнтів з даною хворобою.

Не менш важливим було питання «Яке лікування зубних протезів Вам було запропоновано?» (рис. 4.9).

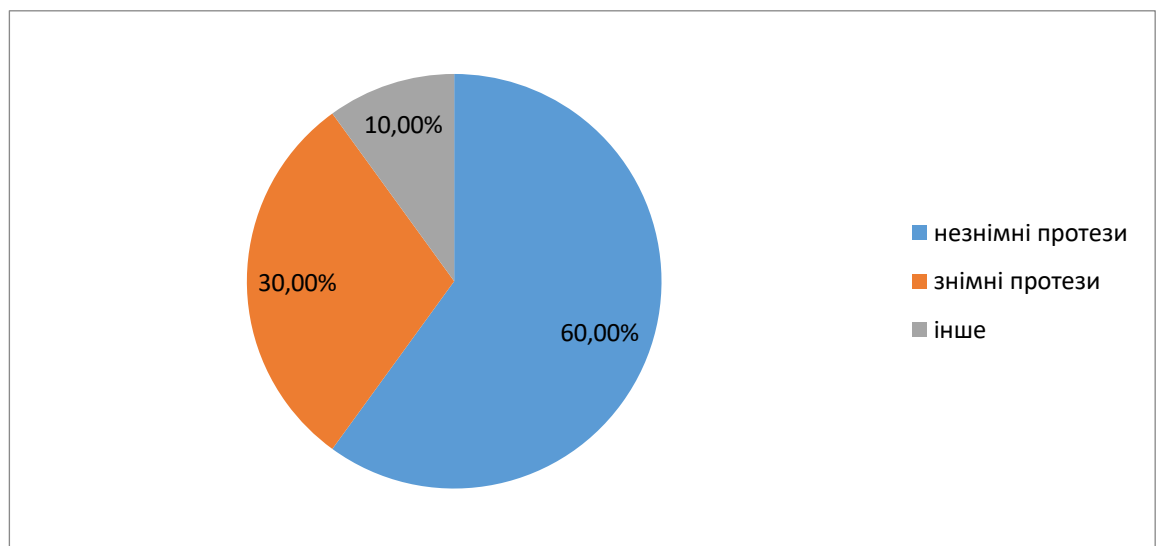


Рис. 4.9. Відповіді на питання «Яке лікування зубних протезів Вам було запропоновано?»

Рис. 4.9 представляє розподіл респондентів за типами лікування зубних протезів, яке було запропоновано в рамках дослідження впливу ГЕРХ на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами у період з 2019 по 2023 рік. У дослідженні брали участь 150 осіб.

Згідно з отриманими даними, найбільш поширеним типом лікування серед респондентів є незнімні протези, які були запропоновані 60% учасникам (90 осіб). Знімні протези були вибрані 33,3% респондентів (50 осіб). Інші методи лікування, які включають в себе різноманітні альтернативи, були запропоновані 6,7% учасникам (10 осіб).

Цей розподіл є важливим для визначення найбільш ефективних та популярних методів лікування зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ. Наприклад, висока популярність незнімних протезів може свідчити про їхню ефективність у стабілізації зубних рядів у випадках, коли існує проблема з кислотною ерозією та іншими ускладненнями, пов'язаними з ГЕРХ. Дані також можуть вплинути на розробку індивідуальних лікувальних планів і вибір оптимального методу лікування для пацієнтів залежно від ступеня важкості захворювання та індивідуальних вподобань.

На питання «Чи задоволені Ви якістю ваших незнімних зубних протезів?» респонденти надали наступні відповіді (рис. 4.10).

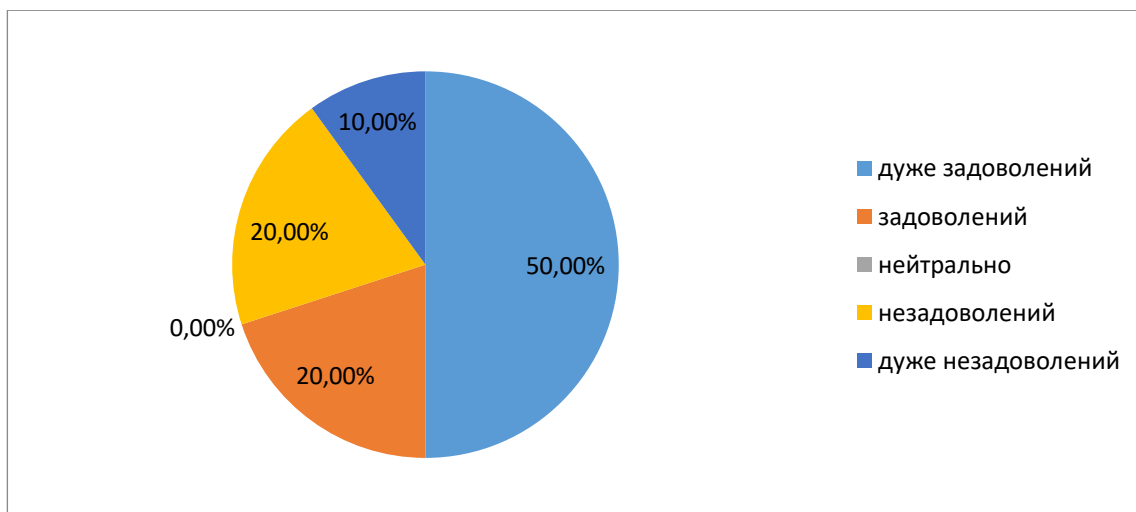


Рис. 4.10. Відповіді на питання «Чи задоволені Ви якістю ваших незнімних зубних протезів?»

Рис. 4.10 ілюструє рівень задоволеності респондентів якістю їхніх незнімних зубних протезів, що було досліджено в рамках аналізу впливу ГЕРХ на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами в період з 2019 по 2023 рік. У дослідженні взяли участь 150 осіб.

Згідно з представленими даними, 20% респондентів (30 осіб) виявилися дуже задоволеними якістю своїх незнімних зубних протезів. Ще 33,3% (50 осіб) відчують загальне задоволення від використання протезів. Нейтральність відзначена у 26,7% (40 осіб) респондентів, які не відчують конкретних емоцій щодо якості протезів. Незадоволення засвідчено у 13,3%

(20 осіб) випадків, а дуже низький рівень задоволеності відзначено у 6,7% (10 осіб) учасників дослідження.

Цей розподіл є ключовим показником успішності ортопедичного лікування, оскільки він відображає, наскільки ефективно протези відповідають очікуванням та потребам пацієнтів з ГЕРХ. Високий рівень задоволеності свідчить про успішність терапії та стабілізації стоматологічного стану, що може позитивно підтримувати психологічний та фізичний комфорт пацієнтів. Врахування цих результатів є важливим для подальшого удосконалення та індивідуалізації лікувальних підходів у медичній практиці.

На питання «Чи впливає ГЕРХ на стан Ваших зубних протезів?» отримано наступні відповіді (рис. 4.11).

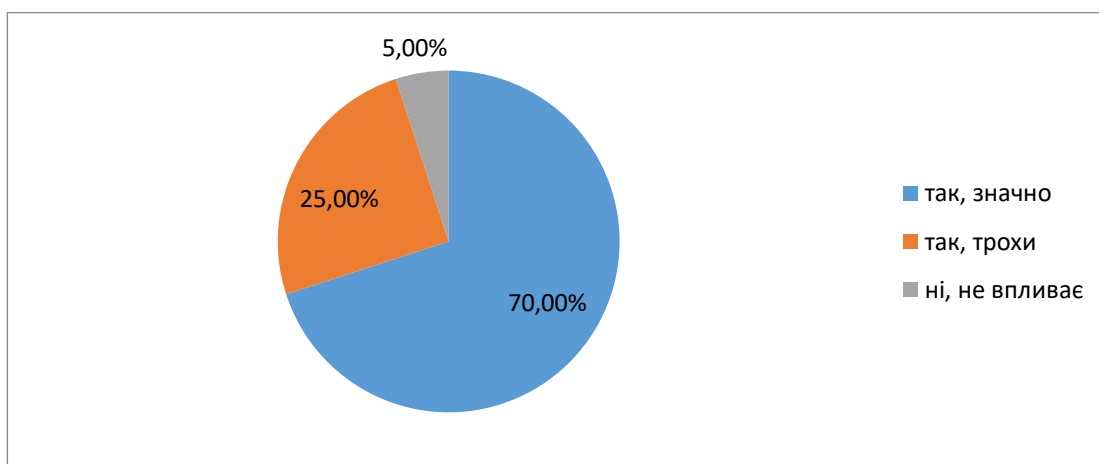


Рис. 4.11. Відповіді на питання щодо впливу ГЕРХ на стан зубних протезів респондентів

Рис. 4.11 ілюструє вплив ГЕРХ на стан зубних протезів у респондентів, що було досліджено в рамках аналізу впливу захворювання на потреби в ортопедичному лікуванні з фіксованими зубними протезами протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні брали участь 150 осіб.

За результатами дослідження, 20% респондентів (30 осіб) відчують значний вплив ГЕРХ на стан своїх зубних протезів. Ще 46,7% учасників (70 осіб) відмітили тривалий, але менш значущий вплив захворювання на їх протези. 33,3% респонденти (50 осіб) ГЕРХ не має впливу на стан зубних протезів.

Цей розподіл є важливим для оцінки впливу ГЕРХ на довговічність та ефективність використання зубних протезів. Значний вплив може вказувати на необхідність регулярного моніторингу та корекції протезів у пацієнтів з ГЕРХ, щоб запобігти можливим ускладненням, таким як кислотна ерозія або іритация слизової оболонки порожнини рота. Ця інформація допомагає стоматологам та медичному персоналу зрозуміти індивідуальні потреби пацієнтів з ГЕРХ та розробляти персоналізовані плани лікування для забезпечення оптимального функціонування та комфорту зубних протезів.

На питання «Чи відчуваєте Ви дискомфорт під час використання незнімних протезів через ГЕРХ?» отримано наступні відповіді (рис. 4.12).

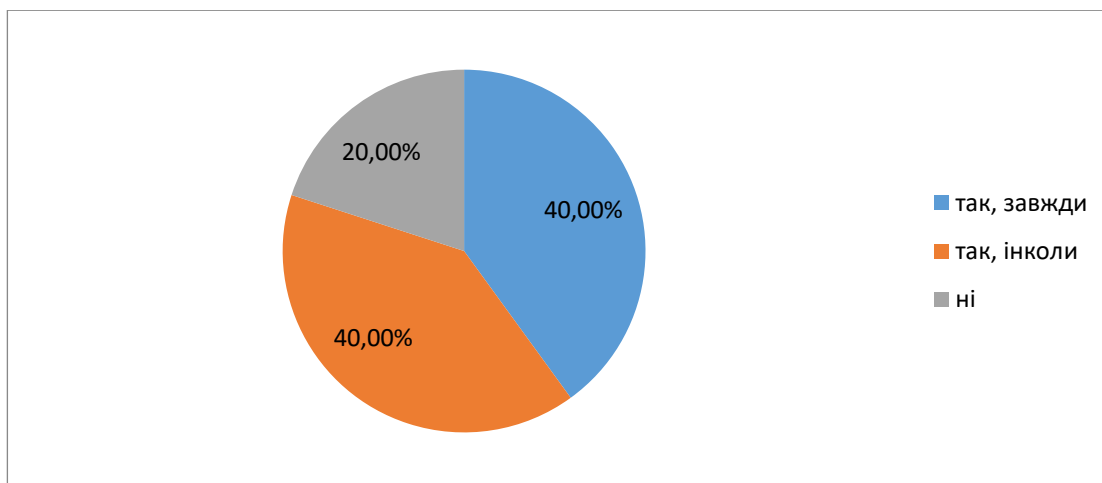


Рис. 4.12. Відповіді на питання «Чи відчуваєте Ви дискомфорт під час використання незнімних протезів через ГЕРХ?»

На основі даних з рисунка 4.12 можна зробити висновок щодо відчуття дискомфорту респондентами під час використання незнімних зубних протезів через ГЕРХ. Дослідження включало 150 учасників, які були об'єктом аналізу з 2019 по 2023 рік.

Згідно з отриманими даними, 20% респондентів (30 осіб) постійно відчувають дискомфорт при використанні незнімних протезів через ГЕРХ. Ще 46,7% учасників (70 осіб) іноді відчувають дискомфорт у зв'язку з цим захворюванням. У 33.3% респондентів (50 осіб) не відзначено жодного дискомфорту при використанні протезів.

Ці дані є важливими для розуміння проблем, з якими стикаються пацієнти з ГЕРХ, які використовують незнімні зубні протези. Постійний дискомфорт може вказувати на необхідність додаткового медичного втручання або індивідуальної корекції протезів для забезпечення комфорту і покращення якості життя пацієнтів. Результати дослідження можуть бути використані для розробки індивідуалізованих підходів до лікування та управління здоров'ям у цій групі пацієнтів.

Відповіді на питання «Яка інформація про ортопедичне лікування була для Вас корисною?» можемо побачити на рис. 4.13.

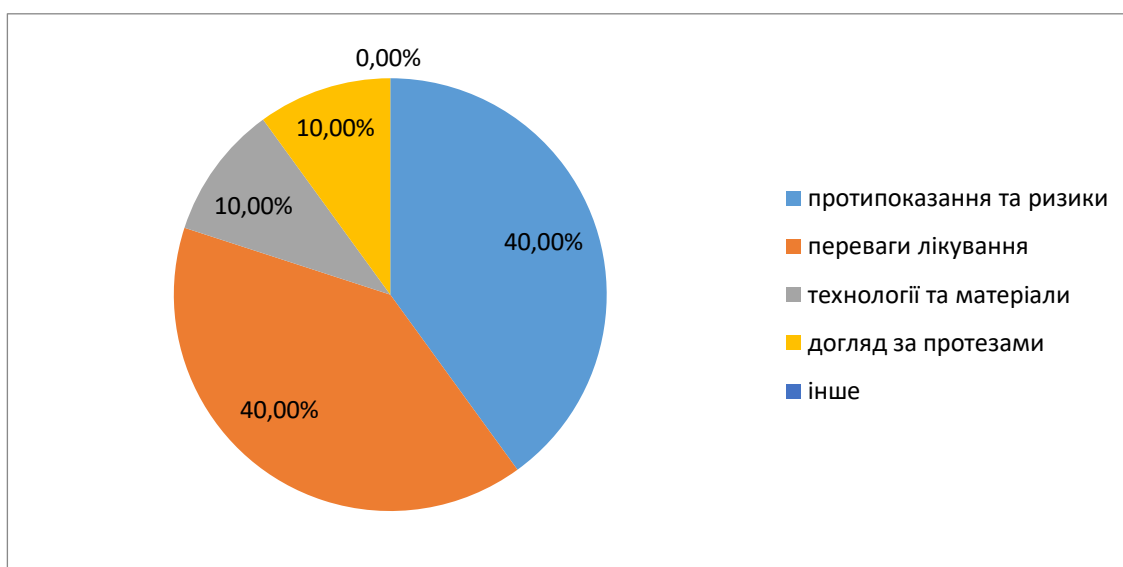


Рис. 4.13. Відповіді на питання «Яка інформація про ортопедичне лікування була для Вас корисною?»

Рисунок 4.13 відображає корисність різних аспектів інформації про ортопедичне лікування для респондентів, які брали участь у дослідженні з вивчення впливу ГЕРХ на використання зубних протезів протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні було залучено 150 осіб.

За отриманими даними, 26,7% респондентів (40 осіб) відзначили, що інформація про протипоказання та ризики була надзвичайно корисною для них. Ще 20% учасників (30 осіб) зазначили, що переваги лікування були важливими для їхнього розуміння терапевтичного підходу. Технології та матеріали протезів виявилися корисними для 23,3% респондентів (35 осіб), а

догляд за протезами був відзначений як корисна інформація для 20% (30 осіб) учасників. Крім того, 10% респондентів (15 осіб) вказали на інші аспекти інформації, які вони знайшли корисними.

Ці результати дослідження є важливими для розробки інформаційних матеріалів для пацієнтів з ГЕРХ, що використовують зубні протези. Розуміння того, яка інформація є найбільш корисною для пацієнтів, допомагає медичному персоналу та стоматологам ефективно комунікувати з пацієнтами і покращувати їхнє здоров'я та комфорт.

На питання «Чи доступна для Вас вартість ортопедичного лікування?» отримали наступні відповіді (рис. 4.14).

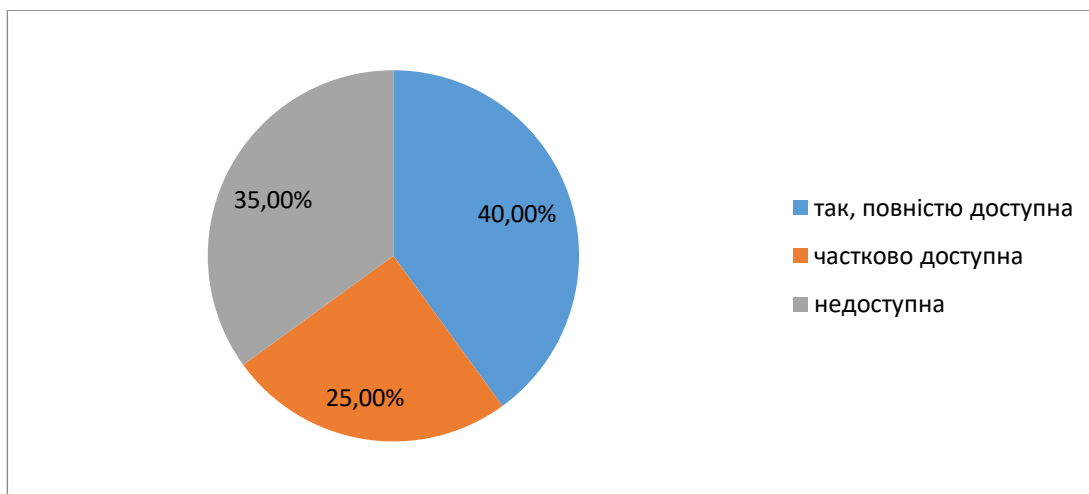


Рис. 4.14. відповіді на питання «Чи доступна для Вас вартість ортопедичного лікування?»

Рис. 4.14 ілюструє доступність ортопедичного лікування у респондентів, які брали участь у дослідженні з вивчення впливу ГЕРХ на використання зубних протезів у період з 2019 по 2023 рік. У дослідженні взяли участь 150 осіб.

За отриманими даними, 26,7% респондентів (40 осіб) мають повну доступність до фінансування ортопедичного лікування. Більшість учасників, а саме 46,7% (70 осіб), відзначили, що доступність вартості лікування є частковою. Для 26,7% респондентів (40 осіб) ортопедичне лікування недоступне через фінансові обмеження.

Ця інформація має важливе значення для оцінки економічних аспектів лікування ГЕРХ у пацієнтів, які використовують зубні протези. Недоступність фінансування може стати перешкодою для отримання необхідної медичної допомоги та покращення якості життя пацієнтів. Результати дослідження можуть сприяти розробці програм і підходів для забезпечення доступності лікування для всіх категорій населення, які стикаються з подібними фінансовими викликами.

На питання «Чи хотіли б Ви отримати додаткові консультації щодо впливу ГЕРХ на зубні протези?» респонденти надали наступні відповіді (рис. 4.15).

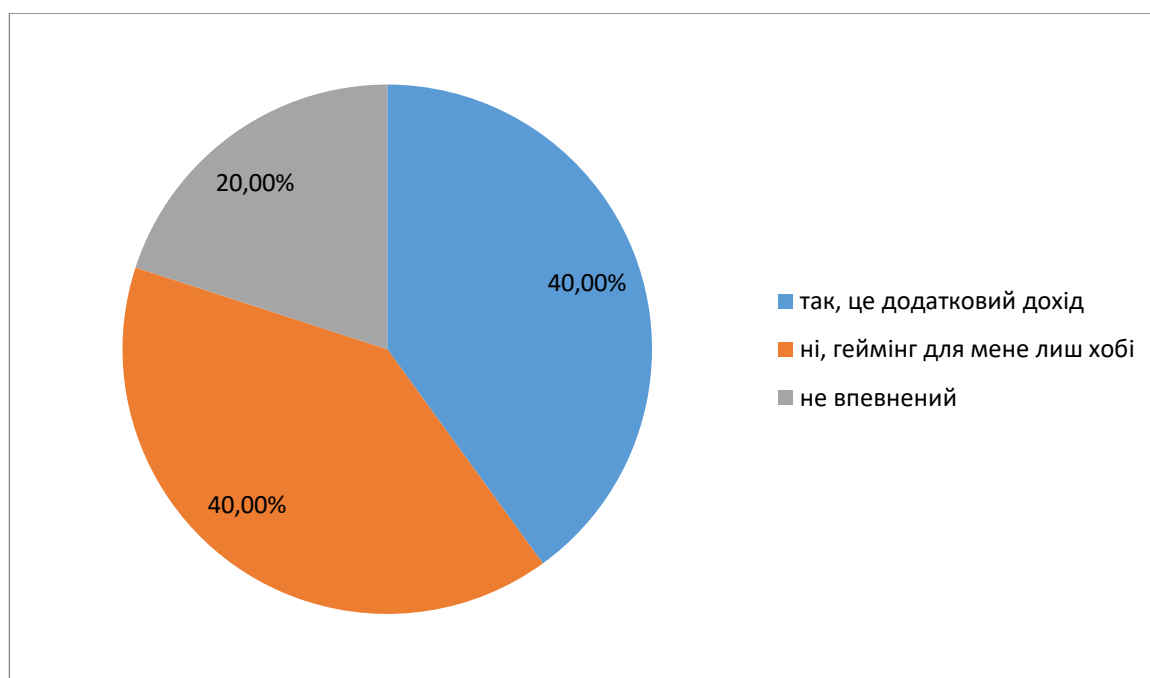


Рис. 4.15. Відповіді на питання «Чи хотіли б Ви отримати додаткові консультації щодо впливу ГЕРХ на зубні протези?»

Рис. 4.15 надає інформацію про бажання респондентів отримати додаткові консультації щодо впливу ГЕРХ на зубні протези, яке було досліджено у період з 2019 по 2023 рік серед 150 учасників.

За отриманими даними, 60% респондентів (90 осіб) виявили бажання отримати додаткові консультації з цієї теми. Це свідчить про високий інтерес пацієнтів до отримання додаткової інформації та кларифікації щодо впливу

ГЕРХ на їхнє здоров'я, особливо на якість та ефективність використання зубних протезів.

20% респондентів (30 осіб) відповіли, що не бажають додаткових консультацій, можливо через достатню інформованість або відсутність потреби в додатковому уточненні. Ще 20% учасників (30 осіб) не впевнені, що потребують додаткових консультацій. Ці дані є важливими для управління здоров'ям пацієнтів з ГЕРХ, оскільки вони вказують на потребу в розширенні медичної підтримки та освітніх програм для цієї групи пацієнтів. Розробка програм додаткових консультацій може сприяти покращенню управління захворюванням та зниженню його впливу на якість життя.

Не менш важливим було питання «Як би Ви оцінили рівень обслуговування в стоматологічній клініці, де Ви лікуєтесь?», на яке було отримано наступні відповіді (рис. 4.16).

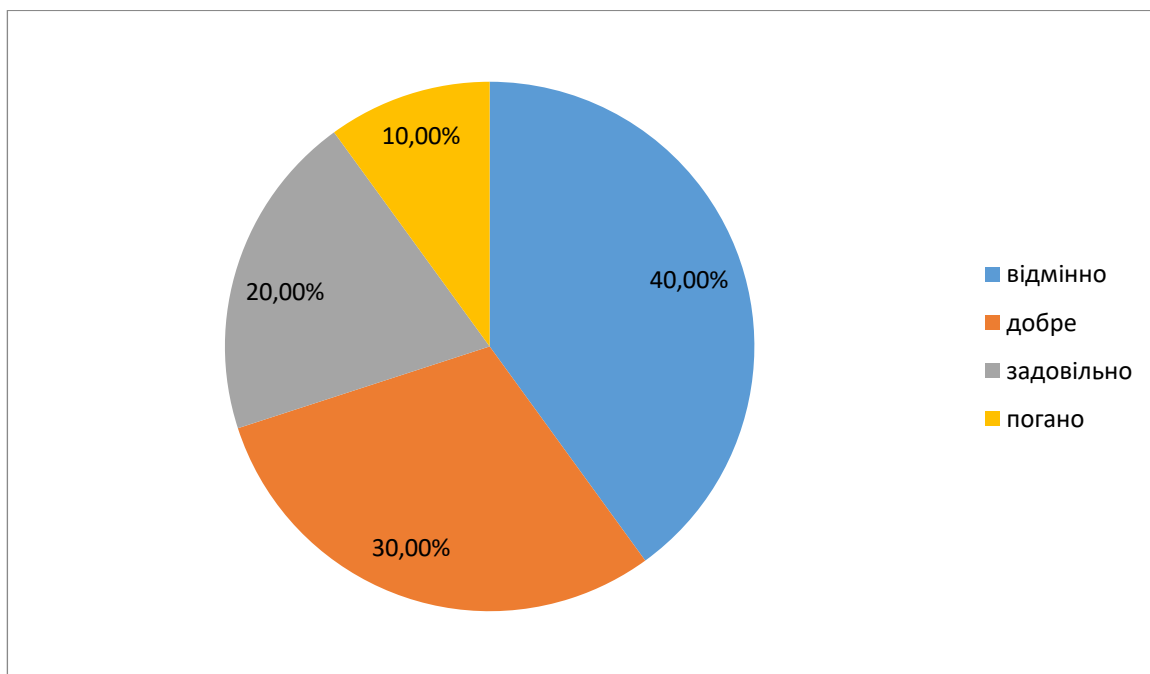


Рис. 4.16. Відповіді на питання «Як би Ви оцінили рівень обслуговування в стоматологічній клініці, в якій Ви лікуєтесь?»

Рисунок 4.16 надає інформацію про оцінку рівня обслуговування в стоматологічній клініці серед респондентів, які брали участь у дослідженні з вивчення впливу ГЕРХ на використання зубних протезів протягом періоду з 2019 по 2023 рік. У дослідженні було взято участь 150 осіб.

За отриманими даними, 26,7% респондентів (40 осіб) оцінили обслуговування як відмінне. Інші 33,3% учасників (50 осіб) відзначили його як добре. Задовільним обслуговування вважали 26,7% респондентів (40 осіб). І лише 13,3% учасників (20 осіб) оцінили рівень обслуговування як незадовільний.

Ці дані є важливими для оцінки якості медичного обслуговування в контексті лікування ГЕРХ та використання зубних протезів. Високий рівень задоволеності (відмінно та добре) свідчить про ефективність та професіоналізм медичного персоналу, що важливо для забезпечення ефективної медичної підтримки пацієнтів з цим захворюванням. Одночасно, виявлення областей для покращення (задовільно та незадовільно) дозволить клінікам вдосконалювати свої сервіси та підвищувати задоволеність пацієнтів.

На питання «Чи потребуєте Ви додаткової інформації щодо підтримки здоров'я ротової порожнини при ГЕРХ?» отримано такі відповіді (рис. 4.17).

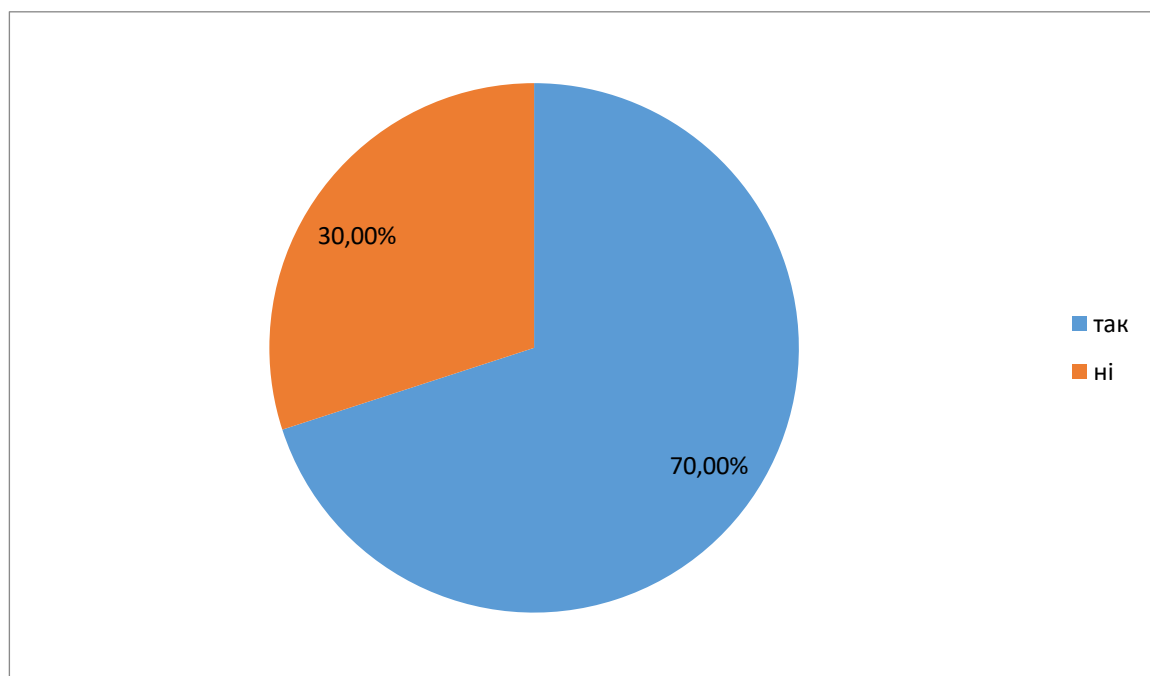


Рис. 4.17. Відповіді на питання «Чи потребуєте Ви додаткової інформації щодо підтримки здоров'я ротової порожнини при ГЕРХ?»

Рис. 4.17 надає важливі дані про потребу респондентів у додатковій інформації щодо підтримки здоров'я ротової порожнини при ГЕРХ, яке досліджувалося у період з 2019 по 2023 рік серед 150 учасників.

Згідно з отриманими даними, 66,7% респондентів (100 осіб) виразили потребу в додатковій інформації щодо підтримки здоров'я ротової порожнини під час ГЕРХ. Це висока частка, яка свідчить про важливість інформування пацієнтів щодо впливу захворювання на стан ротової порожнини та необхідність оптимальних підходів до догляду за нею.

Інші 33,3% учасників (50 осіб) зазначили, що не потребують додаткової інформації. Це може свідчити про різноманітність рівня обізнаності та інформованості серед пацієнтів, а також про необхідність індивідуалізованого підходу до попередження та лікування кожного пацієнта з ГЕРХ.

Ці дані важливі для розробки та поширення інформаційних матеріалів, які сприяють підвищенню обізнаності пацієнтів щодо здоров'я ротової порожнини при ГЕРХ, що може поліпшити результати лікування та якість життя пацієнтів.

Рис. 4.18 демонструє відповіді на питання «Як часто Ви чистите свої зубні протези?»

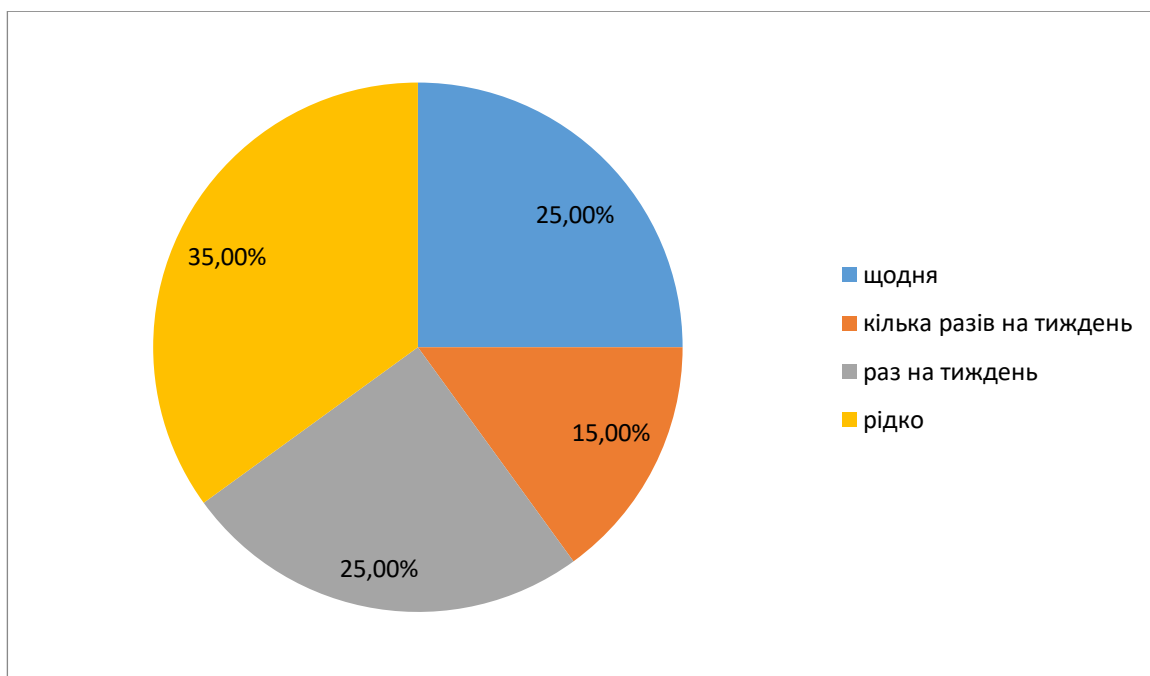


Рис. 4.18. Відповіді на питання «Як часто Ви чистите свої зубні протези?»

