

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабушкина А.В. Инфаркт миокарда: от фундаментальных исследований – к практическим достижениям. (X нац. конгресс кардиологов Украины). Укр.мед.часопис. 2010. – 5(73). – 10 с.
2. Затейщиков Д.А. Интенсивная гиполипидемическая терапия: комбинация статина и эзетимиба (Эзетрола). Фарматека, 2007. – 15 (153). – С. 14-18.
3. Долженко М.Н. Европейские рекомендации по лечению дислипидемий 2011 года: фокус на комбинированную терапию. Укр.мед.часопис, 2011. – 4(84). – С. 47-50.
4. «Современные стратегии лечения пациентов высокого кардиоваскулярного риска» (III Нац. конгресс «Человек и лекарство – Украина») Здоров'я України. – 8(237). – С. 18-19.
5. Солошенко О.А. Когда возможности используются недостаточно, или как убедить врача назначать статины? Укр.мед.часопис, 2010. – 2(70). – С. 15-17.
6. Gardner C.D. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the ATOZ Weight Loss Study: a randomized trial. / C.D. Gardner, A. Kiazand, Alhassans et.al. JAMA, 297:969-977. Olofsson. 2007.
7. S.-O. Wiklund O. A-I and Bbiosynthesis, role in the development of atherosclerosis and targets for intervention against cardiovascular disease. Vase. Health Risk Manag. / S.-O. O. Wiklund, J. Boren. 2007. – 3(4). – P. 491-502.

УДК 616.31-614.2

СУЧАСНИЙ СТАН ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ У НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Кононова О.В.

ДУ "Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України", м. Київ

Зараз в Україні склалася парадоксальна ситуація стосовно основних стоматологічних захворювань. Проведеними численними епідеміологічними дослідженнями показаний дуже високий рівень карієсу та його ускладнень. Так у дорослого населення відмічається розповсюдженість карієсу, яка досягає 95-98% залежно від регіону України при значній інтенсивності карієсу – значення КПВ в середньому коливається в межах 4-6. Відзначена більша поширеність карієсу та його ускладнень в регіонах з екологічно несприятливими умовами [1,2]: забрудненими промисловими відходами тощо. Таким чином, в Україні, на відміну від країн Західної Європи та північної Америки, де відмічене значне зменшення рівня карієсу – не більше 10%, його розповсюдженість є надзвичайно високою. Поширеність хронічного катарального гінгівіту серед дітей віком 12-15 років становить в середньому 70-80%, сягаючи в

окремих регіонах 95-98% [3]. Відслідковується чітка тенденція до зростання захворюваності карієсом та захворюваннями пародонта в усі вікові періоди, насамперед у вагітних жінок та дітей.

Висока розповсюдженість карієсу серед населення України негативно позначається на стані стоматологічного здоров'я населення, особливо дітей і вагітних жінок. В результаті діти, які народжуються в таких умовах мають цілу низку проблем зі станом свого здоров'я. Можна сказати, що низький рівень стоматологічного здоров'я вкрай негативно впливає на загальний стан людини протягом всього її життя і є важливою соціальною проблемою. Враховуючи великі кошти, які витрачаються на лікування зубів у державних медичних стоматологічних закладах це є і значною фінансовою проблемою.

Причиною такої вагомої поширеності карієсу в Україні може бути дуже значний рівень вживання легкозасвоюваних вуглеводів, зокрема сахарози. Він в Україні досягає 50 (!) кг на кожного жителя країни за рік. Для порівняння в Сполучених Штатах Америки він становить 5 кг на рік, а в країнах Західної Європи в межах 3-3,5 кг на жителя за рік. Такий високий рівень вживання вуглеводів впливає не тільки на виникнення карієсу зубів, а і на інші системні захворювання, зокрема на значний рівень цукрового діабету. Іншою причиною вагомої кількості каріозних уражень є незадовільний гігієнічний стан порожнини рота населення України. Якщо для жителів Західної Європи характерний відмінний стан гігієни порожнини рота, то для України – незадовільний. Навіть серед студентів стоматологічних факультетів рівень гігієни порожнини рота у 78% випадків лише «задовільний». Це не можна пояснити відсутністю гігієнічних засобів: на сьогоднішній день немає жодних обмежень у кількості чи різноманітності засобів для гігієни порожнини рота. Можливо це є наслідком недостатньої санітарно-просвітницької діяльності стоматологів України серед населення.

