

DOI <https://doi.org/10.32782/3041-1394.2024-1.5>

УДК 616. 314-089. 23-071.3-072.7

**А.Ю. Кордіяк**, доктор медичних наук, професор, кафедра ортопедичної стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, [a.kordiyak@gmail.com](mailto:a.kordiyak@gmail.com)

**Р.Р. Братусь-Гриньків**, доктор філософії, асистентка, кафедра ортопедичної стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, [ortstom\\_lviv@ukr.net](mailto:ortstom_lviv@ukr.net)

## ЗАСТОСУВАННЯ ТОПОГРАФІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СХЕМИ ДЛЯ РЕЄСТРАЦІЇ ДАНИХ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПООДИНОКО ЗБЕРЕЖЕНИМИ ЗУБАМИ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ

**Мета дослідження** – доповнити традиційний метод клінічного обстеження пацієнтів в ортопедичній стоматології новими даними, які полегшать вибір плану лікування пацієнтів з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі. **Матеріали та методи дослідження.** Ми провели амбулаторне обстеження 126 пацієнтів (89 (70,6%) жінок, 37 (29,4%) чоловіків віком 49–92 р.). Усі вони звернулися зі скаргами при користуванні частковими пластинковими чи дуговими або повними покривними протезами на нижню щелепу, відповідно було зафіксовано 108 (85,7%) і 18 (14,3%) випадків. Через необхідність повторного ортопедичного лікування 42 пацієнтам (23 (54,8%) жінкам, 19 (45,2%) чоловікам віком 56–89 р.) визначили покази до застосування покривних протезів. Первинну медичну документацію (форму 0-43о) цих пацієнтів доповнювали даними опрацьованої нами топографічно-функціональної схеми реєстрації даних обстеження. Аналіз одновимірного розподілу даних проводили шляхом обчислення відсотків у програмі Excel для Microsoft 365. **Наукова новизна.** Виявилось, що недостатня кількість діагностичних кодів, які стосуються інших ушкоджень зубів та їх опорного апарату (K08) серед хвороб органів травлення (K00-K93) МКХ-10, та відсутність в амбулаторних стоматологічних картах рівня складності умов для протезування є проблемами у щоденній практиці стоматологів-ортопедів. Уперше застосували топографічно-функціональну схему реєстрації даних обстеження з поділом сукупності клінічних ознак на 6 груп. З'ясували, що морфо-функціональний стан зубо-щелепної системи був більш сприятливим (групи I–III) у 24 (57,1%) і менш сприятливим (групи IV–VI) у 18 (42,9%) пацієнтів, а рівень складності умов для протезування за діагностичними критеріями у всіх 42 пацієнтів був високим (Клас 3–4). Отримані дані склали основу для вибору раціонального плану лікування. **Висновки.** Зазначення рівня складності умов для протезування у розширенні коду МКХ-10-AM повністю відповідає завданню гармонізації української методології діагностування з міжнародною. Застосування топографічно-функціональної схеми при аналізі даних обстеження полегшує вибір раціонального плану лікування пацієнтів з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі.

**Ключові слова:** втрата зубів, класифікація хвороб, діагностична схема.

**A.Yu. Kordiiaak**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Orthopedic Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska str, Lviv, Ukraine, postal code 79010, [a.kordiyak@gmail.com](mailto:a.kordiyak@gmail.com)

**R.R. Bratus-Hrynkiv**, Doctor of Philosophy, Assistant, Department of Orthopedic Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska str, Lviv, Ukraine, postal code 79010, [ortstom\\_lviv@ukr.net](mailto:ortstom_lviv@ukr.net)

## TOPOGRAPHICAL AND FUNCTIONAL SCHEME APPLICATION FOR EXAMINATION DATA REGISTRATION IN PATIENTS' WITH MANDIBULAR SINGLE REMAINING TEETH