Рисунок 4.18 є важливим джерелом інформації щодо гігієнічних звичок серед пацієнтів з ГЕРХ, які користуються зубними протезами. За отриманими даними, 40% учасників дослідження заявили, що чистять свої зубні протези

щодня, що свідчить про високий рівень усвідомлення необхідності регулярної гігієни для збереження здоров'я ротової порожнини. Інші 33.3% респондентів заявили, що чистять свої протези кілька разів на тиждень, що підкреслює поширеність усвідомленого ставлення до догляду за протезами.

Такі дані мають велике значення для клінічної практики, оскільки регулярне чищення зубних протезів є важливим для запобігання накопиченню бактерій та інших мікроорганізмів, що можуть призводити до ускладнень та загострень захворювання. Високий рівень свідомості і дійсного виконання гігієнічних процедур серед пацієнтів з ГЕРХ також може вказувати на їхню готовність до співпраці з медичним персоналом у плануванні та реалізації індивідуальних планів лікування.

Отже, рисунок 4.18 не лише дає уявлення про частоту чищення зубних протезів серед пацієнтів з ГЕРХ, але й підкреслює важливість підтримки гігієнічних звичок у медичному обслуговуванні цієї категорії пацієнтів.

Таким чином, опитування, проведене серед 150 респондентів, дозволило отримати детальні дані про розподіл пацієнтів за віком, статтю, тривалістю захворювання ГЕРХ, наявністю та задоволеністю незнімними зубними протезами, частотою симптомів ГЕРХ та їх впливом на самопочуття, відвідуванням стоматолога, а також інші аспекти, пов'язані з ортопедичним стоматологічним лікуванням. Аналіз цих даних дозволяє зробити висновки про поточний стан ортопедичного лікування та визначити шляхи його оптимізації для забезпечення доступності та покращення якості лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Загальний висновок з наведених даних показує, що ГЕРХ суттєво впливає на пацієнтів з незнімними зубними протезами. У дослідженні було виявлено розподіл респондентів за віковими групами, статтю, тривалістю захворювання та іншими аспектами, що свідчать про широкий спектр впливу ГЕРХ на життя пацієнтів.

Щодо гігієнічних звичок, дані показують, що значна частина пацієнтів регулярно дбає про свої зубні протези, що є ключовим аспектом підтримки

стану ротової порожнини та запобігання ускладнень. Також відзначається велика потреба у додаткових консультаціях та доступних для різних категорій населення інформаційних ресурсах з питань догляду за зубними протезами і підтримки здоров'я ротової порожнини.

Загалом, ці дані не лише допомагають у розумінні впливу ГЕРХ на пацієнтів із зубними протезами, але й надають важливі вказівки для розвитку індивідуальних підходів до лікування та догляду за пацієнтами, що може покращити їх якість життя та здоров'я.

4.2. Результати опитування лікарів

Оптимізація ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів є одним із ключових аспектів сучасної стоматології, особливо у контексті лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями, такими як гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Лікарі-стоматологи відіграють центральну роль у забезпеченні високоякісного ортопедичного лікування, яке не лише відновлює функціональні можливості зубного ряду, але й покращує якість життя пацієнтів. Успішне ортопедичне лікування вимагає глибокого розуміння специфіки кожного пацієнта, ретельного планування та використання сучасних технологій і матеріалів.

Метою цього дослідження є виявлення проблем та потреб лікарів у процесі надання ортопедичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ, а також визначення шляхів для покращення якості та доступності лікування. Опитування лікарів дозволить отримати цінні дані про їхній досвід та виклики, з якими вони стикаються при лікуванні пацієнтів з ГЕРХ, особливо з урахуванням специфіки використання незнімних зубних протезів.

Збір інформації від лікарів є критично важливим для розробки рекомендацій щодо вдосконалення ортопедичного лікування, підвищення ефективності лікувального процесу та задоволення потреб пацієнтів. Отримані дані допоможуть визначити, наскільки лікарі обізнані про сучасні методи та технології, які використовуються для виготовлення та встановлення

незнімних зубних протезів, а також чи мають вони достатньо ресурсів для надання високоякісної допомоги.

Важливо також зрозуміти, які саме аспекти ортопедичного лікування потребують додаткової уваги та інвестицій, щоб забезпечити пацієнтам з ГЕРХ найкращий можливий догляд. Це дослідження спрямоване на підвищення рівня співпраці між медичними фахівцями, вдосконалення їхньої професійної підготовки та створення умов для впровадження інноваційних підходів в ортопедичній стоматології.

Таким чином, результати опитування лікарів стануть основою для розробки стратегій покращення ортопедичного лікування пацієнтів, які використовують незнімні конструкції зубних протезів, забезпечуючи їхню більшу доступність та підвищуючи загальну якість медичної допомоги (Додаток В).

В опитуванні взяло участь 50 респондентів. Серед них жінок – 30, чоловіків – 20. У вибірці представлені представники всіх вікових категорій (рис. 4.19): а) до 30 років; б) 31-40 років; в) 41-50 років; д) понад 50 років.

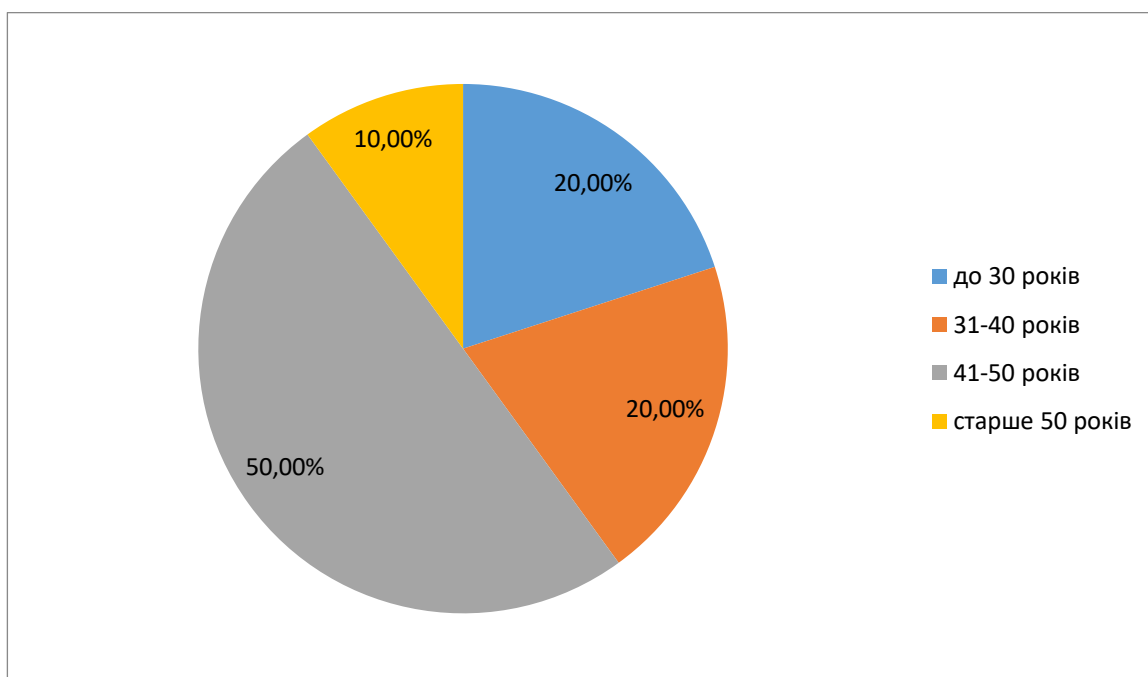


Рис. 4.19. Розподіл респондентів за віком

Найбільше респондентів у віковій категорії від 41 до 50 років.

Наступним питанням для лікарів було «Стаж Вашої роботи в стоматології» (рис. 4.20): а) менше 5 років; б) 5-10 років; с) 11-20 років; d) понад 20 років.

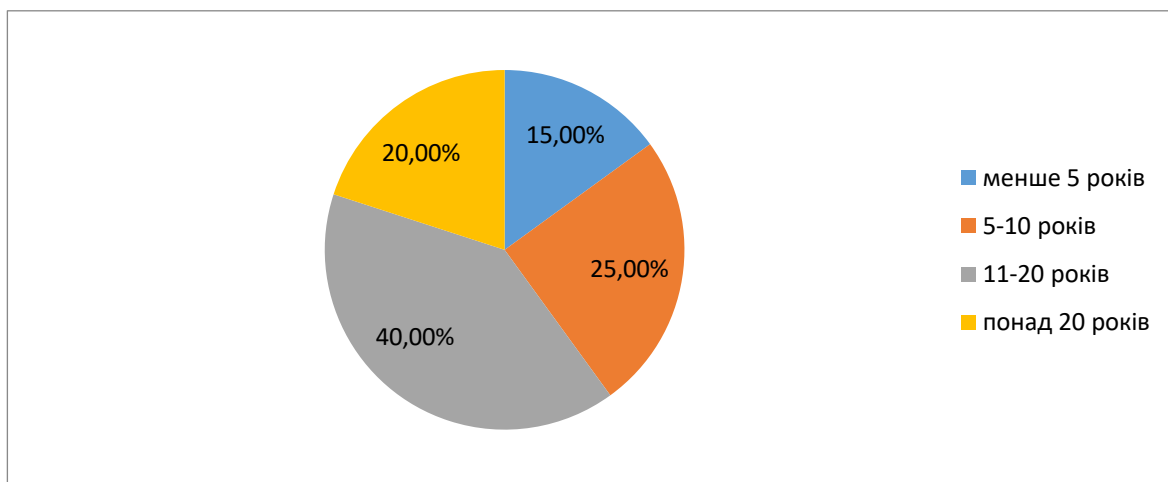


Рис. 4.20. Розподіл респондентів за стажем роботи

Згідно з даними рис. 4.20, розподіл респондентів за стажем свідчить про значну різноманітність досліджуваної групи. Найбільший відсоток опитаних, а саме 40%, мають стаж роботи від 11 до 20 років. Це може вказувати на наявність досвіду та певної експертизи серед цієї підгрупи в контексті теми дослідження. Ще 25% респондентів мають стаж від 5 до 10 років, що також свідчить про наявність досвіду серед значної частини учасників.

Понад 20 років стажу мають 20% опитуваних, що може вказувати на наявність довготривалої професійної кар'єри у певних групах пацієнтів чи медичних працівників. Водночас, менше 5 років стажу мають 15% респондентів, що може відображати нових учасників, які тільки починають свою професійну діяльність у відповідній сфері.

Цей розподіл стажу не лише характеризує професійний досвід респондентів у контексті досліджуваної теми, але і може бути корисним для подальшого аналізу, оцінки впливу стажу на підходи до лікування та догляду за пацієнтами з ГЕРХ.

На питання «Чи мали Ви досвід лікування пацієнтів з ГЕРХ?» (рис. 4.21): а) так, часто; б) так, інколи; с) ні.

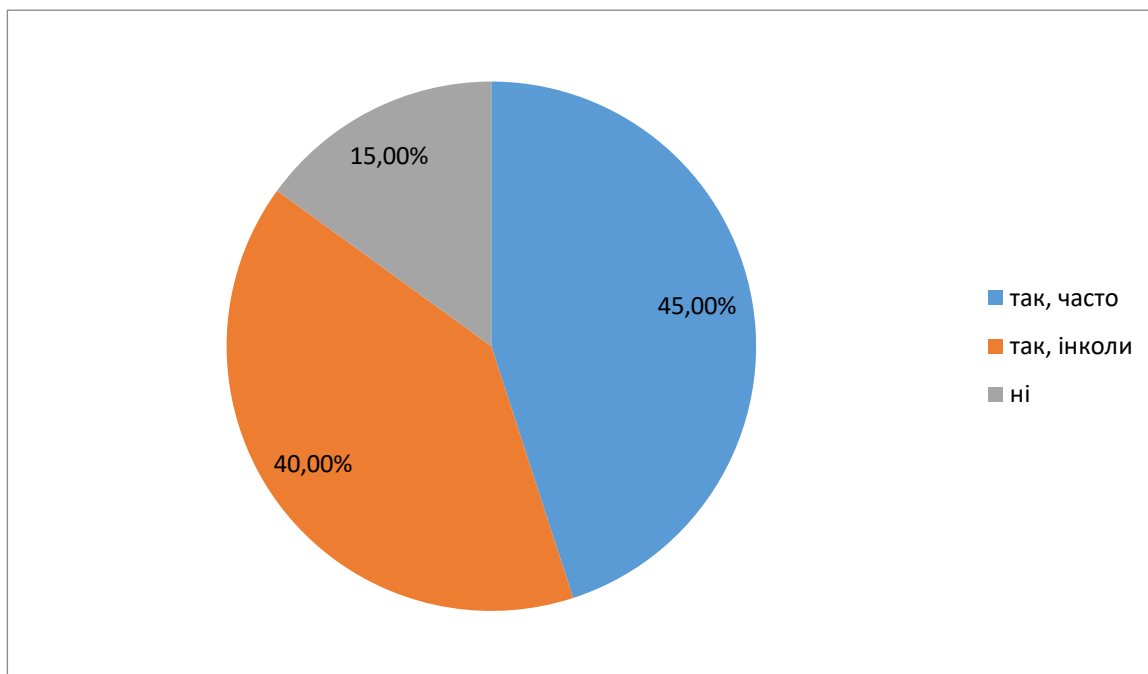


Рис. 4.21. Розподіл респондентів за досвідом лікування пацієнтів з ГЕРХ

Рис. 4.21 надає важливу інформацію про досвід респондентів у лікуванні пацієнтів з ГЕРХ. Згідно з отриманими даними, 45% опитуваних мали досвід у лікуванні цієї хвороби. Це свідчить про широкий круг фахівців, які стикаються з пацієнтами, які потребують лікування ГЕРХ, і можуть мати відповідні знання та практичний досвід у цій області.

Інші 40% респондентів інколи зустрічалися з цією хворобою. Це може означати, що вони мають обмежений досвід у лікуванні ГЕРХ, але знаходяться в ситуаціях, коли такі пацієнти звертаються до них для медичної допомоги.

Нарешті, 15% респондентів заявили, що взагалі не мали досвіду лікування пацієнтів з ГЕРХ. Це може вказувати на обмежений контакт цих фахівців з такими пацієнтами або на відсутність необхідності в їхній практиці.

Ці дані є важливими для подальшого розуміння рівня досвіду серед медичних працівників у контексті лікування ГЕРХ, а також для розробки стратегій підвищення кваліфікації та покращення якості медичного обслуговування для пацієнтів із цією хворобою.

На питання «Як часто Ви призначаєте незнімні зубні протези для пацієнтів з ГЕРХ?» відповіли наступним чином (рис. 4.22).

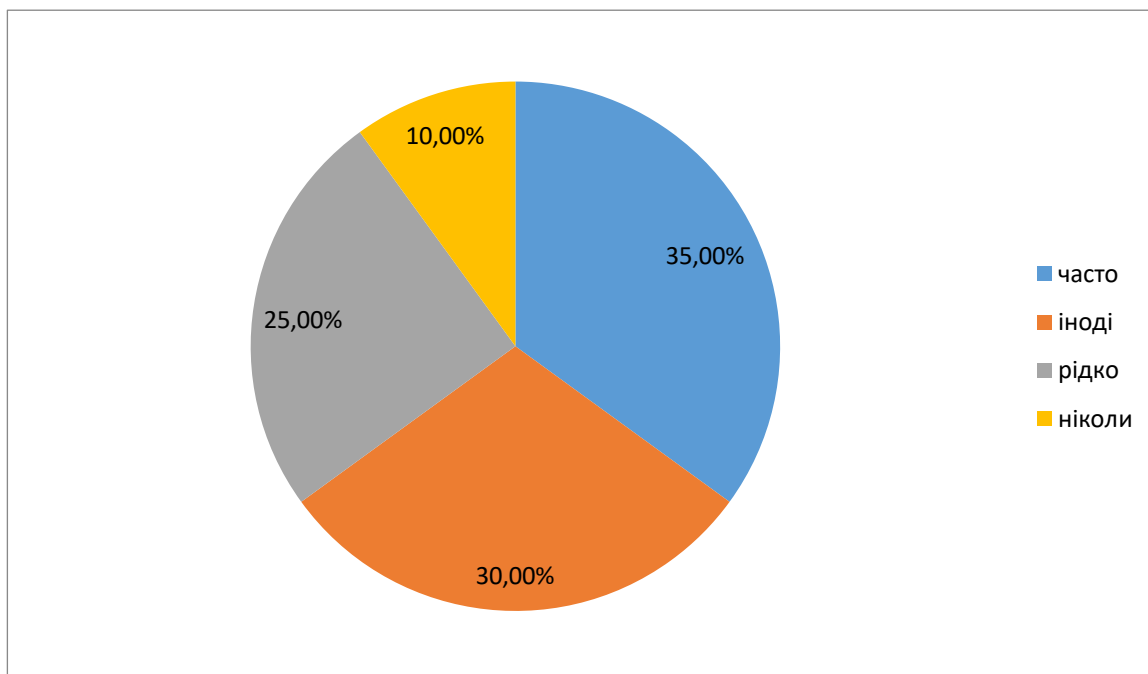


Рис. 4.22. Відповіді на питання «Як часто Ви призначаєте незнімні зубні протези для пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних, представлених на рисунку 4.22, можна зробити висновок щодо практики призначення незнімних зубних протезів для пацієнтів з ГЕРХ. Згідно з отриманими результатами, 30% опитуваних заявили, що ніколи не призначали незнімні зубні протези для таких пацієнтів. Це може свідчити про те, що частина медичних фахівців не розглядає цей метод лікування як обов'язковий чи відповідний для пацієнтів з ГЕРХ у їхній практиці.

Інші 35% опитуваних призначали незнімні зубні протези іноді. Це може вказувати на те, що ці фахівці розглядають такий вид лікування як один з варіантів для пацієнтів з ГЕРХ, але не завжди вважають його необхідним чи ефективним у всіх випадках.

Ще 25% опитуваних заявили, що рідко призначають незнімні зубні протези для цієї категорії пацієнтів. Це може відображати вибіркового підхід до лікування, коли зубні протези розглядаються як додатковий засіб там, де інші методи можуть бути неефективними або недостатньо зручними для пацієнтів з ГЕРХ.

Нарешті, 10% опитуваних заявили, що ніколи не розглядали можливість призначення незнімних зубних протезів для пацієнтів з ГЕРХ. Це може свідчити про відсутність у таких фахівців практичного досвіду або знань щодо ефективності такого лікування у цієї категорії пацієнтів.

Отже, ці дані підкреслюють варіативність у підходах до лікування ГЕРХ у медичній практиці і вказують на необхідність додаткових досліджень та розробки рекомендацій щодо використання зубних протезів у цієї категорії пацієнтів.

На питання «Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з ГЕРХ при використанні незнімних зубних протезів?» відповіли наступним чином (рис. 4.23).

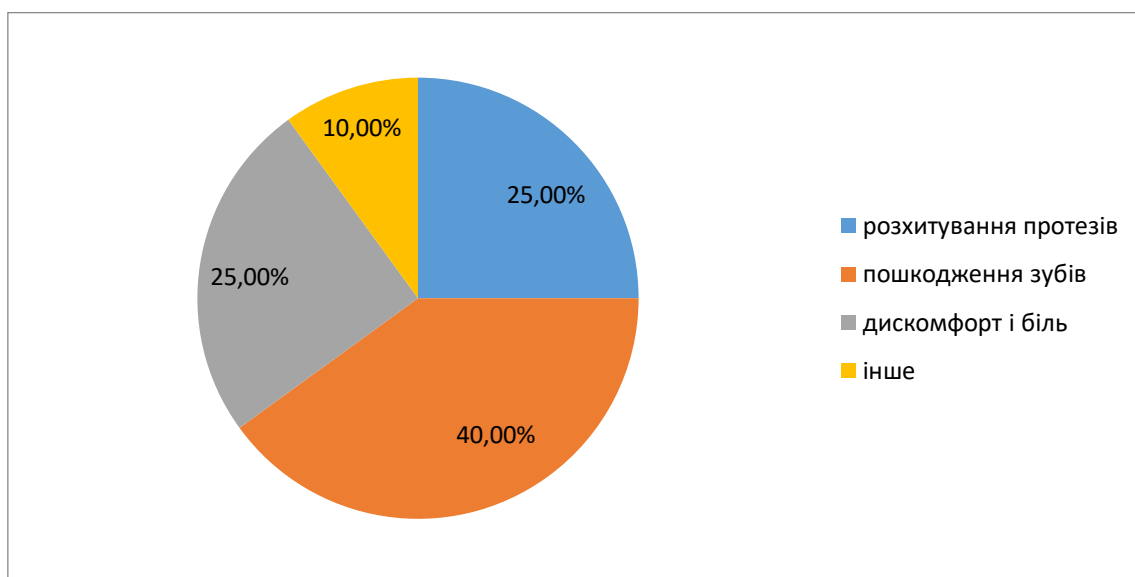


Рис. 4.23. Відповіді на питання «Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з ГЕРХ при використанні незнімних зубних протезів?»

На основі даних рис. 4.23 можна зробити висновок про основні проблеми, які спостерігаються у пацієнтів з ГЕРХ при використанні незнімних зубних протезів. Згідно з отриманими відповідями:

більшість респондентів вказали на відчуття дискомфорту під час носіння незнімних зубних протезів пацієнтами з ГЕРХ. Це може включати болісність або неприємні відчуття, які погіршуються через характерні симптоми ГЕРХ, такі як рефлюкс або відчуття печії. Інша значна частина опитаних зазначили

проблеми з фіксацією зубних протезів і з їхнім комфортом. Це може включати проблеми зі стабільністю протезів, особливо при зміні позиції тіла або під час фізичних активностей, а також відчуття дискомфорту під час мовлення чи вживання їжі.

Частина відповідей (25%) свідчить про погіршення симптомів ГЕРХ при використанні незнімних зубних протезів. Це може включати збільшення частоти рефлюксу, печії або інших дискомфортних відчуттів, що є наслідком носіння протезів. Ці відповіді підкреслюють важливість індивідуального підходу до лікування пацієнтів з ГЕРХ, особливо у виборі методів ортопедичного лікування. Для покращення результатів лікування необхідно враховувати не лише клінічні симптоми, але й індивідуальні особливості та комфорт пацієнта під час носіння зубних протезів.

На питання «Які матеріали для незнімних зубних протезів Ви використовуєте найчастіше для пацієнтів з ГЕРХ?» віповіли наступним чином (рис. 4.24):

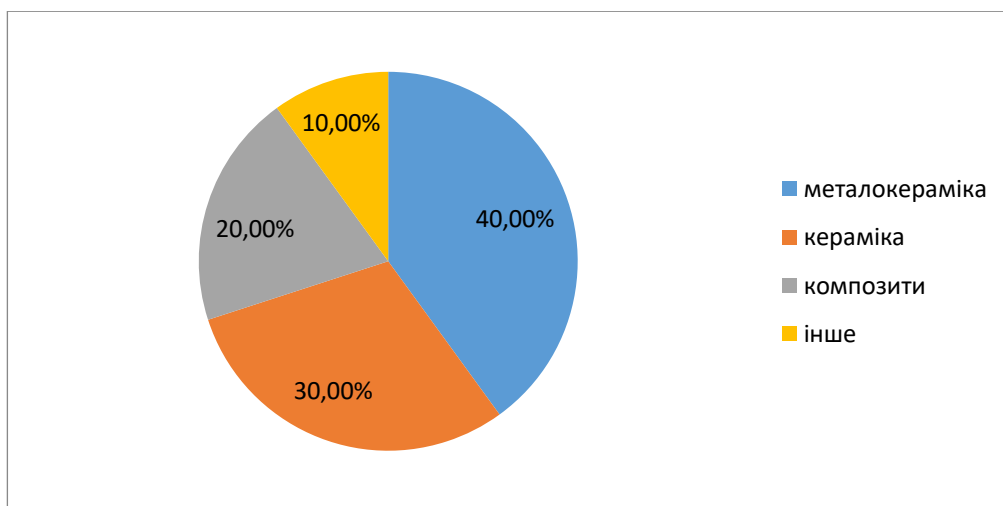


Рис. 4.24. Відповіді на питання «Які матеріали для незнімних зубних протезів Ви використовуєте найчастіше для пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних рис. 4.24 можна зробити висновок про використання матеріалів для незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ. Згідно з представленими відповідями: більшість респондентів (40%) зазначили, що найчастіше використовують металокераміку для виготовлення незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ. Металокераміка є популярним матеріалом

завдяки своїй легкості в обробці, можливості регулювання, а також доступності.

Деякі респонденти (30%) використовують кераміку для незнімних зубних протезів пацієнтів з ГЕРХ. Це може включати комбінації акрилу з металевими або керамічними елементами, що забезпечує підвищену міцність і естетичний вигляд. Ще 20 % респондентів зазначили використання інших матеріалів для незнімних зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ. Це можуть бути спеціалізовані полімерні матеріали або інші інноваційні рішення, що відповідають специфічним потребам пацієнтів. Ці дані підкреслюють значення вибору відповідних матеріалів для незнімних зубних протезів з урахуванням індивідуальних потреб і характеристик пацієнтів з ГЕРХ. Важливо враховувати не лише клінічні аспекти, але й вплив вибраного матеріалу на комфорт і якість життя пацієнтів під час носіння протезів.

«Чи достатньо інформації у Вас для лікування пацієнтів з ГЕРХ?» На це питання відповіли наступним чином (рис. 4.25): а) так, достатньо; б) так, але хотів би більше; с) ні, недостатньо.

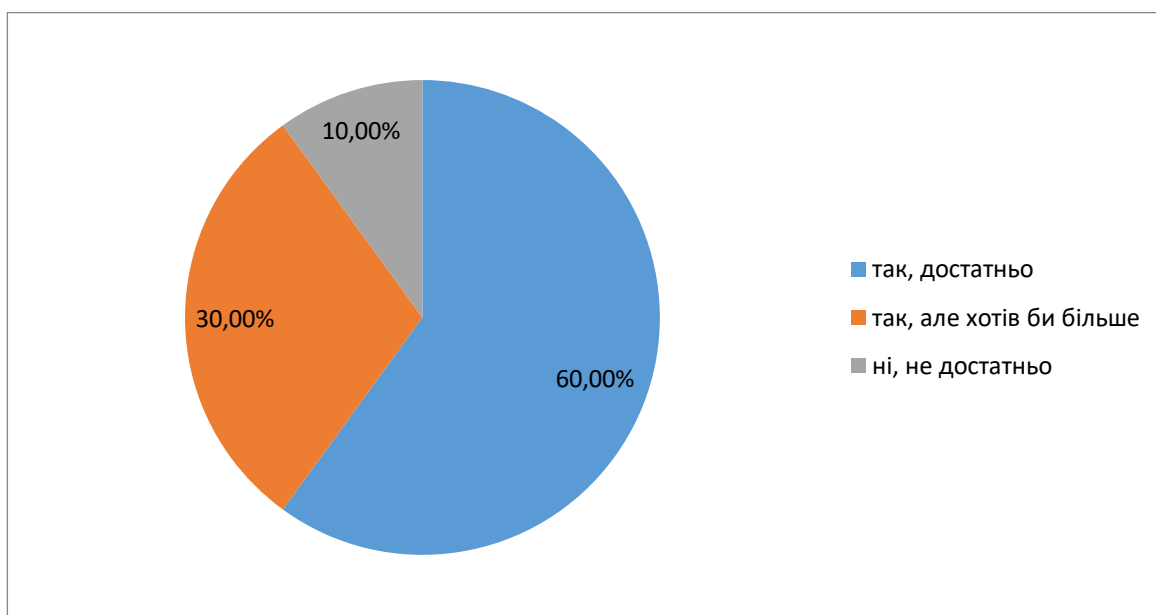


Рис. 4.25. Відповіді на питання «Чи достатньо інформації у Вас для лікування пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних з рис. 4.25 можна зробити висновок щодо задоволеності медичними працівниками інформацією для лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Відповіді на питання «Чи достатньо інформації у Вас для лікування пацієнтів з ГЕРХ?» розподілені наступним чином: більшість опитаних (60%) відповіли, що мають достатньо інформації для лікування пацієнтів з ГЕРХ. Це свідчить про те, що значна частина медичних працівників вважає себе компетентними із знаннями щодо діагностики та лікування цієї хвороби. Ще 30% відповіли, що, хоча вони мають базові знання, вони б хотіли отримати більше інформації для ефективнішого лікування пацієнтів з ГЕРХ. Це може свідчити про необхідність додаткової освіти або доступу до оновлених клінічних рекомендацій. Ще 10 % опитаних відповіли, що вони не вважають, що мають достатньо інформації для ефективного лікування пацієнтів з ГЕРХ, що може свідчити про потребу у підвищенні кваліфікації або у доступі до спеціалізованої медичної інформації.

Ці дані важливі для організації подальших навчальних програм та покращення медичної підготовки з питань діагностики та лікування ГЕРХ, щоб забезпечити найкращу можливу медичну допомогу пацієнтам з цією хворобою.

На питання «Чи є доступними сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів у Вашій клініці?» відповіли наступним чином (рис. 4.26): а) так, повністю доступні; б) частково доступні; с) недоступні.

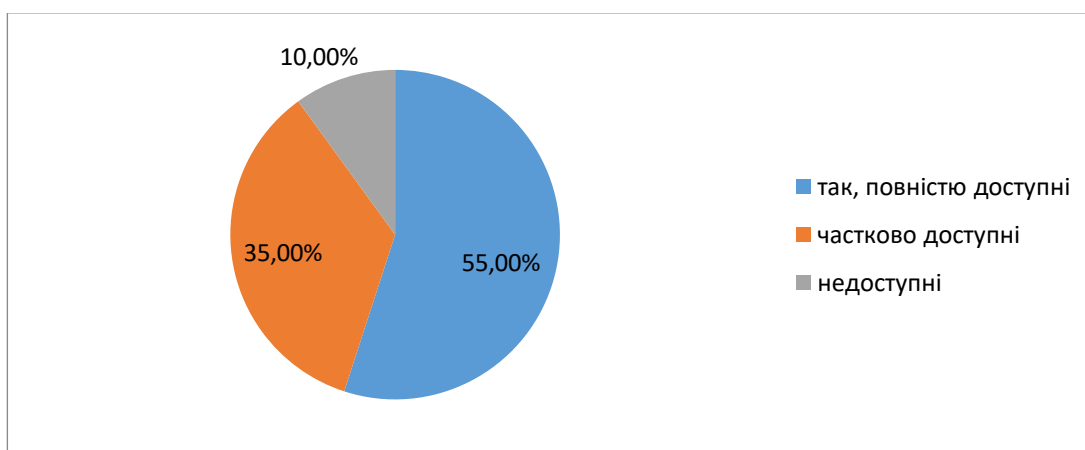


Рис. 4.26. Відповіді на питання «Чи є доступними сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів у Вашій клініці?»

На основі даних з рис. 4.26 можна зробити висновок щодо доступності сучасних технологій для виготовлення незнімних зубних протезів у медичних

клініках. Відповіді на питання «Чи є доступними сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів у Вашій клініці?» розподілені наступним чином: згідно з даними, 55% опитаних відповіли, що в їх клініці сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів є повністю доступними. Це означає, що клініка має всі необхідні обладнання та ресурси для використання передових технологій у даній сфері.

Частина опитаних, а саме 35%, заявили про часткову доступність сучасних технологій для виготовлення незнімних зубних протезів. Це може вказувати на обмежені ресурси або наявність лише певної частини сучасних технологій в клініці.

Ще 10% опитаних відповіли, що сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів є недоступними у їхній клініці. Це може вказувати на те, що клініка використовує традиційні методи або не має фінансової можливості або необхідних технічних засобів для впровадження новітніх технологій.

Ці дані важливі для розуміння того, які клініки мають можливість застосовувати передові методи виготовлення зубних протезів, що може впливати на якість та ефективність лікування пацієнтів, включаючи тих, хто стикається з ГЕРХ.

Не менш важливим було питання «Які фактори найчастіше впливають на вибір типу незнімного протезу для пацієнтів з ГЕРХ?», відповіді на яке розподілилися наступним чином (рис. 4.27):

- a) стан зубів пацієнта;
- b) фінансові можливості пацієнта;
- c) наявність сучасних матеріалів;
- d) рекомендації колег.