Інколи в спеціальній літературі це пояснюють недостатньою увагою населення до питань збереження та підтримання стоматологічного здоров'я. Можливо це й так, але більш вірогідним представляється вкрай обмежене бюджетне фінансування стоматологічної допомоги. Додатково до цього воно перекладене на плечі місцевого самоврядування і проводиться за залишковим принципом. Зрозуміло, що в таких умовах місцеві чиновники приділяють більшу увагу фінансуванню хірургічної чи акушерської допомоги, а не стоматологічної. Тому фінансування у більшості стоматологічних закладів зазвичай не перевищує 20-40% від необхідного. Іншу частину необхідних коштів головні лікарі стоматологічних закладів намагаються отримати за допомогою так званих благодійних внесків населення. Останні є вкрай погано завуальованою платою за надання стоматологічної допомоги. Додатково до цього своєрідним податком обкладаються і рядові лікарі-стоматологи. Таким чином, бюджетним фінансуванням згідно даних МОЗ України забезпечено лише 54% обсягу стоматоло-

гічної допомоги. На жаль погано розвивається надання стоматологічної допомоги на закладах страхової медицини, такий вид фінансування займає лише 5% від наданої допомоги.

В умовах недостатнього фінансування пацієнт не може отримати необхідний сучасний рівень стоматологічної допомоги. В кращому випадку йому можуть запломбувати каріозну порожнину дешевими стоматологічними пломбувальними матеріалами, наприклад, силікатним цементом. Стан збереження таких пломб вкрай низький і не перевищує двох років. При цьому виникає неймовірна ситуація: недостатнє бюджетне фінансування не дає змоги надавати стоматологічну допомогу відповідно до тих вимог, які вимагаються згідно фахових стандартів та протоколів надання стоматологічної допомоги затверджених МОЗ України. Наприклад, окремим наказом МОЗ України від 11.04.05 №158 «Про затвердження таблицю оснащення одного робочого місця лікаря стоматологічних закладів» передбачене обладнання стоматологічних закладів відповідним стоматологічним обладнанням, інструментами, пломбувальними матеріалами та медикаментами. Проте цей таблиць оснащення передбачає такий високий рівень оснащення, який не враховує сучасних реалій фінансування надання стоматологічної допомоги в Україні. Тому виконання цього наказу абсолютно недосяжне для стоматологічних кабінетів, відділень та поліклінік. Наприклад, згідно цього наказу в стоматологічних відділеннях передбачена наявність комп'ютерного томографа, вартість якого може перевищувати загальну вартість всього наявного стоматологічного обладнання відділення. Таким чином, забезпечення доступності стоматологічної допомоги, використання сучасних технологій протезування та лікування, диспансерного нагляду та профілактики основних стоматологічних захворювань при таких умовах фінансування стоматологічних закладів представляється вкрай сумнівним. На сьогоднішній день подібний високий рівень надання стоматологічної допомоги в Україні може бути здійснений лише у високооснащених приватних стоматологічних закладах за відповідну плату [4].

Відповідно до даних стоматологічної звітності, зокрема щорічного офіційного видання МОЗ України «Стоматологічна допомога в Україні» за 2012 рік [5], стоматологи України проводять значну роботу з надання

стоматологічної допомоги населенню України. Зокрема щорічно проводиться санація більшості оглянутого населення, в середньому до 40% населення (табл. 1).

Таблиця 1. Планова санація дорослого населення України.

Рік	Оглянуто в порядку планової санації	Із числа оглянутих потребують санації (кількість)	Із числа оглянутих потребують санації (%)	Відсоток санованих до кількості осіб, що потребували санації
2010	14024682	7456323	53,2	79,2
2011	13733312	7264816	52,9	79,2
2012	13520603	7264816	52,7	79,2

Велику кількість часу у них займає лікування каріозних зубів. Проте аналіз подібних статистичних даних показує досить зворотну картину. Суть в тому, що подібні сприятливі цифри санації населення України повторюються з року в рік. Тобто кожний рік стоматологи проводять санацію приблизно у 30-35% населення. Зважаючи на такі справні цифри можна очікувати, що протягом не більше ніж 4 років все населення України буде повністю сановане. Проте цього не відмічається. Із року в рік стоматологи України проводять лікування значної кількості каріозних зубів. Це може означати лише одне: вкрай низьку ефективність лікування захворювань зубів, зокрема карієсу.