**Research objective.** To complement the conventional manner of patients' clinical examination in prosthetic dentistry with the new data, that will facilitate treatment plan selection for the patients with mandibular



single remaining teeth. **Materials and methods.** An outpatient examination was conducted of 126 patients (89–70.6 % women, 37–29.4% men, aged 49–92). All of them encountered with complaints when using acrylic or cast-base partial and complete overdentures on the lower jaw, respectively – 108(85,7%) and 18 (14.3%) cases. Due to the need for repeated orthopedic treatment, 42 patients (23–54.8% women, 19–45.2% men, aged 56–89) were indicated for the use of complete overdentures. The primary medical documentation (form 0-43o) of these patients was supplemented with the data of the self-developed topographical and functional chart of examination data registration. Analysis of one-dimensional distribution of data was carried out by calculating percentages in the Excel program for Microsoft 365. **Scientific novelty.** It was revealed, that insufficient number of diagnostic codes, related to “Other disorders of teeth and supporting structures” (K08) among “Diseases of the digestive system” (K00-K95) of the МКХ-10, and the lack of the level of prosthetic treatment complexity in outpatient dental records, are troubling in the daily practice of dental prosthetists. For the first time, a topographical-functional chart of examination data registration was used, dividing the whole clinical signs into 6 groups. It was found, that the morpho-functional status of the dento-maxillary system was more favorable (groups I–III) in 24 (57.1%) and less favorable (groups IV–VI) in 18 (42.9%) patients, and the level of prosthetic treatment complexity by the diagnostic criteria in all 42 patients was high (Class 3–4). The obtained data made up the ground for the selection of reasonable treatment plan. **Conclusions.** Specifying the degree of prosthetic treatment complexity in the extension of the ICD-10-AM code perfectly meets the task of harmonizing the Ukrainian diagnostic methodology with the international one. The use of a topographical and functional chart in the analysis of examination data improves the reasonable treatment plan selection for the patients with mandibular single remaining teeth.

**Key words:** tooth loss, disease classification, diagnostic scheme.

Потребу населення в ортопедичному лікуванні зумовлює, зокрема, втрата зубів, основними причинами якої, за даними епідеміологічних досліджень, є ускладнення карієсу, хвороби пародонту, травми, інші уточнені та неуточнені несприятливі чинники [1, с. 53; 2; 3, с. 4]. Практичний досвід показує, що повторні звертання до стоматологів найчастіше пов'язані з незадовільною фіксацією зубних протезів і травмуванням тканин протезного ложа, особливо на нижній щелепі [4, с. 40–42; 5, с. 38; 6, с. 24]. У таких випадках першим кроком до вирішення проблеми, що є однією з вимог щодо забезпечення якості надання медичної допомоги, є уніфіковане кодування місцевого та загального стану пацієнта в первинній медичній документації та, відповідно, електронній системі охорони здоров'я [7, с. 39, 63].

Для формування системи обліку і звітності в охороні здоров'я з першого січня 1999 року в Україні (Наказ МОЗ України № 297 від 08.10.98 р.) у медичних закладах введено в дію єдиний міжнародний нормативний документ – «Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» (МКХ-10) [8]. Наступним кроком згідно з Наказом Міністерства економіки України № 360-21 від 04.08.2021 р. з пер-

шого вересня 2021 р. в Україні набув чинності Національний класифікатор (НК) 025:2021 – «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я». В основу НК 025:2021, який гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду Австралійської модифікації (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), покладена саме МКХ-10 [9, с. 353–354].

Таким чином, нормативна база для зіставлення клінічних і статистичних даних на міжнародному рівні вже готова. Тепер необхідно відшукати дієві засоби для винесення можливих недоліків ортопедичного лікування поза межі основного обсягу надання стоматологічної допомоги [10, с. 95–97; 11, с. 6–7; 12]. Вирішення цього завдання для пацієнтів з частковою або повною втратою зубів слід починати з ретельного аналізу даних обстеження. Урахування таких діагностичних ознак, як взаємне розташування збережених зубів і беззубих ділянок (Kennedy E. 1923–Applegate O. C. 1954–Fiset J. 1973), умови для сприйняття та розподілу жувального навантаження (Korber E., 1987), ступінь і тип атрофії альвеолярного



відростка (Elbrecht H.I., 1958), а також кількість оклюзійних опорних зон у бічних ділянках зубних рядів (Eichner K., 1955), дає усі підстави для обґрунтованого вибору плану лікування з використанням, зокрема, покривних конструкцій зубних протезів [13, с. 260; 14, с. 327; 15, с. 112–117]. Отже, актуальним залишається своєчасне (найкраще – у процесі виготовлення зубних протезів) виявлення конструктивних недоліків та подальше запобігання ускладнень, які утруднюють користування зубними протезами.

**Мета роботи** – доповнити традиційний метод клінічного обстеження пацієнтів в ортопедичній стоматології новими даними, які полегшать вибір плану лікування пацієнтів з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі.