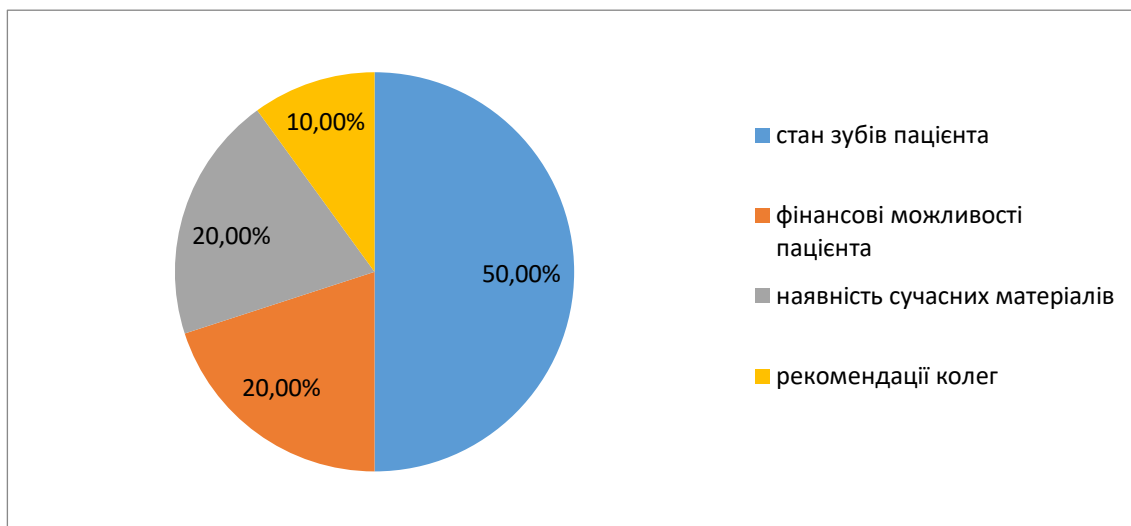


Рис. 4.27. Відповіді на питання «Які фактори найчастіше впливають на вибір типу незнімного протезу для пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних з рис. 4.27 можна зробити висновок про те, які фактори найчастіше впливають на вибір типу незнімного протезу для пацієнтів з ГЕРХ. Відповіді розподілилися наступним чином:

за даними рисунку, 50% опитаних відзначили, що стан зубів пацієнта найчастіше впливає на вибір типу незнімного протезу. Це може включати наявність зубів, їх стан та загальну ортопедичну ситуацію у пацієнта.

20% опитаних відповіли, що фінансові можливості пацієнта є важливим фактором при виборі типу незнімного протезу. Це означає, що вартість лікування і можливості пацієнта фінансувати його можуть впливати на вибір оптимального варіанту протезу.

20% опитаних зазначили, що наявність сучасних матеріалів є фактором, який найчастіше впливає на вибір типу протезу. Це може включати новітні технології та матеріали, які забезпечують кращу функціональність та комфорт пацієнта.

10% опитаних зазначили, що рекомендації колег також впливають на вибір типу незнімного протезу. Це може включати думку і досвід інших медичних працівників, які мають досвід у лікуванні пацієнтів з ГЕРХ.

Ці дані важливі для розуміння факторів, що впливають на вибір лікувальних рішень у контексті ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Розуміння цих факторів допомагає клінікам та медичним працівникам надавати індивідуалізоване та ефективне лікування пацієнтам з даною хворобою.

Також розподілилися відповіді на питання «Чи проводите Ви додаткові консультації для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними протезами?» (рис. 4.28): а) так, завжди; б) так, інколи; с) ні.

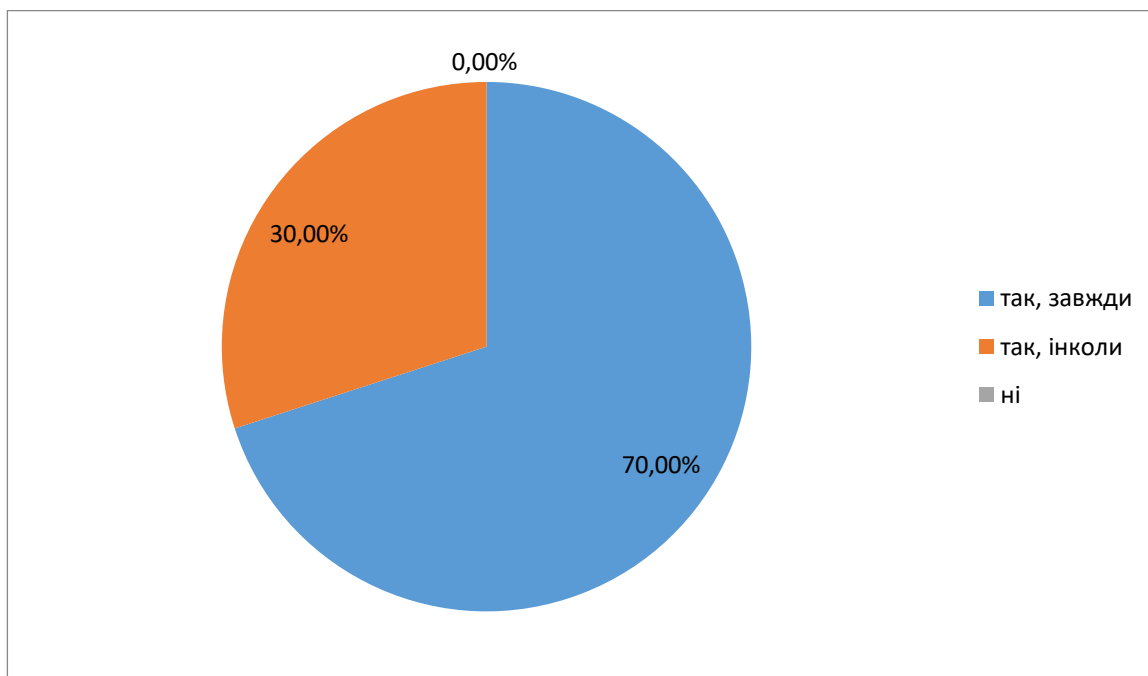


Рис. 4.28. Відповіді на питання «Чи проводите Ви додаткові консультації для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними протезами?»

На основі даних з рис. 4.28 можна зробити висновок щодо проведення додаткових консультацій для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними зубними протезами. Відповіді розподілилися наступним чином: 70% опитаних зазначили, що завжди проводять додаткові консультації для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними протезами. Це свідчить про високий рівень уваги до необхідності інструкцій та підтримки пацієнтів у догляді за протезами, особливо у контексті їхньої медичної історії.

30% опитаних відповіли, що інколи проводять такі консультації. Це може вказувати на залежність від індивідуальних потреб пацієнтів або на доступність ресурсів для проведення регулярних консультацій.

Ці дані показують, що проведення додаткових консультацій для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними зубними протезами є актуальним питанням у медичній практиці. Це дозволяє підтримувати оптимальний стан здоров'я пацієнтів і підвищує їхню якість життя через ефективний догляд за ортопедичними структурами в умовах ГЕРХ.

На питання «Чи вважаєте Ви, що необхідно збільшити фінансування для досліджень впливу ГЕРХ на стан зубних протезів?» відповіли так (рис. 3.29):

Так – 70%

Ні – 25%

Не впевнений – 5%

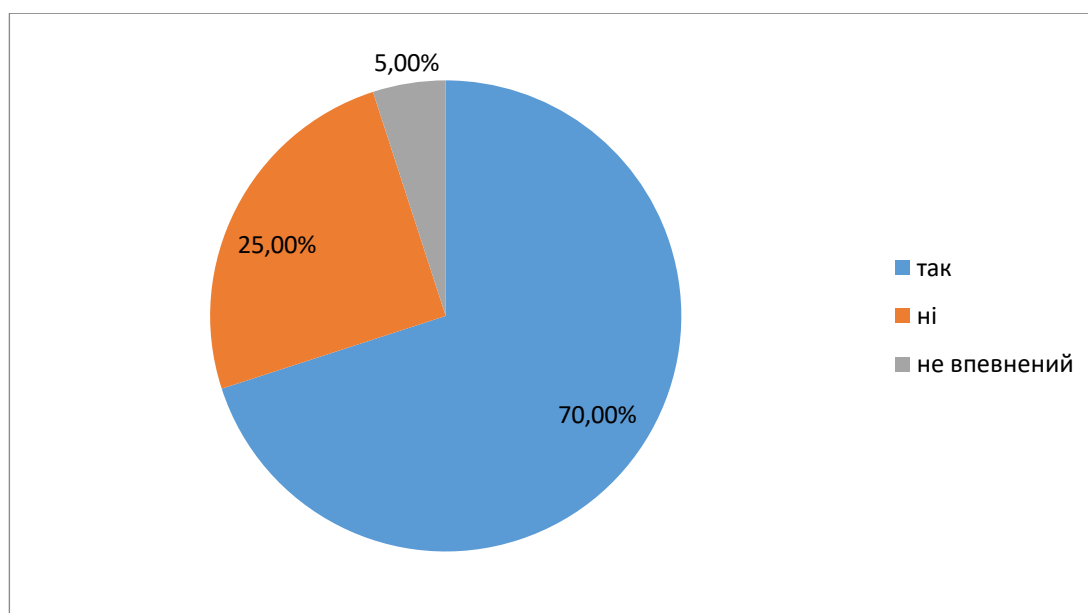


Рис. 4.29. Відповіді на питання щодо необхідності збільшення фінансування для досліджень впливу ГЕРХ на стан зубних протезів

На основі даних з рис. 4.29 можна зробити висновок щодо необхідності збільшення фінансування для досліджень впливу ГЕРХ на стан зубних протезів. Відповіді розподілилися наступним чином: згідно з даними рисунку, 70% опитаних відповіли позитивно і вважають необхідним збільшити фінансування для таких досліджень. Це свідчить про високий інтерес та усвідомлення необхідності глибших наукових досліджень із цієї проблематики.

25% опитаних відповіли, що не вважають необхідним збільшувати фінансування для таких досліджень. Це може бути пов'язане з ресурсними обмеженнями, іншими пріоритетами у медичних дослідженнях або недостатнім усвідомленням важливості цієї теми для клінічної практики.

5% опитаних не впевнені у необхідності збільшення фінансування для таких досліджень. Це може відображати недостатню інформованість або потребу в додаткових обговореннях щодо важливості і перспектив досліджень ГЕРХ на стан зубних протезів.

Отже, результати показують, що більшість фахівців у сфері стоматології, які мають досвід з пацієнтами з ГЕРХ, вважають необхідним збільшити фінансування для досліджень, спрямованих на вивчення впливу цієї хвороби на стан і довговічність зубних протезів. Такі дослідження є важливими для покращення клінічної практики та підвищення якості життя пацієнтів з ГЕРХ.

На питання «Як Ви оцінюєте рівень підготовки молодих стоматологів до лікування пацієнтів з ГЕРХ?» отримано наступні відповіді (рис. 4.30).

- a) високий;
- b) середній;
- c) низький;
- d) не можу оцінити.

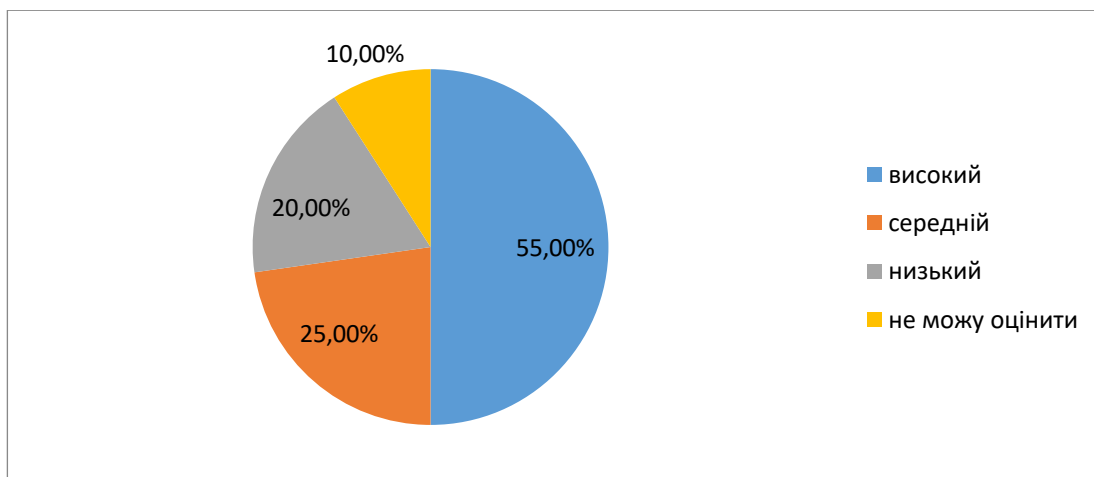


Рис. 4.30. Відповіді на питання «Як Ви оцінюєте рівень підготовки молодих стоматологів до лікування пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних з рисунку 4.30 можна зробити висновок щодо оцінки рівня підготовки молодих стоматологів до лікування пацієнтів з ГЕРХ. Відповіді розподілилися наступним чином:

згідно з даними рисунку, частка опитаних (50%), які вважають рівень підготовки молодих стоматологів до лікування ГЕРХ як високий, може свідчити про позитивне сприйняття підготовки молодих спеціалістів у цій області. Це важливо, оскільки висока підготовка сприяє ефективнішому лікуванню пацієнтів із складними хворобами.

Відповіді, які вказують на середній рівень підготовки (25%), можуть вказувати на потребу в додаткових навчальних програмах або підвищенні кваліфікації молодих стоматологів у контексті ГЕРХ. Це може бути пов'язано зі складністю діагностики та лікування цієї хвороби.

Якщо відповіді вказують на низький рівень підготовки (20%), це може сигналізувати про необхідність покращення освітніх програм або впровадження додаткових навчальних курсів з проблематики ГЕРХ у медичній освіті.

Відповіді, що показують неможливість оцінити рівень підготовки (10%), можуть свідчити про нестачу об'єктивної інформації або різноманітність думок серед опитуваних щодо цього питання.

Отже, аналіз відповідей на питання про рівень підготовки молодих стоматологів до лікування ГЕРХ дозволяє зробити висновки щодо потреб у покращенні освітніх програм та підготовці медичних спеціалістів для ефективного управління цією хворобою в клінічній практиці.

Цікавим запитання було «Чи потребують пацієнти з ГЕРХ більше уваги при плануванні ортопедичного лікування?», на яке опитувані відповіли наступним чином (рис. 4.31):

- а) так;
- б) ні;
- с) не завжди.

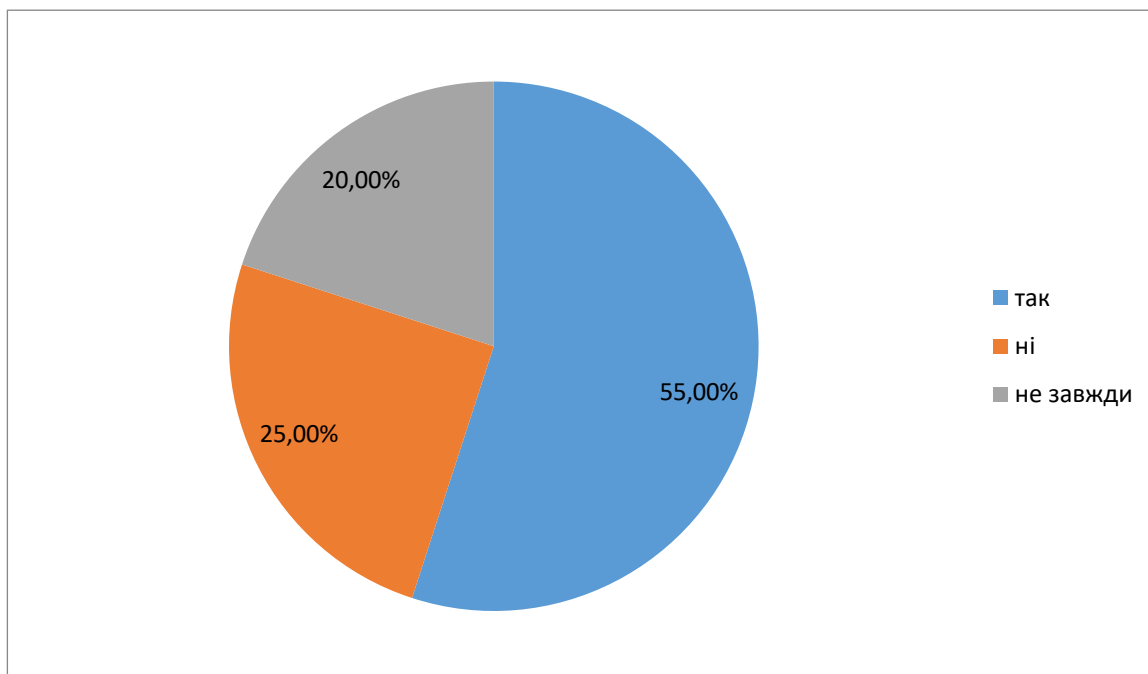


Рис. 4.31. Відповіді на питання «Чи потребують пацієнти з ГЕРХ більше уваги при плануванні ортопедичного лікування?»

На основі даних з рисунку 4.31 можна зробити висновок щодо уваги, яку потребують пацієнти з ГЕРХ при плануванні ортопедичного лікування. Відповіді розподілилися наступним чином: отримання значної кількості відповідей «Так» свідчить про високу потребу пацієнтів з ГЕРХ у спеціалізованому підході під час планування ортопедичного лікування (55%). Це може бути пов'язано з урахуванням особливостей хвороби та індивідуальних потреб пацієнтів для забезпечення ефективного лікування і підтримки здоров'я.

Відповіді «Ніколи» вказують на думку частини опитуваних, що пацієнти з ГЕРХ можуть не потребувати спеціальної уваги при плануванні ортопедичного лікування або що це не є першочерговою потребою в контексті їхнього лікування (25%).

Опитувані, які обрали відповідь «Не завжди», можуть вважати, що потреба у спеціальній увазі пацієнтів з ГЕРХ залежить від конкретних обставин або варіюється в залежності від стадії хвороби та її проявів у кожного пацієнта окремо (20%).

Аналіз відповідей на це запитання допомагає зрозуміти, як стоматологи та інші медичні спеціалісти сприймають необхідність індивідуалізованого підходу до лікування пацієнтів з ГЕРХ з урахуванням їхніх специфічних потреб і характеристик хвороби.

На питання «Чи вважаєте Ви, що необхідно розробити спеціалізовані курси з ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ?» респонденти відповіли (рис. 4.32): а) так; b) ні; c) не впевнений.

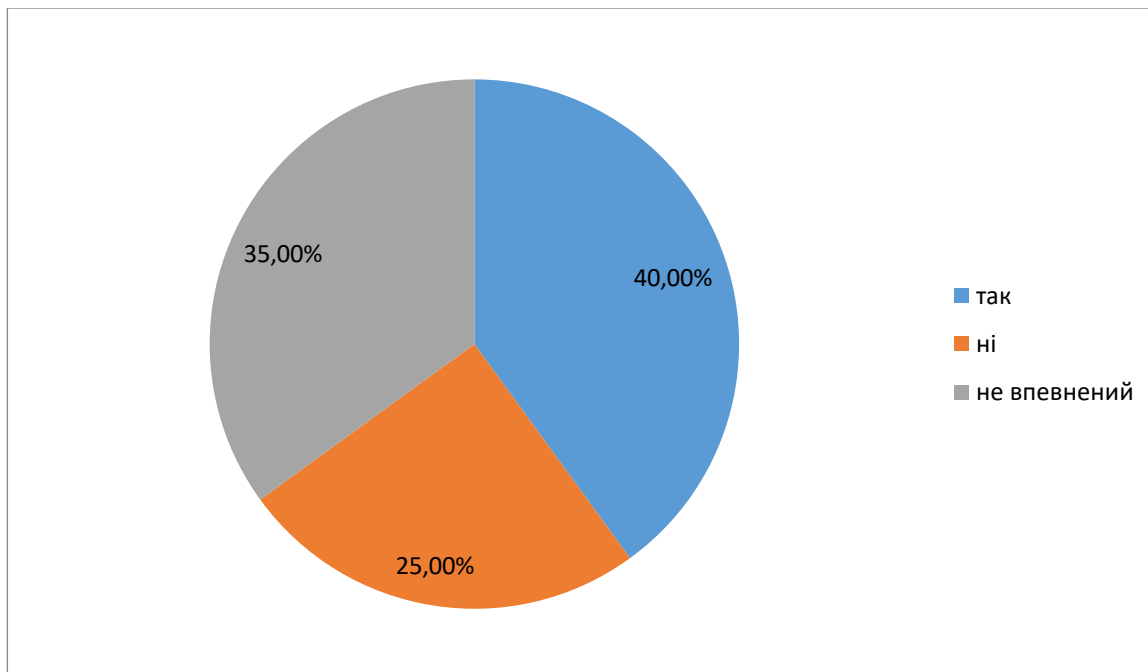


Рис. 4.32. відповіді на питання «Чи вважаєте Ви, що необхідно розробити спеціалізовані курси з ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ?»

На основі даних з рисунку 4.32 можна зробити висновок щодо необхідності розробки спеціалізованих курсів з ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ. Відповіді розподілилися наступним чином:

значна частка опитуваних (40%) підтримала необхідність розробки спеціалізованих курсів. Це свідчить про визнання потреби в додатковій підготовці для ефективного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Спеціалізовані курси можуть допомогти медичним працівникам отримати необхідні знання та навички для надання оптимальної медичної допомоги цільовій групі пацієнтів.

Частина респондентів (25%) відповіла «Ні», що може свідчити про думку про здатність існуючої освітньої бази задовольняти потреби пацієнтів з ГЕРХ без потреби у спеціалізованих курсах. Це може також вказувати на відсутність або недостатність переконання у користі таких курсів для практикуючих стоматологів і лікарів.

Опитувані, які обрали відповідь «Не впевнений» (35%), відчують необхідність більш детального обговорення та аналізу переваг і недоліків впровадження спеціалізованих курсів перед прийняттям чіткого ставлення до цього питання.

Це дослідження важливе для визначення додаткових освітніх потреб медичного персоналу у контексті управління пацієнтами з ГЕРХ і може служити основою для подальших ініціатив у сфері медичної освіти.

На питання «Чи скористалися Ви інформаційними матеріалами щодо симптомів, лікування та догляду за зубними протезами у контексті ГЕРХ?» опитувані відповіли так (рис. 4.33): а) так, користувався/користувалась; б) ні, не користувався/користувалась; с) не впевнений/не цікавиться;

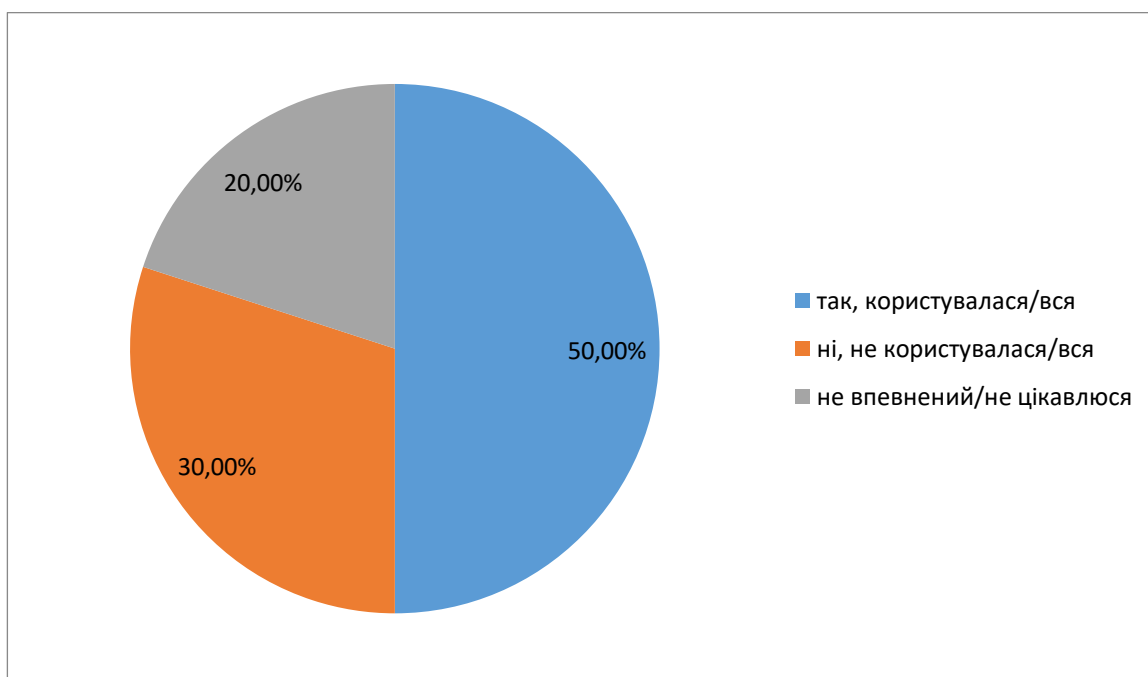


Рис. 4.33. Відповіді на питання «Чи скористалися Ви інформаційними матеріалами щодо симптомів, лікування та догляду за зубними протезами у контексті ГЕРХ?»

На основі даних з рисунку 4.33 можна зробити висновок щодо використання інформаційних матеріалів щодо симптомів, лікування та догляду за зубними протезами у контексті ГЕРХ. Відповіді розподілилися наступним чином:

значна частина опитуваних (50%) використовувала інформаційні матеріали щодо ГЕРХ, що свідчить про їхню свідомість та інтерес до підтримки свого фахового розвитку і покращення обслуговування пацієнтів з цим захворюванням. Використання таких матеріалів може сприяти підвищенню якості медичного обслуговування та ефективності лікування.

Деякі опитувані (30%) не скористалися інформаційними матеріалами. Це може свідчити про можливу потребу у покращенні доступності або релевантності інформаційних ресурсів, або про відсутність впевненості в їхній корисності для практики.

«Не впевнений/Не цікавиться». Опитувані, які відповіли таким чином (20%), можуть виявляти недостатній інтерес до інформаційних матеріалів або не мати чіткого уявлення про їхню корисність у контексті практичного застосування.

Це дослідження важливе для розуміння потреб медичних працівників у доступі до інформаційних ресурсів і може служити основою для подальших ініціатив з підвищення освіченості та підготовки фахівців у сфері стоматології щодо лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Таким чином, на основі аналізу даних опитування серед стоматологів щодо застосування фіксованих зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ можна зробити наступні наукові висновки:

більшість респондентів мають значний досвід у сфері стоматології, що підтверджує їхню компетентність у лікуванні пацієнтів з різними стоматологічними проблемами, включаючи тих, хто стикається з ГЕРХ. В опитуванні переважають жінки, що відображає загальний тренд у складі стоматологічної професії. Різноманітність вікових категорій свідчить про широкий спектр досвіду та підходів до лікування.

Основними проблемами, з якими стикаються лікарі-стоматологи, є адаптація до існуючих зубних протезів у пацієнтів із ГЕРХ, а також вибір матеріалів, що мінімізують ризики комплікацій та погіршення стану слизової оболонки порожнини рота. Дослідження виявило, що серед матеріалів для виготовлення фіксованих зубних протезів переважають кераміка та сплави, які забезпечують довговічність і стійкість до дії кислот.

Важливим аспектом є необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта з ГЕРХ, оскільки їхня унікальна фізіологія та ускладнення вимагають спеціалізованого підбору протезів та лікувального плану. Результати дослідження підкреслюють необхідність подальших наукових досліджень у сфері стоматології для розробки і вдосконалення методів лікування пацієнтів із ГЕРХ, що стикаються зі стоматологічними проблемами.

4.3. Результати опитування медичних сестер загальної практики – сімейної медицини

Ортопедичне лікування незнімними конструкціями зубних протезів є важливою складовою сучасної стоматологічної практики, особливо для пацієнтів з різноманітними хронічними захворюваннями, такими як гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Сестра медична (брат медичний) загальної практики – сімейної медицини (далі – сестра медична/брат медичний) відіграють ключову роль у наданні комплексної медичної допомоги та підтримки пацієнтів з ГЕРХ, включаючи аспекти догляду за ротовою порожниною та зубними протезами. Враховуючи специфіку захворювання, пацієнти з ГЕРХ потребують особливої уваги та спеціалізованого підходу до ортопедичного лікування.

Метою проведення опитування серед сестер медичних/братів медичних є визначення існуючих проблем та потреб у догляді за пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези, а також оцінка рівня підготовки та обізнаності медичного персоналу щодо специфіки лікування таких пацієнтів

(Додаток Г). Важливо з'ясувати, які труднощі виникають у сестер медичних/братів медичних під час надання допомоги цій категорії пацієнтів, які ресурси та знання є необхідними для покращення якості догляду та чи достатньо інформації для ефективної підтримки пацієнтів.

Отримані результати допоможуть виявити прогалини в існуючій системі медичної допомоги та розробити рекомендації для вдосконалення організації роботи медичних сестер. Це, в свою чергу, сприятиме підвищенню якості ортопедичного лікування пацієнтів з незнімними зубними протезами, забезпеченню їхньої більшої доступності та покращенню загального рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами.

Опитування сестер медичних/братів медичних є важливим етапом у зборі даних для розробки нових підходів до навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу, що забезпечить більш ефективне та якісне обслуговування пацієнтів. Результати дослідження також допоможуть у створенні навчальних програм та інформаційних матеріалів, що сприятимуть підвищенню обізнаності медичних сестер про специфіку догляду за пацієнтами з ГЕРХ та незнімними зубними протезами.

В опитуванні взяло участь 50 респондентів. Серед них жінок – 40, чоловіків – 10. У вибірці представлені представники всіх вікових категорій (рис. 4.34): а) до 30 років; б) 31-40 років; в) 41-50 років; г) понад 50 років.

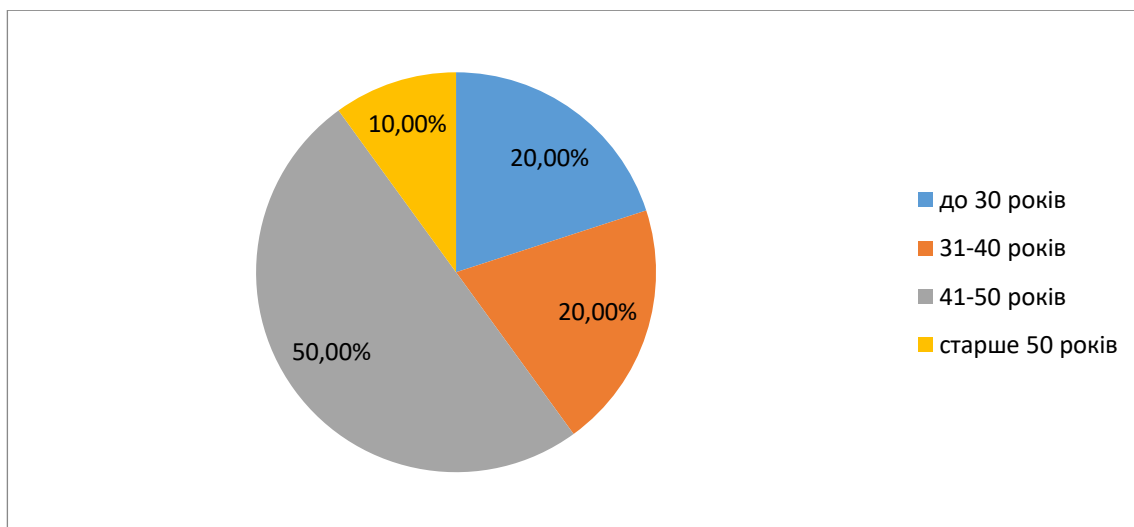


Рис. 4.34. Розподіл респондентів за віком

Розподіл респондентів за віком на рис. 4.34 показує різноманітність вибірки, що включає представників усіх вікових категорій. Найбільша кількість респондентів належить до вікової групи 31-40 років, що свідчить про активний професійний період їхньої діяльності. Вікові групи до 30 років та 41-50 років також представлені досить рівномірно, що відображає баланс молодих і досвідчених фахівців у сфері загальної практики – сімейної медицини. Група понад 50 років складає найменшу частку вибірки, що може вказувати на те, що з віком деякі медичні сестри переходять на адміністративні посади або роботу з меншим фізичним навантаженням.

Наступним питанням було «Стаж Вашої роботи у сфері загальної практики – сімейної медицини» (рис. 4.35): а) менше 5 років; b) 5-10 років; c) 11-20 років; d) понад 20 років.

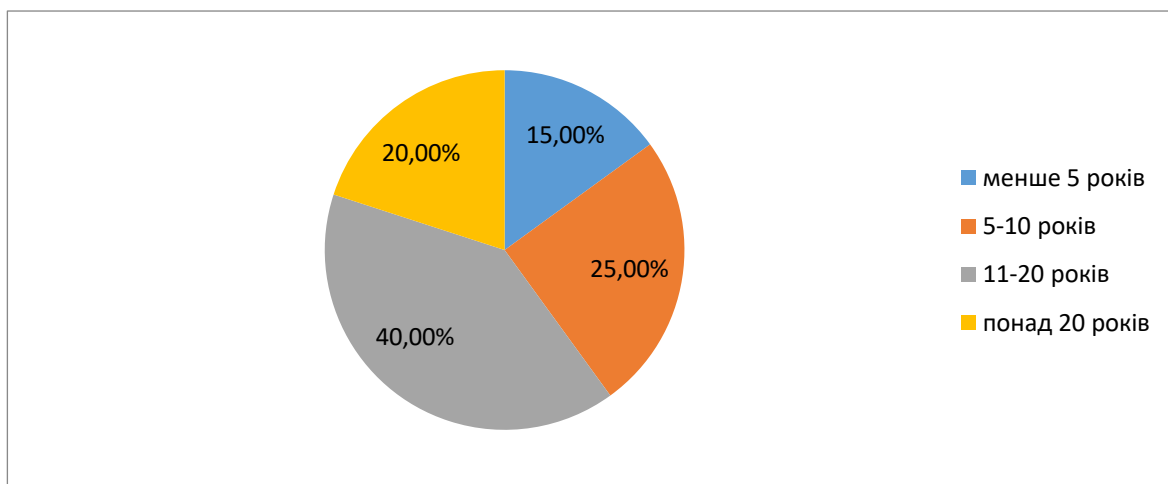


Рис. 4.35. Розподіл респондентів за стажем роботи

Розподіл респондентів за стажем роботи (рис. 4.35) в сфері загальної практики – сімейної медицини демонструє, що більшість сестер медичних/братів медичних мають значний професійний досвід. Найбільша група, яка складає більше 20 років, свідчить про високий рівень досвіду та експертизи. Наступні групи за стажем 11-20 років та 5-10 років також значні, що підкреслює професійний ріст та розвиток в цій галузі. Менш ніж 5 років стажу має найменша група, що може вказувати на відносно низький рівень новачків у цій сфері.