Подібної картини не відмічається в країнах Західної Європи, де ефективність лікування карієсу є дуже високою. Середній термін збереження пломби становить не менше 15-20 років. Тому ефективність санації порожнини рота є дуже високою. В Україні ж навпаки, пломби в каріозних зубах зберігаються протягом вкрай короткого терміну. Проведені епідеміологічні дослідження вказують, що навіть композитні пломби зберігаються дуже недовго: через два роки втрачається 60% пломб. В результаті цього виникає потреба в повторному препаруванні та пломбуванні каріозних порожнин.

Такий низький рівень збереження пломб є результатом виникнення вторинного карієсу навколо пломби. Серед українських стоматологів досить живучою є точка зору (яку вони культивують і серед пацієнтів), що якісні сучасні пломбувальні матеріали, зокрема композиційні, ефективно призупиняють

подальший розвиток каріозного ураження. Насправді це не так, пломбувальні матеріали лише заміщають втрачені тверді тканини зубів. На сьогоднішній день в Україні доступні практично такі ж самі стоматологічні пломбувальні матеріали, як і в країнах Європи. Але ефективність їх використання вітчизняними стоматологами є вкрай низькою.

Для припинення подальшого розвитку карієсу і виникнення вторинного карієсу після пломбування необхідне усунення карієсогенної ситуації. З цією метою європейські стоматологи дуже інтенсивно працюють з пацієнтами, нормалізуючи їх дієту з обмеженням вживання цукру – не більше 30 г на добу. Проводиться ретельне видалення карієсогенних зубних бляшок: так зване професійне чищення зубів, коли стоматолог чи його помічник (зубний гігієніст) повністю очищає всі зуби пацієнта від зубних бляшок. В результаті досягається відмінний гігієнічний стан порожнини рота, який у подальшому підтримує сам пацієнт. В Україні проведення таких профілактичних заходів навіть не регламентоване при наданні стоматологічної допомоги і тому практично не проводиться лікарями-стоматологами. Проблему такої профілактики могло б вирішити введення у штатний розпис стоматологічних закладів гігієніста зубного. Проте це питання вирішується вже більше десяти років і поки що ніяк не вирішене: в штатах стоматологічних закладів такий спеціаліст відсутній. Світова практика показує, що використання зубного гігієніста для лікування пацієнтів під керівництвом лікаря-стоматолога підвищує ефективність роботи останнього на

200-300%. Наприклад, за останні 20 років кількість зубних гігієністів в США виросла в десятки разів і значно перевищила загальну кількість стоматологів. В Україні штатний розпис стоматологічних закладів регулюється наказом МОЗ України №33 від 23.02.2000 р. і зрозуміло, що він не враховує всіх наявних реалій сучасної стоматології. Зокрема не відповідає сьогоденним вимогам забезпечення співвідношення лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою, потребують перегляду нормативи забезпечення технічним персоналом тощо. Таким чином, сучасна система організації надання стоматологічної допомоги населенню потребує кардинальних змін [6].

Значна розповсюдженість карієсу зубів впливає на збільшення кількості його ускладнень. Зокрема в Україні відмічена значна кількість пульпітів та періодонтитів. Згідно даних [7] 78% населення України потребують ендодонтичного лікування. Це надзвичайно високі, порівняно з європейськими цифри. Основними причинами такої значної кількості ускладнень є високий рівень захворюваності на карієс, відсутність ефективного лікування карієсу [8]. Для умов України розвиток запалення пульпи (пульпіту) в результаті неефективного лікування карієсу не є чимось надзвичайним. З іншого боку в Західній Європі виникнення пульпіту після лікування карієсу є подією надзвичайною: лікар-стоматолог може втратити право на стоматологічну практику, оскільки він не можевилікувати навіть каріозне ураження.