#### Матеріали та методи

До клінічного дослідження були залучені 126 пацієнтів (89 жінок (70,6%) і 37 чоловіків (29,4%) віком 49–92 р.). Усі вони звернулися зі скаргами при користуванні частковими пластинковими чи дуговими або повними покривними протезами на нижню щелепу, відповідно було зафіксовано 108 (85,7%) і 18 (14,3%) випадків. У кожного з пацієнтів з'ясували причину і терміни втрати зубів, факт первинного або повторно протезування та тип конструкцій, якими пацієнти користувалися раніше, проводили об'єктивну та суб'єктивну оцінку результатів попереднього ортопедичного лікування.

Амбулаторне обстеження проводили на підставі наданої пацієнтами добровільної інформованої згоди з урахуванням рекомендацій ВООЗ [16, с. 13–16] традиційним для ортопедичної стоматології методом. Сучасні нормативні вимоги, визначені Наказом Міністерства України № 667 від 13 грудня 2019 р. «Про затвердження національних класифікаторів», передбачають застосування у щоденній стоматологічній практиці діагностичних рубрик і підрубрик МКХ-10 (на основі ICD-10), адаптованих до вітчизняної діагностичної термінології. Отже, медичні карти стоматологічних хворих (форма № 043/о) заповнювали згідно

інструкції, затвердженої наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 р., а основний стан пацієнта, що зумовив звертання за медичною допомогою та додаткові (супутні) стани позначали кодами МКХ-10 [17, с. 6–11].

Через необхідність повторного ортопедичного лікування у 42 пацієнтів (23 жінки (54,8%), 19 чоловіків (45,2%) віком 56–89 р.) з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі були покази до застосування покривних протезів. Первинну медичну документацію цих осіб (форма 0-43о) доповнювали даними опрацьованої нами топографічно-функціональної схеми реєстрації даних обстеження. Для цього вказували розташування беззубих ділянок та їх протяжність, стан збережених опорних зубів, характеристики оклюзійних співвідношень, форму і ступінь атрофії альвеолярного відростка. За сукупністю клінічних ознак кожен випадок відносили до однієї з шести груп, а за діагностичними критеріями PDI (ACP) [18, с. 182] оцінювали рівень складності умов для протезування.

Аналіз одновимірного розподілу даних проводили шляхом обчислення відсотків у програмі Excel для Microsoft 365.

#### Основний матеріал дослідження

Ми з'ясували, що скарги пацієнтів (утруднене жування, травмування ясен базисом протезу, порушення фіксації знімних конструкцій) були зумовлені конструкційними недоліками, які вказували на низький рівень якості зубних протезів. Водночас у 87 (80,6%) пацієнтів з частковими зубними протезами і 13 (72,2%) осіб при користуванні покривними протезами ми виявили руйнування опорних зубів, значну атрофію альвеолярних відростків, прояви скронево-нижньощелепних розладів. У 21 (16,7%) пацієнта зубні протези потребували клінічної та/або лабораторної корекції, у 105 (83,3%) осіб – заміни (переважно зі зміною конструкції) через виразну непридатність до користування.

Ми також проаналізували медичні карти стоматологічних хворих (ф-043о) – основне джерело для кодування даних про захворюваність пацієнтів. Слід зазначити, що лише у 23 (18,3%) випадках були дотримані усі



правила заповнення первинних медичних документів, зокрема записи основного стану з кодом діагнозу за МКХ-10. Усім фахівцям медичної сфери відомо, що правильне кодування можливе лише після доступу до упорядкованої та повної клінічної інформації, тому за відсутності якісної документації застосування інструкцій з кодування ускладнене, якщо взагалі можливе [7, с. 47–50]. Як виявилось, одна з проблем щоденної клінічної практики для стоматологів-ортопедів пов'язана з недостатньою кількістю кодів Класу 11 «Хвороби органів травлення» (K00-K93) в МКХ-10. Особливо це стосується рубрик, що відповідають «Іншим ушкодженням зубів та їх опорного апарату» (K08) блоку «Хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп» (K00-K14).