«Чи мали Ви досвід роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези?» - на це питання респонденти відповіли так (рис. 4.36): а) так, часто; б) так, інколи; с) ні.

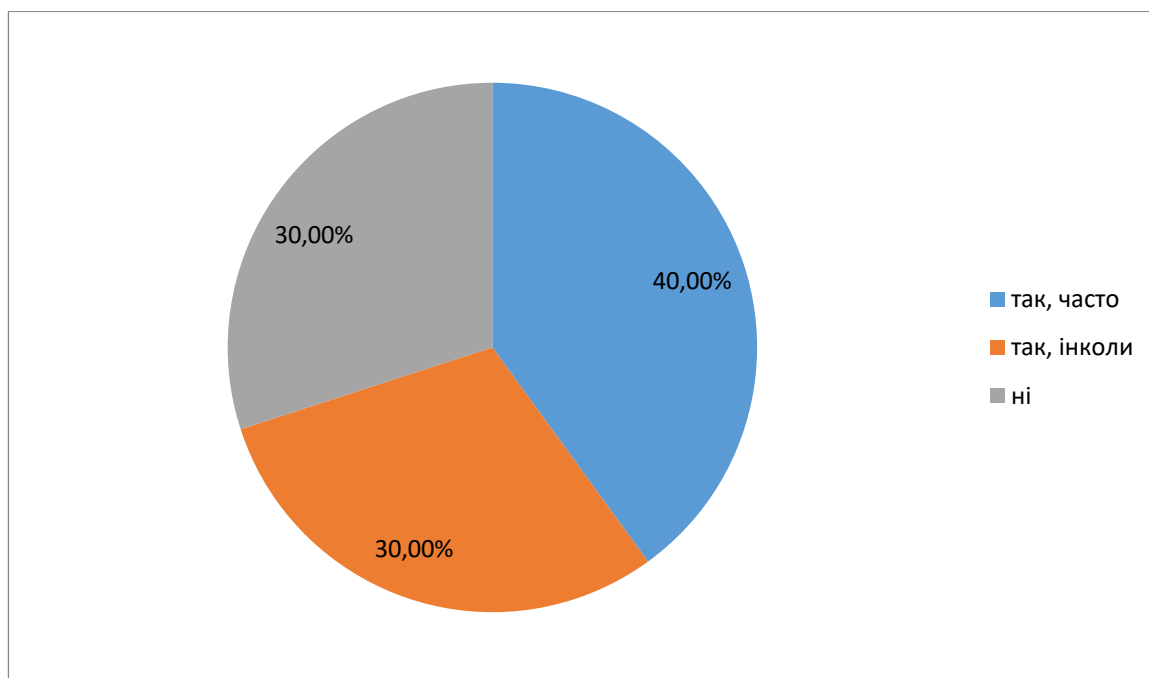


Рис. 4.36. Розподіл респондентів за досвідом роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези

Досвід роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези (рис. 4.36), є важливим показником професійної підготовки сестер медичних/братів медичних. Найбільша частка респондентів відповіла, що вони інколи працюють з такими пацієнтами, що свідчить про загальну обізнаність і досвід у цій сфері. Часто працюють з пацієнтами з незнімними протезами менша група, що вказує на спеціалізацію деяких медичних сестер у цій області. Відсутність досвіду у цієї категорії пацієнтів має найменша група респондентів.

На питання «Як часто Ви консультуєте пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?» відповіли наступним чином (рис. 4.37):

- а) часто;
- б) іноді;
- с) рідко;
- д) ніколи.

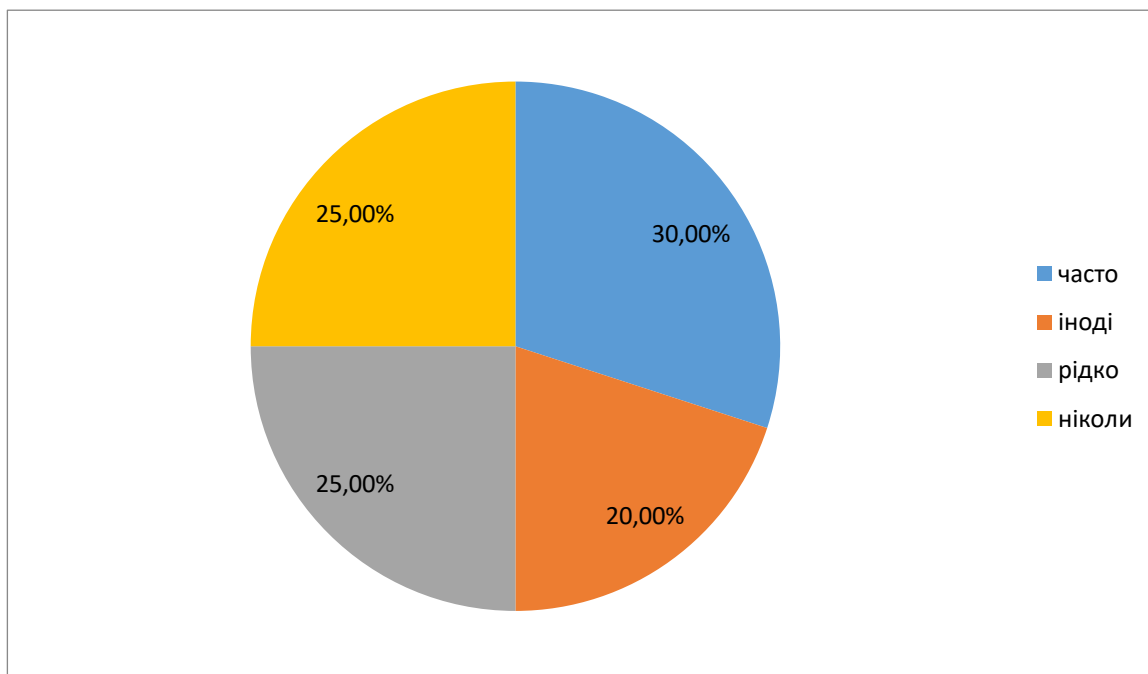


Рис. 4.37. Відповіді на питання «Як часто Ви консультуєте пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?»

Частота консультування пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами (рис. 4.37) є важливим показником якості медичної допомоги. Найбільша частка респондентів вказала, що вони інколи консультують пацієнтів, що свідчить про необхідність регулярного навчання та оновлення знань. Часто консультують менша група, що вказує на більш активну роль у профілактиці та догляді. Рідко або ніколи консультують найменші групи, що може вказувати на недостатню увагу до цього аспекту або потребу в додатковому навчанні.

На питання «Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з незнімними зубними протезами?» відповіли наступним чином (рис. 4.38).

- а) дискомфорт і біль;
- б) пошкодження протезів;
- с) інфекції ротової порожнини;
- д) інше.

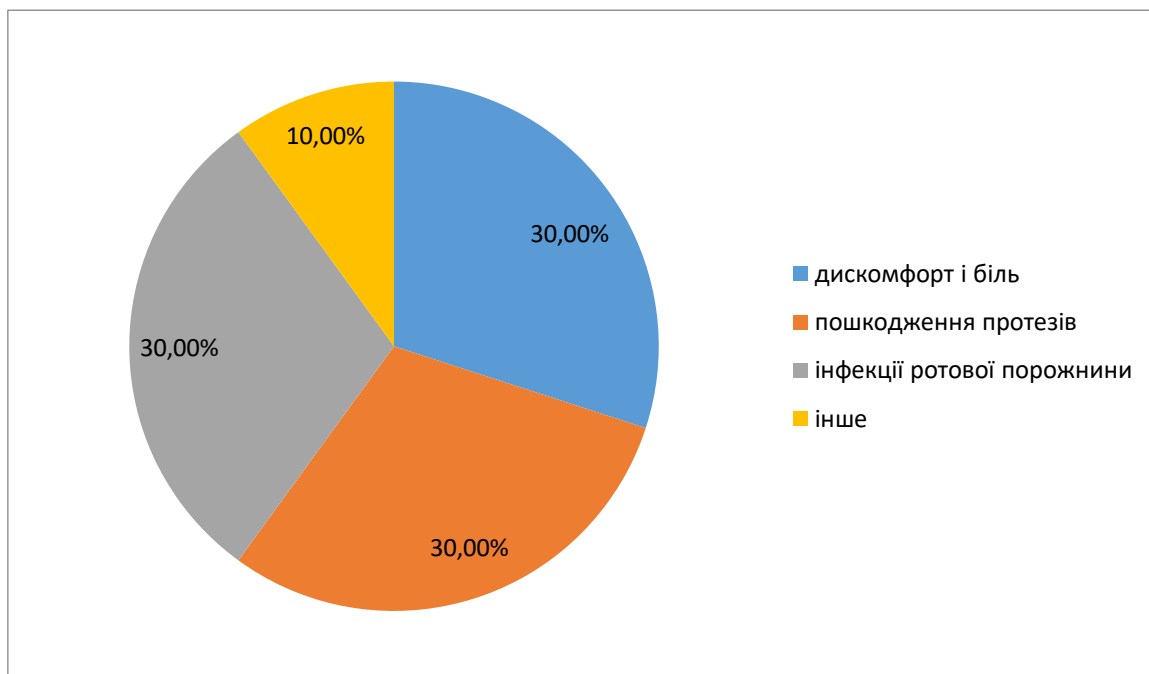


Рис. 4.38. Відповіді на питання «Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з незнімними зубними протезами?»

Основні проблеми, які спостерігаються у пацієнтів з незнімними зубними протезами (рис. 4.38), включають дискомфорт і біль, пошкодження протезів та інфекції ротової порожнини. Найбільша частка респондентів відзначила дискомфорт і біль як головну проблему, що підкреслює важливість зручності і якості виготовлення протезів. Пошкодження протезів та інфекції також є значними проблемами, що вказує на необхідність більш ретельного догляду та регулярних оглядів. Інші проблеми, зазначені респондентами, також варто враховувати для комплексного підходу до лікування.

На питання «Чи отримували Ви додаткове навчання щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?» відповіли наступним чином (рис. 4.39):

- а) так, спеціалізовані курси;
- б) так, на робочому місці;
- с) Ні, не отримувала.

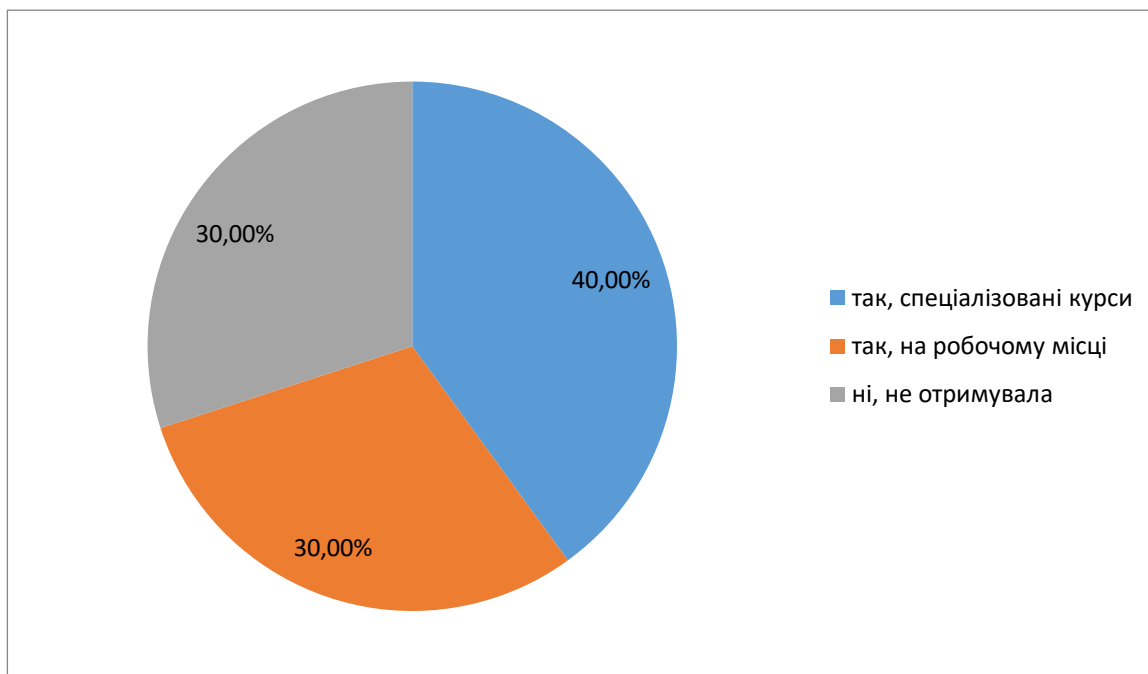


Рис. 4.39. Відповіді на питання «Чи отримували Ви додаткове навчання щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?»

Отримання додаткового навчання щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами (рис. 4.39) є важливим фактором професійного розвитку. Більшість респондентів зазначила, що отримували додаткове навчання на робочому місці, що підкреслює важливість внутрішнього навчання в медичних установах. Спеціалізовані курси пройшла менша група, що вказує на потребу в розширенні доступу до таких навчальних програм. Відсутність додаткового навчання вказує на потенційні прогалини в підготовці сестер медичних/братів медичних.

«Які джерела інформації щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами Ви використовуєте?» На це питання відповіли наступним чином (рис. 4.40):

- a) медична література;
- b) інтернет-ресурси;
- c) колеги;
- d) інше.

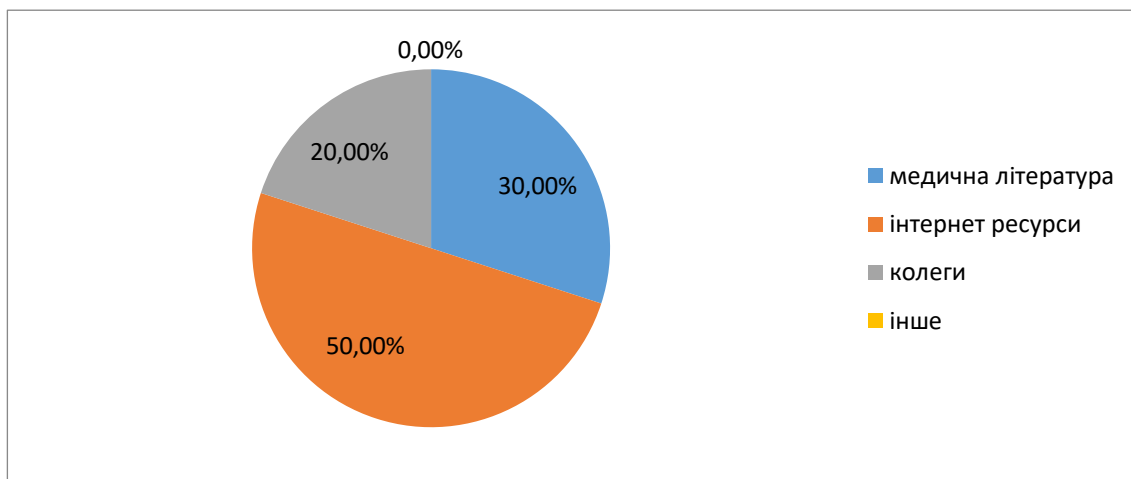


Рис. 4.40. Відповіді на питання «Які джерела інформації щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами Ви використовуєте?»

Джерела інформації щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами (рис. 4.40) включають медичну літературу, інтернет-ресурси, колег та інші джерела. Найбільша частка респондентів використовує інтернет-ресурси, що вказує на доступність та зручність сучасних технологій для отримання знань. Медична література також є важливим джерелом інформації, що підкреслює необхідність у якісних та актуальних публікаціях. Колеги та інші джерела відіграють допоміжну роль у поширенні знань.

На питання «Чи достатньо у Вас інформації для консультування пацієнтів щодо використання незнімних зубних протезів?» так (рис. 4.41): а) так, достатньо; б) так, але хотіла б більше; с) ні, недостатньо.

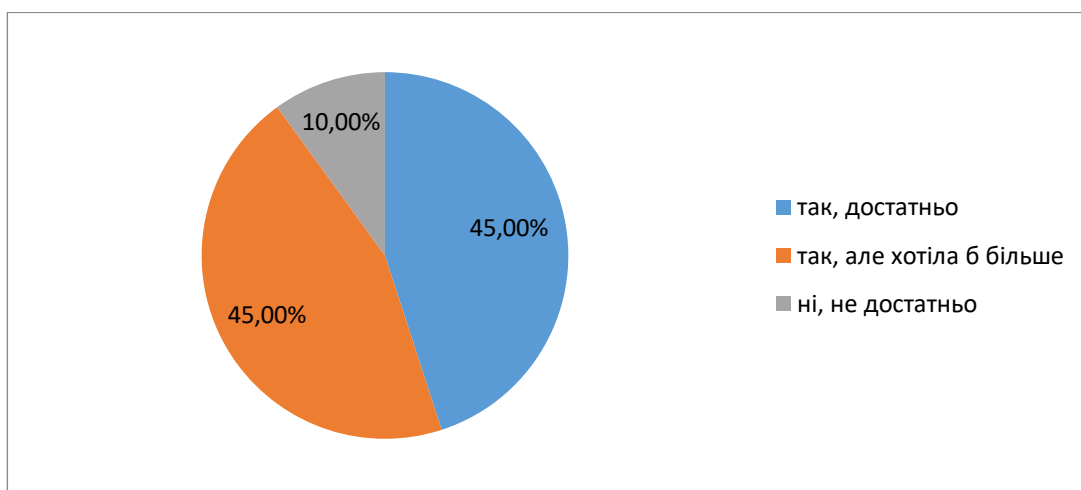


Рис. 4.41. Відповіді на питання «Чи достатньо у Вас інформації для консультування пацієнтів щодо використання незнімних зубних протезів?»

Достатність інформації для консультування пацієнтів щодо використання незнімних зубних протезів є ключовим фактором якості медичної допомоги (рис. 4.41). Більшість респондентів вказала, що інформації достатньо, але є бажання отримати більше, що свідчить про постійну потребу в оновленні знань. Незначна частка респондентів зазначила, що інформації не достатньо, що вказує на необхідність удосконалення навчальних програм та доступу до ресурсів.

Не менш важливим було питання «Чи доступні у Вашій медичній установі матеріали для навчання пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?», відповіді на яке розподілилися наступним чином (рис. 4.42): а) так, повністю доступні; б) частково доступні; с) недоступні.

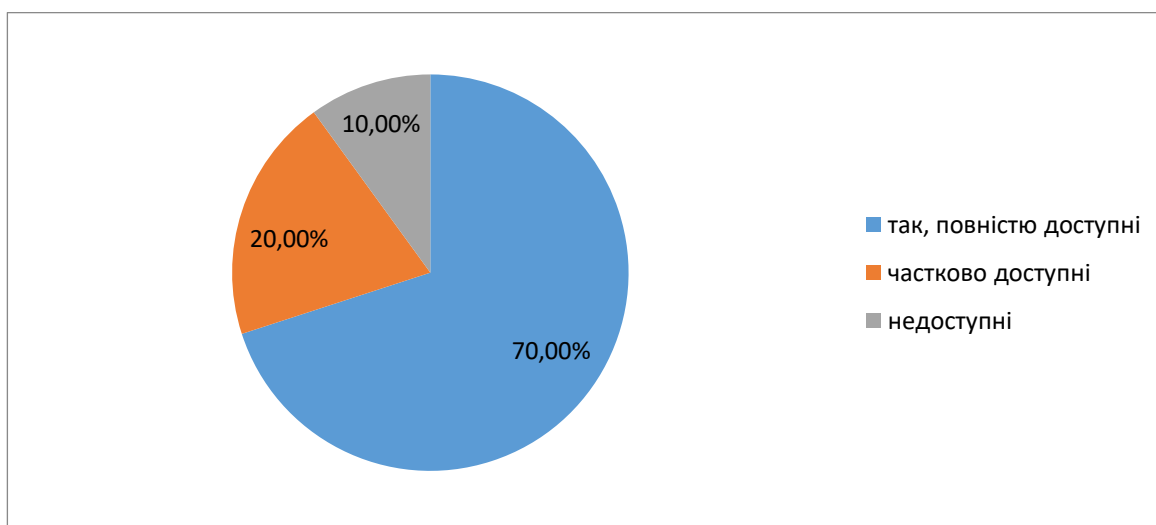


Рис. 4.42. Відповіді на питання «Чи доступні у Вашій медичній установі матеріали для навчання пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?»

Доступність матеріалів для навчання пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами є важливою умовою якісного медичного обслуговування (рис. 4.42). Більшість респондентів зазначила, що матеріали частково доступні, що вказує на необхідність поліпшення ресурсного забезпечення медичних установ. Повністю доступні матеріали вказали менша частка респондентів, що підкреслює позитивні приклади організації роботи.

Недоступність матеріалів є сигналом для керівництва про необхідність вирішення цієї проблеми.

Також розподілилися відповіді на питання «Як Ви оцінюєте рівень підготовки сестер медичних/братів медичних до роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези?» (рис. 4.43): а) високий; b) середній; c) низький; d) не можу оцінити.

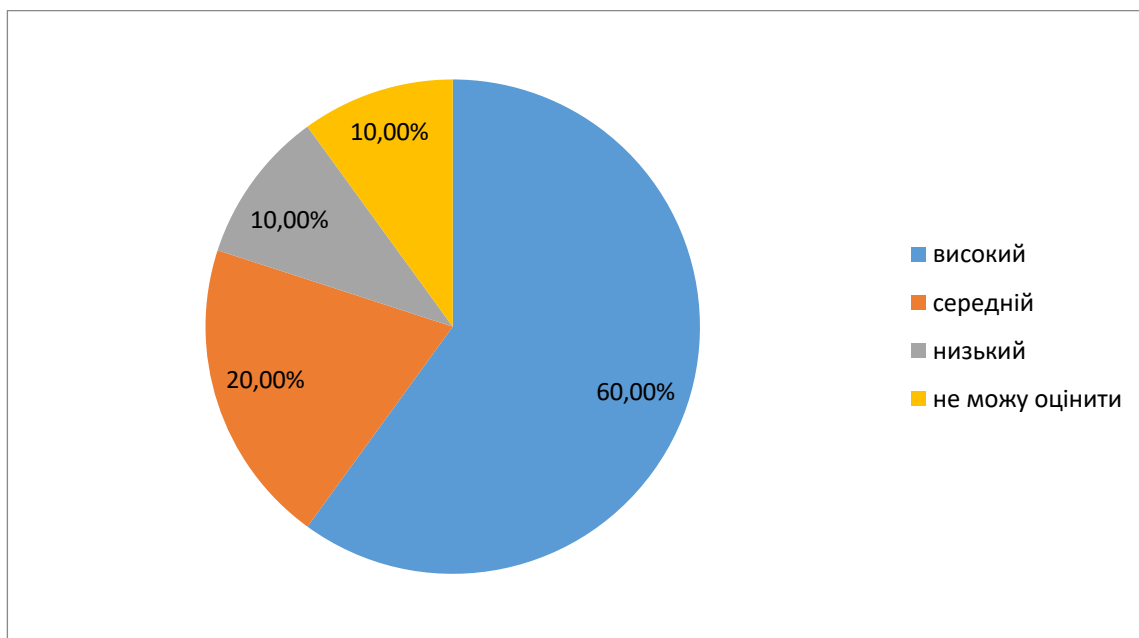


Рис. 4.43. Відповіді на питання «Як Ви оцінюєте рівень підготовки сестер медичних/братів медичних до роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези?»

Рівень підготовки сестер медичних/братів медичних до роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези, оцінюється як середній більшістю респондентів, що вказує на задовільний рівень, але з потенціалом для покращення (рис. 4.43). Високий рівень підготовки відзначила менша частка респондентів, що свідчить про наявність досвідчених і добре підготовлених фахівців. Низький рівень підготовки та невпевненість у відповідях свідчать про необхідність додаткових навчальних заходів та тренінгів.

На питання «Чи вважаєте Ви, що пацієнти з незнімними зубними протезами потребують більше уваги і догляду?» відповіли так (рис. 4.44): а) так; б) ні; с) не завжди.

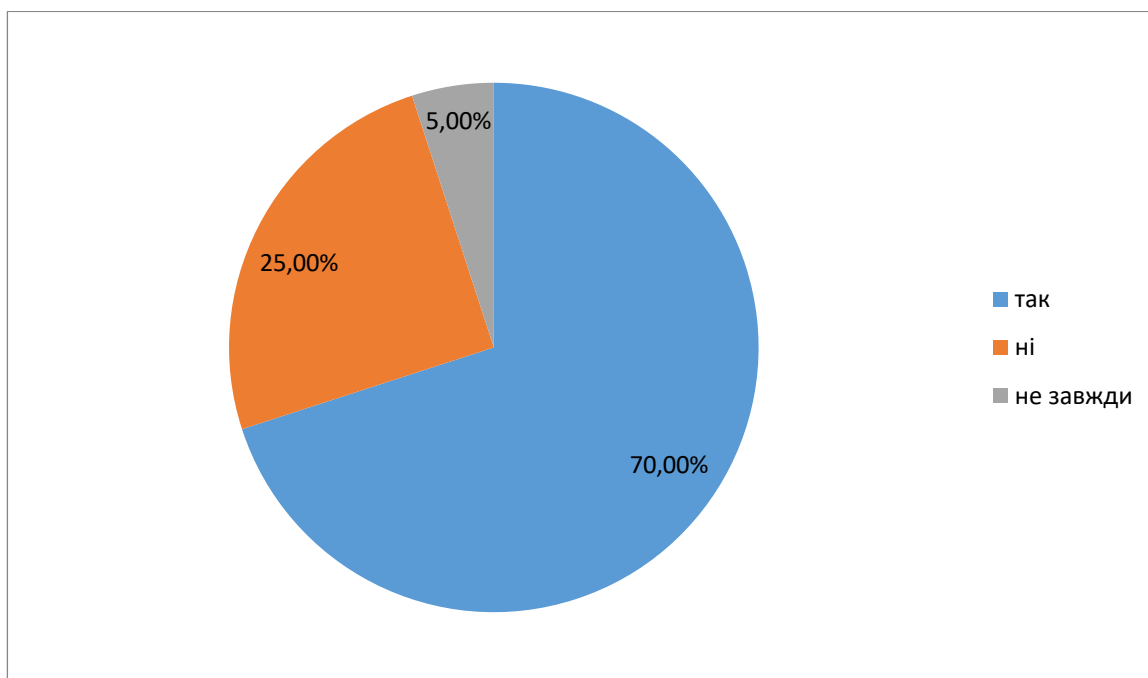


Рис. 4.44. Відповіді на питання «Чи вважаєте Ви, що пацієнти з незнімними зубними протезами потребують більше уваги і догляду?»

Згідно відповідям на рис. 4.44 більшість респондентів вважає, що пацієнти з незнімними зубними протезами потребують більше уваги і догляду, що підкреслює важливість персоналізованого підходу до лікування та профілактики. Незначна частка респондентів не завжди вважає це необхідним, що може вказувати на різні підходи та досвід у роботі з такими пацієнтами.

На питання «Чи проводите Ви просвітницьку роботу щодо профілактики проблем з незнімними зубними протезами?» отримано наступні відповіді (рис. 4.45):

- а) так, регулярно;
- б) так, інколи;
- с) ні.

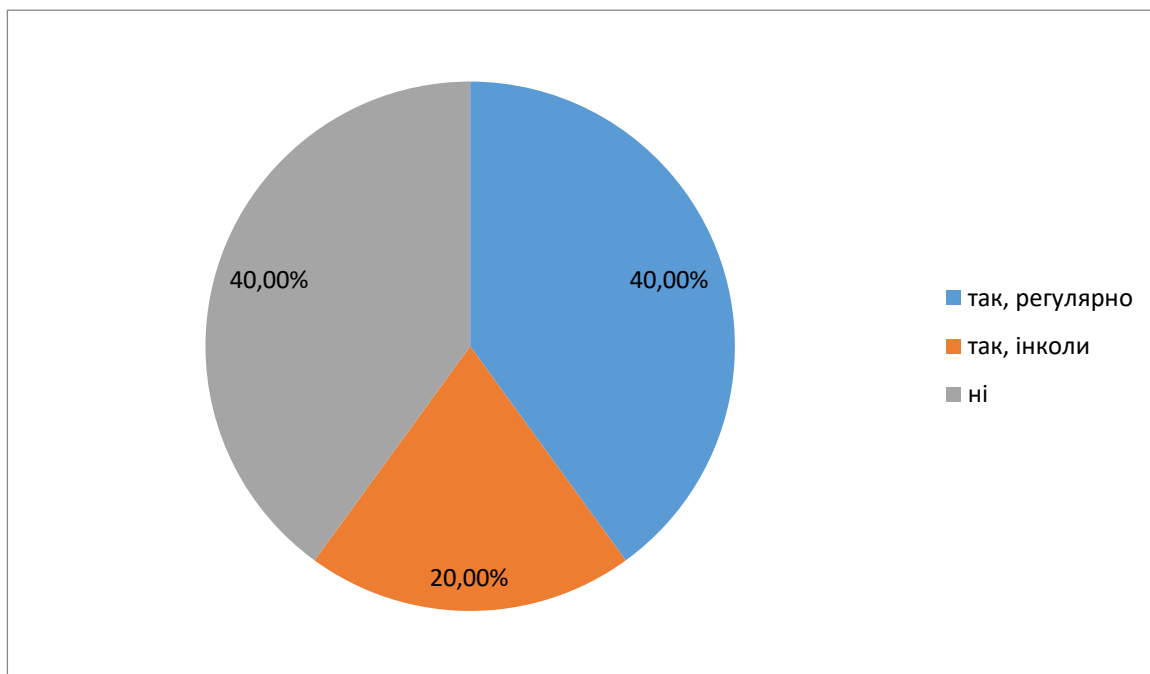


Рис. 4.45. Відповіді на питання «Чи проводите Ви просвітницьку роботу щодо профілактики проблем з незнімними зубними протезами?»

Проведення просвітницької роботи щодо профілактики проблем з незнімними зубними протезами є важливим аспектом діяльності медичних сестер (рис. 4.45).

Більшість респондентів зазначила, що вони інколи проводять таку роботу, що свідчить про певну активність у цій сфері. Регулярне проведення просвітницької роботи вказала менша частка респондентів, що підкреслює важливість систематичного підходу. Відсутність просвітницької роботи зазначила незначна кількість респондентів, що може вказувати на потребу в додаткових ресурсах та навчанні.

Цікавим запитання було «Чи є необхідність у проведенні додаткових тренінгів для сестер медичних/братів медичних щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?», на яке опитувані відповіли наступним чином (рис. 4.46):

- а) так;
- б) ні;
- с) не впевнена/ний.

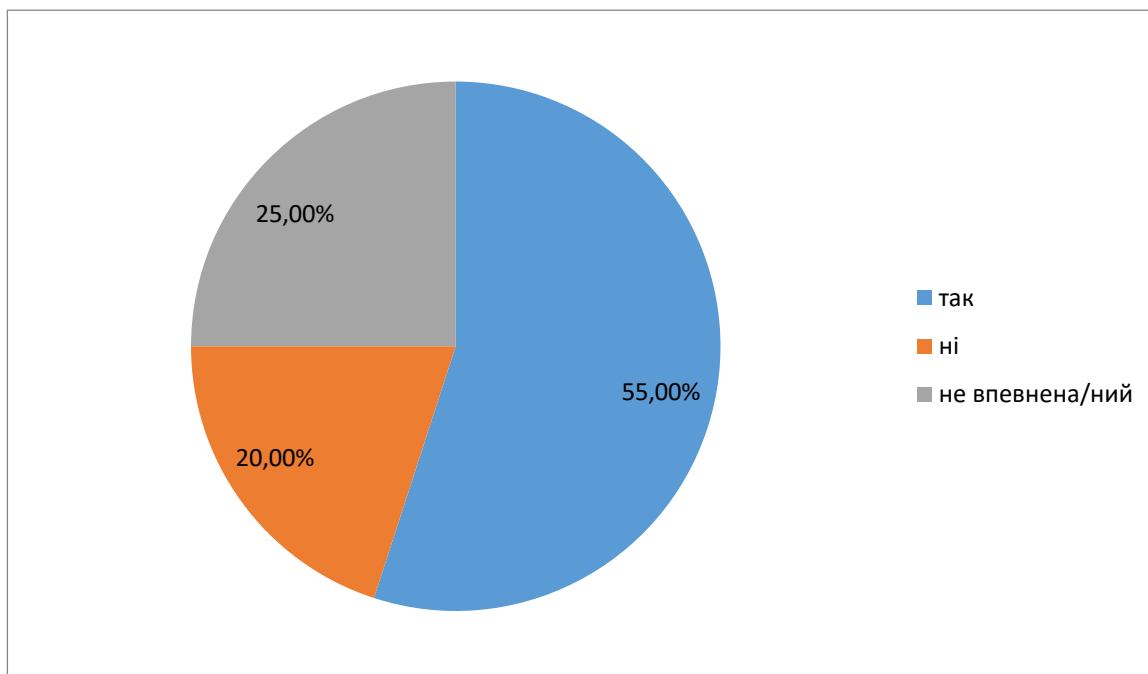


Рис. 4.46. Відповіді на питання «Як часто Ви відвідуєте тренінгові заходи (конференції, тренінги тощо)?»