В значній кількості випадків внаслідок неефективного лікування карієсу виникає запалення пульпи – пульпіт. Ендодонтичне лікування цього ускладнення карієсу є більш складним і потребує значних затрат робочого часу лікаря-стоматолога, спеціального інструментарію та пломбувальних матеріалів.

Ендодонтичне лікування пульпіту в країнах Західної Європи є дуже ефективним, зокрема відсоток ефективного лікування

пульпіту досягає 96%. В подальшому ендодонтично ліковані зуби відновлюються з допомогою спеціальних методів лікування з використанням внутрішньоканальних штифтів, моделювання кукси та застосування різноманітних ортопедичних конструкцій: штучних коронок, напівкоронок, штифтових конструкцій тощо. Це дозволяє зберігати ендодонтично ліковані зуби протягом тривалого (до 15-20 років) часу.

В умовах України ефективність ендодонтичного лікування є вкрай низькою і становить в середньому 14-16%. Для відновлення втрачених в результаті патологічного процесу та ендодонтичного препарування твердих тканин коронки зуба застосовують різноманітні пломбувальні матеріали, зокрема і композиційні матеріали. Проте терміни зберігання подібної пломби (реставрації) дуже низькі і не перевищують кількох років. В подальшому пломба випадає, що може привести до розвитку періодонтиту або, навіть і видалення зуба. Відсутність ефективного ортопедичного лікування можна пояснити розмежованістю надання різних видів стоматологічної допомоги в умовах України. Якщо в Західній Європі стоматолог загальної практики надає всі види стоматологічної допомоги: терапевтичну, хірургічну та ортопедичну, то в Україні ці види стоматологічної допомоги надають три різних лікарі-стоматологи. Пацієнт не завжди має змогу звернутися до лікаря-стоматолога-ортопеда, виготовити штучні коронки і зберегти ліковані зуби.

За такої кількості лікарів-стоматологів, що набагато нижче середньоєвропейських говорити про профілактику дуже важко. Стосовно запобігання ускладнень, про що можна судити по співвідношенню ускладнений карієс/карієс, то наприклад, в областях де проводиться пілотний проект реформування стоматологічної допомоги він в середньому складає:

№ п/п	Адміністративна територія	Питома вага ускладненого карієсу (%)
1.	Вінницька	22,3
2	Дніпропетровська	18,7
3	Донецька	22,8
4	м. Київ	24,6

Оптимальним вважають кількість ускладненого карієсу не більше 10%.

Не в останню чергу недостатній рівень надання стоматологічної допомоги залежить від наявного застарілого устаткування більшості стоматологічних закладів України. І того вкрай не вистачає: забезпеченість стоматологічних закладів України обладнанням складає 44,0%. В деяких регіонах воно відпрацювало відведений відповідний строк в 100% випадків. Недостатнім є оснащення стоматологічних закладів діагностичним та фізіотерапевтичним обладнанням. Особливо це чомусь виявляється в дитячих стоматологічних закладах. Придбання нового обладнання представляється дуже проблематичним внаслідок недостатності фінансування стоматологічних закладів. Позитивним зрушенням, яке слід відмітити, є наявність в Україні виробництва більшості сучасного обладнання, інструментів та стоматологічних матеріалів. Воно поставляється на ринок за досить привабливими для умов України цінами. Проте, парадокс полягає в тому, що вітчизняні виробники роками (до 9-10 років) добиваються відповідних дозволів на використання їх виробів для надання стоматологічної допомоги населенню. Вкрай важко також виграти тендер на постачання стоматологічних закладів вітчизняним обладнанням та матеріалами, навіть за наявності дуже привабливих цін. Тому можна констатувати існування невідповідності більшості стоматологічного обладнання, устаткування та технологій у державних та комунальних закладах сучасним вимогам надання стоматологічної допомоги.