Згідно з Наказом МОЗ України «Про створення національної статистики та переходу на міжнародну систему обліку і статистики» від 11.10.93 р. № 215 переклад Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКХ-10) з англійської на українську мову та підготовку її до видання здійснили фахівці Українського інституту громадського здоров'я із залученням досвідчених редакторів видавництва «Здоров'я». На відміну від триступінчатої побудови міжнародної номенклатури хвороб, в основу МКХ-10 покладено ієрархічний (підпорядкувальний) принцип групування з присвоєнням кожній хворобі (або розладу) коду з літерою англійського алфавіту в якості першого знаку та цифрами у другому, третьому та четвертому знаках коду. Перші три знаки коду складають рубрику, яка переважно ідентифікує будь-яке захворювання. Четвертий знак статистичного коду дозволяє деталізувати зміст рубрики і визначається як підрубрика. При ознайомленні з НК 025:2021 (це фактично МКХ-10-АМ) легко помітити, що ті стани, які потребують ортопедичного лікування, подані вибірково, у скороченому варіанті: K08.1 – повна втрата зубів, K08.2 – атрофія беззубого альвеолярного відростка, K08.8 – інші уточнені ускладнення з боку зубів та опорних тканин та K08.9 – ускладнення з боку зубів та опорних тканин,

не уточнені. Водночас усі категорії часткової (K08.1) та повної (K08.4) втрати зубів, а також незадовільного стану реставрації (відновлення) пошкоджених або втрачених зубів/зубних рядів (K08.5) чомусь не увійшли до K08 (МКХ-10-АМ). Загалом в українськомовній версії МКХ-10-АМ до K08 внесені лише 8 тризначних рубрик без кодів 4-значного розширення, натомість у повній версії (англійськомовному оригіналі) 7-символьних буквено-цифрових кодів (7-character alphanumeric codes) – 92.

Друга проблема зумовлена тим, що у структурі амбулаторної стоматологічної карти не передбачений прогностично важливий показник – рівень складності умов для протезування, визначений, звісно, на підставі комплексної оцінки таких критеріїв: 1) причини втрати зубів; 2) стану збережених опорних зубів; 3) розташування і протяжності беззубих ділянок; 4) оклюзійних співвідношень; 5) форми і ступеню атрофії альвеолярного відростка, а також результатів попереднього протезування та перебігу супутніх хвороб. Слід зазначити, що чотири- та семизначні розширення рубрик K08 у повній версії ICD-10-СМ/АМ якраз і вказують на мінімальне, помірне, виражене та різко виражене погіршення умов для протезування (Class 1–4).

Якщо для вирішення першої з означених проблем слід уважно ознайомитися з оригіналом міжнародно визнаної класифікації [19], то друга проблема вимагає певної зміни у підході до збору й аналізу даних обстеження, у нашому випадку – пацієнтів з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі. Згідно з методикою індексної оцінки клінічної ситуації PDI Partial edentulism (АСР) будь-який окремий критерій вищої складності, плановані додаткові лікувальні процедури, необхідність підготовки до протезування, наявність супутніх хвороб мають свій вплив на рівень складності умов для протезування. Якщо пацієнт звертався з повною втратою зубів на верхній щелепі та частковою втратою зубів на нижній, то стан верхнього і нижнього зубного ряду оцінювали за відповідною методикою – PDI Compete edentulism /PDI Partial edentulism (рис. 1).



За індексною оцінкою PDI (Prosthodontic Diagnostic Index) ACP (American College of Prosthodontists) [18, с. 192] основні діагностичні критерії (разом з додатковими) формують відповідний рівень складності (класи 1–4) як при повній (PDI Complete Edentulism), так і при частковій (PDI Partial Edentulism) втраті зубів. Саме такий підхід і застосовують при підготовці медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. Враховується те, що стандарти повинні бути чіткими і вимірними, зосередженими на клінічних питаннях,

містити організаційні фактори, які впливають на якість медичної допомоги, а також регулярно переглядатися й оновлюватися [7, с. 15, 175]. До речі, замість Протоколів надання медичної допомоги за усіма стоматологічними спеціальностями, які були чинними з 23 листопада 2004 року до 1-го березня 2021 року, в Україні нещодавно були затверджені Стандарти медичної допомоги – за відповідними кодами стану або захворювання НК 025:2021.

За предметом дослідження результати обстеження 42 пацієнтів з показами до засто-

### Prosthodontic Diagnostic Index (PDI) Classification System for Partial Edentulism

	Class I	Class II	Class III	Class IV
<b>Location and Extent of Edentulous Areas</b>				
1 arch, MX ≤ 2 incisors, MD ≤ 4 incisors, ≤ 2 pre-molars, ≤ one pre-molar and a molar				
Both arches and otherwise same as above, or 1/both arches and missing canine(s)				
1/both arches, posterior area > 3 teeth or two molars, antero-post area ≥ 3 teeth				
Requiring high degree of patient compliance; guarded prognosis				
Congenital or acquired maxillofacial defect				
<b>Abutment condition</b>				
Localized adjunctive treatment (perio, endo, ortho)				
None				
1-2 sextants				
3 sextants				
≥ 4 sextants				
Insufficient tooth structure				
None				
1-2 sextants				
3 sextants				
≥ 4 sextants				
<b>Occlusion</b>				
No pre-prosthetic therapy				
Localized adjunctive therapy				
Re-establish entire occlusion, no change in OVD				
Re-establish entire occlusion, with change in OVD				
<b>Residual ridge</b>				
Class I edentulous				
Class II edentulous				
Class III edentulous				
Class IV edentulous				
<b>Conditions creating a guarded prognosis</b>				
Severe oral manifestations of systemic disease				
Maxillomandibular dyskinesia and/or ataxia				
Refractory patient				
ICD-10-CM diagnostic code	525.51	525.52	525.53	525.54

#### Guidelines for use of the worksheet

1. Any single criterion of a more complex class places the patient into the more complex class.
2. Consideration of future treatment procedures must not influence the diagnostic level.
3. Hopeless teeth should not be considered in applying the classification.
4. Initial preprosthetic treatment and/or adjunctive therapy can change the initial classification level
5. If there is an esthetic concern/challenge, the classification is increased in complexity by one or more levels.
6. In the presence of TMD symptoms, the classification is increased in complexity in one or more levels.
7. In the situation where the patient presents with an edentulous maxilla opposing a partially edentulous mandible, each arch is diagnosed with the appropriate classification system.

Рис. 1. Робочий аркуш (worksheet) для визначення класів 1–4 PDI (ACP) з настановами (guidelines) по роботі з ним (за даними Th.J. McGarry et al., 2002)



сування знімних пластинкових протезів покривного типу були внесені до розробленої нами топографічно-функціональної схеми. Зібрані дані не лише були доповненням первинної медичної документації, але й певною мірою переводили її акцент зі статистично-облікового на клінічний.

Отже, за умов відновленого зубного ряду верхньої щелепи поділ клінічних випадків на шість груп передбачав розташування поодинокі збережених зубів на нижній щелепі у трьох ділянках (двох бічних та фронтальній); у двох ділянках (у обох бічних або одній з бічних і у фронтальній); у одній ділянці (лише в одній з бічних або лише у фронтальній) одно- або двобічно. Поодинокі збереженими вважали зуби або корені зубів кількістю від 1 до 5 без контакту хоча б однієї з проксимальних поверхонь із сусіднім через його відсутність (рис. 2).

Перші три групи відповідали умовам, при яких поодинокі збережені зуби (корені) розта-

шовані двобічно у трьох ділянках зі збереженням двох оклюзійних опорних зон (I група), удвох ділянках (фронтальній та бічній) зі збереженням однієї оклюзійної зони (II група) та лише у одній (фронтальній) ділянці без збереження оклюзійних зон (III група). Групи з IV по VI відображали умови, за яких поодинокі збережені зуби (корені) були розташовані однобічно у двох ділянках (фронтальній та бічній) зі збереженням однієї оклюзійної зони (IV група), у одній (фронтальній) ділянці зі збереженням однієї оклюзійної зони (V група) та лише в одній (фронтальній) ділянці без збереження оклюзійних зон (VI група). Деталізовані дані, окрім топографічних характеристик (часткова втрата зубів I та I,1 класів за E. Kennedy), відповідно до розташування поодинокі збережених зубів, відображали наявність чи відсутність оклюзійних опорних зон (за класифікацією K. Eichner) та описували ступінь і форму атрофії альвеолярного відростка у беззубих ділянках (за класифікацією H.I. Elbrecht), у тому

ГРУПА	ДВОБІЧНО			ОДНОБІЧНО		
	I	II	III	IV	V	VI
<b>ПООДИНОКО ЗБЕРЕЖЕНІ ЗУБИ</b>						
<b>Агапов</b>	72-81%	75-86%	88-94%	78-86%	84-92%	91-97%
<b>Kennedy</b>	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2	I,1 / I,2
<b>Eichner</b>	B2	B3	B4	B3	B3	B4
<b>Elbrecht</b>	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4
<b>підГРУПА</b>	I	II	III	IV	V	VI
<b>ПООДИНОКО ЗБЕРЕЖЕНІ КОРЕНІ зубів</b>						
<b>Агапов</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Kennedy</b>	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2	I,1 / I,2 / I,3	I,1 / I,2	I,1 / I,2
<b>Eichner</b>	C1/C2	C1/C2	C1/C2	C1/C2	C1/C2	C1/C2
<b>Elbrecht</b>	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4	1 / 2 / 3 / 4

**Рис. 2. Топографічно-функціональна схема реєстрації даних обстеження пацієнтів з поодинокі збереженими зубами на нижній щелепі**

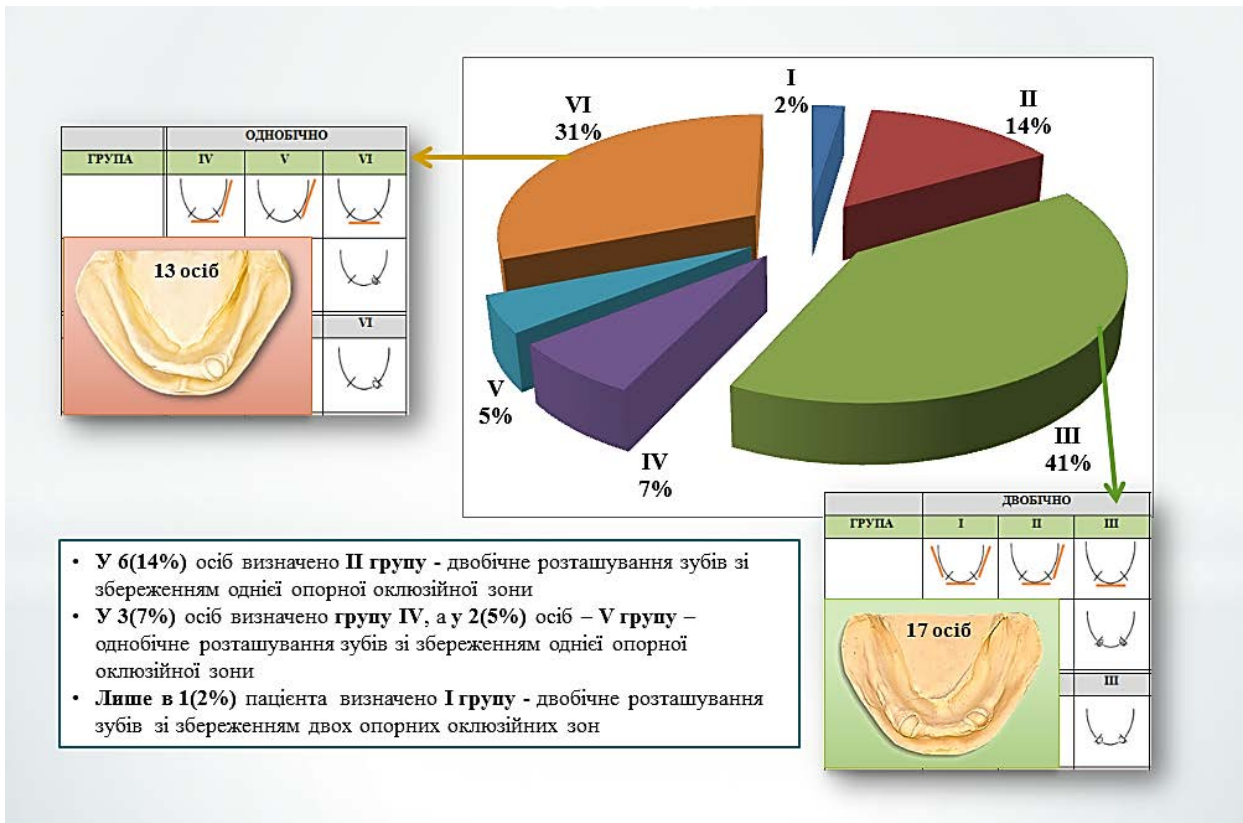


Рис. 3. Розподіл сукупності клінічних ознак у 42 пацієнтів по групах I–VI

числі і з використанням методів променевої діагностики. Після проведення санації порожнини рота у 26 (61,9%) осіб поодиноким збереженими були зуби, а у 16 (38,1%) осіб – корені зубів, розташовані на нижній щелепі двобічно або однобічно (рис. 3).

Як видно на рисунку 3, більш сприятливе для фіксації покривного протеза – двобічне – розташування зубів/коренів та наявність двох опорних оклюзійних зон (групи I, II, III) були у 24 (57,1%) пацієнтів. Водночас менш сприятливе – однобічне – розташування зубів/коренів з наявністю однієї опорної оклюзійної зони (групи IV, V, VI) ми спостерігали у 18 (42,9%) осіб. Загалом в усіх 42 пацієнтів з поодиноким збереженими зубами (коренями) на нижній щелепі умови для протезування були високого рівня складності (клас III та IV). За результатами амбулаторного обстеження з урахуванням згаданих вище діагностичних критеріїв ми оцінювали можливість прийняття та роз-

поділу жувального навантаження тканинами протезного ложа при значній (понад 80%) або повній втраті нормативної жувальної ефективності. На цій підставі ми обирали спосіб фіксації, форму базиса покривного протеза і метод постановки штучних зубів у кожному клінічному випадку.

**Висновки.** Зазначення рівня складності умов для протезування у розширенні коду МКХ-10-AM повністю відповідає завданню гармонізації української методології діагностування з міжнародною. Застосування топографічно-функціональної схеми при аналізі даних обстеження полегшує вибір раціонального плану лікування пацієнтів з поодиноким збереженими зубами на нижній щелепі.

Перспективи подальших досліджень ми пов'язуємо з розробкою і впровадженням науково обґрунтованих рекомендацій стосовно додаткових методів обстеження і правил кодування хвороб клініки ортопедичної стоматології.



## Література:

1. Broers D.L.M., Dubois L., de Lange J., Su N., de Jongh A., Broers D.L.M. Reasons for Tooth Removal in Adults: A Systematic Review. *International Dental Journal*. 2022;72(1):52–57.
2. Darst A. Common Dental Problems During Summer and Their Codes. 2023. URL: <https://www.outsourcestrategies.com/blog/common-dental-problems-during-summer-and-their-codes/>.
3. Thakkar-Samtani M., Bodek B., Heaton L.J., Sonnek A.C. TP. Repeated Use of Emergency Departments for Non-Traumatic Dental Conditions. Boston, MA: Care Quest Institute for Oral Health, 2022:17 p.
4. Гавалешко В.П., Мельничук М.В., Караван Я.Р., Ішков М.О., Рожко В.І. Сучасний погляд на ортопедичне лікування часткової адентії (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*. 2019;1(26):40–47.
5. Friel T., Waia S. Removable partial dentures for older adults. *Primary Dental Journal*. 2020;9(3):34–39.
6. Fueki K., Yoshida-Kohno E., Inamochi Y., Wakabayashi N. Patient satisfaction and preference with thermoplastic resin removable partial dentures: a randomised cross-over trial. *Journal of Prosthodontic Research*. 2020;64(1):20–25.
7. Касянчук В.В., Бергілевич О.М., Сміянова О.І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях за ISO 9001:2015 : навчальний посібник / за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2019: 246 с.
8. МКХ-10-АМ. URL: <https://kod.poltavalk.com.ua/mkxh-10-am>.
9. Міністерство охорони здоров'я України. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. НК 025:2021 Київ, Україна; 2021 : 1670.с.
10. Berniyanti T., Palupi R., Alkadasi B.A., Sari K.P., Putri R.I., Salma N., Prasita S., Regita A.S. Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) Analysis in Partially Edentulous Patients with and without Denture Therapy. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry (Dovepress)*. 2023;15:89–98.
11. Chakaipa S., Prior S.J., Pearson S., Van Dam P.J. The Experiences of Patients Treated with Complete Removable Dentures: A Systematic Literature Review of Qualitative Research. *Oral*. 2022;2(3):205–20.
12. Choong E.K.M., Shu X., Leung K.C.M., Lo E.C.M. Oral health-related quality of life (OHRQoL) after rehabilitation with removable partial dentures (RPDs): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*. 2022;127:104371.
13. El Maroush M., Benhamida S., Elgendy A., Elsaltani M. Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: an article review. *International Journal of Scientific Research and Management*. 2019;7(09):260–67.
14. Leysen W., Butt K., Walmsley A.D. Is a ridge classification helpful when assessing edentulous patients? *Dent Update*. 2020;47(4):326–32.
15. Obradović-đuričić K., Đuričić T, Medić V, Stamenković D. Protocols in classification of partially edentulous patients. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*. 2019;147(1–2):110–16.
16. World Health Organization. *Oral Health Surveys - Basic Methods 5th edition*. WHO. 2013:125 p.
17. Григоров С.М., Рекова Л.П. Алгоритм заповнення обліково-медичної документації амбулаторного (стаціонарного) пацієнта в клініці хірургічної стоматології: навчальний посібник. Харків: ХНМУ; 2021; 112 с.
18. McGarry Th.J., Nimmo A., Skiba J.F., Ahlstrom R.H., Smith C.R., Koumjian J.H., et al. Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics*. 2002;11(3):181–93.
19. 2024 ICD-10-CM Diagnosis Codes Index. URL: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Index>.

## References:

1. Broers D.L.M., Dubois L., de Lange J., Su N., de Jongh A., Broers D.L.M. Reasons for Tooth Removal in Adults: A Systematic Review. *International Dental Journal*. 2022;72(1):52–57.
2. Darst A. Common Dental Problems During Summer and Their Codes [Internet]. 2023. Available from: <https://www.outsourcestrategies.com/blog/common-dental-problems-during-summer-and-their-codes/>
3. Thakkar-Samtani M., Bodek B., Heaton L.J., Sonnek A.C. TP. Repeated Use of Emergency Departments for Non-Traumatic Dental Conditions. Boston, MA: Care Quest Institute for Oral Health, 2022: 17 p.





4. Havaleshko V.P., Melnychuk M.V., Karavan Ya.R., Ishkov M.O., Rozhko V.I. Suchasnyi pohliad na ortopedychne likuvannia chastkovoii adentii (ohliad literatury). *Klinichna stomatolohiia*. 2019;1(26):40–47.
5. Friel T., Waia S. Removable partial dentures for older adults. *Primary Dental Journal*. 2020;9(3):34–39.
6. Fueki K., Yoshida-Kohno E., Inamochi Y., Wakabayashi N. Patient satisfaction and preference with thermoplastic resin removable partial dentures: a randomised cross-over trial. *Journal of Prosthodontic Research*. 2020;64(1):20–25.
7. Kasianchuk V.V., Berhilevych O.M., Smiianova O.I. Vprovadzhennia systemy upravlinnia yakistiu u likuvalnoprofilaktychnykh orhanizatsiakh za ISO 9001:2015 : navchalnyi posibnyk ; za red. prof. V. A. Smiianova. Sumy: Sumskiy derzhavnyi universytet; 2019: 246 p.
8. MKKh-10-AM [Internet]. Available from: <https://kod.poltavalk.com.ua/mkKh-10-am>.
9. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Klasyfikator khvorob ta sporidnykh problem okhorony zdorovia. NK 025:2021 Kyiv, Ukraina; 2021 : 1670 p.
10. Berniyanti T., Palupi R., Alkadasi B.A., Sari K.P., Putri R.I., Salma N., Prasita S., Regita A.S. Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) Analysis in Partially Edentulous Patients with and without Denture Therapy. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* (Dovepress). 2023;15:89-98.
11. Chakaipa S., Prior S.J., Pearson S., Van Dam P.J. The Experiences of Patients Treated with Complete Removable Dentures: A Systematic Literature Review of Qualitative Research. *Oral*. 2022;2(3):205–20.
12. Choong E.K.M., Shu X., Leung K.C.M., Lo E.C.M. Oral health-related quality of life (OHRQoL) after rehabilitation with removable partial dentures (RPDs): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*. 2022;127:104371.
13. El Maroush M., Benhamida S., Elgendy A., Elsaltani M. Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: an article review. *International Journal of Scientific Research and Management*. 2019;7(09):260–67.
14. Leyssen W., Butt K., Walmsley A.D. Is a ridge classification helpful when assessing edentulous patients? *Dent Update*. 2020;47(4):326–32.
15. Obradović-Duričić K, Đuričić T, Medić V, Stamenković D. Protocols in classification of partially edentulous patients. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*. 2019;147(1-2):110–16.
16. World Health Organization. *Oral Health Surveys - Basic Methods* 5th edition. WHO. 2013:125 p.
17. Hryhorov S.M., Rekova L.P. Alhorytm zapovnennia oblikovo-medychnoi dokumentatsii ambulatornoho (statsionarnoho) patsiienta v klinitsi khirurhichnoi stomatolohii: navchalnyi posibnyk. Kharkiv: KhNMU; 2021; 112 p.
18. McGarry Th.J., Nimmo A., Skiba J.F., Ahlstrom R.H., Smith C.R., Koumjian J.H., et al. Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics*. 2002;11(3):181–93.
19. 2024 ICD-10-CM Diagnosis Codes Index [Internet]. Available from: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Index>.