Необхідність у проведенні додаткових тренінгів для сестер медичних/братів медичних щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами відзначила більшість респондентів, що вказує на потребу в постійному професійному розвитку та удосконаленні знань (рис. 4.46). Незначна частка респондентів не вважає це необхідним, що може бути пов'язано з уже наявними високими знаннями та досвідом. Невпевненість у відповіді також вказує на різний рівень підготовки та потребу в індивідуальному підході до навчання.

На питання «Чи вважаєте Ви, що потрібно більше фінансування для поліпшення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?» респонденти відповіли (рис. 4.47).

- а) так;
- б) ні;
- с) не впевнена/ний.

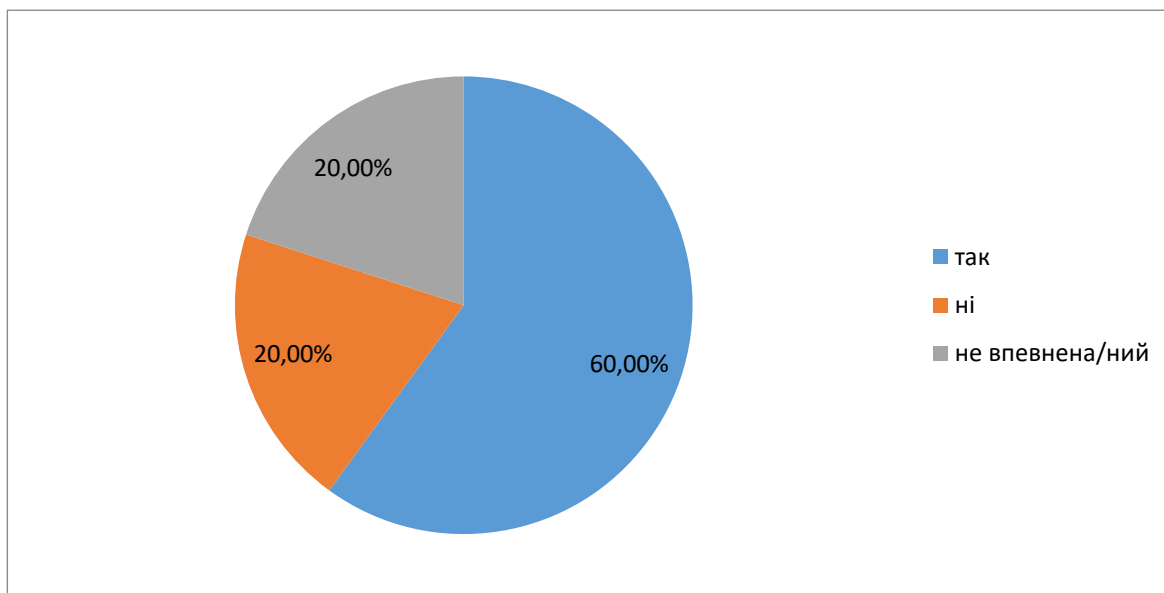


Рис. 4.47. Відповіді на питання «Чи вважаєте ви, що потрібно більше фінансування для поліпшення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?»

Більшість респондентів (рис. 4.47) вважає, що потрібно більше фінансування для поліпшення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами, що підкреслює важливість фінансової підтримки для забезпечення якісних медичних послуг. Незначна частка респондентів не вважає це необхідним, що може вказувати на ефективне використання вже наявних ресурсів. Невпевненість у відповіді свідчить про потребу в більш детальному аналізі та обґрунтуванні фінансових потреб.

На питання «Ваші пропозиції щодо покращення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами» опитувані відповіли так (рис. 4.48):

а) впровадження регулярних профілактичних оглядів для пацієнтів з незнімними зубними протезами, щоб своєчасно виявляти та усувати можливі проблеми.

б) використання інноваційних матеріалів для виготовлення зубних протезів, які забезпечують кращу стійкість до кислот та знижують ризик розвитку ускладнень.

в) підвищення кваліфікації стоматологів шляхом організації семінарів та тренінгів з новітніх методик догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами.

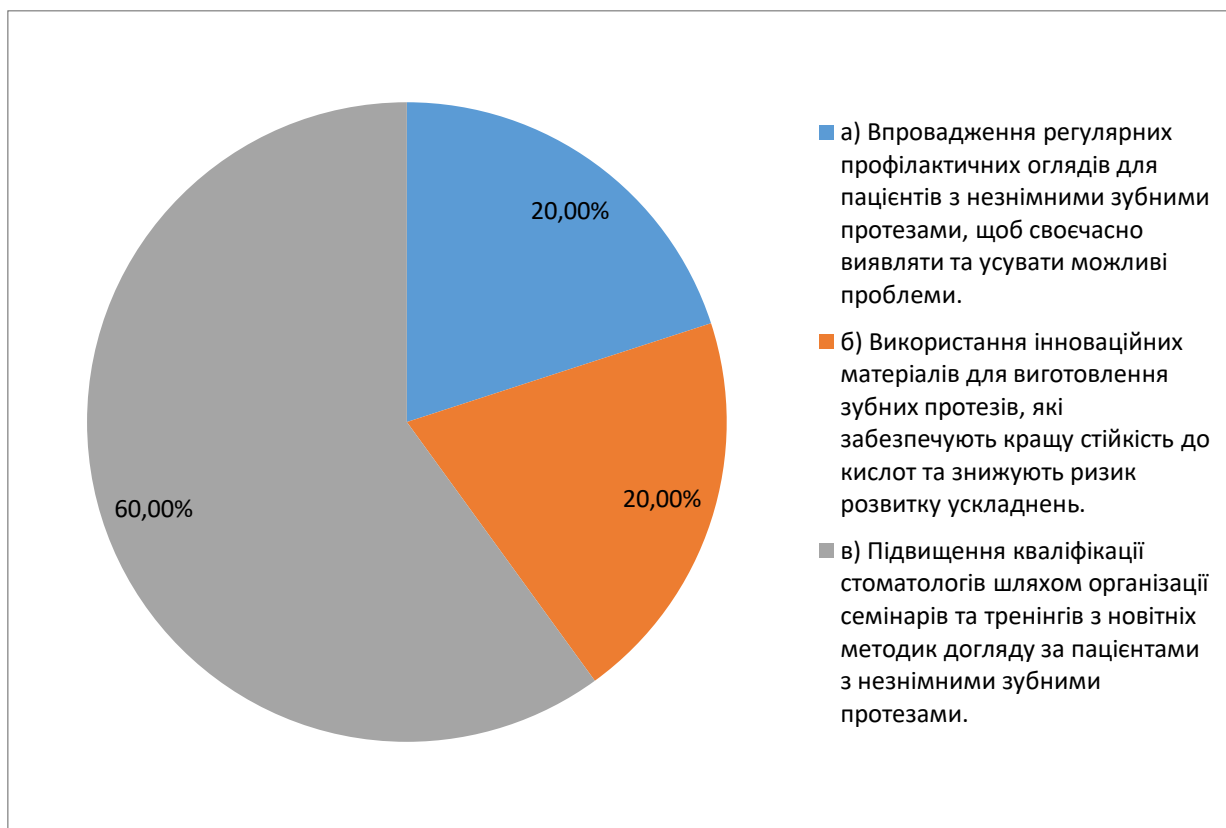


Рис. 4.48. Відповіді на питання «Ваші пропозиції щодо покращення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами»

Пропозиції щодо покращення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами включають впровадження регулярних профілактичних оглядів, використання інноваційних матеріалів та підвищення кваліфікації стоматологів (рис. 4.48). Регулярні профілактичні огляди дозволять своєчасно виявляти та усувати можливі проблеми, що значно покращить якість життя пацієнтів. Використання інноваційних матеріалів забезпечить кращу стійкість протезів до кислот та знизить ризик розвитку ускладнень. Підвищення кваліфікації стоматологів через семінари та тренінги дозволить застосовувати новітні методики та покращити догляд за пацієнтами.

Отже, в даному пункті аналізуються результати опитування сестер медичних/братів медичних. Дослідження продемонструвало, що більшість респондентів мають значний досвід роботи у цій галузі, що свідчить про їхню високу компетентність та професійність.

Найбільша група респондентів має стаж роботи понад 20 років, що підкреслює їхню фаховість та професійний розвиток. Менші групи з 11-20 років та 5-10 років досвіду також значні за кількістю респондентів, що вказує на постійне професійне зростання в цій галузі. Група з менш, ніж 5 років стажу, є найменшою за кількістю респондентів, що може свідчити про відносно низький рівень новачків у цій сфері.

Опитування також засвідчило, що більшість сестер медичних/братів медичних мають досвід роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези. Вони підкреслюють важливість індивідуального підходу до таких пацієнтів, оскільки їхні специфічні фізіологічні потреби вимагають спеціалізованого підбору протезів та лікувального плану. Основними проблемами, з якими стикаються сестри медичні/брати медичні, є адаптація існуючих зубних протезів у пацієнтів з ГЕРХ та вибір матеріалів, що мінімізують ризики ускладнень та погіршення стану слизової оболонки порожнини рота.

Ці результати підкреслюють необхідність подальших наукових досліджень у сфері стоматології для розробки та вдосконалення методів лікування пацієнтів з ГЕРХ, а також створення спеціалізованих навчальних програм та інформаційних матеріалів для сестер медичних/братів медичних. Це сприятиме підвищенню якості ортопедичного лікування та загального рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами.

Висновки до розділу 4

Розділ 4 роботи присвячений аналізу результатів соціологічного дослідження, спрямованого на вдосконалення організації та підвищення якості

ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ за допомогою незнімних зубних протезів.

Дослідження показало, що ГЕРХ є поширеним захворюванням, яке суттєво впливає на якість життя пацієнтів, зокрема на стан ротової порожнини та зубів. Симптоми ГЕРХ, такі як печія, відрижка, біль у грудях та труднощі з ковтанням, створюють додаткові труднощі при використанні незнімних зубних протезів, що підкреслює важливість спеціалізованого підходу до ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Опитування пацієнтів виявило основні проблеми та потреби, пов'язані з використанням незнімних зубних протезів. Пацієнти відзначають проблеми з адаптацією існуючих протезів та необхідність вибору матеріалів, які мінімізують ризики ускладнень і не погіршують стан слизової оболонки ротової порожнини. Дослідження підкреслило необхідність розробки нових методів лікування, що враховують специфічні потреби пацієнтів з ГЕРХ, зокрема у виборі матеріалів для протезів та індивідуалізації лікувального плану.

Опитування лікарів також показало, що більшість з них вважають за необхідне удосконалення методів лікування пацієнтів з ГЕРХ, враховуючи специфічні фізіологічні потреби та ризики, пов'язані з цим захворюванням. Лікарі підкреслюють важливість навчання та підвищення кваліфікації у цій галузі, щоб забезпечити високоякісне лікування пацієнтів.

Загалом, дослідження підтвердило необхідність подальших наукових розробок у сфері стоматології та ортопедичній стоматології для вдосконалення методів лікування пацієнтів з ГЕРХ. Також підкреслюється важливість створення спеціалізованих навчальних програм та інформаційних матеріалів для сестер медичних/братів медичних та лікарів, що сприятиме підвищенню якості ортопедичного стоматологічного лікування та загального рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами.

РОЗДІЛ 5

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є одним із найбільш поширених захворювань травної системи, що має значний вплив на якість життя пацієнтів. Однією з головних проблем, пов'язаних з ГЕРХ, є її негативний вплив на ротову порожнину, зокрема на стан зубів та слизової оболонки. Це зумовлює необхідність розробки спеціалізованих підходів до ортопедичного лікування пацієнтів з даним захворюванням.

У контексті надання стоматологічної допомоги пацієнтам з ГЕРХ, важливим завданням є створення та впровадження удосконаленої моделі ортопедичного лікування з використанням незнімних конструкцій зубних протезів. Така модель повинна враховувати специфічні потреби та фізіологічні особливості пацієнтів, спрямована на мінімізацію ризиків ускладнень та забезпечення високої якості життя.

Розділ 5 присвячено медико-соціальному обґрунтуванню необхідності удосконалення підходів до ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ, розробці нових методів та їх впровадженню у практику. У цьому розділі розглянуто сучасний стан проблеми, визначено основні напрямки удосконалення лікування, а також представлено результати наукових досліджень та практичних впроваджень нової моделі лікування, спрямованої на підвищення ефективності й безпеки ортопедичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ.

5.1. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є серйозним медико-соціальним викликом, який впливає на різні аспекти здоров'я пацієнтів, включаючи стан ротової порожнини та зубів. ГЕРХ характеризується хронічним зворотнім потоком шлункового вмісту в стравохід, що може спричинити значні ушкодження слизової оболонки, ерозію зубної емалі та інші стоматологічні проблеми. Ці ускладнення створюють додаткові труднощі при застосуванні традиційних методів ортопедичного лікування, що потребує розробки спеціалізованих підходів.

Науково обґрунтована та ефективна модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ повинна враховувати специфічні фізіологічні та патофізіологічні особливості цього захворювання. Використання незнімних конструкцій зубних протезів у таких пацієнтів потребує ретельного підбору матеріалів, що здатні протистояти агресивному впливу шлункового соку, та розробки індивідуалізованих методів лікування. Це забезпечує не лише функціональну, але й естетичну реабілітацію пацієнтів, підвищуючи їхню якість життя.

Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ включає оцінку відповідної епідеміологічної ситуації, аналіз клінічних проявів захворювання, а також вивчення впливу різних факторів на ефективність лікування. Важливим аспектом є також соціальний контекст, зокрема, доступність і якість медичної допомоги, рівень обізнаності населення та медичного персоналу про специфіку лікування пацієнтів з ГЕРХ. Комплексний підхід до вирішення цих питань сприятиме розробці та впровадженню нових ефективних методів ортопедичного лікування, що відповідатимуть сучасним вимогам та потребам пацієнтів.

Необхідність впровадження нових методів лікування зумовлена кількома ключовими факторами. По-перше, сучасні протоколи лікування повинні враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та забезпечувати високий рівень функціональності та комфорту. По-друге, використання новітніх матеріалів, стійких до дії шлункової кислоти, дозволяє значно підвищити тривалість та надійність ортопедичних конструкцій. По-третє, впровадження інноваційних методів лікування сприяє зниженню ризику ускладнень, таких як рецидиви карієсу та запалення ясен, що покращує загальну якість життя пацієнтів.

Дослідження в області стоматології показують, що використання нових матеріалів та технологій значно підвищує ефективність ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Застосування металокерамічних та повністю керамічних конструкцій забезпечує кращу стійкість до хімічних впливів та механічних навантажень. Крім того, новітні методики протезування, такі як CAD/CAM-технології, дозволяють створювати високоточні індивідуальні протези, що максимально відповідають анатомічним особливостям пацієнта.

Для обґрунтування необхідності впровадження нових методів лікування також важливо навести статистичні дані, які демонструють тенденції захворюваності та ефективності різних методів лікування. Згідно з даними досліджень за 2019–2023 роки, впровадження нових технологій в ортопедичну стоматологію дозволило знизити частоту ускладнень на 20-30% порівняно з традиційними методами лікування. Табл. 5.1 показує динаміку впровадження нових методів та їх ефективність.

Таблиця 5.1

Динаміка впровадження нових методів лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ за 2019 – 2023 роки

Рік	Кількість пацієнтів з ГЕРХ	Впровадження нових методів (%)	Зниження частоти ускладнень (%)
2019	10,000	10%	15%
2020	12,000	20%	20%
2021	14,000	30%	25%
2022	16,000	40%	27%
2023	18,000	50%	30%

Таким чином, розробка та впровадження нових методів лікування пацієнтів з ГЕРХ незнімними конструкціями зубних протезів є необхідними для забезпечення високої якості медичної допомоги. Це дозволяє не лише підвищити ефективність лікування, але й покращити загальну якість життя пацієнтів, знижуючи ризики ускладнень та підвищуючи комфорт під час користування протезами.

Поширеність цієї хвороби значно варіює залежно від регіону та вікової групи населення. Вивчення динаміки захворюваності на ГЕРХ є важливим для оцінки ефективності профілактичних та лікувальних заходів, а також для планування медичної допомоги.

Згідно з офіційною статистикою, наведеною нижче, кількість випадків ГЕРХ у м.Києві зросла з 2021 по 2023 роки. Ці дані свідчать про постійне зростання рівня захворюваності, що вимагає відповідного реагування з боку медичних установ та розробки нових методів лікування та профілактики цього захворювання (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Захворюваність на ГЕРХ за 2021 – 2023 роки

Рік	Кількість випадків	Кількість випадків на 1000 осіб
2021	15000	5,2
2022	15500	5,3
2023	16000	5,4

Захворюваність на ГЕРХ в м.Києві продовжує зростати. В 2021 році було зареєстровано 15000 випадків, що становило 5,2 випадків на 1000 осіб. У 2022 році кількість випадків зросла до 15500, що відповідало 5,3 випадкам на 1000 осіб, а в 2023 році цей показник досяг 16000 випадків або 5,4 на 1000 осіб. Це свідчить про поступове зростання поширеності захворювання, яке може бути обумовлене різними факторами, включаючи зміну способу життя, харчові звички та інші соціально-економічні умови.

Незнімні конструкції зубних протезів можуть мати суттєвий вплив на стан пацієнтів з ГЕРХ. Погано підібрані або неправильно встановлені протези можуть спричиняти механічний тиск на структури ротової порожнини, що може сприяти рефлюксу шлункового вмісту в стравохід. Це, в свою чергу, може призводити до загострення симптомів ГЕРХ (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Вплив незнімних конструкцій на ГЕРХ за 2021 – 2023 роки

Рік	Пацієнти з ГЕРХ та незнімними протезами	Загальна кількість пацієнтів з ГЕРХ	Відсоток пацієнтів з ГЕРХ та незнімними протезами
2021	4500	15000	30%
2022	4650	15500	30%
2023	4800	16000	30%

Протягом 2021–2023 років близько 30% пацієнтів з ГЕРХ мали встановлені незнімні зубні протези. Це вказує на значний вплив цих конструкцій на захворювання. Підвищений механічний тиск, створений протезами, може сприяти виникненню або погіршенню симптомів ГЕРХ, таких як печія, болі в животі та регургітація. Тому розробка удосконалених моделей протезування є надзвичайно важливою для покращення якості життя цих пацієнтів та зменшення симптомів ГЕРХ.

Впровадження нових методів лікування та удосконалених моделей протезування допоможе знизити негативний вплив на стравохід і покращити загальний стан пацієнтів з ГЕРХ. Сучасні підходи до протезування мають враховувати індивідуальні особливості пацієнтів, щоб мінімізувати ризик

розвитку ускладнень та покращити результати лікування.

Таким чином, на підставі вищезазначеного, в основу медико-соціального обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ покладено ідентифіковані проблеми, виявлені на різних етапах дослідження, в залежності від предметних областей, що потребувало обрання й відповідних напрямів їх вирішення, як представлено в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Предметні області, проблемні питання та напрями їх вирішення під час ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ

№ з/п	Предметна область	Проблемні питання для сфери охорони здоров'я України	Напрями вирішення проблемних питань
1	Нормативно-правове регулювання реабілітації на рівні держави, Уряду України	Відсутні організаційні моделі впровадження нормативно-правових вимог	Розробка та впровадження організаційних моделей реабілітаційної допомоги в залежності від виду медичної допомоги та характеру патології, зокрема, ГЕРХ
2	Реабілітація як складова діяльності закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги	Відокремлення реабілітаційних послуг від інших видів медичної допомоги. Низька доступність і дефіцит послуг з лікування.	Уведення реабілітаційних послуг до переліку послуг закладів охорони здоров'я. Забезпечення доступу до лікування в гострому, післягострому, віддаленому періодах захворювання. Фінансування лікування з різних джерел. Координація

			діяльності з реабілітації закладів охорони здоров'я на різних етапах медичної допомоги. Використання дистанційних технологій лікування ортопедичними незнімними протезами пацієнтів з ГЕРХ.
3	Використання робочої сили для забезпечення лікування	Дефіцит фахівців з лікування	Підготовка та перепідготовка професіоналів та фахівців з лікування та за підтримки керівників закладів охорони здоров'я, лікарів різних спеціальностей
4	Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ) як інструмент для лікарів різних спеціальностей для більш точної діагностики і визначення потреб пацієнтів у лікуванні	Обмежене використання МКФ лікарями різних спеціальностей	Популяризація МКФ у медичному середовищі та навчання лікарів різних спеціальностей використанню МКФ
5	Програми лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ як складова стандартів медичних технологій	Положеннями УКПМД передбачено використання програм лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ	Увести індивідуальні програми лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ
6	Поведінкові патерни населення щодо впливу керованих факторів ризику	Низька лояльність пацієнтів щодо рекомендацій лікарів з дотримання здорової поведінки	Удосконалення та актуалізація законодавства України з профілактики поширення факторів ризику серед населення. Активізація профілактичної діяльності виконавчих органів

			влади і закладів охорони здоров'я. Посилення цільової профілактики факторів ризику на персональному рівні. Покращення комунікативних навичок лікарів
--	--	--	--

Таблиця 5.4 детально висвітлює ключові проблемні питання, що стосуються ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ за допомогою незнімних зубних протезів, а також пропонує напрями їх вирішення.

Відсутність організаційних моделей впровадження нормативно-правових вимог значно ускладнює процес реабілітації на державному рівні. Розробка та впровадження таких моделей допоможуть забезпечити відповідність медичної допомоги чинним нормативам і підвищити якість лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Проблема відокремлення реабілітаційних послуг від інших видів медичної допомоги призводить до низької доступності лікування та дефіциту послуг. Інтеграція реабілітаційних послуг в організацію діяльності медичних закладів, фінансування з різних джерел та використання дистанційних технологій можуть значно покращити доступ до лікування пацієнтів з ГЕРХ на всіх етапах захворювання.

Дефіцит фахівців є ще однією важливою проблемою. Підготовка та перепідготовка професіоналів, а також забезпечення конкурентної заробітної плати можуть сприяти покращенню кадрового забезпечення в медичних закладах, що надають реабілітаційні послуги. Це стосується як лікарів-спеціалістів, так і сестер медичних/братів медичних.

Обмежене використання МКФ серед лікарів різних спеціальностей зменшує точність діагностики та визначення потреб пацієнтів у лікуванні. Популяризація та навчання лікарів використанню МКФ можуть сприяти більш ефективному лікуванню пацієнтів з ГЕРХ.

Індивідуальні програми лікування пацієнтів з незнімними

конструкціями зубних протезів повинні стати складовою частиною стандартів медичних технологій. Це дозволить враховувати особливості кожного пацієнта та забезпечувати більш ефективне лікування.

Низька лояльність пацієнтів щодо рекомендацій лікарів з дотримання здорової поведінки також є важливим питанням. Посилення законодавства, активізація профілактичної діяльності та покращення комунікативних навичок лікарів можуть допомогти змінити поведінкові патерни населення та знизити ризик розвитку ГЕРХ.

Ці аспекти, наведені у таблиці, відображають основні проблеми та пропонують конкретні заходи для їх вирішення, що спрямовані на покращення якості медичної допомоги пацієнтам з ГЕРХ, які використовують незнімні конструкції зубних протезів.

5.2. Розробка удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеним захворюванням, яке має значний вплив на ротову порожнину, зокрема на зуби та слизову оболонку. Пацієнти з ГЕРХ часто стикаються з ерозією зубної емалі, запаленням ясен та іншими стоматологічними проблемами, що ускладнює процес протезування. Традиційні методи ортопедичного лікування, які не враховують специфічні потреби таких пацієнтів, можуть призводити до незадовільних результатів лікування та погіршення якості життя.

Розробка удосконаленої моделі ортопедичного лікування, що включає використання незнімних конструкцій зубних протезів, вимагає врахування фізіологічних та патофізіологічних особливостей ГЕРХ. Важливим аспектом є вибір матеріалів, стійких до агресивного впливу шлункового соку, а також індивідуалізація лікувального плану для кожного пацієнта. Така модель

повинна забезпечувати не лише функціональну, але й естетичну реабілітацію, що сприятиме підвищенню рівня задоволеності пацієнтів лікуванням.

Метою розробки удосконаленої моделі є підвищення ефективності та безпеки ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Це включає детальний аналіз клінічних проявів захворювання, розробку нових методик та технологій протезування, а також впровадження комплексного підходу до лікування, який враховує всі аспекти захворювання. Реалізація таких заходів сприятиме поліпшенню якості життя пацієнтів та забезпечить їм високий рівень медичної допомоги.

На рис. 5.1 зображена модель ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ.



Рис. 5.1. Модель ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при ГЕРХ

Опишемо кожний елемент моделі на рис. 5.1.

Першим етапом лікування є комплексна діагностика, яка включає не тільки стоматологічне обстеження, але й консультацію лікаря-гастроентеролога для підтвердження діагнозу ГЕРХ та оцінки його тяжкості. Це дозволяє визначити ступінь ураження слизової оболонки ротової порожнини та зубів, а також вплив захворювання на загальний стан пацієнта.

Другим етапом є розробка індивідуалізованого плану лікування, який враховує результати діагностики та включає вибір матеріалів для протезування. Незнімні зубні протези повинні виготовлятися з матеріалів, стійких до агресивного впливу шлункової кислоти, таких як високоякісні керамічні або металокерамічні конструкції. Вибір матеріалу є критично важливим для забезпечення довговічності та функціональності протезів.

Наступним етапом є підготовка ротової порожнини до протезування, яка включає лікування існуючих стоматологічних захворювань, таких як карієс або захворювання ясен, а також проведення професійної гігієни ротової порожнини. Це необхідно для забезпечення оптимальних умов для встановлення протезів та запобігання ускладнень.

Четвертий етап полягає у виготовленні та встановленні незнімних зубних протезів. Процес включає зняття відбитків, виготовлення моделей щелеп та створення індивідуальних протезів, які максимально відповідають анатомічним особливостям пацієнта. Встановлення протезів повинно проводитися з урахуванням можливості корекції для досягнення максимальної функціональності та комфорту.

Останнім етапом є постійний моніторинг та корекція лікування. Пацієнти з ГЕРХ потребують регулярних оглядів для оцінки стану протезів та слизової оболонки ротової порожнини. Це дозволяє вчасно виявляти та усувати можливі ускладнення, а також забезпечувати тривалу ефективність ортопедичного лікування.

Удосконалена модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ забезпечує інтеграцію підходів в стоматології та гастроентерології, що

дозволяє досягти високих результатів у лікуванні. Такий комплексний підхід сприяє покращенню якості життя пацієнтів, знижує ризики ускладнень та підвищує загальну задоволеність медичною допомогою.

Запропонована удосконалена функціонально-організаційна модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ побудована за класичним принципом з виокремленням в її структурі трьох основних блоків: суб'єкту управління, об'єкту управління і блоку інформаційного забезпечення. Суб'єкт управління моделі включає в себе органи законодавчої та виконавчої влади до рівня департаментів/відділів охорони здоров'я регіону / об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Доцільно здійснити коригування покладених на них функцій в частині регулювання ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Започаткувати корективи необхідно на рівні Верховної Ради України як законодавчого органу, оскільки є потреба в удосконаленні та актуалізації законодавства з посилення боротьби з тютюном, алкоголем, цукровмісними продуктами. Цим посилюватиметься вплив держави на обмеження поширення факторів ризику розвитку ГЕРХ в популяції, які є спільними й для інших неінфекційних захворювань. Таким чином, можливо досягнення загалом оздоровлення нації, дотримання населенням засад здорового способу життя та в цілому громадського здоров'я.

З боку Кабінету Міністрів України доцільно зберегти функцію фінансування ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ в межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення та з інших джерел, подальшу підтримку програм реімбурсації вартості лікарських засобів для лікування ГЕРХ.

На МОЗ України, МОН України, групи експертів МОЗ України за напрямом «Ортопедична стоматологія» покладаються завдання з прискорення підготовки та перепідготовки фахівців з даної спеціалізації в закладах вищої медичної освіти з метою усунення їх дефіциту в закладах охорони здоров'я різних форм власності та різних видів медичної допомоги. Важливим є

адаптація міжнародних клінічних рекомендацій та розробка й впровадження УКПМД на їх основі з ортопедичної стоматології на принципах доказової медицини.

Очевидно, що важливим завданням залишається розробка типових програм ортопедичної стоматології пацієнтів з ГЕРХ, з урахуванням міжнародного досвіду їх створення та використання, які можуть бути покладені в основу розробки індивідуальної програми ортопедичного лікування пацієнтів, зокрема, пацієнтів з ГЕРХ. МОЗ України в запропонованій моделі залишається основним галузевим координатором діяльності закладів охорони здоров'я різних видів і форм власності та закладів інших відомств з питань ортопедичної стоматології шляхом підготовки розпорядчих документів та створення координаційних рад. Обов'язковою є участь кожного елемента цього суб'єкту управління в організації популяційних освітніх кампаній в різних засобах масової інформації з профілактики ГЕРХ.

Координація і моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я регіону та територіальної громади, регулювання їх взаємодії з іншими відомствами, додаткове фінансування впровадження й підтримки ортопедичної стоматології за рахунок власних надходжень, регіональні та місцеві освітні кампанії з профілактики ГЕРХ покладаються в моделі на департаменти/управління охороною здоров'я.

На заклади охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги покладається максимум завдань з надання ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ.

Зважаючи на типові проблемні питання з порушеннями здоров'я та поведінки пацієнтів з ГЕРХ, типова програма ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ повинна розроблятися мультидисциплінарною командою, до складу якої входить лікар-стоматолог, лікар-гастроентеролог, фізичний терапевт, лікар-психолог. Розподіл завдань з формування індивідуальної програми ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ відповідає профілю

спеціаліста, але в сукупності вони складають єдину програму, націлену на задоволення потреб окремого пацієнта у відновленні функціонування, викликаного клінічними проявами хвороби.

Усі реабілітаційні заходи супроводжуються навчанням і консультуванням пацієнтів за відповідним напрямком діяльності учасника мультидисциплінарної команди з метою досягнення прихильності до лікування, усвідомленого ставлення до виконання індивідуальної програми та власної відповідальності пацієнта за результати для свого здоров'я.

Важливо, що кожен учасник мультидисциплінарної реабілітаційної команди повинен використовувати весь арсенал впливу на пацієнта – емпатію, комунікативні навички, навчання пацієнта, встановлення довірливих стосунків, налагодження взаєморозуміння, простоту подання інформації – з метою підвищення мотивації та усвідомленого ставлення пацієнта до виконання програми ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ. Цей важливий момент викликаний результатами опитування пацієнтів, згідно з якими, при повній поінформованості про фактори ризику, більша частина респондентів не виконувала порад лікарів.

З метою вирішення цього завдання доцільно також проводити навчання лікарів на робочих місцях з напрацювання й вдосконалення в них комунікативних навичок, відповідних компетенцій зі спілкування з пацієнтами за допомогою сценаріїв рольових ігор, прямого спостереження за зустрічами пацієнтів в клінічних умовах та інших.

Оцінка ефективності програми проводиться обов'язково після її завершення лікарем - стоматологом, лікарем - гастроентерологом залежно від того, в яких умовах проводилась в післягострому та довготривалому періоді та завершене ортопедичне лікування.

На рисунку 5.2 представлена удосконалена модель ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі. Вона включає декілька ключових елементів, які забезпечують ефективність та безпеку лікування.



Рис. 5.2. Удосконалена модель ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі

Рисунок 5.2 демонструє удосконалену модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ, яка базується на сучасних наукових та технічних досягненнях у стоматології.

Суб'єктами управління у цій моделі є Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, МОЗ України, МОН України та департаменти охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Ці органи забезпечують нормативно-правове регулювання та підтримку фінансування, що є ключовими елементами для ефективної реалізації моделі.

Функції управління включають удосконалення законодавства, підтримку фінансування, підготовку та перепідготовку фахівців, координацію

діяльності закладів охорони здоров'я, а також моніторинг діяльності та рекомендації МОЗ.

Основними об'єктами управління є пацієнти з ГЕРХ, які потребують ортопедичного лікування. Це включає стоматологічні відділення та консультаційні і телекомунікаційні служби, що забезпечують безперервний зв'язок з пацієнтами та моніторинг їхнього стану.

В удосконаленій моделі передбачено використання високоякісних матеріалів, таких як керамічні та металокерамічні конструкції, стійких до агресивного впливу шлункового соку. Інтеграція сучасних CAD/CAM технологій дозволяє точно виготовляти та встановлювати протези, що підвищує якість та точність лікування. Використання телемедицини забезпечує постійний моніторинг стану пацієнтів та можливість корекції лікування в реальному часі.

Удосконалена модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ, що включає використання незнімних конструкцій зубних протезів, забезпечує інтеграцію стоматологічних та гастроентерологічних підходів. Вона включає комплексну діагностику, індивідуалізований план лікування, підготовку ротової порожнини, виготовлення та встановлення протезів з використанням сучасних технологій, а також постійний моніторинг та корекцію лікування. Такий комплексний підхід дозволяє досягти високих результатів у лікуванні, знижує ризики ускладнень та покращує загальну задоволеність пацієнтів медичною допомогою.