Станом на 01.01.2013 року в Україні зменшилась кількість самостійних стоматологічних поліклінік та стоматологічних відділень (кабінетів) у багатопрофільних медичних закладах. Порівняно з 2011 роком кількість самостійних стоматологічних поліклінік зменшилась з 270 до 257 (на 13) за рахунок поліклінік для дорослих, що ввійшли до складу інших лікувальних закладів. З 270 поліклінік 251 або 92% працюють як комунальні або державні заклади охорони здоров'я. Решта 19 (8%) реформовані в комунальні чи орендні підприємства.

Кількість лікувально-профілактичних закладів, які мають стоматологічні відділен-

ня (кабінети), порівняно з 2011 роком зменшилась на 434, в основному за рахунок дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій, що ввійшли як структурні підрозділи до складу центральних районних лікарень та Центрів первинної медико-санітарної допомоги.

За цей період одночасно кількість лікарів-стоматологів в закладах системи МОЗ України зросла до 21968 фізичних осіб, підвищилась забезпеченість на 10 тисяч населення – до 4,84 (порівняно з 4,77 у 2011 році. Кількість зубних лікарів зменшилась з 1788 до 1660. Підвищилась кількість приватних лікарів-стоматологів з 6000 у 2011 році до 7104 у 2013 році. Це може свідчити про певне покращання рівня надання стоматологічної допомоги.

Однак за забезпеченістю на 10 тисяч населення (4,77) Україна знаходиться значно нижче рівня європейських країн та США, цей показник дещо гірший, ніж такий в Російській Федерації. Зменшився відсоток атестованих лікарів-стоматологів: з 69,2 у 2011 році до 67,7. Існує суттєва різниця забезпеченості лікарями-стоматологами різних областей України, та в містах і сільській місцевості. Так співвідношення кількості посад лікарів стоматологічного профілю та населення, в ряді сільських районів значно відрізняється від нормативного: у деяких районах Херсонської області він складає від 0,04 до 0,1, Вінницької області – 0,1, Миколаївської області – 0,09, Рівненської області – 0,11.

Подібна невідповідність виникла у результаті зменшення кількості стоматологів у структурі первинної медико-санітарної допомоги внаслідок їх переведення до структур вторинної ланки. Зокрема у період 2011-2012 років на підставі Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» всі посади лікарів-стоматологів були виведені із структур первинного рівня та передані закладам вторинного рівня.

В ряді випадків, керівниками закладів охорони здоров'я допускається необґрунтоване перепрофілювання посад лікарів стоматологічного профілю на лікарські посади інших спеціальностей. Стоматологічне обладнання первинної ланки повністю зношене на

80-90% і перспективи його оновлення відсутні. Необхідна державна програма поступового оновлення стоматологічного обладнання, в першу чергу в сільській місцевості.

Однією з важливих умов надання ефективної стоматологічної допомоги є правильна її організація [6,9]. Особливо це стосується проведення профілактичних заходів та диспансерного нагляду хворих [10]. Слід констатувати, що незважаючи на наявність програм профілактики стоматологічних захворювань вона практично не проводиться. Не в останню чергу, це є наслідком відсутності фінансування. На сьогоднішній день фактично відсутня державна система первинної та вторинної профілактики. Вона повинна проводитися серед дитячого населення України. Можливостей та фізичних осіб для її проведення практично немає: забезпеченість населення дитячими стоматологами становить 0,2 посади на 10 000 населення. В таких умовах неможливим є навіть надання стоматологічної допомоги дітям. В деяких областях України, наприклад, Херсонській для надання допомоги дітям залучають стоматологів, які надають допомогу дорослому населенню. Проте це є порушенням існуючих в Україні норм надання стоматологічної допомоги: неймовірно, але «дорослий» стоматолог згідно нормативів не має права надавати стоматологічну допомогу дітям. Фактично зруйнована система організованої санації дитячого населення, ліквідована мережа стоматологічних кабінетів в закладах освіти. Пропонується створення нової моделі стоматологічної диспансеризації, проте на практиці вона не працює. В подальшому відсутність організованої диспансеризації приводить до зростання стоматологічної захворюваності (карієсу зубів, захворювання па-

родонта і слизової оболонки порожнини рота).