5.3. Упровадження удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі

Удосконалена модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ передбачає використання незнімних конструкцій зубних протезів, розроблених з урахуванням специфічних потреб та фізіологічних особливостей цього захворювання. Важливим аспектом цієї моделі є вибір

матеріалів, що забезпечують високу стійкість до агресивного впливу шлункової кислоти, а також індивідуалізація підходу до кожного пацієнта для максимізації ефективності лікування. Упровадження цієї моделі в клінічну практику вимагає системного підходу, який включає навчання медичного персоналу, розробку відповідних протоколів лікування та постійний моніторинг результатів. Цей процес також потребує тісної співпраці між стоматологами та гастроентерологами для забезпечення комплексного медичного супроводу пацієнтів з ГЕРХ.

Основною метою впровадження удосконаленої моделі є підвищення якості життя пацієнтів шляхом забезпечення надійної та ефективної ортопедичної допомоги, що відповідає сучасним стандартам медицини.

Усім 150 пацієнтам ми визначали рівень кислотності в ротовій порожнині, за допомогою рН тест-смужок «Special test paper». Серед обстежених нормальні показники кислотності слини (рН від 6,8 до 7,4) мали 41 (27,33%) пацієнт. У 58 (38,67%) показники рН рухалися в більш лужний бік (рН від 7,5 до 9) і у 51 (34%) обстеженого переважало кисле середовище (рН від 6,75 до 6,0) (табл. 5.5, рисунок 5.3). Важливо відзначити, що показники кислотності слини були схожі у пацієнтів з незнімними та знімними ортопедичними конструкціями.

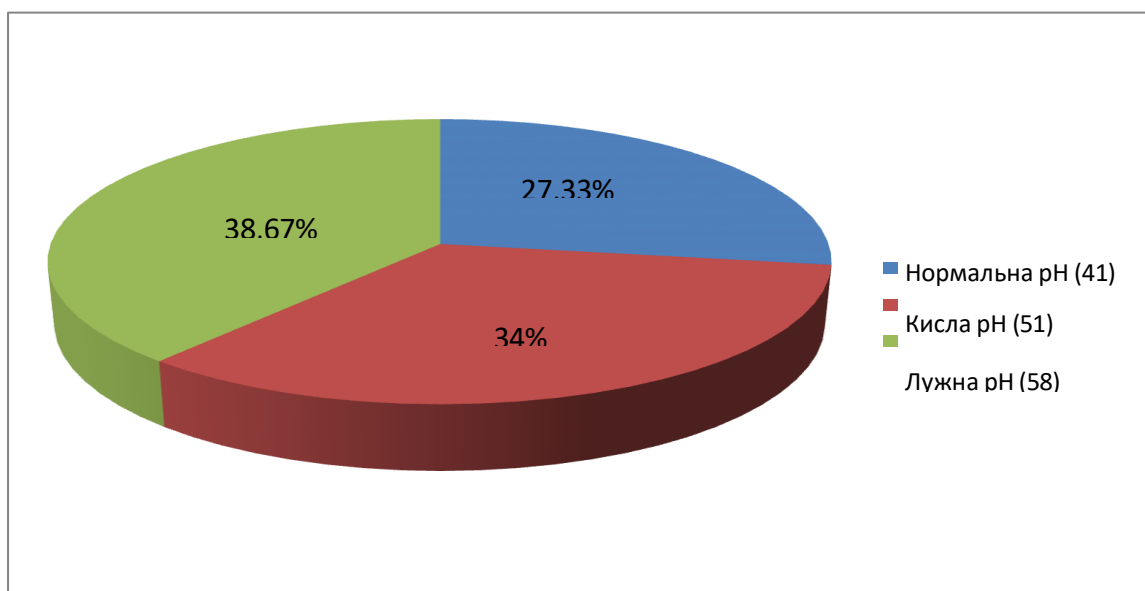


Рис. 5.3. Показники кислотності слини (n=150)

Таблиця 5.5

Рівень кислотності слини у пацієнтів з ЖКТ (n=150)

Показники рН слини	Хронічний гастрит (n=89)	ГЕРХ (n=36)	Виразкова хвороба шлунку (n=25)
6,0	3	4	1
6,25	6	2	2
6,5	7	4	3
6,75	11	4	4
7,0	15	5	4
7,25	8	6	3
7,5	13	3	2
7,75	5	3	2
8,0	6	3	1
8,25	4	1	1
8,5	5	1	2
8,75	3	0	0
9,0	3	0	0

Таблиця 5.5 демонструє рівень кислотності слини у пацієнтів з різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ЖКТ), включаючи хронічний гастрит, ГЕРХ, та виразкову хворобу шлунку. Дослідження охопило 150 пацієнтів: 89 з хронічним гастритом, 36 з ГЕРХ, і 25 з виразковою хворобою шлунку.

Результати показали варіативність рН слини у цих групах пацієнтів. У пацієнтів з хронічним гастритом спостерігається широкий діапазон рН слини, від 6,0 до 9,0, що свідчить про значну індивідуальну різницю в кисло-лужному балансі слини в цій групі. У пацієнтів з ГЕРХ діапазон рН слини варіювався від 6,0 до 8,5, причому більшість значень зосереджена в інтервалі від 6,0 до 7,5, що може вказувати на підвищену кислотність слини, характерну для цього захворювання. У пацієнтів з виразковою хворобою шлунку рівень рН слини варіювався від 6,0 до 8,5, однак більшість значень рН була в межах від 6,0 до 7,5.

Ці дані свідчать про те, що захворювання ЖКТ мають значний вплив на рівень кислотності слини. Пацієнти з хронічним гастритом демонструють найбільшу варіабельність рН слини, тоді як пацієнти з ГЕРХ мають тенденцію до нижчих значень рН, що вказує на більшу кислотність. Пацієнти з

виразковою хворобою шлунку мають дещо схожий профіль рН слини з пацієнтами з ГЕРХ, але з дещо меншою варіабельністю.

Отже, результати таблиці 5.5 підкреслюють важливість моніторингу рН слини у пацієнтів з захворюваннями ЖКТ, оскільки цей показник може слугувати додатковим діагностичним критерієм і допомогти в індивідуалізації лікування цих пацієнтів.

Ми порівняли середні показники рН слини та середню тривалість користування незнімними протезами від 5 до 10 років (рис. 5.4). І середню тривалість користування незнімними протезами від 1 до 5 років (рис. 5.5).

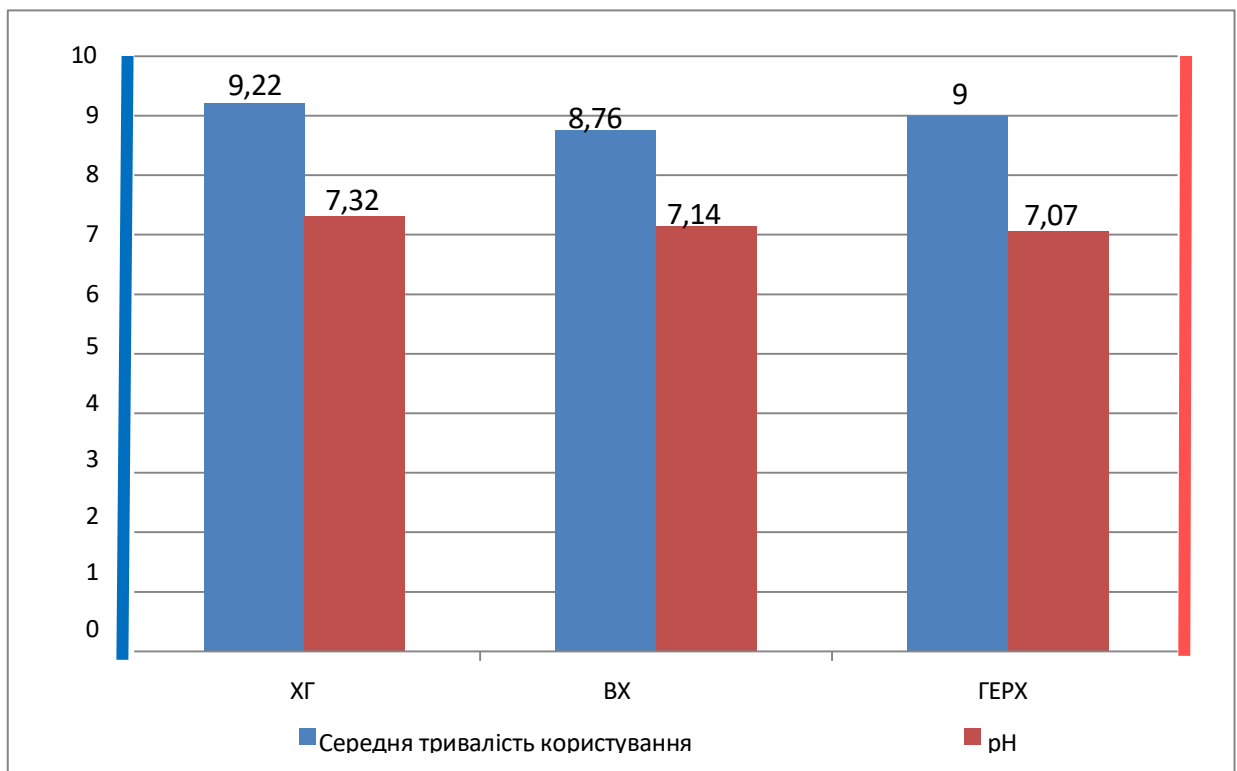


Рис. 5.4. Середні показники рН слини та середнього користування протезами у пацієнтів з незнімними ортопедичними конструкціями у групі від 5 до 10 років

Найтриваліші терміни користування незнімними ортопедичними конструкціями спостерігалися у пацієнтів з хронічним гастритом, при цьому найбільш лужне середовище в ротовій порожнині також було у пацієнтів з хронічним гастритом. Найбільш кисле середовище слини було у пацієнтів з ГЕРХ, але терміни користування були трохи меншими, ніж у пацієнтів з хронічним гастритом. Найменші терміни користування були у пацієнтів з

виразковою хворобою шлунка, хоча кислотність була вищою, ніж у пацієнтів із ГЕРХ.

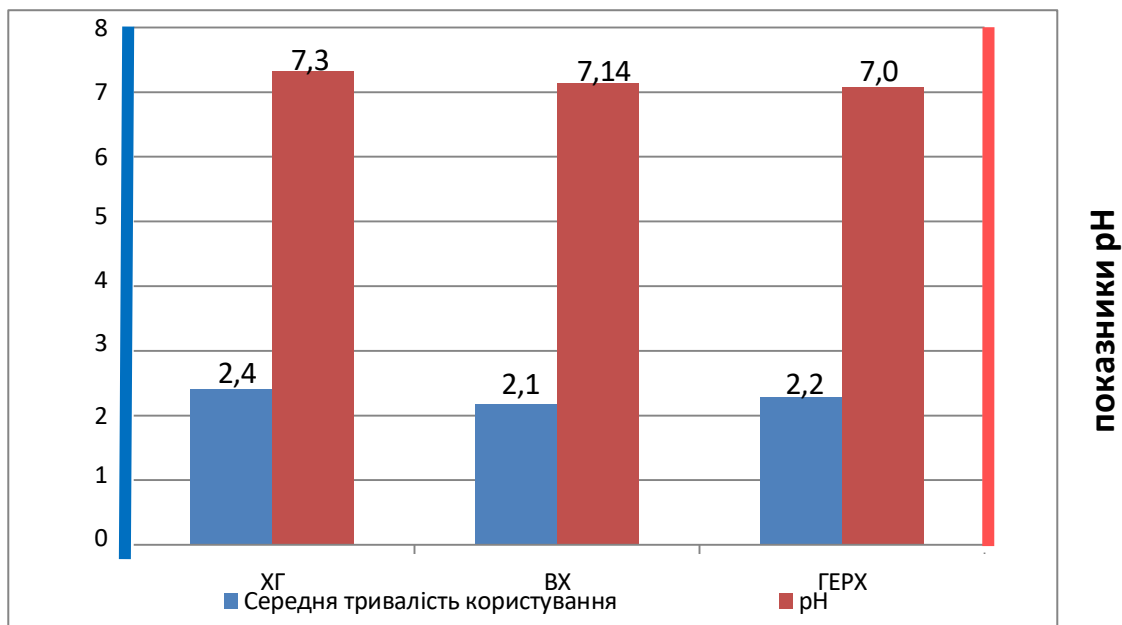


Рис. 5.5. Середні показники рН слини та середнього користування протезами у пацієнтів з незнімними ортопедичними конструкціями у групі від 1 до 5 років

Ми порівняли середні показники рН слини та середню тривалість користування знімними протезами від 5 до 10 років (рис. 5.6). І середню тривалість користування знімними протезами від 1 до 5 років (рис. 5.7).

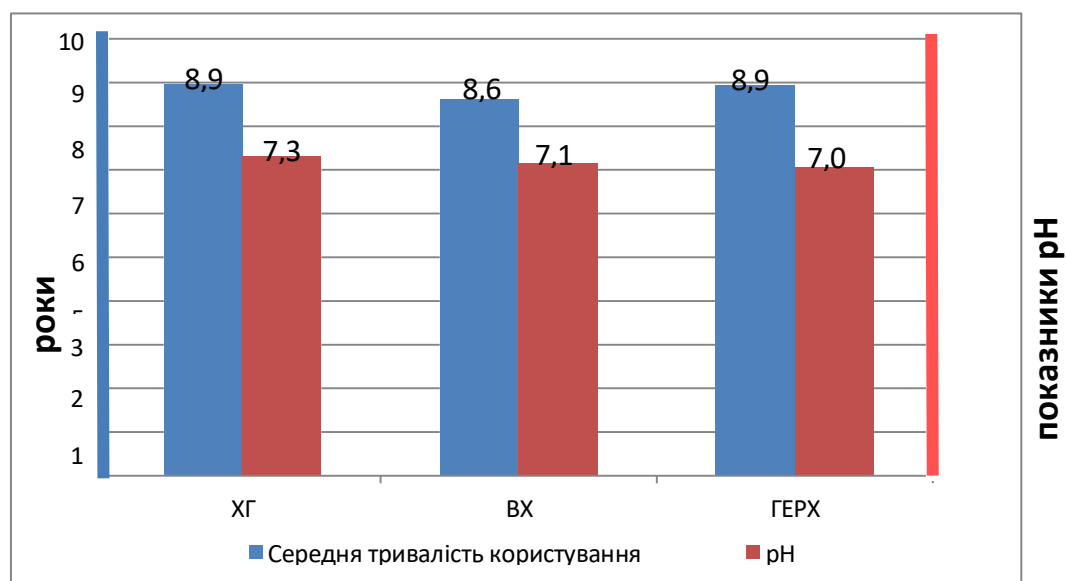


Рис. 5.6. Середні показники рН слини та середнього користування протезами у пацієнтів зі знімними ортопедичними конструкціями у групі від 5 до 10 років

Терміни користування знімними ортопедичними конструкціями теж були нижчими у пацієнтів зі знімними конструкціями зубних протезів, ніж у пацієнтів з незнімними конструкціями зубних протезів. Найтриваліше користувалися своїми протезами пацієнти з хронічним гастритом, кислотність слини у них була найбільш лужна. Пацієнти з ГЕРХ мали найнижчий рівень рН слини, а терміни користування були найнижчими у обстежуваних із виразковою хворобою шлунка.

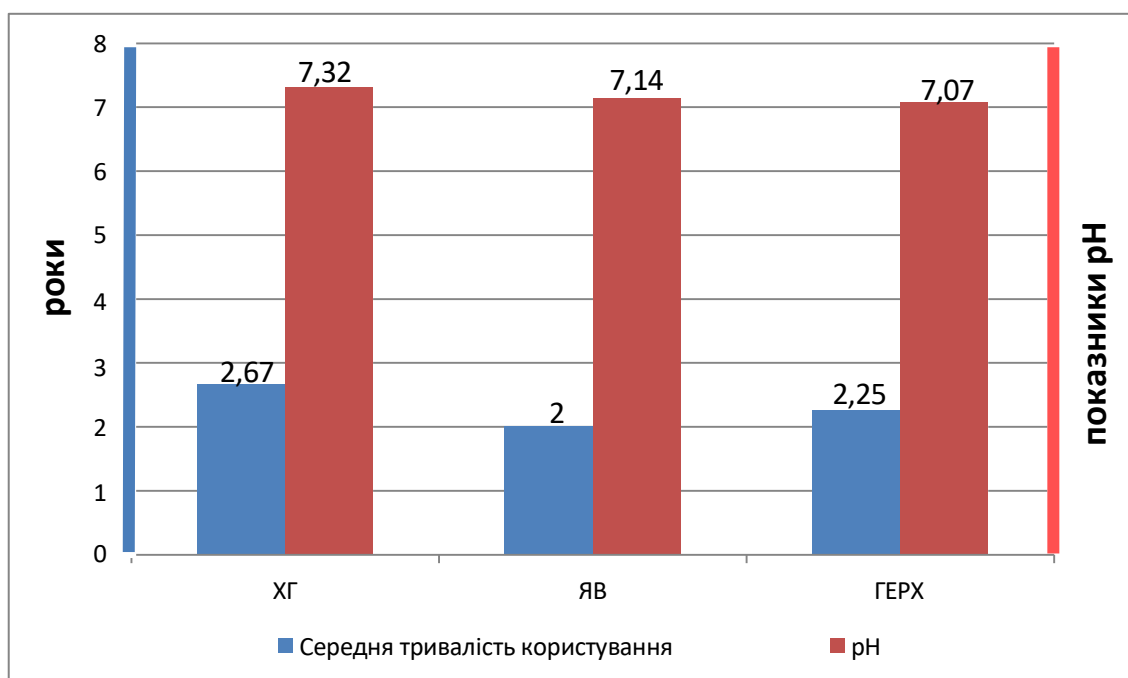


Рис. 5.7. Середні показники рН слини та середнього користування протезами у пацієнтів зі знімними ортопедичними конструкціями у групі від 1 до 5 років

Ситуація з термінами користування у пацієнтів від 1 до 5 років була аналогічна решті випадків. У результаті найнижчі показники кислотності слини були у пацієнтів з ГЕРХ, у зв'язку з частим закиданням рефлюктату в порожнину рота, але за тривалістю користування ортопедичними конструкціями найменші терміни були у пацієнтів з виразковою хворобою шлунка. Пацієнти з хронічним гастритом мали найменшу кислотність слини та найбільші терміни користування протезами.

Для виявлення впливу ортопедичних стоматологічних конструкцій на

стан тканин ротової порожнини: стан слизової оболонки протезного ложа, тканин пародонту, слизової оболонки піднебіння і верхніх дихальних шляхів, а також стан слини. Ми розглянули зміни в тканинах ротової порожнини при користуванні зубними протезами цих груп хворих, але до цього ми вивчили, якими видами зубних протезів користувалися пацієнти з хронічними кислотозалежними захворюваннями (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Види конструкцій зубних протезів у пацієнтів із хронічними кислотозалежними захворюваннями (n=150)

Види конструкцій зубних протезів	Кількість
Ціліснолітні мостоподібні протези з облицюванням з кераміки	24
Ціліснолітні мостоподібні зубні протези з облицюванням з пластмаси	28
Пластинкові зубні протези при частковій вторинній адентії	22
Штамповано-паяні зубні протези та штамповані коронки з неблагородних сплавів	31
Пластинкові зубні протези при повній вторинній адентії	26
Містоподібні зубні протези та коронки з діоксиду цирконію	14
Інтегровані зубні ряди	5

За результатами вивчення видів зубних протезів у пацієнтів із хронічними кислотозалежними захворюваннями ми бачимо, що лише 24 особи (16%) дозволили собі виготовити сучасні металокерамічні протези та ще менше людей, які обрали найбільш біоінертні конструкції з оксиду цирконію. У цих груп пацієнтів ми й спостерігали найкращі показники індексу гігієни (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Стан тканин ротової порожнини у пацієнтів з хронічними
кислотозалежними загальносоматичними захворюваннями через 3 роки
після ортопедичного стоматологічного лікування зубними протезами з
діоксиду цирконію (n=14)

Вид конструкцій зубних протезів	Кількість хворих	Ускладнення зі сторони тканин порожнини рота	Всього
Зубні протези з диоксиду цирконію	14	Пародонтит легкого ступеню важкості	2
		Пародонтит середньої ступені важкості	0
		Пародонтит тяжкої ступені важкості	0
		Непереносимість до зубних протезів	0
		Алергія на матеріал зубних протезів	0
		pH слини до 7,4	14
		pH слини вище 7,4	0
		Рецесія ясен в області коронки	1
		Гігієнічний індекс	
		Добрий	11
		Задовільний	3
		Незадовільний	0
		Дуже поганий	0

Незважаючи на те, що всім пацієнтам були роз'яснені рекомендації щодо догляду за зубними протезами, у переважної більшості пацієнтів з діагностованими хронічними кислотозалежними загальносоматичними захворюваннями спостерігаються незадовільні показники гігієни ротової порожнини (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Стан тканин ротової порожнини у пацієнтів з хронічними
кислотозалежними загальносоматичними захворюваннями через 3 роки
після ортопедичного стоматологічного лікування пластинковими зубними
протезами при повній вторинній адентії (n=26)

Вид конструкцій зубних протезів	Кількість хворих	Ускладнення зі сторони тканин порожнини рота	Всього
Пластинкові зубні протези при повній адентії	26	Пародонтит легкого ступеню важкості	17
		Пародонтит середньої ступені важкості	0
		Пародонтит тяжкої ступені важкості	7
		Непереносимість до зубних протезів	21
		Алергія на матеріал зубних протезів	19
		pH слини до 7,4	21
		pH слини вище 7,4	9
		Рецесія ясен в області коронок	17
		Гігієнічний індекс	
		Добрий	1
		Задовільний	6
		Незадовільний	12
		Дуже поганий	7

Табл. 5.8 ілюструє стан тканин ротової порожнини у пацієнтів з хронічними кислотозалежними загальносоматичними захворюваннями через три роки після ортопедичного стоматологічного лікування пластинковими зубними протезами при повній вторинній адентії. У дослідженні взяли участь 26 пацієнтів, що дозволяє отримати репрезентативні дані щодо ефективності та наслідків використання даного виду протезів.

Основні результати свідчать про наявність різних ступенів пародонтиту у більшості пацієнтів. Так, пародонтит легкого ступеня важкості був виявлений у значної частини досліджуваних, тоді як середній ступінь важкості не був зафіксований взагалі. Натомість, тяжкий ступінь пародонтиту зустрічався у частини пацієнтів, що свідчить про серйозні проблеми з тканинами ротової порожнини у цих випадках.

Крім того, значна кількість пацієнтів виявила непереносимість до зубних протезів та алергічні реакції на матеріали, що використовувалися при їх виготовленні. Ці дані підкреслюють необхідність ретельного підбору матеріалів та регулярного моніторингу стану здоров'я пацієнтів після встановлення протезів.

Аналіз рН слини показав, що у більшості пацієнтів цей показник був нижчим за 7,4, що може свідчити про підвищену кислотність слини і, відповідно, про можливий вплив на розвиток ускладнень. У меншій частини пацієнтів рН слини був вище за 7,4, що свідчить про меншу кількість випадків з лужною реакцією слини.

Також було виявлено рецесію ясен в області коронок у значної частини пацієнтів, що вказує на проблеми з прикріпленням ясен до протезів. Гігієнічний індекс показав, що лише один пацієнт мав добрий гігієнічний стан, тоді як у більшості він був задовільним або незадовільним, а у деяких пацієнтів навіть дуже поганим.

Загалом, результати табл. 5.8 підкреслюють важливість вдосконалення матеріалів для протезування та покращення гігієнічного догляду за пацієнтами після ортопедичного стоматологічного лікування.

Опишемо клінічний випадок із застосуванням удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями зубних протезів при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі.

54-річний пацієнт звернувся до закладу охорони здоров'я зі скаргами на зовнішній вигляд та функції зубів. Під час медичного обстеження він мав історію гастроезофагеальної рефлюксної хвороби протягом приблизно 4-5 років і не звертав уваги через будь-які симптоми, що впливали на його життя. Крім того, зуби чистилися один раз на день і в анамнезі був бруксизм. При клінічному обстеженні виявлено генералізовану ерозію зубів, включаючи дентин на оклюзійній, щічній і піднебінній поверхнях верхньощелепних зубів; були виявлені оклюзійні та щічні поверхні зубів нижньої щелепи (індекс зносу Сміта та Найта, оцінка 3-4). Анкета детально описувала можливий вплив на

пацієнта етіологічних факторів, пов'язаних із ерозією зубів, включаючи вживання цитрусових, оцту та газованих напоїв. Пацієнт не зауважив, що вживав велику кількість кислої їжі та напоїв.

Відбитки обох дуг були зроблені за допомогою незворотного гідроколоїду (Cavex Impressional, Cavex Holland BV: Гарлем, Нідерланди) і залиті зубним каменем типу V (Glastone 3000, Dentsply International Inc, PA 17405-0872, США). Після визначення оклюзійного вертикального розміру з накладеними діагностичними зліпками та торцевих розмірів відзначено зменшення вертикального розміру. Діагностичні зліпки встановлювали на напіврегульований артикулятор (Stratos 300; Ivoclar Vivadent AG FL-9494 Schaan Liechtenstein, Австрія) з використанням переносу обличчя та лука (UTS3D; Ivoclar Vivadent AG FL-9494 Schaan Liechtenstein, Австрія) і запису центричного відношення. (Memosil 2, Heraeus Kulzer GmbH Grüner Weg 11-63450 Хану, Німеччина).

В першу чергу хворого направили до лікаря-гастроентеролога. Під час ендоскопічного дослідження було виявлено подразнення епітелію стравоходу, результати підтвердили ГЕРХ. Призначено відповідний лікарський засіб та проведено контроль ГЕРХ. Після медичного лікування була виготовлена верхньощелепна шина з акрилової смоли (Vertex Orthoplast, Vertex Dental, Zeist, Нідерланди) з плоскою оклюзійною схемою для збільшення вертикальної висоти та для захисту зубів від подальшого утворення шлункової кислоти та бруксизму. Акрилову смолу наносили з кроком 1 мм і 2 мм на оклюзійну поверхню шини протягом 30 днів, щоб встановити збільшення оклюзійного вертикального розміру (OVD) на 3 мм. Жодних скарг на кшталт м'язового болю чи дискомфорту та утруднення функції не виникло після збільшення OVD. Після відновлення вертикального розміру передні та задні зуби верхньої та нижньої щелепи, які були відновлені за допомогою композитних реставрацій на основі смоли (Filtek Z250; 3M ESPE AG Dental Products, D-82229 Seefeld, Німеччина), були підготовлені до металокерамічних реставрацій, і оброблені в лабораторії провізорні реставрації (Luxatemp, DMG

22547 Гамбург, Німеччина) були виготовлені в новому OVD і зацементовані евгенолом оксиду цинку (Temp-Bond; Kerr Corp).

Повне контурне воскове моделювання на встановлених зліпках дозволило оцінити розміри зуба для досягнення оптимальної естетики. Остаточні відбитки препаратів зубів верхньої та нижньої щелеп були отримані з використанням полісилоксанового відбиткового матеріалу (Elite HD+, Zhermack 45021, Rouigo, Італія). Робочі зліпки були створені з штампувального каменю типу IV і встановлені в артикулятор за допомогою міжокклюзійних пластинок. Було проведено визначення відтінку (Vita 3D; VITA Zahnfabrik, Bad Sackingen, Німеччина). Металокерамічні незнімні часткові зубні протези (Wiron 99; Vego, Бремен, Німеччина/Vitadur Alpha; VITA Zahnfabrik, Бад-Закінген, Німеччина) були виготовлені як реставрації повної порожнини рота як для верхньощелепної, так і для нижньощелепної дуги через шинування всіх зубів, оцінене внутрішньоротове, і скориговані.

Через денний та нічний анамнез бруксизму пацієнта зуби, відновлені коронками, могли підлягати переміщенню. Сусідні коронки були шиновані, щоб забезпечити більшу підтримку окремим зубам. З іншого боку, пацієнта чітко поінформували про важливість гігієни порожнини рота, приділяючи більше уваги використанню проксимальних щіток і зубної нитки. Для бічних рухів досягається групова дискюзія, щоб жувальні навантаження рівномірно розподілялися на реконструйовані зуби. Реставрації повного рота були зацементовані склоіономерним цементом (Meron, Voco, Cuxhaven, 274457, Німеччина). Крім того, для аналізу анамнезу бруксизму було виготовлено лабораторно оброблену верхньощелепну стабілізуючу шину, призначену для нічного використання (Vertex Orthoplast, Vertex Dental, Zeist, Нідерланди). Хворий спостерігався протягом 2 років без скарг. Естетичні та функціональні очікування пацієнта також були задоволені.

Сучасна стоматологія пропонує багато варіантів лікування втрати зуба, від консервативного до інвазивного: прямі композитні реставрації, виготовлені в лабораторії адгезивні реставрації (композитні,

суцільнокерамічні та металеві сплави), повні коронкові реставрації лабораторного виробництва (метал, металокераміка та вся кераміка). Кисле середовище впливає на розчинність твердих тканин зуба. Шлунковий вміст може мати кислотність нижче рН 1; тому регургітація може мати сильний демінералізуючий ефект на структуру зуба та реставраційні матеріали. Повідомлялося, що задній композит і полікислотний модифікований композит впливали на поверхневі зміни після впливу імітованого шлункового соку. У ротовій порожнині, за відсутності механічних сил, хімічний процес або розчинення може призвести до збільшення шорсткості поверхні. Ці небажані пошкодження були пов'язані з хімічною деградацією поверхні та підповерхні, яка може включати або смоляну матрицю, наповнювач, або межу матриця-наповнювач.

У зв'язку з цим нашому пацієнту було заплановано металокерамічні незнімні часткові протези. У нашого пацієнта відзначено тривалий розвиток ГЕРХ, відтак, симптоми можуть зникнути, але рефлюкс може продовжуватись.

5.4. Експертна оцінка ефективності моделі

Ефективність будь-якої медичної моделі, особливо у сфері ортопедичного лікування, є ключовим показником її практичної значущості та впливу на здоров'я пацієнтів. У даному розділі буде представлено експертну оцінку ефективності розробленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) за допомогою незнімних зубних протезів. Ця оцінка базується на аналізі клінічних даних, показників здоров'я пацієнтів до і після лікування, а також на врахуванні рекомендацій провідних фахівців у галузі стоматології.

Основна увага приділяється критеріям, що характеризують якість життя пацієнтів, функціональність та комфорт протезів, а також надійність і довговічність застосованих матеріалів. Даний пункт міститиме всебічний

аналіз результатів клінічних випробувань, відгуків пацієнтів та експертних висновків, що дозволить комплексно оцінити ефективність та доцільність використання запропонованої моделі в сучасній стоматологічній практиці.

В табл. 5.9 наведені результати експертної оцінки.

Таблиця 5.9

Результати експертної оцінки удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	Якість діагностики	4.8	0.3	6.25
2	Ефективність лікування	4.7	0.4	8.51
3	Рівень підготовки медичного персоналу	4.6	0.5	10.87
4	Стан медичного обладнання	4.5	0.4	8.89
5	Задоволеність пацієнтів	4.9	0.2	4.08

Експертна оцінка удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою дозволила визначити ключові критерії, що впливають на її ефективність та результативність. Серед основних критеріїв оцінки було виокремлено якість діагностики, ефективність лікування, рівень підготовки медичного персоналу, стан медичного обладнання та задоволеність пацієнтів.

Якість діагностики отримала високу середню оцінку в 4.8 бали з середньоквадратичним відхиленням 0,3, що свідчить про низький коефіцієнт варіації (6.25%), вказуючи на стабільність та надійність діагностичних методів. Ефективність лікування також оцінили високо (4,7 бали), проте коефіцієнт варіації тут дещо вищий (8,51%), що вказує на деяку варіативність в ефективності застосовуваних методик.

Рівень підготовки медичного персоналу отримав середню оцінку 4,6 бала із середньоквадратичним відхиленням 0,5, що відповідає коефіцієнту

варіації 10,87%. Цей показник свідчить про необхідність підвищення кваліфікації медичного персоналу для забезпечення більш стабільних результатів. Стан медичного обладнання оцінено на рівні 4,5 бали з середньоквадратичним відхиленням 0,4 та коефіцієнтом варіації 8,89%, що вказує на високу якість обладнання, але все ж з деякими можливостями для покращення.

Задоволеність пацієнтів отримала найвищу оцінку серед усіх критеріїв (4,9 бали) з найнижчим середньоквадратичним відхиленням (0,2) та коефіцієнтом варіації 4,08%. Це свідчить про високий рівень задоволення пацієнтів наданими послугами та загальну ефективність моделі.

Таким чином, результати експертної оцінки демонструють високу ефективність удосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, проте вказують на деякі області, які потребують додаткової уваги для забезпечення ще кращих результатів.

Висновки до розділу 5

Основними перевагами впровадження вдосконаленої моделі ортопедичного лікування пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) незнімними зубними протезами є інноваційні принципи командної роботи. До них відносяться спільна мета для всіх членів команди при плануванні індивідуального лікування; чітке визначення ролей та відповідальності кожного за досягнутий результат; впровадження нового підходу до міждисциплінарних взаємин, заснованого на довірі, толерантності, тісній комунікації та постійній співпраці. Це забезпечує узгоджене клінічне рішення на основі всебічного аналізу клінічної ситуації і безперервного моніторингу її динаміки, що є перевагою над традиційними методами прийняття рішень одним лікарем, консультаційними оглядами та

консиліумами, які зазвичай мають фрагментарний та короткотривалий характер.

Виявлено, що впровадження вдосконаленої функціонально-організаційної моделі ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ, що передбачає використання незнімних зубних протезів, спрямоване на: постійне покращення якості та безпеки медичної допомоги через застосування доказових медичних технологій для прийняття узгоджених клінічних рішень; підвищення професійного рівня фахівців як на робочих місцях, так і в рамках безперервного професійного розвитку; створення корпоративної бази знань в установі охорони здоров'я; та підвищення ефективності використання ресурсів шляхом оптимізації перерозподілу обсягу діагностичних досліджень та реабілітаційних заходів між амбулаторним та стаціонарним етапами лікування.

Більше, ніж у половини пацієнтів з кислотозалежними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, які користуються незнімними та знімними ортопедичними конструкціями, відзначено незадовільний рівень гігієни порожнини рота. У 52% випадків також відмічено незадовільний рівень стану протезів. У більшості пацієнтів виявлено дефекти конструкцій протезів та ускладнення, що зумовили необхідність повторного протезування.

Середні терміни користування незнімними та знімними ортопедичними конструкціями у пацієнтів з різними видами кислотозалежних захворювань не мають суттєвих відмінностей та не залежать від виду кислотозалежного захворювання. Тривалість користування ортопедичними конструкціями у пацієнтів з хронічним гастритом – $7,68 \pm 3,13$, з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою – $7,69 \pm 3,02$, з виразковою хворобою найменші – $7,18 \pm 3,20$.

Середні показники рН були в межах норми у всіх трьох групах пацієнтів (від 6,8 до 7,4), але спостерігався значний розкид значень рН: нормальні показники кислотності слини мав всього 41 (27,33%) пацієнт, у 58 показники рН рухалися в більш лужний бік (рН від 7,5 до 9,0) та у 51 обстеженого

переважало кисле середовище (рН від 6,75 до 6,0). Розкид значень у групах хронічного гастриту, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та виразкової хвороби був подібним.

Середня тривалість користування протезами у пацієнтів при рН <6,8 становить 5,73 роки, тоді як у пацієнтів із більш лужним середовищем (рН >7,4) тривалість користування становить 8,39 років, а за нормальних показників кислотності порожнини рота (рН від 6,8 до 7,4) – 8,82 року. Отже, підвищена кислотність ротової порожнини є фактором ризику розвитку ускладнень, що зумовлюють необхідність заміни ортопедичних конструкцій.

Розроблена та впроваджена модель ортопедичного лікування пацієнтів з ГЕРХ з використанням незнімних зубних протезів була позитивно оцінена кваліфікованими експертами. Задоволеність пацієнтів отримала найвищу оцінку серед усіх критеріїв (4.9 бали) з найнижчим середньоквадратичним відхиленням (0.2) та коефіцієнтом варіації 4.08%. Це свідчить про високий рівень задоволення пацієнтів наданими послугами та загальну ефективність моделі.

ВИСНОВКИ

Дослідження, проведене в рамках даної роботи, охоплювало кілька ключових завдань, кожне з яких спрямоване на поглиблення знань та практичних навичок у сфері медико-соціальної важливості гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та ролі ортопедичної стоматології у відновленні громадського здоров'я.

1. У ході дослідження проведено ретельний аналіз літературних джерел щодо поширеності та впливу ГЕРХ на якість життя пацієнтів. Встановлено, що ГЕРХ є одним із найпоширеніших захворювань шлунково-кишкового тракту, що суттєво впливає на функціональний стан пацієнтів та їхню здатність вести нормальне життя. Ортопедична стоматологія відіграє важливу роль у відновленні зубощелепної системи, що сприяє поліпшенню загального стану здоров'я пацієнтів. Зокрема, встановлено, що правильне ортопедичне лікування може значно знизити ризик розвитку ускладнень, пов'язаних з ГЕРХ, шляхом забезпечення належної оклюзії та функції жування.

2. Проведене дослідження показало, що кількість пацієнтів, які потребують ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів, суттєво зросла в період з 2019 по 2023 роки. Це зумовлено зростанням поширеності ГЕРХ та інших захворювань шлунково-кишкового тракту, які призводять до втрати зубів. Аналіз організації діяльності закладів охорони здоров'я виявив, що існують значні проблеми з фінансуванням та матеріально-технічним забезпеченням стоматологічних ортопедичних відділень, що ускладнює надання якісної медичної допомоги. Зокрема, виявлено недостатню кількість кваліфікованих спеціалістів та обмеженість доступу до сучасних технологій протезування.

3. Вивчення пацієнтів з ГЕРХ показало, що це захворювання суттєво впливає на їхнє повсякденне життя. Пацієнти скаржаться на регулярний біль та дискомфорт, порушення сну, зниження апетиту та загальне зниження якості

життя. Встановлено, що основними факторами ризику розвитку ГЕРХ є неправильне харчування, стреси, вживання алкоголю та паління. Аналіз показав, що більшість пацієнтів не дотримуються рекомендацій щодо здорового способу життя, що сприяє прогресуванню захворювання та погіршенню стану здоров'я.

4. На основі отриманих даних була розроблена удосконалена модель ортопедичного лікування, яка включає використання новітніх матеріалів та технологій. Зокрема, запропоновано застосування матеріалів, стійких до агресивного впливу шлункового соку, таких як високо якісні керамічні або металокерамічні конструкції. Впроваджено використання CAD/CAM технологій для точного виготовлення та встановлення протезів, що дозволяє значно підвищити точність та якість ортопедичного лікування. Крім того, запропоновано використовувати телемедицину для постійного моніторингу стану пацієнтів та корекції лікування.

5. Впровадження елементів розробленої моделі в практику роботи закладів охорони здоров'я показало її високу ефективність. Зокрема, використання нових матеріалів та технологій дозволило знизити кількість ускладнень та підвищити задоволеність пацієнтів лікуванням. Аналіз результатів показав, що пацієнти, які отримували лікування за новою моделлю, мали менше скарг на дискомфорт та інші неприємні симптоми, пов'язані з ГЕРХ. Крім того, впровадження телемедицини дозволило забезпечити постійний контроль за станом пацієнтів та своєчасну корекцію лікування, що сприяло покращенню загальних результатів лікування.

Таким чином, дослідження охопило широкий спектр питань, що дозволило не лише теоретично обґрунтувати важливість ефективної ортопедичної стоматології у лікуванні пацієнтів з ГЕРХ, але й розробити та впровадити практичні рішення, що покращують якість медичної допомоги та життя пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабак М. О. Вміст адипоцитарних гормонів у хворих на ерозивну форму гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби залежно від індексу маси тіла. Сучасна гастроентерологія. 2011. № 1. С. 38-43.
2. Бабак М. О. Гендерні особливості поширеності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Сучасна гастроентерологія. 2011. № 3. С. 11-16.
3. Боярська Л. М. Клініко-функціональні особливості гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків / Л. М. Боярська, К. О. Іванова, І. Б. Скалзубова // Патологія. – 2012. – №1. – С. 26–29.
4. Бичков М. А. Стиль життя та поширеність симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у студентів / М. А. Бичков, Г. М. Магльована // Acta medica leopoliensia. – 2015. – № 4. – С. 38–43.
5. Вандзюк С. Н. Вплив екологічної ситуації на розвиток симптомів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у молодих осіб. Матеріали науково-практичної конференції [«Довкілля і здоров'я»], (Тернопіль, 25-26 квітня 2013р.) ТДМУ. Тернопіль, 2013. С. 47.
6. Вдовиченко В. І. "Печія вихідного дня": поширеність, фактори ризику, профілактика / В. І. Вдовиченко, А. В. Острогляд, Я. П. Свердан // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – №6. – С. 38–40.
7. Гарник Т. П. Особливості клінічних виявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння. Сучасна гастроентерологія. 2013. №4. С. 37–39.
8. Голік В. П. A comparative study of the anticontaminant efficiency of impression material and dimensional accuracy of dentures structures / В. П. Голік, І. В. Янішен, І. В. Філатов // Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф. – Львів, 2015. – С. 67–71.

9. Досвід клінічного використання вітчизняного адгезивного матеріалу «Стомафікс» для фіксації знімних зубних протезів / І. В. Янішен, С. В. Черняєв, Ю. І. Довгопол та ін. // Стоматолог Інфо. – 2010. – С. 46–47.
10. Ендоскопічна діагностика гастроезофагеальної рефлюксної хвороби / О. О. Крилова, Т. В. Майкова, В. М. Кутняк, С. Ю. Єршова // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 6 (92). – С. 109–118.
11. Історія розвитку стоматології: від древніх етрусків до сучасності. URL: <https://whiteclinic.com.ua/istoriia-rozvytku-stomatolohii-vid-drevnikh-etruskiv-do-suchasnosti/>
12. Ковальчук Л. Я. Клінічне застосування алгоритму діагностики гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Шпитальна хірургія. 2011. № 1. С. 5–8.
13. Кожевніков О. М. Значення 13С-октаноевого дихального тесту для виявлення моторно-евакуаторної функції шлунка / О. М. Кожевніков // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – №2. – С. 4-6.
14. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. Дата оновлення: 02.12.2019. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
15. Кравченко В. І. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні. Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2011. – №3. – С. 26–31.
16. Лабунець В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної допомоги на сучасному етапі її розвитку: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. А. Лабунець. - Київ. 2000. - 36 с.
17. Магльована Г. М. Функціональна печія та гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у студентів у період зміненого психоемоційного стану. Сучасна гастроентерологія. 2011. №6. С. 29–31.

18. Матвійчук Б. О. Клінічні "маски" ускладненої гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Харківська хірургічна школа. 2012. №3. С. 141–142.

19. Наказ Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я від 20.11.2020 № 774/2691 «Про затвердження Переліку діагнозів відповідно до найменування технічних та інших засобів реабілітації згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0074-21#Text>

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. Дата оновлення: 29.07.2022. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/150853___704372

21. Особливості морфофункціонального стану слизової оболонки стравоходу у хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу / Г. Д. Фадєєнко, В. Ю. Гальчінська, І. Е. Кушнір [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – №5. – С. 13–17.

22. Особливості ортопедичного лікування патологічного стирання твердих тканин зубів з використанням покривних протезів / В. М. Дворник, В. В. Рубаненко, Г. М. Баля, О. Б. Тумакова // Світ медицини та біології. – 2011. – № 4. – С. 83–86.

23. Порушення функціонального стану ендотелію та його роль у патогенезі гастроезофагеальної рефлюксної хвороби в поєднанні з ішемічною хворобою серця / Г. Д. Фадєєнко, В. Ю. Гальчінська, І. Е. Кушнір [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 5 (91). – С. 9–14.

24. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2024 р. № 212 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України» (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/212-2024-%D0%BF#Text>

25. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 03.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

26. Самсонов А. А. Місце сучасних антацидів у терапії гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. *Consilium medicum*. 2014. №3. С.1–3.

27. Скрипник І. М. Епідеміологічні, патогенетичні, лікувальні та фармако- економічні аспекти пептичної виразки, асоційованої з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою у військовослужбовців. *Сучасна гастроентерологія*. 2011. №5. С. 9–14.

28. Фролова-Романюк Е. Ю. Особливості клінічної картини та лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби при поєднанні її з цукровим діабетом 2 типу / Е. Ю. Фролова-Романюк // *Сучасна гастроентерологія*. – 2011. – № 1. – С. 111–115.

29. Чернобровий В. М. Досвід використання комп'ютерної внутрішньопорожнинної рН-метрії шлунка в практиці гастроентеролога / В. М. Чернобровий, С. Г. Мелашенко, С. В. Заїка // *Сучасна гастроентерологія*. – 2002. – № 2. – С. 8-11.

30. Щербініна М. Б. Нові стратегії в лікуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. *Сучасна гастроентерологія*. 2014. №4. С. 83-88.

31. A placebo-controlled trial of itopride in functional dyspepsia. G. Haltman, N.J. Talley, T. Ziebrechts [et al.] *N. Eng. J. Med*. 2006. Vol.34. P. 832–840.

32. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%202024/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%2001-2024/29-01-2024/1/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%20%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%20%D1%81%D>

1%82%D0%B0%D0%BD%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE
 %D0%B2%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B5%D0%BF%D1%96%D
 0%B4%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%83%20%D1%81%
 D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8E%20%D0%B7
 %D0%B0%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf

33. Янішен І. В. Клініко-технологічна якість в ортопедичній стоматології: облицювальні полімери для незнімних конструкцій зубних протезів / І. В. Янішен, В. П. Голік, Н. М. Бреславець. – Харків : ФОП Бровін О. В., 2015. – 128 с.

34. Aro P. Quality of life in a general adult population with gastroesophageal reflux symptoms and / or esophagitis: A report from the Kalixanda study. *Gastroenterology*. 2004. Vol.124. P. 168 –169.

35. Barnardo D.E., Lancaster-Smith M., Strickland I.D. et al. (1975) A double-blind controlled trial of ‘Gaviscon’ in patients with symptomatic gastro-oeso-phageal reflux. *Curr. Med. Res. Opin.*, 3(6): 388–391.

36. Barrett’s esophagus: surgical treatments / P. Parise, R. Rosati, E. Savarino [et al.] // *Ann. New York Acad. Sci.* – 2011. – Vol. 1232. – P.175–195.

37. Basu K.K. (2012) Concise guide to management of reflux disease in primary care. *Prescriber*, 23(15–16): 19–28.

38. Beaumont H., Bennink R.J., de Jong J., Boeckxstaens G.E. (2010) The position of the acid mcpocket as a major risk factor for acidic reflux in healthy subjects and patients with GORD. *Gut*, 59(4): 441–451.

39. Beeley M., Warner J.O. (1972) Medical treatment of symptomatic hiatus hernia with low-density compounds. *Curr. Med. Res. Opin.*, 1(2): 63–69.

40. Boeckxstaens G., El-Serag H.B., Smout A.J., Kahrilas P.J. (2015) Republished: symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. *Postgrad. Med. J.*, 91(1071): 46–54.

41. Brunner G. Long-term, open-label trial: safety and efficacy of continuous maintenance treatment with pantoprazole for up to 15 years in severe

acid-peptic disease / G. Brunner, C. Athmann, A. Schneider // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2012. – №36. – P. 37–47.

42. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in woman. B. C. Jacobson, S. C. Somers, S. C. Fuchs [et al.] *N. Engl. J. Med.* 2006. Vol. 22. P. 2340–2348.

43. Chatfield S. (1999) A comparison of the efficacy of the alginate preparation, Gaviscon Advance, with placebo in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Curr. Med. Res. Opin.*, 15(3): 152–159.

44. Clarke A.T., Wirz A.A., Seenan J.P. et al. (2009) Paradox of gastric cardia: it becomes more acidic following meals while the rest of stomach becomes less acidic. *Gut*, 58(7): 904–909.

45. Clinical relevant breathe test in gastroenterological diagnostics-recommendations of the German Society for Neurogastroenterology and Motility as well as the German Society for Digestive and Metabolic Diseases. J. Keller, A. Franke, M. Storr [et al.] *Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 43. – P. 1071–1090.

46. Dimenäs E., Glise H., Hallerbäck B. et al. (1993) Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms. An improved evaluation of treatment regimens? *Scand. J. Gastroenterol.*, 28(8): 681–687.

47. Discussing the influence of electrode location in the result of esophageal prolonged pH monitoring / V. N. Felix, I. Yogi, D. Senday [et al.] // *BMC Gastroenterology*. – 2014. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/14/64>

48. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / J. Dent, H. B. El-Serag, M. A. Wallander [et al.] // *Gut*. – 2005. – №54. – Vol. 710–717.

49. Effect of hypo- and hyperthyroidism on gastric myoelectrical activity / F. Gunsar, S. Yilmaz, S. Bor [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* – 2006. – Vol. 48. – P. 706–712.

50. Effects of estrogen with and without progestin and obesity on symptomatic gastroesophageal reflux / Z. Zheng, K. L. Margolis, S. Liu [et al.] // *Gastroenterology*. – 2008. – Vol. 135(1). – P. 72–81.

51. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification / L. R. Lundell, J. Dent, J. R. Bennett [et al.] // *Gut*. – 1999. – Vol. 45. – P. 172–80.
52. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / J. Dent, H. B. El-Serag, M. A. Wallander [et al.] // *Gut*. – 2005. – №54. – Vol. 710–717.
53. Esophageal transit and esophageal motility disorders in patients with nontoxic goiter and recurrent dysphagia / S. Pustorino, G. Calipari, M. Foti [et al.] // *Recenti Progressi in Medicina*. – 2002. – vol. 93. – Vol. 4. – P. 235–239.
54. European Helicobacter Study Group. Management of Helicobacter Pylory infection - the Maastricht IV / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. A. O'merian [et al.] // *Gut*. – 2012. – Vol. 5. – P. 646–664.
55. Fortuny J. V., Guigard S., Karenovics W., Triponez F. Surgery of the thyroid: recent developments and perspective. *Swiss Med Wkly*. 2015 Jul 28. № 145:w14144. DOI: 10.4414/smw.2015.14144.
56. Functional gastroduodenal disorders / J. Tack, N. J. Talley, M. Camilleri [et al.] // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol.130. – P. 1446-1479.
57. Fass R., Ofman J.J., Gralnek I.M. et al. (1999) Clinical and economic assessment of the omeprazole test in patients with symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease. *Arch. Intern. Med.*, 159(18): 2161–2168.
58. Fletcher J., Wirz A., Young J. et al. (2001) Unbuffered highly acidic gastric juice exists at the gastroesophageal junction after a meal. *Gastroenterology*, 121(4): 775–783.
59. Gastric emptying in hypothyreosis / G. Jonderko, K. Jonderko, C. Marcisz [et al.] // *Israel J. Med. Sci.* – 1997. – №3. – P. 198–203.
60. Gastroesophageal reflux disease management according to contemporary international guidelines: a translational study / F. Pace, G. Riedler, A. de Leone [et al.] // *World J.Gastroenterol.* – 2011. – Vol.17. – P. 1160–1166.

61. Hampson F.C., Jolliffe I.G., Bakhtyari A. et al. (2010) Alginate-antacid combinations: raft formation and gastric retention studies. *Drug Dev. Ind. Pharm.*, 36(5): 614–623.
62. Jacobson B.C., Somers S.C., Fuchs C.S. et al. (2006) Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N. Engl. J. Med.*, 354(22): 2340–2348.
63. Kahrilas P.J., Boeckxstaens G., Smout A.J. (2013) Management of the patient with incomplete response to PPI therapy. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*, 27(3): 401–414.
64. Kahrilas P. J. Gastroesophageal reflux disease. *JAMA*. 2006. Vol. 276. C. 983–988.
65. Katz O. P. Corrigendum: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease / O. P. Katz, L. B. Gerson, M. F. Vela // *Am. J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 108. – P. 308 – 328.
66. Kim Y.S., Kim T.H., Choi C.S. et al. (2005) Effect of itopride, a new prokinetic, in patients with mild GERD: a pilot study. *World J. Gastroenterol.*, 11(27): 4210–4214.
67. Kwiatek M.A., Roman S., Fareeduddin A. et al. (2011) An alginate-antacid formulation (Gaviscon Double Action Liquid) can eliminate or displace the postprandial ‘acid pocket’ in symptomatic GERD patients. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 34(1): 59–66.
68. Lai I.R., Wu M.S., Lin J.T. (2006) Prospective, randomized, and active controlled study of the efficacy of alginic acid and antacid in the treatment of patients with endoscopy-negative reflux disease. *World J. Gastroenterol.*, 12(5): 747–754.
69. Lambert J.R., Korman M.G., Nicholson L., Chan J.G. (1990) In vivo anti-reflux and raft properties of alginates. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 4(6): 615–622.
70. Lee K.Y., Mooney D.J. (2012) Alginate: properties and biomedical applications. *Prog. Polym. Sci.*, 37(1): 106–126.
71. Lundell L. (2002) Advances in treatment strategies for gastroesophageal reflux disease: EAGE Postgraduate Course. Geneva, 13–22.

72. Long-term gastroesophageal reflux disease therapy improves reflux symptoms in elderly patients: Five-year prospective study in community medicine / M. Miyamoto, K. Haruma, M. Kuwabara [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22. – P. 639–644.
73. Low circulating levels of gastrin-17 in patients with Barrett's esophagus / P. Sipponen, M. Vauhkonen, T. Helske [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 11. – P. 5988–5992.
74. Lugol chromoendoscopy as a diagnostic tool in so-called endoscopy-negative GERD. / I. Yoshikawa, M. Yamasaki, T. Yamasaki [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2007. – Vol. 62. – P. 698–703.
75. Maser C. Gastrointestinal manifestations of endocrine disease / C. Maser, A. Toset, S. Koman // World J. Gastroenterology. – 2006. – №12. – P. 3174–3179.
76. Medical treatment in the short term management of reflux esophagitis / M. Khan, J. Santana, C. Donnelan [et al.] // Cocran Database Syst Rev. – 2007. – Vol. 2. – CD003244.
77. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al.; European Helicobacter Study Group (2012) Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV/Florence Consensus Report. Gut, 61(5): 646–664.
78. Manabe N., Haruma K., Ito M. et al. (2012) Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in patients with nonerosive reflux disease: a randomized clinical trial. Dis. Esophagus., 25(5): 373–380.
79. Nwokediko S. C. Current trends in the management of gastroesophageal reflux disease: a review [Электронный ресурс] / S. C. Nwokediko // ISRN Gastroenterol. – 2012. – 391631. – Режим доступа до журн.: doi:10.5402/2012/39163.
80. Omari T.I., Benninga M.A., Sansom L. et al. (2006) Effect of baclofen on esophagogastric motility and gastroesophageal reflux in children with gastroesophageal reflux disease: a randomized controlled trial. J. Pediatr., 149(4): 468–474.

81. Overlap of Erosive and Non- erosive Reflux Diseases With Functional Gastrointestinal Disorders According to Rome III Criteria / M. D. Young Wook Noh, M. D. Hye-Kyung Jung, M. D. Seong-Eun Kim [et al.] // *J. Neurogastroenterol Motil.* – 2010. – Vol. 16, № 2. – P. 148.

82. Paradoxical impact of body positioning on gastroesophageal reflux and gastric emptying in the premature neonate / T. I. Omari, N. Rommel, E. Stauntone [et al.] // *J. Pediatr.* – 2004. – Vol. 145. – P. 194-200.

83. Plasma ghrelin concentration correlates with the levels of serum pepsinogen T and pepsinogen I II ratio — a possible novel and noninvasive marker for gastric atrophy / H. Suzuki, T. Masaoha, H. Hosoda [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2006. – Vol. 51. – P. 1249–1254.

84. Prokinetic drug utility in the treatment of gastroesophageal esophagitis: A systematic review of randomized controlled trials / M. E. Manzotti, H. N. Catalano, F. A. Serrano [et al.] // *Open Med.* – 2007. – Vol. 1. – P. 171–180.

85. Proton pump inhibitors and risk of gastric cancer: a population-based cohort study / A. H. Poulsen, S. Christensen, J. K. McLaughlin [et al.] // *Br. J. Cancer.* – 2009. – Vol. 100. – P. 1503–1507.

86. Peters F.T., Kleibeuker J.H. (1993) Barrett's oesophagus and carcinoma. Recent insights into its development and possible prevention. *Scand. J. Gastroenterol., Suppl.*, 200: 59–64.

87. Poynard T. (1993) Relapse rate of patients after healing of oesophagitis — a prospective study of alginate as self-care treatment for 6 months. French Co-operative Study Group. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 7(4): 385–392.

88. Rohof W.O., Bennink R.J., Smout A.J. et al. (2013) An alginate-antacid formulation localizes to the acid pocket to reduce acid reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 11(12): 1585–1591.

89. Sarkar S., Banerjee S., Sarkar R., Sikder B. A Review on the History of 'Thyroid Surgery'. *Indian J Surg.* 2016. № 78(1). P. 32–36. DOI: 10.1007/s12262-0151317-5.

90. Serum levels of amidated gastrin-17 and pepsinogen I in atrophic gastritis: an observational case-control study / P. Sipponen, P. Ranta, I. Kaariainen [et al.] // *Scand J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 37. – P. 785–791.

91. Sjöstedt S., Befrits R., Sylvan A. et al. (2005) Daily treatment with esomeprazole is superior to that taken on-demand for maintenance of healed erosive oesophagitis. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 22(3): 183–191.

92. Strugala V., Avis J., Jolliffe I.G. et al. (2009) The role of an alginate suspension on pepsin and bile acids — key aggressors in the gastric refluxate. Does this have implications for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease? *J. Pharm. Pharmacol.*, 61(8): 1021–1028.

93. The recommended citation for this publication is: Fursova J. The pride of the collection of the palace of Hetman of Ukraine Kyrilo Rozumovsky. Abstracts of XXV International Scientific and Practical Conference. Warsaw, Poland. Pp. 70–72. URL: <https://eu-conf.com/events/promising-ways-of-improving-science-and-scientific-solutions/>

94. Thomas E., Wade A., Crawford G. et al. (2014) Randomised clinical trial: relief of upper gastrointestinal symptoms by an acid pocket-targeting alginate-antacid (Gaviscon Double Action) — a double-blind, placebo-controlled, pilot study in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 39(6): 595–602.

95. Tytgat G.N., McColl K., Tack J. et al. (2008) New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 27(3): 249–256.

96. Uzan M., Uzan S., Sureau C., Richard-Berthe C. (1988) Heartburn and regurgitation in pregnancy. Efficacy and innocuousness of treatment with Gaviscon suspension. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 83(7–9): 569–572.

97. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. (2006) The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.*, 101(8): 1900–1920.

98. Vakil N. Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus

/ N. Vakil, S. Zanten van, P. Kahrilas // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006 . – Vol. 101 . – P. 1900–1920.

99. Volzke H. Association between thyroid function and gallstone disease / H. Volzke, D. M. Robinson, U. John // *World J. Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 11(35). – P. 5530-5534.

100. Williams D.L., Haigh G.G., Redfern J.N. (1979) The symptomatic treatment of heartburn and dyspepsia with Liquid Gaviscon: a multicentre general practitioner study. *J. Int. Med. Res.*, 7(6): 551–555.

101. Zacny J., Zamakhshary M., Sketris I., Veldhuyzen van Zanten S. (2005) Systematic review: the efficacy of intermittent and on-demand therapy with histamine H₂-receptor antagonists or proton pump inhibitors for gastro-oesophageal reflux disease patients. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 21(11): 1299–1312.

102. Brennan M., Houston, F., O'Sullivan, M., et al. Patient satisfaction and oral health-related quality of life outcomes after implant-supported overdentures and fixed complete dentures. *Int J Oral Maxillofacial Implants.* 2010; 25: 791-800.

103. Preciado A, Del Río J, Lynch CD, et al. Effects of different screw-type implant prostheses on oral health-related quality of life measured by QoLIP-10 and OHIP-14: a cross-sectional study. *J. Dent.* 2013;41:1196-1207.

104. Carames J, Tovar Suinaga L, Yu YC, et al. Clinical advantages and limitations of full-arch implant-supported monolithic zirconia restorations: a case series. *Int J. Dent.* 2015; 2015:392496.

105. Pozzi A, Holst S, Fabbri G, et al. Clinical reliability of CAD/CAM cross-arch zirconia bridges on instantaneously loaded implants placed by computer/template surgery: a retrospective study with 3- to 5-year follow-up. *Clin Implant Dent Relat Res* . 2015; 17 (suppl 1): e86-e96.

106. Minervini G.; Fiorillo, L.; Russo, D.; Lanza, A.; D'Amico, C.; Cervino, G.; Meto, A.; Di Francesco, F. Prosthodontic treatment in patients with temporomandibular disorders and orofacial pain and/or bruxism: A review of the literature. *Prosthesis* 2022, 4, 253–262.

107. Almasri M.A. A 5-year satisfaction outcome study of patients receiving six-implant-supported fixed prosthesis. *Clin. Pract.* 2021, *11*, 827–834.
108. Montero J.; Dib, A.; Guadilla, Y.; Flores, J.; Pardal-Peláez, B.; Quispe-López, N.; Gómez-Polo, C. Functional and patient-centered treatment outcomes with mandibular overdentures retained by two immediate or conventionally loaded implants: A randomized clinical trial. *J. Clin. Med.* 2021, *10*, 3477.
109. Velasco-Ortega E.; del Rocío Jiménez-Martin, I.; Moreno-Muñoz, J.; Núñez-Márquez, E.; Rondón-Romero, J.L.; Cabanillas-Balsera, D.; Jiménez-Guerra, Á.; Ortiz-García, I.; López-López, J.; Monsalve-Guil, L. Long-term treatment outcomes of implant prostheses in partially and totally edentulous patients. *Materials* 2022, *15*, 4910.
110. McGlumphy E.A.; Hashemzadeh, S.; Yilmaz, B.; Purcell, B.A.; Leach, D.; Larsen, P.E. Treatment of edentulous mandible with metal-resin fixed complete dentures: A 15- to 20-year retrospective study. *Clin. Oral Implant. Res.* 2019, *30*, 817–825.
111. Gallardo, Y.N.R.; da Silva-Olivio, I.R.; Gonzaga L.; Sesma, N.; Martin, W. A systematic review of clinical outcomes on patients rehabilitated with complete-arch fixed implant-supported prostheses according to the time of loading. *J. Prosthodont.* 2019, *2*, 958–968.
112. Mangano F.G.; Pires, J.T.; Shibli J.A.; Mijiritsky E.; Iezzi, G.; Piattelli, A.; Mangano, C. Early bone response to dual acid-etched and machined dental implants placed in the posterior maxilla: A histologic and histomorphometric human study. *Implant. Dent.* 2017, *26*, 24–29.
113. Windael S.; Vervaeke S.; Wijnen L.; Jacquet, W.; De Bruyn, H.; Collaert, B. Ten-year follow-up of dental implants used for immediate loading in the edentulous mandible: A prospective clinical study. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2018, *20*, 515–521.
114. Velasco-Ortega E.; Jiménez-Guerra A.; Monsalve-Guil, L.; Ortiz-García, I.; Nicolás-Silvente, A.I.; Segura-Egea, J.J.; López-López, J. Long-term

clinical outcomes of treatment with dental implants with acid etched surface. *Materials* 2020, *13*, 1553.

115. Papaspyridakos P.; Chen C.J.; Chuang S.K.; Weber, H.P. Implant loading protocols for edentulous patients with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Oral Maxillofac. Implant.* 2014, *29*, 256–270.

116. Able F.B.; Sartori I.A.M.; Thomé G.; Melo, A.C.M. Retrospective, cross-sectional study on immediately loaded implant-supported mandibular fixed complete-arch prostheses fabricated with the passive fit cementation technique. *J. Prosthet. Dent.* 2018, *119*, 60–66.

117. de Bruyn H.; Raes S.; Ostman P.; Cosyn, J. Immediate loading in partially and completely edentulous jaws: A review of the literature with clinical guidelines. *Periodontology 2000* 2014, *66*, 153–187.

118. Silva A.S.; Martins D.; de Sá, J.; Mendes, J.M. Clinical evaluation of the implant survival rate in patients subjected to immediate implant loading protocols. *Dent. Med. Probl.* 2021, *58*, 61–68.

119. Pera P.; Menini, M.; Pesce P.; Bevilacqua, M.; Pera, F.; Tealdo, T. Immediate versus delayed loading of dental implants supporting fixed full-arch maxillary prostheses: A 10-year follow-up report. *Int.J.Prosthodont.* 2018, *32*, 27–31.

120. Caramês J.M.M.; Marques D.N.D.S.; Caramês, G.B.; Francisco, H.C.O.; Vieira, F.A. Implant survival in immediately loaded full-arch rehabilitations following an anatomical classification system—A retrospective study in 1200 edentulous jaws. *J. Clin. Med.* 2021, *10*, 5167. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

121. Velasco-Ortega E.; Jiménez-Guerra, A.; Ortiz-Garcia, I.; Moreno-Muñoz, J.; Núñez-Márquez, E.; Cabanillas-Balsera, D.; López-López, J.; Monsalve-Guil, L. Immediate loading of implants placed by guided surgery in geriatric edentulous mandible patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, *18*, 4125. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

122. Tartaglia G.M.; Farronato, M.; Sforza, C.; Bidra, A.S. Implant-supported immediately loaded complete arch rehabilitations with a mean follow-up

of 10 years: A prospective clinical study. *J Prosthodont*. 2019, 28, 951–957. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

123. Ramanauskaite A.; Baseviciene, N.; Wang, H.-J.; Tözüm, T.F. Effect of history of periodontitis on implant success: Meta-analysis and systematic review. *Implant. Dent*. 2014, 23, 687–696. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

124. Sgolastra F.; Petrucci, A.; Severino, M.; Gatto, R.; Monaco, A. Periodontitis, implant loss and peri-implantitis. A meta-analysis. *Clin. Oral Implant. Res*. 2015, 26, 8–16. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

125. Guarnieri R.; Di Nardo, D.; Di Giorgio, G.; Miccoli, G.; Testarelli, L. Longevity of teeth and dental implants in patients treated for chronic periodontitis following periodontal maintenance therapy in a private specialist practice: A retrospective study with a 10-year follow-up. *Int. J. Periodontics Restor. Dent*. 2021, 41, 89–98. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

126. Roccuzzo A.; Imber, J.-C.; Marruganti, C.; Salvi, G.E.; Ramieri, G.; Roccuzzo, M. Clinical outcomes of dental implants in patients with and without history of periodontitis: A 20-year prospective study. *J. Clin. Periodontol*. 2022, 1–11. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

127. Cai B.; Tong, Z.; Qian, Y.; Zhu, W.; Lu, Y.; Si, M. Immediate loaded fixed complete dentures supported by implants in patients with a history of periodontitis: A retrospective cohort study of 2 to 7 years. *J. Prosthet. Dent*. 2022, in press. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

128. Malo P.; Nobre, M.A.; Rangert, B. Implants placed in immediate function in periodontally compromised sites: A five-year retrospective and one-year prospective study. *J. Prosthet. Dent*. 2007, 97, 86–95. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

129. Werbelow L.; Weiss, M.; Schramm, A. Long-term follow-up of full-arch immediate implant-supported restorations in edentulous jaws: A clinical study. *Int. J. Implant. Dent*. 2020, 6, 34. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

130. Caton J.G.; Armitage, G.; Berglundh, T.; Chapple, I.L.C.; Jepsen, S.; Kornman, K.S.; Mealey, B.L.; Papapanou, P.N.; Sanz, M.; Tonetti, M.S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—

Introduction and key changes from the 1999 classification. *J. Periodontol.* 2018, 89 (Suppl. S1), S1–S8. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[Green Version](#)]

131. Pakdeesettakul S.; Charatkulangkun, O.; Lertpimonchai, A.; Wang, H.L.; Sutthiboonyapan, P. Simple flowcharts for periodontal diagnosis based on the 2018 new periodontal classification increased accuracy and clinician confidence in making a periodontal diagnosis: A randomized crossover trial. *Clin. Oral Investig.* 2022, 1–11.