На сьогоднішній день ситуація продовжує погіршуватися. Оскільки руйнується система первинної ланки надання стоматологічної допомоги, то виникає значна проблема надання стоматологічної допомоги сільському населенню. На дуже віряться у твердження деяких керівників, що зуби краще лікувати тільки в районних центрах: навряд чи жителі сільської місцевості будуть їздити за 30-50 км у районний центр щоб лікувати каріозні зуби. Скоріше вони прийдуть уже з запальними чи іншими ускладненнями, що будуть потребувати хірургічного лікування. А санація дітей сільських регіонів за таких умов буде представляти собою дуже значну проблему.

Фактично зруйнована система надання стоматологічної допомоги допризовникам і призовникам. Якщо в колишньому Радянському Союзі рівень санації призовників досягав 100%, то на сьогоднішній день 94-96% призовників приходять на службу в армію несанованими [11].

Таким чином існуючі проблеми стоматологічної допомоги населенню України обумовлені:

1. Високим рівнем поширеності стоматологічних захворювань (до 98%)
2. Неефективною моделлю господарювання стоматологічних закладів державної і комунальної власності.
3. Відсутністю на державному рівні заходів первинної і вторинної профілактики стоматологічних захворювань у дитячому віці.
4. Недостатністю фінансування стоматологічної допомоги, практичною відсутністю матеріальних стимулів у роботі лікарів стоматологів, особливо дитячих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Остапко О.І. Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля. – Автореферат дис. ... д. мед. наук. – Київ, 2011. – 36 с.
2. Глазунов О.А. Патогенетичне обґрунтування комплексного лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань у робітників гірничорудної промисловості. – Автореферат дис. ... д. мед. наук. – Одеса, 2013. – 32 с.
3. Немирович Ю.П. Лікування та профілактика захворювань твердих тканин зубів і пародонту у дітей шкільного віку, які проживають в екологічно несприятливих регіонах. – Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2013. – 19 с.

4. Вахненко О.М. Аналіз стану нормативної бази, що регулює надання стоматологічної допомоги населенню України // Современная стоматология. 2009. – № 4. – С. 145-147.
5. Стоматологічна допомога в Україні / Відповідальні укладачі М.В. Голубчиков, О.В. Павленко. – Київ, 2012. – 88 с.
6. Павленко О.В. Концепція реформування стоматологічної служби України / О.В. Павленко, Н.О. Савичук, М.С. Драгомирецька, О.М. Вахненко, М.О. Стрельников // Інноваційні технології – у стоматологічну практику. Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С. 37-41.
7. Яловий Л.М. Оптимізація ефективності та контролю обробки і пломбування кореневих каналів. – Автореферат дис... канд. мед. наук. – Київ, 2002. – 17 с.
8. Пилипенко А.С. Стан стоматологічної допомоги в Полтавській області // Інноваційні технології – у стоматологічну практику. Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С. 59-61.
9. Вахненко О.М. Медико-соціальне обґрунтування концепції оптимізації стоматологічної допомоги населенню України. – Автореферат дис... канд. мед. наук. – Київ, 2012. – 19 с.
10. Косенко С.В. Профілактична стоматологічна діяльність в Україні в контексті світового досвіду / С.В. Косенко, М.М. Рожко // Інноваційні технології – у стоматологічну практику. Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С. 49-50.
11. Камалов Р.Х. Реформування системи управління стоматологічним забезпеченням збройних сил України. – Автореферат дис... канд. мед. наук. – Київ, 2006. – 20 с.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Кононова О.В

В данной статье рассмотрены причины высокой распространенности кариеса и его осложнений в Украине, а также проблемы недостаточного уровня оказания стоматологической помощи населению Украины.

CURRENT STATEMENT OF CARIES TREATMENT AND ITS COMPLICATIONS IN THE POPULATION OF UKRAINE

O.V. Kononova

In this article the causes significant prevalence of caries and its complications in Ukraine and problems of insufficient level of dental care to the population of Ukraine were presented.

УДК 613.97

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ШТУЧНИЙ АБОРТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Ревенько О.О., Сизоненко О.В., Линчак О.В., Поканевич Т.М.,
Процюк О.В., Вовченко Л.І., Тимченко О.І.*

ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України, м. Київ

Медико-соціальна значимість планування сім'ї визначається демографічними показниками, рівнем штучних абортів, показниками материнської та малюкової смерт-