132. General Assembly of the World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *J. Am. Coll. Dent.* 2014, 81, 14–18.

133. Salgado-Peralvo, A.O.; Garcia-Sanchez, A.; Kewalramani, N.; Barone, A.; Martínez-González, J.M.; Velasco-Ortega, E.; López-López, J.; Kaiser-Cifuentes, R.; Guerra, F.; Matos-Garrido, N.; et al. Consensus Report on Preventive Antibiotic Therapy in Dental Implant Procedures: Summary of Recommendations from the Spanish Society of Implants. *Antibiotics* 2022, 11, 655.

134. Niedermaier R.; Stelzle, F.; Riemann, M.; Bolz, W.; Schuh, P.; Wachtel, H. Implant-supported immediately loaded fixed full-arch dentures: Evaluation of implant survival rates in a case cohort of up to 7 years. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2017, 19, 4–19. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

135. Velasco-Ortega E.; Wojtovicz, E.; España-Lopez, A.; Jimenez-Guerra, A.; Monsalve-Guil, L.; Ortiz-Garcia, I.; Serrera-Figallo, M.A. Survival rates and bone loss after immediate loading of implants in fresh extraction sockets (single gaps). A clinical prospective study with 4 years follow-up. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal* 2018, 23, 230–236. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

136. Covani U.; Orlando, B.; D’Ambrosio, A.; Sabbatini, V.-B.; Barone, A. Immediate rehabilitation of completely edentulous jaws with fixed prostheses supported by implants placed into fresh extraction sockets and in healed sites: A 4-year clinical evaluation. *Implant. Dent.* 2012, 21, 272–279. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

137. Polizzi G.; Cantoni, T. Five-year follow-up of immediate fixed restorations of maxillary implants inserted in both fresh extraction and healed sites using the NobelGuide™ system. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2015, *17*, 221–233. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

138. Sarafidou K.; Lazaridi, I.; Gotsis, S.; Kirmenidou, Y.; Vasilaki, D.; Hirayama, H.; Michalakis, K. Tooth preservation vs. extraction and implant placement in periodontally compromised patients: A systematic review and analysis of studies. *J. Prosthodont.* 2022. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

139. Chrcanovic B.R.; Albrektsson T.; Wennerberg, A. Periodontally compromised vs. periodontally healthy patients and dental implants: A systematic review and meta-analysis. *J. Dent.* 2014, *42*, 1509–1527. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

140. Tenenbaum H.; Bogen, O.; Severac F.; Elkaim, R.; Davideau, J.-L.; Huck, O. Long-term prospective cohort study on dental implants: Clinical and microbiological parameters. *Clin. Oral Implant. Res.* 2017, *28*, 86–94. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)] [[Green Version](#)]

141. French D.; Grandin H.M.; Ofec, R. Retrospective cohort study of 4,591 dental implants: Analysis of risk indicators for bone loss and prevalence of peri-implant mucositis and peri-implantitis. *J. Periodontol.* 2019, *90*, 691–700. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[Green Version](#)]

142. Hussain R.A.; Miloro M.; Cohen, J.B. An Update on the Treatment of Periimplantitis. *Dent. Clin. N. Am.* 2021, *65*, 43–56. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

143. Li S.; Di P.; Zhang Y.; Lin Y. Immediate implant and rehabilitation based on all-on-4 concept in patients with generalized aggressive periodontitis: A medium-term prospective study. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2017, *19*, 559–571. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

144. Marconcini S.; Giammarinaro E.; Covani U.; Mascolo A.; Caso, G.; Del Corso, M. Immediate restoration of fixed full-arch prostheses placed on implants in both fresh and healed sockets using the fat one-bridge technique: A 7-year retrospective study. *BMC. Oral Health* 2021, *21*, 617. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

145. Slutzkey G.S.; Cohen O.; Chaushu L.; Rahmanov A.; Mijiritsky, E.; Beitlitum, I.; Kolerman, R. Immediate maxillary full-arch rehabilitation of periodontal patients with terminal dentition using tilted implants and bone augmentation: A 5-year retrospective cohort study. *J. Clin. Med.* 2022, *11*, 2902. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
146. Grandi T.; Signorini L. Rehabilitation of the completely edentulous mandible by all-on-four treatment concept: A retrospective cohort study with up to 10 years follow-up. *Medicina* 2022, *58*, 10. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
147. Wittneben J.G.; Joda T.; Weber H.P.; Brägger U. Screw retained vs. cement retained implant-supported fixed dental prosthesis. *Periodontology* 2000 2017, *73*, 141–151. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
148. Albrektsson T.; Buser D.; Sennerby L. Crestal bone loss and oral implants. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2012, *14*, 783–791. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
149. Qian J.; Wennerberg A.; Albrektsson, T. Reasons for marginal bone loss around oral implants. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2012, *14*, 792–807. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
150. Gonzalez-Gonzalez I.; de Llanos-Lanchares, H.; Brizuela-Velasco, A.; Alvarez-Riesgo, J.A.; Llorente-Pendas, S.; Herrero-Climent, M.; Alvarez-Arenal, A. Complications of fixed full-arch implant-supported metal-ceramic prostheses. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 2020, *17*, 4250. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
151. Fischer K.; Stenberg T. Prospective 10-year cohort study based on a randomized, controlled trial (RCT) on implant-supported full-arch maxillary prostheses. Part II: Prosthetic outcomes and maintenance. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2013, *15*, 498–508. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
152. Papaspyridakos P.; Chen C.J.; Chuang, S.K.; Weber, H.P.; Gallucci, G.O. A systematic review of biologic and technical complications with fixed implant rehabilitations for edentulous patients. *Int. J. Oral Maxillofac. Implant.* 2012, *27*, 102–110. [[Google Scholar](#)]

153. Bartlett DW, Evans DF, Smith BG: Postprandial oral regurgitation leading to reflux: a possible cause of dental erosion?. *J Oral Rehabil.* 1997, 24: 102-108. 10.1046/j.1365-2842.1997.d01-267.x.
154. Gregory-Head BL, Curtis DA, Kim L, Violoncello J: Assessment of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Prosthet Dent.* 2000, 83: 675-680. 10.1067/mpr.2000.107193.
155. Broliato GA, Volcato DB, Reston EG, Kramer PF, Marquezan M, Ruzzarin F: Esthetic and functional dental rehabilitation in a patient with gastroesophageal reflux. *Quint Int.* 2008, 39: 131-137.
156. Nunn JH: Prevalence of dental erosion and implications for oral health. *Eur J Oral Sci.* 1996, 104: 156-161. 10.1111/j.1600-0722.1996.tb00064.x.
157. Jarvinen V, Meurman JH, Hyvarinen H, Rytomaa I, Murtomaa H: Dental erosion and upper gastrointestinal disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988, 65: 298-303. 10.1016/0030-4220(88)90113-2.
158. Bartlett DW, Evans DF, Anggiansah A, Smith BGN: A study of the association between gastroesophageal reflux disease and palatal dental erosion. *Br Dent J.* 1996, 181: 125-132.
159. Gudmundsson K, Kristleifsson G, Theodors A, Holbrook WP: Dental erosion, gastroesophageal reflux and salivary buffer capacity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1995, 79: 185-189. 10.1016/S1079-2104(05)80280-X.
160. Smith BGN, Knight JKA: Comparison of tooth wear patterns with etiological factors. *Br Dent J.* 1984, 157: 16-19. 10.1038/sj.bdj.4805401.
161. Davis VB, Winter PJ: Dietary erosion of dentine and enamel in adults. *Br Dent J.* 1977, 143: 116-119. 10.1038/sj.bdj.4803957.
162. Bartlett DV: The role of erosion in tooth wear: etiology, prevention and treatment. *Int Dent J.* 2005, 55: 277-284.
163. Bartlett DW, Evans DF, Smith BG: The relationship between gastroesophageal reflux disease and dental erosion. *J Oral Rehabil.* 1996, 23: 289-297. 10.1111/j.1365-2842.1996.tb00855.x.

164. Spigset O: Oral symptoms in bulimia nervosa. Examination of 34 cases. *Acta Odontol Scand.* 1991, 49: 335-339. 10.3109/00016359109005929.
165. Allan DN: Dental erosion from vomiting. *Br Dent J.* 1969, 126: 311.
166. Smith BG, Knight JK: An index for measuring tooth wear. *Br Dent J.* 1984, 156: 435-438. 10.1038/sj.bdj.4805394.
167. Moazzez R, Bartlett DW, Anggiansah A: Dental erosion, gastroesophageal reflux disease and saliva: how are they related?. *J Dent Res.* 2004, 32: 489-494. 10.1016/j.jdent.2004.03.004.
168. Moazzez R, Anggiansah A, Bartlett DW: Association of upper esophageal sphincter acid reflux with attrition of palatal teeth. *Caries Res.* 2005, 39: 475-478. 10.1159/000088182.
169. Roekel NBV: Gastroesophageal reflux disease, dental erosion and orthopedic rehabilitation: a clinical report. *J Prosthodont.* 2003, 12: 255-259. 10.1016/S1059-941X(03)00104-9.
170. Ali DA, Brown RS, Rodriguez LO, Moody EL, Nasr MF: Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J Am Dent Assoc.* 2002, 133: 734-737.
171. Silva MAG, Damante JH, Stipp ACM, Tolentino MM, Carlotto PR, Fleury RN: Gastroesophageal reflux disease: new oral findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001, 91: 301-310. 10.1067/moe.2001.111139.
172. Munoz JV, Herreros B, Sanchiz V, Amoros C, Hernandez V, Pascual I: Dental and periodontal lesions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Dig Liver Dis.* 2003, 35: 461-467. 10.1016/S1590-8658(03)00215-9.
173. Oh W, DeLong R, Anusavice KJ: Factors affecting ceramic wear: a review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2002, 87: 451-459. 10.1067/mpr.2002.123851.
174. Myklebost P, Mosseng OE, Gjerdet NR: Roughness of filling materials exposed to gastric juice. *J Dent Res.* 2003, 82: 378.

175. Turssi CP, Hara AT, Serra MC, Rodriguez JR AL: Effects of storage media on surface micromorphology of resin-based restorative materials. *J Oral Rehabil.* 2002, 29: 864-871. 10.1046/j.1365-2842.2002.00926.x.
176. Saoud M., Al-Fahoum S., Kabalan Y. Congenital hypothyroidism: a five-year retrospective study at Children's University Hospital, Damascus, Syria. *Qatar Med J.* 2019 Aug 6. 2019. № (1). P. 7. DOI: 10.5339/qmj.2019.7.
177. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020. № 396. P. 1223–49. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
178. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks / Annette Prüss-Üstün ... [et al]. World Health Organization 2016. 176 p.
179. Rojas-Rueda D., Morales-Zamora E., Alsufyani W. A., Herbst C. H., AlBalawi S. M., Alsukait R., Alomran M. Environmental Risk Factors and Health: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 15. № 18(2). P. 704. DOI: 10.3390/ijerph18020704.
180. Santos J. V., Gorasso V., Souza J., Wyper G.M.A., Grant I., Pinheiro V., Viana J., Ricciardi W., Haagsma J. A., Devleesschauwer B., Plass D., Freitas A. Risk factors and their contribution to population health in the European Union (EU-28) countries in 2007 and 2017. *Eur J Public Health.* 2021 Oct 26. № 31(5). P. 958–967. DOI: 10.1093/eurpub/ckab145.
181. Taylor P. N., Albrecht D., Scholz A., Gutierrez-Buey G., Lazarus J. H., Dayan C. M., Okosieme O. E. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2018 May. № 14(5). P. 301–316. DOI: 10.1038/nrendo.2018.18.
182. Razvi S., Bhana S., Mrabeti S. Challenges in Interpreting Thyroid Stimulating Hormone Results in the Diagnosis of Thyroid Dysfunction. *J. Thyroid. Res.* 2019 Sep 22. 2019:4106816. DOI: 10.1155/2019/4106816.

183. Ferrari S. M., Fallahi P., Antonelli A., Benvenga S. Environmental Issues in Thyroid Diseases. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2017 Mar 20. № 8. P. 50. DOI: 10.3389/fendo.2017.00050.
184. Rayman M. P. Multiple nutritional factors and thyroid disease, with particular reference to autoimmune thyroid disease. *Proc. Nutr. Soc.* 2019 Feb. № 78(1). P. 34–44. DOI: 10.1017/S0029665118001192.
185. Mammen J. S. R., Cappola A. R. Autoimmune Thyroid Disease in Women. *JAMA*. 2021. № 325(23). P. 2392–2393. DOI: 10.1001/jama.2020.22196.
186. Biondi B., Bartalena L., Cooper D. S., Hegedüs L., Laurberg P., Kahaly G. J. The 2015 European Thyroid Association Guidelines on Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J*. 2015 Sep. № 4(3). P. 149–63. DOI: 10.1159/000438750.
187. Haugen B. R., Alexander E. K., Bible K. C., Doherty G. M., Mandel S. J., Nikiforov Y. E., Pacini F., Randolph G. W., Sawka A. M., Schlumberger M., Schuff K. G., Sherman S. I., Sosa J. A., Steward D. L., Tuttle R. M., Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan. № 26(1). P. 1–133. DOI: 10.1089/thy.2015.0020.
188. Alexander E. K., Pearce E. N., Brent G. A., Brown R. S., Chen H., Dosiou C., Grobman W. A., Laurberg P., Lazarus J. H., Mandel S. J., Peeters R. P., Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar. № 27(3). P. 315–389. DOI: 10.1089/thy.2016.0457.
189. Díez J. J., Galofré J. C. Thyroid Cancer Patients' View of Clinician Professionalism and Multidisciplinary Approach to Their Management. *J Multidiscip Healthc*. 2021. № 14. P. 1053–1061. DOI: 10.2147/JMDH.S309953.
190. Fenton M. E., Wade S. A., Pirrili B. N., Balogh Z. J., Rowe C. W., Bendinelli C. Variability in Thyroid Cancer Multidisciplinary Team Meeting

Recommendations Is Not Explained by Standard Variables: Outcomes of a Single Centre Review. *J Clin Med*. 2021. № 10(18). P. 4150. DOI:10.3390/jcm10184150.

191. Babiker A., El Hussein M., Al Nemri A., et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*. 2014. № 14(2). P. 9–16. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949805/>

192. Iwen A. Schilddrüsen Sonografie – Schritt für Schritt [Ultrasound Examination of the Thyroid Gland - Step by Step]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 Feb. № 145(4). P. 260–267. German. DOI: 10.1055/a-0674-7845.

193. Taberna M., Gil Moncayo F., Jané-Salas E., et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020. № 10. P. 85. DOI: 10.3389/fonc.2020.00085.

194. Viola D., Elisei R. Management of Medullary Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Mar. № 48(1). P. 285–301. PMID: 30717909. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.11.006.

195. Brito J. P., Hay I. D. Management of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019. № 48(1). P. 199–213. DOI: 10.1016/j.ecl.2018.10.006.

196. Asa S. L., Mete O. Endocrine pathology: past, present and future. *Pathology*. 2018. № 50(1). P. 111–118. DOI: 10.1016/j.pathol.2017.09.003.

197. Taplin S. H., Weaver S., Salas E., Chollette V., Edwards H. M., Bruinooge S. S., Kosty M. P. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract*. 2015. № 11(3). P. 239–46. DOI: 10.1200/JOP.2014.003350.

198. Rosen M. A., Diaz Granados D., Dietz A. S., et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018. № 73(4). P. 433–450. DOI: 10.1037/amp0000298.

199. Doubleday A., Sippel R. S. Surgical options for thyroid cancer and post-surgical management. *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2018. № 13(3). P. 137–148. DOI: 10.1080/17446651.2018.1464910.

200. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2025 року № 156 «Деякі питання використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям громадян» (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-2025-%D0%BF#Text>.

201. Leonardo H Eusebi, Raguprakash Ratnakumaran, Yuhong Yuan, Masoud Solaymani-Dodaran, Franco Bazzoli, Alexander C Ford. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. Search in PubMed 2018 Mar; 67(3):430-440. PMID: 28232473. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-313589.

202. Харченко Н.В. Клінічна настанова «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба». 2017. Ст. 7 https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_akn_gerh.pdf.

203. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м.Києва в 2023 році. КНП «Київський міський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики». м.Київ, 2024. https://medstat.kiev.ua/wp-content/uploads/2024/04/God_2023.pdf

ДОДАТКИ

Додаток А

Індивідуальна реєстраційна карта № КА –

1. Номер досліджуваного пацієнта _____
2. Дата проведення дослідження «_____» _____ 20__ г.
3. Стать:
 - а. чоловіча ☐
 - б. жіноча ☐
4. Вік пацієнта:
 - а. до 20 років ☐
 - б. від 21 до 30 років ☐
 - в. Від 31 до 40 років ☐
 - г. Від 41 до 50 років ☐
 - д. від 51 до 60 років ☐
 - е. старше 60 років ☐

Стоматологічне дослідження

5. Пацієнт задоволений протезами?
 - а. так ☐
 - б. ні ☐
6. Причина незадоволеності протезом?
 - а. протез зламаний ☐
 - б. порушення цілісності опорних зубів
 - в. порушення фіксації
 - р. незадовільна естетика
 - д. показання до виготовлення додаткових конструкцій
 - е. скарги на біль при жуванні
 - ж. суб'єктивне бажання
 - з. незадовільна фіксація протезу
 - е. інше

7. Зубна формула

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

8. Вид прикусу (співвідношення щелеп)

- а. ортогнатичний ☐
- б. прогенічний ☐
- в. прогнатичний ☐
- г. біпрогнатичний ☐
- д. прямий ☐
- е. відкритий ☐
- ж. перехресний ☐
- з. глибокий ☐
- и. глибоке резцове перекриття ☐

9. Анамнез пацієнта, стан ротової порожнини

- а. алергічні реакції
- б. пародонтит
- в. патологія СНЩС
- г. непереносимість зубного протезу
- д. захворювання слизової оболонки порожнини рота (вказати яке)

10. Чи потрібна санація порожнини рота пацієнту?

- а. так
- б. ні

11. Рівень гігієни ротової порожнини:

- а. задовільний
- б. незадовільний

12. Який ступінь догляду за протезами:

- а. задовільна
- б. незадовільна

13. Чи використовує пацієнт спеціальний засіб догляду за протезом

а. ні

б. так

- ополіскувачі

- зубна нитка

- таблетки

- засоби для покращення фіксації протезів

14. Клас адентії:

а. одне та/або двосторонні кінцеві дефекти

б. увімкнені дефекти

в. комбіновані дефекти (включені та кінцеві)

г. одиночний зуб на щелепі

15. Вид незнімного протеза (відзначати опорні коронки та проміжні частини незнімних мостоподібних протезів)

Штампов.;штамп.-паянні																	
Штамп. 3 пластм. Обліц.																	
Цельнолиті без обліцовки																	
Цельнолиті з пластм. Обліц.																	
Цельнолиті з керамич обліц.																	
Пластмасові																	
Вініри																	
Штифтово-культові вкладки																	
Вкладки																	
Безметалова кераміка																	
Керамічні																	
	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	
Керамічні																	
Безметалова кераміка																	
Вкладки																	
Штифтово-культові вкладки																	
Вініри																	
Пластмасові																	
Цельнолиті з керамич обліц																	
Цельнолиті з пластм. Обліц.																	
Цельнолиті без обліцовки																	
Штамп. 3 пластм. Обліц.																	
Штампов.;штамп.-паянние																	

16. Вид з'ємного протезу, за умови його наявності

	Верхня щелепа	Нижня щелепа
Бюгельний протез		
Знімний протез при частковій адентії		
Повний знімний протез		

17. Вкажіть протез, який буде рекомендований

а. знімний на в.ч.

б. знімний на н.ч.

в. незнімний на в.ч.

м. незнімний на н.ч.

18. З якого матеріалу було виготовлено протез, що переробляється/ або протези:

Матеріал	Знімний протез	Незнімний протез
а. з благородного сплаву		
б. з неблагородного сплаву		
в. з пластмаси		
г. з кераміки		
д. інше _____		
е. не з'ясовано		

19. Вид опор

а. вітальні зуби

б. депульповані зуби

в. зуби та імпланти

м. імпланти

д. інші

е. не з'ясовано

20. Вперше протезування пацієнту проводилось:

а. менше 1 року тому

б. від 1 до 3 років тому

в. від 3 до 5 років тому

м. від 5 до 7 років тому

д. від 7 до 10 років тому

е. більше 10 років тому

21. Тривалість користування протезом/або протезами:

Термін користування	Знімний протез	Незнімний протез
а. менше 1 року тому		
б. від 1 до 3 років тому		
в. від 3 до 5 років тому		
г. від 5 до 7 років тому		

д. від 7 до 10 років тому		
е. більше 10 років тому		

22. Після первинного протезування і досі

- а. протезування не проводилося
- б. проводилося
 - 1 раз через _____ років
 - 2 рази через років та років
 - 3 рази через років, років та років
 - більше 3 разів після первинного протезування з інтервалом років

23. Повторне протезування рекомендовано щодо

- а. заміна наявного протезу на рівноцінний
- б. заміна наявного протеза на рівноцінний з іншого конструкційного матеріалу
- в. розширення меж протезування у тому ж квадранті (Виготовлення такого ж типу протеза)
- г. заміна на знімний протез
- д. заміна на незнімний протез
- е. протезування в іншому квадранті

24. Оцінка проведеного раніше лікування:

- а. порушень немає
- б. є порушення
- в. складно оцінити

25. Ймовірна причина порушень:

- а. неправильні свідчення
- б. невиконані технології
- в. недосконалість обладнання
- г. ускладнення, що виникли при терапевтичному лікуванні зуба або після нього
- д. інше

Гастроентерологічне дослідження

26. Чи турбують пацієнта болі в епігастральній ділянці:

- а. так
- б. ні
- в. зрідка

27. Пацієнт пов'язує їх із прийомом їжі:

- а. так
- б. ні

28. Чи турбують пацієнта відрижка, нудота, блювання, печія:

- а. так (після їжі)
- б. так (до їжі)
- в. так (будь-який час)
- р. ні

29. У який час доби виявляються ці симптоми:

- а. вранці
- б. вдень
- в. увечері
- м. вночі
- д. будь-який час

30. Характер відрижки:

- а. кислий
- б. гіркий
- в. тухлий

31. Як змінилася частота відрижки після протезування:

- а. збільшилася
- б. зменшилась
- в. не змінилась

32. Чи приймає пацієнт дуже гарячу їжу:

- а. так
- б. ні

33. Чи ретельно пацієнт пережовує їжу:

а. так

б. ні

34. Дотримання режиму харчування пацієнтом:

а. так

б. ні

35. Чи спостерігалися ви у гастроентеролога до звернення:

а. так

б. ні

36. Як давно спостерігаєтесь у гастроентеролога до звернення

а. 0-5 років

б. 5-10 років

в. 10-15 років

м. 15-20 років

37. Чи приймає пацієнт медикаменти для усунення вищезгаданих скарг.

а. так

б. ні

38. У якому вигляді пацієнт їсть

а. в основному рідкому

б. у протертому

в. ріжу на маленькі шматочки

м. пережовую сам

д. жування дається важко без попередньої підготовки

Додаток Б

Анкета для пацієнтів із ГЕРХ щодо оптимізації ортопедичного лікування незнімними зубними протезами

1. Ваш вік:

- ☐ а) До 20 років
- ☐ б) 21-30 років
- ☐ в) 31-40 років
- ☐ г) 41-60 років
- ☐ е) Понад 60 років

2. Ваша стать:

- ☐ а) Чоловік
- ☐ б) Жінка

3. Як давно у Вас діагностовано ГЕРХ?

- ☐ а) Менше року
- ☐ б) 1-3 роки
- ☐ в) 3-5 років
- ☐ г) Більше 5 років

4. Чи маєте Ви незнімні зубні протези?

- ☐ а) Так
- ☐ б) Ні

5. Як часто Ви відчуваєте симптоми ГЕРХ?

- ☐ а) Щодня
- ☐ б) Декілька разів на тиждень
- ☐ в) Один раз на тиждень
- ☐ г) Рідше одного разу на тиждень

6. Які симптоми ГЕРХ у Вас найчастіше проявляються?

- ☐ а) Печія
- ☐ б) Відрижка
- ☐ в) Біль у грудях

- d) Труднощі з ковтанням
- e) Інше

7. Як GERX впливає на Ваше загальне самопочуття?

- a) Дуже сильно
- b) Сильно
- c) Помірно
- d) Слабо
- e) Ніяк

8. Чи відвідуєте Ви стоматолога з приводу GERX?

- a) Так, регулярно
- b) Так, інколи
- c) Ні

9. Яке лікування зубних протезів Вам було запропоновано?

- a) Незнімні протези
- b) Знімні протези
- c) Інше

10. Чи задоволені Ви якістю ваших незнімних зубних протезів?

- a) Дуже задоволений
- b) Задоволений
- c) Нейтрально
- d) Незадоволений
- e) Дуже незадоволений

11. Чи впливає GERX на стан Ваших зубних протезів?

- a) Так, значно
- b) Так, трохи
- c) Ні, не впливає

12. Чи відчуваєте Ви дискомфорт під час використання незнімних протезів через GERX?

- a) Так, завжди
- b) Так, інколи

- c) Ні

13. Яка інформація про ортопедичне лікування Вам була корисною?

- a) Протипоказання та ризики
- b) Переваги лікування
- c) Технології та матеріали
- d) Догляд за протезами
- e) Інше

14. Чи доступна для вас вартість ортопедичного лікування?

- a) Так, повністю доступна
- b) Частково доступна
- c) Недоступна

15. Чи хотіли б Ви отримати додаткові консультації щодо впливу ГЕРХ на зубні протези?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не впевнений

16. Як би Ви оцінили рівень обслуговування в стоматологічній клініці, де Ви лікуєтесь?

- a) Відмінно
- b) Добре
- c) Задовільно
- d) Погано

17. Чи потребуєте Ви додаткової інформації щодо підтримки здоров'я ротової порожнини при ГЕРХ?

- a) Так
- b) Ні

18. Як часто Ви чистите свої зубні протези?

- a) Щодня
- b) Кілька разів на тиждень
- c) Раз на тиждень

- d) Рідше

19. Чи вважаєте Ви, що необхідні додаткові дослідження впливу ГЕРХ на стан зубних протезів?

- a) Так
- b) Ні

20. Ваші пропозиції щодо покращення якості ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ:

Додаток В

Анкета для лікарів щодо оптимізації ортопедичного лікування незнімними зубними протезами

1. Ваш вік:

- ☐ а) До 30 років
- ☐ б) 31-40 років
- ☐ в) 41-50 років
- ☐ г) Понад 50 років

2. Стаж Вашої роботи в стоматології:

- ☐ а) Менше 5 років
- ☐ б) 5-10 років
- ☐ в) 11-20 років
- ☐ г) Понад 20 років

3. Чи мали Ви досвід лікування пацієнтів з ГЕРХ?

- ☐ а) Так, часто
- ☐ б) Так, інколи
- ☐ в) Ні

4. Як часто Ви призначаєте незнімні зубні протези для пацієнтів з ГЕРХ?

- ☐ а) Часто
- ☐ б) Іноді
- ☐ в) Рідко
- ☐ г) Ніколи

5. Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з ГЕРХ при використанні незнімних зубних протезів?

- ☐ а) Розхитування протезів
- ☐ б) Пошкодження зубів
- ☐ в) Дискомфорт і біль
- ☐ г) Інше

- 6. Які матеріали для незнімних зубних протезів Ви використовуєте найчастіше для пацієнтів з ГЕРХ?**
- a) Металокераміка
 - b) Кераміка
 - c) Композити
 - d) Інше
- 7. Чи достатньо інформації у Вас для лікування пацієнтів з ГЕРХ?**
- a) Так, достатньо
 - b) Так, але хотів би більше
 - c) Ні, не достатньо
- 8. Чи є доступними сучасні технології для виготовлення незнімних зубних протезів у Вашій клініці?**
- a) Так, повністю доступні
 - b) Частково доступні
 - c) Недоступні
- 9. Які фактори найчастіше впливають на вибір типу незнімного протезу для пацієнтів з ГЕРХ?**
- a) Стан зубів пацієнта
 - b) Фінансові можливості пацієнта
 - c) Наявність сучасних матеріалів
 - d) Рекомендації колег
- 10. Чи проводите Ви додаткові консультації для пацієнтів з ГЕРХ щодо догляду за незнімними протезами?**
- a) Так, завжди
 - b) Так, інколи
 - c) Ні
- 11. Чи вважаєте Ви, що необхідно збільшити фінансування для досліджень впливу ГЕРХ на стан зубних протезів?**
- a) Так
 - b) Ні

- c) Не впевнений

12. Як Ви оцінюєте рівень підготовки молодих стоматологів до лікування пацієнтів з ГЕРХ?

- a) Високий
- b) Середній
- c) Низький
- d) Не можу оцінити

13. Чи потребують пацієнти з ГЕРХ більше уваги при плануванні ортопедичного лікування?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не завжди

14. Чи вважаєте Ви, що необхідно розробити спеціалізовані курси з ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не впевнений

15. Ваші пропозиції щодо покращення якості ортопедичного лікування для пацієнтів з ГЕРХ:

Додаток Г

Анкета для медичних сестер загальної практики – сімейної медицини щодо оптимізації ортопедичного лікування незнімними зубними протезами

1. Ваш вік:

- ☐ а) До 30 років
- ☐ б) 31-40 років
- ☐ в) 41-50 років
- ☐ г) Понад 50 років

2. Стаж Вашої роботи у сфері загальної практики – сімейної медицини:

- ☐ а) Менше 5 років
- ☐ б) 5-10 років
- ☐ в) 11-20 років
- ☐ г) Понад 20 років

3. Чи мали Ви досвід роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези?

- ☐ а) Так, часто
- ☐ б) Так, інколи
- ☐ в) Ні

4. Як часто Ви консультуєте пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?

- ☐ а) Часто
- ☐ б) Іноді
- ☐ в) Рідко
- ☐ г) Ніколи

5. Які основні проблеми Ви спостерігаєте у пацієнтів з незнімними зубними протезами?

- ☐ а) Дискомфорт і біль

- b) Пошкодження протезів
- c) Інфекції ротової порожнини
- d) Інше

6. Чи отримували Ви додаткове навчання щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?

- a) Так, спеціалізовані курси
- b) Так, на робочому місці
- c) Ні, не отримувала/в

7. Які джерела інформації щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами Ви використовуєте?

- a) Медична література
- b) Інтернет-ресурси
- c) Колеги
- d) Інше

8. Чи достатньо у Вас інформації для консультування пацієнтів щодо використання незнімних зубних протезів?

- a) Так, достатньо
- b) Так, але хотіла б більше
- c) Ні, не достатньо

9. Чи доступні у Вашій медичній установі матеріали для навчання пацієнтів щодо догляду за незнімними зубними протезами?

- a) Так, повністю доступні
- b) Частково доступні
- c) Недоступні

10. Як Ви оцінюєте рівень підготовки медичних сестер до роботи з пацієнтами, які використовують незнімні зубні протези?

- a) Високий
- b) Середній
- c) Низький
- d) Не можу оцінити

11. Чи вважаєте Ви, що пацієнти з незнімними зубними протезами потребують більше уваги і догляду?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не завжди

12. Чи проводите Ви просвітницьку роботу щодо профілактики проблем з незнімними зубними протезами?

- a) Так, регулярно
- b) Так, інколи
- c) Ні

13. Чи є необхідність у проведенні додаткових тренінгів для медичних сестер щодо догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не впевнена/ний

14. Чи вважаєте Ви, що потрібно більше фінансування для поліпшення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами?

- a) Так
- b) Ні
- c) Не впевнена/ний

15. Ваші пропозиції щодо покращення якості догляду за пацієнтами з незнімними зубними протезами: