

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ імені М. І. ПИРОГОВА

На правах рукопису

Шінкарук-Диковицька Марія Михайлівна

УДК 616.314-055.1(477)

**ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЗУБІВ ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД
ФЕНОТИПІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ
ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ**

14.01.22 – стоматологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Науковий консультант:
Борисенко Анатолій Васильович
доктор медичних наук, професор

Вінниця – 2016

ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	15
1.1. Медико-соціальні основи формування стоматологічно- го здоров'я в Україні	15
1.1.1. Епідеміологічне дослідження стоматологічної захво- рюваності в перспективі розробки профілактичних заходів.	15
1.1.2. Медичні та соціально-середовищні фактори ризику виникнення карієсу зубів.	18
1.2. Клінічне значення та діагностичні можливості конус- но-променевої комп'ютерної томографії в стоматології	24
1.3. Спадково-конституціональні особливості організму та їх роль в оцінці рівня захворюваності й визначенні особливостей перебігу захворювань зубів	30
1.3.1. Генетичні маркери стоматологічних захворювань.	30
1.3.2. Генетичні маркери карієсу зубів.	34
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА Й ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ	42
2.1. Об'єкти дослідження	42
2.2. Методи дослідження	45
2.2.1. Соціально-гігієнічні.	45
2.2.2. Медико-соціологічні.	45
2.2.3. Клінічні.	46
2.2.4. Комп'ютерно-томографічний.	50
2.2.5. Дерматогліфічний.	51

2.2.6. Математичної статистики.	63
РОЗДІЛ 3 СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ З РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ	65
3.1. Рівень захворюваності зубів за даними стоматологічно- го обстеження та конусно-променевої комп'ютерної томографії	65
3.1.1. Частота ураження різців.	65
3.1.2. Частота ураження іклів.	85
3.1.3. Частота ураження премолярів.	96
3.1.4. Частота ураження молярів.	125
3.2. Стан індексної оцінки порожнини рота	170
3.2.1. Індексна оцінка інтенсивності карієсу та рівня резис- тентності емалі зубів до карієсу.	170
3.2.2. Рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова- Володкіної та Green-Vermillion.	177
3.2.3. Кореляції між інтенсивністю карієсу, рівнем резисте- нтності емалі зубів до карієсу та рівнем гігієни порожнини рота.	181
РОЗДІЛ 4 КОРЕЛЯЦІЇ МІЖ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИМИ ПОКАЗ- НИКАМИ ТА РІВНЕМ КПВ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ДО КАРІЄСУ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ З РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ	184
РОЗДІЛ 5 ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ СХИЛЬНОСТІ ДО РІ- ВНЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗУБІВ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ДО КАРІЄСУ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ З РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	204
5.1. Моделі схильності до різного рівня КПВ у здорових чоловіків з різних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої та долонної дерматогліфіки	204
5.2. Моделі схильності до різного рівня резистентності емалі до карієсу у здорових чоловіків з різних регіонів України в	

залежності від особливостей показників пальцевої і долонної дерматогліфіки	219
РОЗДІЛ 6 ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ З РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЗУБІВ КАРІЄСОМ	234
6.1. Показники дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків без розподілу на різні регіони з різними рівнями КПВ	234
6.1.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками загальної групи без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ.	234
6.1.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками загальної групи з різним рівнем КПВ.	236
6.2. Регіональні особливості дерматогліфічних показників у соматично здорових чоловіків з низьким або середнім рівнями КПВ	242
6.2.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом загальної групи та чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом з різних адміністративно-територіальних регіонів України.	242
6.2.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом між різними адміністративно-територіальними регіонами України.	244
6.2.3. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом загальної групи та чоловіками з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом з різних адміністративно-територіальних регіонів України.	247

6.2.4. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом між різними адміністративно-територіальними регіонами України.	250
6.3. Розбіжності дерматогліфічних показників між низьким і середнім рівнями КПВ у соматично здорових чоловіків загалом і в межах кожного адміністративно-територіального регіону України	255
6.3.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між загальною групою з низьким і загальною групою з середнім рівнями інтенсивності карієсу у соматично здорових чоловіків без поділу на адміністративно-територіальні регіони України.	255
6.3.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між групами з низьким і середнім рівнями інтенсивності карієсу в соматично здорових чоловіків у межах кожного адміністративно-територіального регіону України.	256
РОЗДІЛ 7 АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	260
ВИСНОВКИ	355
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	360
Додаток А Особливості ознак пальцевої дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків з різних адміністративних регіонів України з різним рівнем захворюваності зубів.	410
Додаток Б Особливості ознак долонної дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків з різних адміністративних регіонів України з різним рівнем захворюваності зубів.	450

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

A	дуга
BB	випадковий візерунок
КПВ	індекс інтенсивності карієсу
КПВ1	дуже низький рівень інтенсивності ураженості карієсом
КПВ2	низький рівень інтенсивності ураженості карієсом
КПВ3	середній рівень інтенсивності ураженості карієсом
КПВ4	високий рівень інтенсивності ураженості карієсом
КПВ5	дуже високий рівень інтенсивності ураженості карієсом
КПКТ	конусно-променева комп'ютерна томографія
ЛКП	латеральна кишенькова петля
ОГ	одонтогліфіка
ПЗЗР	панорамна зонографія зубних рядів
ПП	подвійна петля
РЕЗК	резистентність емалі зубів до карієсу
СКТ	спіральна комп'ютерна томографія
ЦК	центральна кишень
Df	показник класифікації
H	гіпотенар
L	ліва кисть
L ^r	радіальна петля
L ^u	ульнарна петля
R	права кисть
Th	тенар
W	завиток

ВСТУП

Актуальність теми. Епідеміологічними дослідженнями, виконаними за останнє десятиліття, встановлено значне зростання поширеності та інтенсивності карієсу зубів та збільшення частоти розвитку його декомпенсованої форми [47, 81, 147, 151, 158, 189, 193, 198, 206, 234, 290].

Вважають, що клінічне виявлення карієсу та його ускладнень в умовах сучасних стоматологічних закладів не викликає труднощів. Однак необхідність точного диференціювання різних його форм, встановлення стадії розвитку і виявлення ускладнень зумовлює використання такого безпечного, безкровного, зручного та інформативного рентгенологічного методу дослідження, як конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) [172, 176, 214, 215, 274].

У виникненні карієсу приймає участь значна кількість різних етіологічних чинників, що дозволяє віднести його до поліетіологічних захворювань [113, 142, 174, 186, 209, 263]. Це в свою чергу, під час розробки лікувально-профілактичної тактики, викликає необхідність враховувати його різні регіональні та етнічні особливості [62, 83, 224, 239, 290, 291, 348, 458]. Існуючі схеми лікування та профілактики карієсу далеко не завжди ефективні. Це викликано тим, що вони базуються, переважно, на методичних принципах, які намагаються застосувати до всіх пацієнтів різних вікових і статевих груп. При цьому не завжди враховують інші чинники, наприклад, морфо-функціональні особливості емалі в різні періоди онтогенезу, вплив статевих гормонів (у жінок) тощо [96, 184, 203, 270, 393, 415, 420].

Наразі немає повної інформації щодо застосування дерматогліфічних маркерів карієсу [21, 95, 114, 115, 153, 230, 328, 368, 371, 372, 405, 427]. Не зважаючи на їх очевидні переваги (інформативність, доступність, незмінність з віком, незалежність від динаміки пропорцій тіла, відсутність потреби у залученні надскладної та вартісної у обслуговуванні апаратури), це питання залишається маловивченим [17, 51, 77, 192, 195, 337, 367]. Зазначена ситуація зу-

мовлює різноманітність та суперечливість попередніх наукових опрацювань. Вони не завжди відповідають реальним потребам сучасної практичної стоматології, яка орієнтована на результати визначення показників захворюваності у контингенту населення без соматичних захворювань, впливу зовнішніх і спадкових факторів [3, 4, 20, 24, 27, 46, 47, 80, 150, 206].

Соціальне значення карієсу, різноманітність його проявів і значна розповсюдженість серед певної популяції населення, роблять визначення різних показників його захворюваності дуже важливими. Однак, охопити різноманітні групи населення в одному дослідженні та порівняти його результати надзвичайно важко. Більшого значення набувають однорідні дослідження певних показників серед порівнюваних груп населення. Тому важливим є визначення показників карієсу та його ускладнень залежно від фенотипічних особливостей у соматично здорових чоловіків України. Це особливо актуально для прогнозування виникнення карієсу, запобіганню виникнення його можливих ускладнень і негативних наслідків у найбільш неблагополучних щодо генетики карієсу регіонах України.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до «Концепції реформування стоматологічної служби України» (2014) в рамках наукової тематики кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова “Особливості перебігу, лікувально-діагностична тактика та профілактика захворювань твердих тканин зубів, пародонту і слизової оболонки порожнини рота при дії місцевих та загальних факторів” (№ державної реєстрації: 0113U006438). У її виконанні автору належать результати щодо показників стоматологічного статусу у соматично здорових чоловіків першого зрілого віку.

Мета дослідження. Підвищення ефективності заходів профілактики і виявлення чинників ризику виникнення карієсу та його ускладнень у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України на підставі аналізу показників стоматологічного статусу, пальцевої й долонної де-

рматогліфіки та розробки математичних моделей прогнозування виникнення й особливостей перебігу цих захворювань.

Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити наступні основні завдання:

1. Встановити особливості характеру праці та умов проживання, показників використання засобів догляду порожнини рота і суб'єктивної оцінки стану тканин пародонту у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України.

2. Визначити регіональні особливості ураження окремих груп зубів карієсом та його ускладненнями у соматично здорових чоловіків за даними стоматологічного обстеження і КПКТ.

3. Встановити регіональні особливості показників інтенсивності карієсу зубів (за даними стоматологічного обстеження і КПКТ), резистентності емалі зубів до карієсу і рівня гігієни порожнини рота

4. Виявити кореляційні зв'язки між показниками інтенсивності карієсу, резистентності емалі зубів до карієсу та показниками рівня гігієни порожнини рота.

5. Встановити регіональні особливості дерматогліфічних показників у соматично здорових чоловіків України з різним рівнем інтенсивності ураженості зубів карієсом.

6. Визначити регіональні особливості зв'язків між рівнем інтенсивності ураженості зубів карієсом, карієсрезистентністю емалі зубів та ознаками пальцевої й долонної дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України.

7. Розробити прогностичні математичні моделі схильності до певного рівня інтенсивності ураженості зубів карієсом та рівня карієсрезистентності емалі у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України залежно від особливостей дерматогліфічних показників.

Об'єкт дослідження – регіональні особливості та маркери ризику захворюваності на карієс зубів.

Предмет дослідження – клінічні показники стану порожнини рота, рівень захворюваності зубів за даними стоматологічного обстеження та КПКТ, рівень резистентності емалі та показники пальцевої й долонної дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України.

Методи дослідження: соціально-гігієнічні – для визначення соціально-гігієнічних чинників умов життя соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України; медико-соціологічні – для скринінг-оцінки стану здоров'я, тканин пародонта, використання засобів по догляду за порожниною рота; клінічні – для вивчення стоматологічного статусу; комп'ютерно-томографічний – для визначення стану зубів і тканин пародонта; дерматогліфічний – для встановлення особливостей показників дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України з різним рівнем ураження зубів карієсом; статистичного аналізу – для кількісної оцінки отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше у соматично здорових чоловіків України виявлені регіональні особливості частоти ураження окремих зубів карієсом та його ускладненнями: пульпітом і періодонтитом; визначені показники інтенсивності карієсу (КПВ), резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ.

Виявлена різна частота ураження зубів у різних етно-територіальних регіонах України при майже однорідних вікових групах, екологічних умовах проживання населення, медичних й соціально-середовищних факторах виникнення карієсу та його наслідків, а також відсутність однотипних регіональних розбіжностей показників інтенсивності карієсу зубів і рівня гігієни порожнини рота визначає генетичну схильність до даного захворювання твердих тканин зубів.

Вперше у соматично здорових чоловіків різних регіонів України встановлені особливості достовірних зв'язків між рівнем інтенсивності карієсу (за

КПВ), резистентності емалі зубів до карієсу і дерматогліфічними показниками. Встановлено, що більшість з них співвідноситься з інтенсивністю ураження зубів карієсом. Більш сильні кореляції виявлені у чоловіків західного, східного та південного регіонів.

В побудованих дискримінантних моделях можливого низького або середнього рівнів інтенсивності карієсу та високого або помірного рівнів резистентності емалі зубів до карієсу залежно від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки найвища коректність моделей встановлена у представників південного і східного регіонів України. Найбільший внесок у дискримінацію між рівнями інтенсивності карієсу, або резистентності емалі до карієсу вносять показники долонної дерматогліфіки.

Вперше визначено, що дерматогліфічна картина соматично здорових чоловіків України формується переважно за рахунок генетичного внеску осіб з низьким та середнім рівнями інтенсивності карієсу, а найбільші відхилення від популяційної картини зафіксовані у чоловіків з дуже високим рівнем його інтенсивності.

У чоловіків з низьким рівнем інтенсивності карієсу (за КПВ) різних адміністративно-територіальних регіонів України не виявлено специфічного комплексу дерматогліфічних ознак. Це свідчить про відповідність їхнього стану здоров'я повному фізичному здоров'ю.

Вперше у чоловіків південного та північного регіонів з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВ) встановлений специфічний комплекс дерматогліфічних ознак. Це відрізняє їх від представників інших регіонів України з аналогічним рівнем інтенсивності карієсу. Найменша кількість відмінностей показників дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу виявлена у сегменті території північ↔центр↔ схід, а найбільша – у сегментах захід↔центр↔південь та північ↔центр↔південь.

Вперше виявлені розбіжності показників пальцевої й долонної дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з низьким та середнім рівнями інтенсивності карієсу в межах відповідних регіонів України вказують на мож-

ливість реального прогнозування перебігу карієсу у кожному з адміністративно-територіальних регіонів.

Практичне значення одержаних результатів. Встановлені у соматично здорових чоловіків України, регіональні показники частоти поверхневого, середнього і глибокого карієсу, хронічного фіброзного, гранулюючого і гранулематозного періодонтиту, кістогранулем, кіст та хронічного фіброзного пульпіту, відсутності зубів і коронок зубів та стан окремих зубів верхньої й нижньої щелеп після терапевтичного лікування, а також показники інтенсивності карієсу, резистентності емалі зубів до карієсу і рівня гігієни порожнини рота є базою для коректної оцінки стану стоматологічного здоров'я дорослого населення України. Це необхідно для виявлення чинників ризику і створення ефективних державних та регіональних програм профілактики карієсу зубів та його ускладнень.

В результаті проведених досліджень встановлено, що застосування КПКТ дозволяє більш коректно оцінити стан зубів, ніж при стандартному клінічному стоматологічному дослідженні.

Отримані результати підтверджують об'єктивність використання дерматогліфічних показників як маркерів несприятливого перебігу карієсу зубів, для прогнозування та проведення лікувально-профілактичних заходів.

Вперше на основі показників дерматогліфіки розроблені дискримінантні моделі прогнозування імовірності низького або середнього рівнів інтенсивності карієсу зубів, та високого або помірного рівнів резистентності емалі зубів до карієсу.

На основі проведених досліджень розроблений «Спосіб прогнозування інтенсивності ураження зубів карієсом у чоловіків з різних регіонів України залежно від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки» (№ 98616) і «Спосіб прогнозування схильності до різного рівня резистентності емалі до карієсу у чоловіків із різних регіонів України залежно від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки» (№ 98617) на які отримані патенти України та розроблена комп'ютерна програма визначення рівнів

інтенсивності карієсу або резистентності емалі зубів до карієсу.

Результати досліджень впроваджені в навчальний процес на кафедрах: стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; терапевтичної стоматології Одеського національного медичного університету; терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», а також у практичній роботі лікарів-стоматологів медичного центру «Вінінтермед ЛТД» (м. Вінниця); комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна стоматологічна поліклініка», ДУ «Інститут стоматології НАМН України».

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проведено анкетування 3500 чоловіків із різних регіонів України; соціально-гігієнічні, медико-соціологічні, клінічні та дерматогліфічні дослідження 400 відібраних соматично здорових чоловіків. Разом з колегами та співробітниками медичного центру «Вінінтермед ЛТД» проведені комп'ютерно-томографічні дослідження. Дисертантом самостійно виконаний пошук літературних джерел, проведена статистична обробка отриманих даних, здійснено розробку основних теоретичних і практичних положень роботи, написані всі розділи власних досліджень. Разом з науковим консультантом проведено аналіз результатів дослідження та сформульовані висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи викладені та обговорені на науковому конгресі «IV Міжнародні Пироговські читання» (Вінниця, 2010); I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Морфологія людини та тварин» (Миколаїв, 2011); V з'їзді медичних генетиків України з міжнародною участю «Від класичної генетики до новітніх генетичних технологій» (Донецьк, 2012) конференції для практикуючих лікарів «Терапевтичні читання 2014: здобутки та напрямки розвитку» (Вінниця, 2014); регіональному конгресі «Людина та ліки – Україна» (Вінниця, 2014); міжнародній науково-

практичній конференції «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини» (Одеса, 2014); міжнародній науково-практичній конференції «Вітчизняна та світова медицина в сучасних умовах» (Дніпропетровськ, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави» (Одеса, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук» (Дніпропетровськ, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства» (Одеса, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя» (Львів, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього» (Київ, 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації» (Одеса, 2015), науково-практичній конференції «Інноваційні технології в стоматології» (Тернопіль, 2015), III Національний стоматологічний конгрес «Міжнародні стандарти профілактики та лікування та їх впровадження в практику лікаря-стоматолога» (Київ, 2015).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 39 робіт, з них 21 стаття в фахових наукових виданнях, рекомендованих ДАК МОН України (з них 6 входить до переліку міжнародних наукометричних баз), 4 статті у зарубіжних фахових виданнях, 10 тез у матеріалах наукових конгресів, з'їздів та конференцій. Отримано 2 деклараційних патенти на корисну модель, виданий інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я і авторське свідоцтво на твір.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Медико-соціальні основи формування стоматологічного здоров'я в Україні

1.1.1. Епідеміологічне дослідження стоматологічної захворюваності в перспективі розробки профілактичних заходів.

Наразі захворювання порожнини рота займають провідне місце за поширеністю серед хвороб людини, а стоматологічна допомога є одним із масових видів медичного обслуговування [3, 106, 151, 170, 199, 227, 290]. Епідеміологічні дослідження останніх років в Україні свідчать про високу поширеність карієсу зубів у осіб підліткового і юнацького віку [103, 166, 201, 283] і подальше її наростання у представників старших вікових груп [123, 158, 206, 234].

Особливо актуальні медико-соціальні дослідження серед населення регіонів з чітко вираженим мікроелементним дефіцитом, що зумовлює ендемічність даної території [24, 85, 112, 168, 266, 289].

За останнє десятиліття з'явилась значна кількість робіт, які присвячені моніторингу поширеності патології порожнини рота у дорослого і дитячого населення, що проживає в різних етно-територіальних, кліматично-географічних зонах з урахуванням мінерального складу вживаної води [24, 85, 112, 266], якістю харчування [246, 323, 345, 373, 450], професійного анамнезу [47, 151], екологічних умов проживання [12, 15, 29, 61, 105, 131, 147, 162, 168, 178, 190, 218, 289], соціально-гігієнічних характеристик та рівня знань і навичок щодо індивідуальної профілактики захворювань порожнини рота [20, 47, 81, 117, 151, 187, 189, 245, 268, 272, 290].

Для оцінки стану порожнини рота при епідеміологічних обстеженнях все

частіше використовуються рекомендації ВООЗ, індекси та критерії яких дозволяють уніфіковано діагностувати патологічні ознаки твердих тканин зуба і хвороб тканин пародонта, вони знайшли застосування в публікаціях ряду дослідників [338, 417, 449, 459].

Сучасна соціальна епідеміологія рухається від фокуса індивідуального ризику до мультирівневих перспектив. Розуміння причини появи карієсу в популяції є основою розуміння карієсу [94, 121, 130, 224, 247].

Карієс зубів слід віднести до соціальної проблеми [424, 455, 457, 458]. Його ускладнення впливають на стан організму за рахунок порушення функції жування та виникнення вторинних захворювань [127, 403].

Захворюваність населення карієсом зубів визначається такими показниками як поширеність та інтенсивність карієсу (індекс КПВ) [41, 224, 247]. У дитячому віці інтенсивність карієсу визначається щороку. У дорослих групи формуються з 5- і 10-річним інтервалом. При епідеміологічному обстеженні в регіоні оглядають частину районів (залежно від розміру регіону і щільності населення). Мінімальна віково-статева група обстеження в районі має бути не менше 20 людей, а в регіоні – 200-300 [224, 247, 417].

Груповий рівень прогнозування має на увазі виділення груп людей, які в силу певних обставин найбільш схильні до даного захворювання. До таких обставин можна віднести певні вікові періоди, фізіологічні стани організму і деякі захворювання, соціально-економічний статус [53, 224, 247]. На індивідуальному рівні визначається схильність до карієсу кожної конкретної людини. Крім того, в деяких випадках необхідно визначити схильність до карієсу на рівні зубних рядів, окремих зубів і поверхонь зубів [458].

Ступінь сприйнятливості і резистентності до карієсу зубів значно варіює серед населення всіх вікових груп [173]. Пріоритетним і маловивченим на теперішній час напрямком є вивчення показників захворюваності зубів у соматично здорового населення, що відкрило б більші можливості для глибокого розуміння етіології карієсу та характеру його перебігу в здоровому організмі [224, 247]. Цілком зрозумілий той факт, що багато наукових робіт присвячено

визначенню індексів та критеріїв патологічних змін твердих тканин зуба у віковому діапазоні 2-19 років, адже діти, підлітки та юнаки мають більший резерв соматичного і стоматологічного здоров'я. Слід звернути увагу, що в молодому віці проникність емалі є найвищою, вивчення поширеності та інтенсивності гострого початкового карієсу в осіб молодого віку та розробка ефективних методів його профілактики та лікування є актуальною проблемою сучасної терапевтичної стоматології [96, 238].

У літературі недостатньо даних щодо розповсюдженості і інтенсивності карієсу у дорослих, особливо це стосується соматично здорових досліджуваних [18, 47, 219, 234].

В Україні виділяють регіони з низьким, середнім та високим рівнем захворюваності на карієс зубів. За даними результатів цільового когортного епідеміологічного дослідження стоматологічного статусу жителів України високий рівень ураженості зубів карієсом реєструється у досліджуваних Львівської, Івано-Франківської, Чернівецької, Закарпатської, Чернігівської, Хмельницької, Луганської областей [47, 81, 234]. До регіонів з середнім рівнем захворюваності належать Миколаївська, Херсонська, Одеська, Вінницька, Тернопільська, Житомирська, Запорізька області та Кримська автономна республіка [47, 81, 234]. Низький рівень карієсу зубів встановлено в Полтавській, Сумській, Київській, Дніпропетровській, Харківській, Кіровоградській областях [47, 131, 234].

Результати зазначених досліджень допомагають у вирішенні тактичних і стратегічних завдань, пов'язаних з удосконаленням вітчизняної стоматологічної допомоги (визначення пріоритетів в наданні допомоги, розробка регіональних програм, індивідуальних та інтегральних підходів до профілактики, залучення новітніх методів діагностики) [44, 121, 130, 144, 205, 207, 239, 251, 258].

З'явився ряд робіт, які стосуються епідеміологічного та клініко-лабораторного обґрунтування регіонально орієнтованих диференційованих підходів до профілактики уражень твердих тканин зубів з урахуванням рівнів сумарно-

го забруднення довкілля [12, 15, 61, 105, 131, 147, 162, 168, 190, 218, 279, 289], основними принципами яких є: створення антропоекологічного моніторингу; складання медико-географічних карт; зіставлення медико-географічних карт з картами забруднення навколишнього середовища і встановлення кореляційної залежності між характером і ступенем забруднення різних природних компонентів соціоекосистем та стоматологічними захворюваннями населення; визначення науково обгрунтованих значень гранично допустимих техногенних навантажень на людський організм [14, 67, 152, 163, 175].

1.1.2. Медичні та соціально-середовищні фактори ризику виникнення карієсу зубів.

Стоматологічна патологія людини значною мірою пов'язана з низкою унікальних особливостей зубів. Насамперед – це прямий та постійний контакт із зовнішнім середовищем. Такий стан вимагає постійної адаптації зубів до зовнішнього середовища у зв'язку з її мінливістю та різноманіттям видів впливів [113, 184, 225, 277].

Відповідно до сучасних теорій етіології та патогенезу карієсу у його формуванні та прогресуванні істотна роль належить комплексу спадкових, вроджених і набутих факторів [4, 18, 54, 174, 183, 186, 209, 217, 331, 428, 434].

Наявність деяких захворювань або фізіологічних станів дозволяє фахівцям виділити наступні групи людей, які найбільш схильні до карієсу [332, 348, 388, 395, 396, 423, 452]: особи, які мають загальні захворювання, що впливають, головним чином, на функцію слиновиділення (наприклад, синдром Шегрена); особи, які регулярно приймають лікарські препарати, що містять цукор, або препарати з побічним впливом на слиновиділення; особи, у яких призначене лікування впливає на слиновиділення (наприклад, променева терапія в щелепно-лицевій ділянці часто супроводжується ксеростомією і «променевим карієсом»); особи з психічними розладами; особи з порушенням рухового апарату, інваліди; особи зі значно ослабленою імунною системою (наприклад, ВІЛ-інфіковані); вагітні жінки; повні люди внаслідок частого вживання їжі;

особи з низьким соціально-економічним статусом, емігранти, біженці.

Особливо значущим для розвитку патології порожнини рота є постійна наявність в ній мікрофлори, достатньо подібної у людей, які живуть в однакових кліматичних, географічних і культурно-побутових умовах [159, 282, 342, 397]. Це аеробна та анаеробна мікрофлора, різні види грибків, вірусів, найпростіших [352, 410, 437]. Ряд дослідників [113, 159, 277, 446] в розвитку карієсу зубів визначили можливу роль деяких штамів актиноміцет, вейлонел, грибів роду *Candida*, стафілококів, нейсерій, спірохет, що містяться в зубній бляшці. Зубний камінь і зубний наліт є провідними етіологічними і патогенетичними факторами розвитку каріозного ураження зубів [35, 125, 159].

Також важливо відмітити, що функціональний стан пульпи впливає на розчинність, проникність і кислоторезистентність емалі зубів [184]. Так, Б. М. Гамзаєвим [65] встановлено, що демінералізація підповерхневого шару емалі виникає внаслідок підвищення лужності зубного ліквору, що є результатом захисної реакції пульпи на вплив кислого середовища під зубною бляшкою.

При екстремальних впливах на зуби пошкоджується навіть повноцінно сформована емаль. Клінічні спостереження показують, що одні зуби швидко руйнуються каріозним процесом, інші при цьому залишаються абсолютно інтактними. Найчастіше уражаються моляри й премоляри верхніх і нижніх щелеп. Ікла та різці уражаються значно рідше. Це свідчить про те, що в порожнині рота для різних зубів складається різна ситуація, або має місце неоднакова резистентність їх до карієсу [173, 439].

Встановлено, що будова поверхні емалі, формування на ній пелікули (набутої, генетично не детермінованої плівки, що виникає на поверхні зубів людини після їх прорізування) її взаємодія з поверхнею зуба, глибина й форма фісур також зумовлює стійкість зубів до каріозного ураження [35, 184, 238, 442]. Слід звернути увагу, що наявність або відсутність дефектів будови емалі, щільність пакування кристалів і призм, постійність структури, ступінь зрілості емалевих структур та їх насиченість кальцієм, фосфатом, фтором в значній мірі впливають на сприйнятливості до ураження карієсом [89, 260, 346].

Встановлено, що карієсрезистентність залежить від властивостей як емалі, так і ротової рідини, яка поєднує зовнішні та внутрішні патогенетичні чинники каріозного ушкодження [93, 200, 388, 436, 445]. І. В. Руда [219] та І. В. Поліщук із співавт. [200] при клініко-епідеміологічному обстеженні практично здорових міських підлітків обох статей України встановили, що у досліджуваних із більш високим рівнем інтенсивності карієсу зубів відмічалось: зниження рівня резистентності емалі зубів до карієсу; зниження рН ротової рідини; збільшення в'язкості ротової рідини; збільшення загального кальцію та зменшення загального фосфору в ротовій рідині.

Також встановлено, що чим менша кількість слини виділяється, тим менше її буферна ємність і тим довше значення рН біологічної плівки залишається в кислій області після кожного прийому їжі, що значно підвищує ризик розвитку карієсу [145].

Відомо, що недостатній вміст есенційних хімічних елементів (фтору, стронцію, йоду) створює несприятливі умови для розвитку та мінералізації зубів, що в кінцевому результаті призводить до ураження їх карієсом [82, 270]. Важливо відмітити, що надлишок зазначених мікроелементів також призводить до руйнування емалі [292, 409].

Безперечно карієс має певний взаємозв'язок із соматичними хворобами, а також може бути фактором ризику для їх виникнення й ускладненого перебігу. І навпаки, соматичні захворювання, у багатьох випадках, сприяють виникненню та розвитку карієсу зубів. Тобто карієс зубів не виникає без певної одночасної взаємодії зовнішніх і внутрішніх факторів середовища [64, 127, 213, 249].

Найчастіше декомпенсована форма карієсу зустрічається при ендокринній патології [126, 149, 171], захворюваннях шлунково-кишкового тракту [165, 197, 236, 257], дихальних шляхів та ЛОР-органів [242], інфекційних і паразитарних [5, 101, 104, 120], системних хворобах [118, 133], гемато-імунологічних [1, 62, 365], неврологічних [30] та ортопедичних захворюваннях [226, 241].

Неповноцінне у якісному та кількісному відношенні харчування, пору-

шення його режиму, надлишок в дієті рафінованих вуглеводів значно знижує резистентність твердих тканин зубів до факторів, які спричиняють розвиток карієсу [373, 388]. При вивченні впливу вживання в їжу овочів і фруктів на розвиток карієсу був встановлений карієсстатичний ефект, який залежить від того, в якому вигляді вони використовуються (у вигляді соку, пюре, цілому вигляді), від їх кількості та частоти вживання [373, 403].

Н.В. Біденко [28] встановила, що важливим для розвитку карієсу є не просто сам факт споживання такої їжі, а її часте та тривале знаходження в контакті з зубами.

Склад питної води належить до найважливіших факторів, які впливають на стан зубів та їх схильність до карієсу. Особливість такого впливу в цьому випадку пов'язана не із забрудненням навколишнього середовища, а з вмістом в ній фтору, алюмінію, кальцію [122, 343]. Відомо багато вітчизняних і закордонних напрацювань, які стосуються карієсогенного впливу як зниженого [23, 25, 60, 79, 254, 280], так і підвищеного рівня зазначених мікроелементів у воді [268, 347, 391].

Карієс розвинувся й глобалізувався паралельно з ростом цивілізації, зміною черепа, типу скелета обличчя, щелеп, прикусу, величини міжзубних проміжків [140, 291]. За даними наукових досліджень В. К. Леонтєва [141] редукція жувального апарату полягає в його зменшенні та морфологічній перебудові. Еволюція лицьової частини черепа пішла шляхом зменшення альвеолярних відростків і втрати ряду зубів, а також зменшення їх розмірів, що кардинально знизило можливість іннервації, крово- та лімфообігу, очищення порожнини рота. У сучасну епоху спостерігається прискорена редукція бічних верхніх різців і других молярів. Особливо важливо те, що зуби є більш архаїчною й менш рухомою структурою, ніж щелепи. Тому вони змінюються набагато повільніше, що призводить до диспропорції розмірів щелеп і зубів, що безперечно призводить до карієсу зубів [140, 141, 291].

На рівень резистентності зубів впливають стать і вік. У жінок після 18 років перерозподіл рівнів резистентності відбувається головним чином за ра-

хунок зменшення числа карієсрезистентних осіб. Це пов'язано з тим, що жінки втрачають багато вітамінів і мікроелементів не тільки в період грудного вигодовування й вагітності [55, 86, 203], а й в інші «гормональні» періоди життя жінки (статеве дозрівання, менструації, менопауза, вживання оральних контрацептивів) [2, 270]. Зі збільшенням віку та кількості пологів спостерігається підвищення розповсюдженості й інтенсивності карієсу зубів у зазначеної групи жінок [255, 393, 398, 415, 418]. Крім того, жінки вживають більше солодоців, ніж чоловіки [55, 393].

Встановлено, що саме у дівчаток у пубертатний період, особливо той, що почався передчасно [180] або з порушенням статевого розвитку [178], відмічається найбільша інтенсивність ураженості зубів карієсом.

Величезне значення в розвитку карієсу надається гігієні порожнини рота [50, 239]. Разом з тим клінічні спостереження показують, що інтенсивність каріозного процесу нерідко мінімальна у осіб, які не проводили регулярний гігієнічний догляд за зубами та вживають велику кількість вуглеводів. Отже активність каріозного процесу не можна пояснити лише впливом цілої низки несприятливих чинників порожнини рота [64, 100].

Аналіз впровадження профілактичних програм у галузі стоматології свідчить про те, що в їх реалізації бере участь лише стоматологічний персонал, а населення щодо попередження карієсу зубів невмотивоване [47, 290].

В. Д. Чопчик [290] встановив, що на стоматологічну захворюваність в Україні впливають такі медико-соціальні фактори: незадовільна матеріально-технічна база; зниження доступності стоматологічної допомоги для більшості населення; ослаблення державної політики в питаннях стоматологічної профілактики та невідповідність допомоги в державних ЛПЗ рівню сучасної стоматології.

Р. В. Маляр [151] при дослідженні поширеності карієсу зубів серед населення Закарпатської області окремо наголосив про вплив на неї недостатнього охоплення сільського населення профілактичною стоматологічною допомогою.

Серед факторів, що зумовлюють високу поширеність карієсу, важливу роль відіграють місцеві соціально-гігієнічні, екологічні та біогеохімічні особливості території, кліматичні умови, висота місцевості [12, 29, 124, 147, 180, 218, 244]. Особливо велике значення це положення набуває в районах, де завчасно відомо про наявність різних патогенетичних факторів. Несприятливими екологічними факторами є іонізуюче випромінювання [110, 148, 340], урбанізація [154], промислові токсичні викиди [128, 135, 166, 168, 189, 190, 202, 408].

При вивченні ступеня розвитку карієсу та режиму харчування в сім'ях «карієсрезистентних» і «карієсприйнятливих» дітей, дослідники враховували не тільки вік батьків, але й їх соціальний статус, рід занять, спеціальність, освіту, загальний культурний рівень, факт позбавлення батьківських прав і дійшли висновку, що карієс не можна вивчати у відриві від спадковості та наколишнього середовища [233, 245, 396, 423].

Т. І. Андрєєва і співавт. [4] на добровільній вибірці студентів університету встановили, що рівень карієсу сполучений з такими факторами ризику, як споживання алкоголю, вплив тютюнового диму, низька фізична активність, мале споживання свіжих фруктів, низький соціально-економічний статус сім'ї та проживання студента далеко від батьківської сім'ї.

Клінічний перебіг карієсу зубів залежить від стану реактивності організму та психофізіологічних особливостей [140, 208, 229, 253]. Найбільш виражені порушення реактивності пов'язані з типом нервової діяльності й відзначаються при стресі [134, 229].

К. А. Семенов [229] встановив, що діти пасивної групи більш схильні до розвитку карієсу зубів, ніж діти активної групи. Встановлено, що діти, які схильні до ментального стресу, мають найгіршу карієсогенну ситуацію в порожнині рота, а саме знижену швидкість салівації, незадовільний рівень гігієни порожнини рота, підвищений вміст глюкози, вільного кортизолу, середньомолекулярних олігопептидів і секреторного IgA у ротовій рідині та, як наслідок, найбільш високі показники захворюваності на карієс зубів.

М. В. Ларіна [134] визначила, що критичні значення показників психологічного статусу підлітків на особистісному, психодинамічному й нейродинамічному рівнях індивідуальності, мають значні кореляційні зв'язки з активністю карієсу зубів.

Встановлено, що захворюваність карієсом вище у людей, які працюють в кондитерському цеху, на виробництві кислот і лугів. Також захворювання часто виявляється у людей, робота яких пов'язана з великими стресами й фізичними навантаженнями [47, 107, 134].

1.2. Клінічне значення та діагностичні можливості конусно-променевої комп'ютерної томографії в стоматології

Довгий час в арсеналі лікарів стоматологів були панорамна зонографія зубних рядів (ПЗЗР), інтраоральна рентгенографія зубів і періапикальних тканин в різних проекціях. Однак всі вищезгадані методи рентгенографії мають певні межі діагностичних можливостей, зважаючи на двовимірність одержуваного зображення, сумачії тіней й проекційного спотворення за величиною та конфігурацією [176, 264, 274]. Ці межі можуть ще більше звужуватися при недотриманні методики зйомки, помилках позиціонування та індивідуальних анатомічних особливостях пацієнта. Похибки та ускладнення на етапі лікування захворювань твердих тканин зубів, періодонта та пародонту при відсутності рентгенологічного контролю або нераціональному його використанні сягають 40-75 % [215, 267, 321].

Якщо раніше рентгенологічне дослідження вважалося додатковим методом, в даний час воно стало провідним і широко використовується при розпізнаванні більшості захворювань зубощелепної системи в практиці терапевтичної та хірургічної стоматології, а також при ортодонтичному й ортопедичному

лікуванні [59, 119, 172, 231, 287]. Можливість отримати тривимірне зображення зубів і візуалізувати його в повному обсязі без проєкційних спотворень дає конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) [284].

Комп'ютерна томографія дозволяє отримати повну інформацію про досліджувану зону, тобто даний знімок є тривимірним, можливо отримати зріз в будь-якій площині без викривлень у масштабі 1:01 і досконально вивчити зону втручання та правильно спланувати лікування [358]. Її перевагами є найвища якість одержуваних томограм, можливість виконувати томографію різного охоплення: від зони одного зуба до двох щелеп відразу. Таким чином можливо максимально індивідуально підійти до обстеження кожного пацієнта [76, 354]. Даний апарат комплектується максимально простою та зручною у роботі програмою для перегляду знімків, що дає можливість проводити віртуальну імплантацію й відтворювати 3D-реконструкції щелеп у віртуальному вигляді та згодом «вирощувати» точні їх копії на принтері [339, 412].

Метод томографії має дуже низький рівень опромінення, для порівняння: дослідження однієї зони, що включає бічні зуби однієї щелепи опромінює пацієнта менше, ніж він отримує за 1 день від звичайних природних (сонце, повітря) і побутових (електроприлади) джерел. На КПКТ товщина зрізу становить 0,18 мм, що цілком достатньо для нормальної візуалізації навіть дрібних структур. Крім того, зазначене дослідження не потребує попередньої підготовки і триває менше 20 секунд. Крім того, немає обмеження по вазі пацієнта, а також людина не відчуває дискомфорт замкнутого простору (клаустрофобії), так як сканування здійснюється в положенні стоячи або сидячи відкритим способом [76].

Застосування КПКТ в хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії дозволяє проводити аналіз зубощелепної патології [287, 377], оцінку дистопованих, надкомплектних зубів і співвідношення щелеп [59, 99, 406, 430, 433], оцінку атрофії кісткової тканини щелеп [8, 179] та оцінку кісткових трансплантатів при проведенні реконструктивних операцій [285]. Оскільки зображення «монтуються» з безлічі різних двомірних знімків, система чудово ком-

пенсує ефект накладення зображень і дозволяє розраховувати відстані [215, 456]. Завдяки тому, що отримання зображень не пов'язане з використанням магнітного резонансу, дана техніка ідеально підходить для навігації під час хірургічних процедур [339, 356].

КПКТ дозволяє отримати більш достовірну оцінку будови кореня зуба завдяки можливості вивчати рентгенівське зображення кісткових структур в 3 проекціях – фронтальній, сагітальній й горизонтальній. При розташуванні вогнища періапикальної кісткової деструкції в ділянці верхівки однокореневого або одного з коренів багатокореневого зуба вивчення пошарового рентгенівського комп'ютерного зображення дає можливість точно визначити його локалізацію й вибір оптимального підходу лікування – збереження або видалення зуба перед протезуванням. КПКТ дає можливість візуалізувати такі анатомічні структури, які не можуть бути зареєстровані на звичайних рентгенограмах. Рентгенологічна діагностика дозволяє оцінити крайове прилягання незнімних конструкцій незалежно від рівня розташування краю в пришийковій ділянці [73, 231, 412, 456].

КПКТ широко застосовується при плануванні ортогнатичних хірургічних втручань та імплантології, що вимагають докладної візуалізації оклюзійного співвідношення для тривимірного віртуального моделювання черепа. [108, 232, 286].

Ряд досліджень продемонстрував здатність КПКТ полегшувати диференціальну діагностику періапикальних уражень за рахунок вимірювання щільності по контрастним знімкам останніх і, таким чином, визначення того, чи являється досліджуване ураження гранулемою або кістою [8, 9]. Також КПКТ демонструє перевагу перед двомірними рентгенограмами з точки зору виявлення переломів коренів. Описано декілька випадків виявлення вертикальних і горизонтальних переломів коренів [49].

З. Р. Ахмедова, Ю. А. Винниченко і А. П. Аджарцев [11] та О. Ю. Халілова [275] провели порівняльне дослідження результатів КПКТ, внутрішньоротової рентгенографії, ортопантомографії та спіральної комп'ютерної томо-

графії (СКТ) для отримання об'єктивної інформації щодо топографії кореневих каналів зубів. Встановлено, що на відміну від КПКТ при застосуванні зазначених діагностичних методів визначається неточна інформація щодо кількості і стану кореневих каналів зубів, що може призвести до помилкової інтерпретації отриманої інформації. Виконання КПКТ в аксіальній і реформатованих ко-сних проекціях знижує часові витрати, визначає до 7 варіацій форми кореневих каналів, підвищує якість лікування та у порівнянні із СКТ несе значно менше променеве навантаження на організм досліджуваного [281].

У діагностичний спектр КПКТ входить також виявлення хронічних і гострих вогнищ запалення, недоступних при звичайних методах рентгенодіагностики. А. П. Сорокін [250] у своєму дослідженні обґрунтував переваги КПКТ у діагностиці деструктивних форм інфекційного періодонтиту: максимально точна візуалізація періапікальної ділянки, порожнини зуба, кісткових деструкцій та перфорацій.

Необоротний пульпіт найчастіше важко діагностувати і, отже, складно лікувати. Часто пацієнти скаржаться на нелокалізований біль з одного боку обличчя; вони не можуть навіть вказати квадрант, в якому відчувають цю біль. Як клінічне обстеження, так і перевірка вітальності зубів не завжди дає певні результати [330]. Дослідники з Бернського університету зіставили КПКТ з класичними періапікальними рентгенограмами при оцінці 38 молярів нижньої щелепи з 75 коренями до початку апікальної хірургії. Вчені враховували такі чинники як виявлення й розміри періапікальних вогнищ, розташування нижньощелепного каналу до кореня відповідних зубів, а також розмір букальної кістки. З 58 виявлених періапікальних вогнищ 15 (25,9 %) були діагностовані за допомогою сагітальних зрізів СКТ, в той час як на періапікальних рентгенограмах вони залишилися непоміченими. КПКТ максимально точно дозволила виміряти середню товщину кортикального шару кістки та відстань між апексом і верхньою межею нижньощелепного каналу [354].

Д. В. Некрилов, О. Ю. Шалаєв і О. Б. Селіна [176] при аналізі лікування хронічних апікальних періодонтитів із діагностичним супроводом ККТ визна-

чили такі її переваги: можливість проводити виміри відстаней, щільності твердих тканин, кутів і площ на будь-якій ділянці під будь-яким кутом, на будь-якій висоті, довжині, ширині з точністю до 0,125 мм, достовірна оцінка ділянок деструктивних змін періапікальної ділянки й тканин пародонту. Резорбція кісткової тканини при запальних процесах на ранніх стадіях виявляється за допомогою КПКТ набагато краще, ніж за допомогою звичайних рентгенограм [7, 146, 261]. Даний метод також дозволяє точно оцінити якість обтурації кореневих каналів [456]. Завдяки своїй точності КПКТ також інформативна при виявленні розташування пульпи в горбках коронки зуба [119, 276].

Ортоданти можуть використовувати отримані за допомогою КПКТ зображення при ортодонтичній оцінці та цефалометричному аналізі [172, 355]. Сьогодні КПКТ вже є основним інструментом оцінки вікових змін розмірів обличчя, стану дихальних шляхів і порушень прорізування зубів [99, 321]. КПКТ є надійним інструментом оцінки близькості анатомічних структур, які можуть вплинути на ортодонтичне лікування [215, 456]. Можливість отримання в ході одного сканування різних проекцій, наприклад фронтальної, лівої й правої латеральних, кутової на 45° і підборідної, також є величезною перевагою КПКТ. Зображення автоматично коригуються для створення ортогональних проекцій із співвідношенням 1:1, що забезпечує більш високу точність [222, 324].

Максимально точно КПКТ візуалізує пухлиноподібні утворення, незавершені видалення зубів, залишки пломбувального матеріалу [90, 119, 132, 211, 285].

КПКТ може застосовуватися для детального морфологічного опису кісткової тканини, допомагає оцінити ступінь ураження ділянки фуркації коренів [102] та дефектів (резорбцію альвеолярного відростка) щічної й язикової ділянок, що неможливо зробити за допомогою звичайних двомірних рентгенограм [136, 179]. Крім того, завдяки високій точності вимірювань за допомогою КПКТ можна вимірювати внутрішньокісткові дефекти, визначати тип, глибину, ширину та поширеність ясеневих кишень, оцінювати дегісценції, фенест-

рації та кісти [146]. Також КПКТ чудово підходить для оцінки результатів регенеративного лікування тканин пародонту [7, 261].

М. А. Чібісова, Л. Ю. Орехова і Н. В. Серова [288] вивчала рентгенологічну семіотику хронічного генералізованого гінгівіту та різних форм генералізованого пародонтиту з подальшою розробкою органо-орієнтованої програми КПКТ.

У кожному клінічному випадку найскладнішим для виявлення є проксимальний карієс, тобто процес з локалізацією на контактних поверхнях зуба й вважається проксимальним щодо контактного пункту. Саме таке ураження найчастіше залишається не розпізнаним в процесі рутинного обстеження. Було доведено, що КПКТ є корисним інструментом для виявлення карієсу проксимальних поверхонь і визначення глибини уражень [164, 214, 264, 360, 402, 453].

Найбільш частим ускладненням карієсу є патологія верхівкового періодонта, що призводить до передчасної втрати зубів і виникнення гнійно-запальних одонтогенних процесів в щелепно-лицевій ділянці [138, 139, 330].

І. В. Березкіна [22] проводила порівняльний аналіз інформативності цифрових методів рентгенодіагностики при різних ускладненнях карієсу зубів у 122 пацієнтів. З урахуванням даних клініко-інструментального обстеження конкретного пацієнта визначали локальні зони запального процесу (причинні зуби щелеп) та проводили цифрову об'ємну томографію в режимі «тривимірна томографія з використанням конічного променя» з наступним обчислювальним аналізом рентгенівського зображення за програмою Romexis. При оцінці стану періапикальних тканин (періодонта й пародонта) тривимірна комп'ютерна томографія дозволяє виявити не тільки деструктивні зміни кісткової тканини, а й дати топографо-анатомічну характеристику вогнищ деструкції, визначити їх форму та розмір, наявність або відсутність капсули.

В. А. Хавкін [274] досліджуючи велику групу стоматологічних пацієнтів, провів порівняльний аналіз діагностичної інформативності КПКТ та основних рутинних методів променевої діагностики в стоматології за стандартни-

ми критеріями аналізу стану зубощелепної системи. КПКТ має значні переваги перед ПЗЗР: збільшилася виявляємість карієсу на 18,7 %.

Підсумовуючі проаналізовані літературні джерела, можна прийти до висновку, що зазначений метод дослідження в медицині, зокрема стоматології, дає можливість дотримуватися стандарту діагностики, тобто точності технічного виконання дослідження діагностованої ділянки як на момент першого його проведення, так і через будь-який проміжок часу. Стоматологія зі спеціальності, що займається переважно лікуванням захворювань зубів, перетворилася на науку про захворювання щелепно-лицьової ділянки, включаючи захворювання пародонту, слизової оболонки порожнини рота, аномалії і деформації щелепно-лицевого комплексу та прилеглих структур голови та шиї [16, 31, 99, 137, 172, 216, 321, 324, 358].

Отже, поява нового методу дослідження КПКТ привела до перегляду уявлень про діагностику багатьох захворювань щелепно-лицьової ділянки у дорослих і дітей, особливо це стосується уражень твердих тканин зуба та пародонту.

1.3. Спадково-конституціональні особливості організму та їх роль в оцінці рівня захворюваності й визначенні особливостей перебігу захворювань зубів

1.3.1. Генетичні маркери стоматологічних захворювань.

Захворювання зубів і пародонту та їх взаємозв'язок із численними генетичними факторами є актуальним питанням в стоматології та задеклароване одним із пріоритетних напрямів наукових досліджень в Україні за період останніх десяти років [129, 156, 248].

Дослідниками та лікарями-клініцистами запропонована схема дослідження генетичної епідеміології поширених стоматологічних захворювань (у тому числі й карієсу) з урахуванням використання аналізу даних близнюків і

напівсибсів. Зазначена методика допоможе у плануванні профілактичних захворювань на рівні сім'ї. Вивчення особливостей внутрішньосімейного розподілу захворювань пар може допомогти зовсім по-новому розглянути проблему етіопатогенезу та диференціальної діагностики зазначеної економічно й соціально-значимої групи хвороб [400, 444, 452].

Доведено, що у хворих на пародонтоз, ускладнений запаленням, або генералізованим пародонтитом істотно відрізняється розподіл HLA-антигенів, а також їх внутрішньо- й міжлокусних поєднань порівняно з аналогічними показниками у здорових осіб. Це свідчить про причетність системи HLA до формування генетичної схильності до даних захворювань. Своєрідність HLA-антигенного типу є одним з факторів, що визначає розвиток як пародонтозу, так і з високим ступенем ймовірності генералізованого пародонтиту [177].

До теперішнього часу накопичено достатньо багато даних про наявність асоціативних зв'язків антигенів HLA з різними формами пародонтиту у осіб з різною етнічною приналежністю [177, 329, 387, 411].

Молекулярне типування алелей HLA класу II, яке прийшло на зміну серологічному виявленню антигенів, дозволило аналізувати алельний рівень з більш високою роздільною здатністю, при цьому були виявлені як позитивні, так і негативні асоціації деяких маркерів HLA класу II з пародонтитом [429]. О. М. Ніколаєва [177] встановила, що дослідження поліморфізму генів HLA, II-1a та 1β може відігравати важливу роль для виявлення схильності та прогнозування перебігу запальних захворювань пародонту.

Встановлено взаємозв'язок між поліморфізмом гена рецептора вітаміну D (BDR) і змінами в тканинах пародонта, альвеолярного гребеня у підлітків. Ген, що контролює експресію рецепторів 1,25-дигідроксівітаміна D₃, є генетичною детермінантою деструктивних процесів в альвеолярному гребені. Наявність алеля Taq I RFLP (t) гена BDR виявлено у хворих з локалізованим та ювенільним пародонтитом [431].

Найбільш цікаві дані наводять Y. Li із співавт. [414], які локалізували мутацію гена просталандин-ендопероксид-синтетази 2 (циклооксигенази 2) у

хромосомі 1q25 у 30-річного пацієнта. Локалізований агресивний періодонтит був діагностований у всіх родичів пацієнта, що мають дану мутацію в гомозиготному стані. Ювенільна форма зв'язується з мутацією в гені катепсина С в локусі хромосоми 11q14.

Ряд вчених вивчали поліморфізм генів, які кодують медіатори, зокрема цитокіни та інтерлейкіни [66, 204, 374, 375, 394, 425]. Встановлено, що імунна система реагує на мікробну бляшку, яка у різному ступені утворюється в усіх осіб. Однієї генетичної схильності для виникнення й розвитку цього захворювання недостатньо, оскільки пародонтоз, як і будь-яка інша хвороба (фенотип), зумовлюється генотипом, середовищем і взаємодією між ними [174].

Ряд науковців встановили взаємозв'язок між клінічними проявами й молекулярно-генетичними передумовами розвитку хронічного генералізованого пародонтиту [42, 52, 75].

О. А. Боріскіна [42] розробила 18 тест-систем для визначення поліморфних генетичних маркерів і збирила унікальну колекцію геномної ДНК від пацієнтів з агресивним пародонтитом, що являє собою європеїдну популяцію жителів м. Москви.

Хронічний верхівковий періодонтит належить до мультифакторіальних захворювань, на ступінь прояву якого впливають генотипічні особливості організму й екзогенні чинники [10, 333, 379, 381, 382, 386, 447]. Л. А. Дегтярьова [82] у дисертаційному дослідженні виявила взаємозв'язок між АВ0-належністю, імуногенетичними відношеннями та перебігом і клінічними проявами зазначеного захворювання. Серед хворих із важким ступенем підвищена частота носіїв групи крові В(III), А(II) та осіб, які народились від АВ0-несумісної вагітності. Досліджувані, які належали до гіперстенічного й астенічного соматотипів мали підвищений ступінь гомозиготності. Крім того, гіперстеніки найбільш схильні до важкого ступеня перебігу захворювання.

Значущий зв'язок спостерігається між LT- α (+252 A / G) поліморфізмом і хронічним пародонтитом у населення Бразилії: присутність лише алелі G (G /

A + G / G) в генотипі пацієнтів було достатнім для збільшення схильності до хвороби в 3 рази порівняно з контрольною групою [336].

Однак описані вище результати досліджень багато в чому суперечливі й неоднозначні в плані чіткого відмежування генетичної, антигенної та імунно-запальної передумови зазначених стоматологічних захворювань, що вимагає подальшого більш детального вивчення даної проблеми.

Дерматогліфічні маркери мають ряд переваг перед іншими типами маркерів, оскільки визначаються чіткими кількісними й якісними методами. Ці маркери представлені кількома ознаками, кожна з яких має діагностичне значення, вони досить доступні для дослідження, не змінюються з віком і при змінах пропорцій тіла [95, 378].

Етнічна дерматогліфіка розглядає зміни шкірних візерунків у народів і рас земної кулі. На сьогоднішній день антропологами складені карти поширення деяких дерматогліфічних ознак, що дозволяє судити про походження і пересування окремих етнічних груп [174, 228, 278].

Г. М. Мельничук і Л. Є. Ковальчук [157] в своїх дослідженнях встановили, що застосування дерматогліфічних маркерів дозволяє з високим ступенем вірогідності здійснювати доклінічну діагностику захворювань пародонту: при пародонтиті значно більше число папілярних ліній на обох руках, а при пародонтозі – менше. У жінок ці ознаки особливо виражені. Визначено найінформативніші дерматогліфічні ознаки (домінуючі гребеневі рахунки й малюнки на пальцях кистей; малюнки у міжпальцевих проміжках; малюнки на гіпотенарі й тенарі; закінчення головних долонних ліній А, В, С, Д; згинальні складки долоні; кут atd). Наявність шести з них дають змогу здійснювати доклінічну діагностику цих хвороб. Також при вивченні у 472-х осіб (здорові, хворі на генералізований пародонтит і пародонтоз) груп крові систем АВ0 і Rh та їх асоціацій, а також функціонального стану геному дозволило встановити генетичні маркери цих хвороб для кожної групи обстежених [156].

І. І. Соколова [248] в результаті дослідження встановила можливість розвитку двох варіантів перебігу генералізованого пародонтиту й пародонтозу:

відносно сприятливого – у пацієнтів без генетичної схильності до його розвитку та несприятливого – у осіб з обтяженою спадковістю. Також встановлено переважне успадкування генералізованого пародонтиту й пародонтозу по материнській лінії та значно рідше – по батьківській й одночасно по обох лініях. Визначена сімейна агрегація захворювання з накопиченням ознак у родичів першого ступеня спорідненості та переважним виявленням у осіб жіночої статі. Встановлені відмінності в кількісних (відстані, кути, гребеневий рахунок) і якісних (узори на міжпальцевих подушечках і пальцях, варіанти закінчення головних долонних ліній) дерматогліфічних показниках у хворих на генералізований пародонтит і пародонтоз. Крім того, встановлено, що максимально інформативними генетичними ознаками для прогнозування важкості перебігу генералізованого пародонтиту й пародонтозу в осіб зі спадковою схильністю є: у жінок – закінчення головної долонної лінії В у 7-му полі правої кисті, у чоловіків – у 5-му і 7-му полях обох кистей.

1.3.2. Генетичні маркери карієсу зубів.

Карієс, як мультифакторіальне захворювання є результатом поєднання спадкових і середовищних чинників, але співвідносна роль цих чинників практично не вивчена [64, 100, 181]. Наразі практично відсутні достовірні генетичні маркери як для оцінки схильності конкретного пацієнта до карієсу, так і для визначення прогнозу хвороби [100, 334], що ускладнює ранню діагностику, і, як наслідок, адекватне, своєчасне лікування.

Встановлено, що мультифакторіальні захворювання мають тропізм до того чи іншого конституціонального типу. На сучасному етапі з'явилися роботи, в яких використовують показники соматотипу для виділення груп ризику розвитку карієсу [220, 262, 322]. Ряд дослідників проводили дослідження середовищних та антропогенетичних аспектів виникнення карієсу зубів, особливостей показників стоматологічного статусу, антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників у здорових підлітків та осіб юнацького віку, мешканців міст Поділля [19, 220, 350].

Дерматогліфічний аналіз являє собою високоінформативний метод виявлення вродженої, точніше спадкової компоненти каріозного процесу, але певні труднощі пов'язані з відсутністю патогномонічності в будові шкірних візерунків, а також з тим, що при різних захворюваннях можуть бути однотипні зміни. В даний час зібраний великий матеріал з успадкування дерматогліфічних показників, але він не підтверджує гіпотези ні домінантного, ні рецесивного, ні зчепленого зі статтю успадкування карієсу. Це слугує додатковим підтвердженням гіпотези про полігенне успадкування [56, 322, 384, 395, 460].

Виявилося, що деякі дерматогліфічні показники у чоловіків і жінок з різною інтенсивністю ураження зубів карієсом мають неоднакову вираженість, а в деяких випадках і різну спрямованість [337].

Вивчено генетичні аспекти карієсу зубів при використанні дерматогліфіки як одного з генетичних маркерів [17, 48, 51, 77, 129]. Так, П. Ф. Савранський із співавт. [6, 21, 225] встановили зв'язки між дерматогліфічними ознаками та карієсом зубів у 144 жінок і чоловіків Хмельницької області віком від 30 до 60 років. Встановлено, що у чоловіків з нижчим рівнем КПВ гребеневий рахунок на I пальці правої кисті достовірно вищий, ніж гребеневий рахунок у чоловіків з високим рівнем КПВ. Встановлена зворотня залежність між ураженістю зубів карієсом і гребінцевим рахунком на IV пальці правої кисті у чоловіків з різним КПВ. У жінок з низькою і високою інтенсивністю каріозного процесу було встановлено високу достовірну різницю гребеневого рахунку II пальця лівої кисті, а на правій кисті взагалі не визначались зв'язки між карієсом зубів та дерматогліфічними ознаками. Привертає увагу різниця зустрічальності різних пальцевих візерунків у осіб чоловічої статі.

М. Р. Atasu [337] у осіб юнацького віку встановив підвищену кількість ульнарних петель у здорових досліджуваних, тоді як більша кількість завитків спостерігалась у осіб з карієсом.

І. В. Руда, Ю. Й. Рудий і Л. А. Клімас [51] встановили малочисельні достовірні зв'язки між загальною інтенсивністю карієсу й показниками пальцевої й долонної дерматогліфіки досліджуваних підлітків Подільського регіону Ук-

раїни. Результати досліджень доводять, що генна система дерматогліфіки виступає не стільки у якості генетичного маркера виникнення самого каріозного ураження, а ймовірно належить до полігенної системи, що визначає рівень його інтенсивності. Отримані авторами результати дослідження уможливають виділення певних дерматотипів, властивих підліткам з різною інтенсивністю карієсу, беручи до уваги їх гендерні відмінності.

Е. В. Беляєв [18] встановив найбільш виражені достовірні відмінності зв'язків дерматогліфічних показників між різними рівнями КПВ і у юнаків, і у дівчат для відстаней між трирадіусами a-d і c-t на долонях. У дівчат з різними рівнями КПВ, на відміну від юнаків, кількість більшої сили зв'язків характерна для показників пальцевої дерматогліфіки, а меншої сили – для показників долонної дерматогліфіки.

Грунтуючись на отриманих комплексних результатах дерматогліфічних і соматотипічних досліджень, побудовані прогностичні дискримінантні моделі інтенсивності ураження зубів карієсом в залежності від антропогенетичних особливостей організму у міських підлітків, юнаків і дівчат Поділля [196, 219].

А. В. Sengupta та ін. [328] встановили значну різницю показників пальцевої і долонної дерматогліфіки між бенгальськими дітьми з карієсом та контрольною групою без карієсу. Характерною особливістю, яка показує значне зростання у вибірковій групі карієсу, були – значно більші показники загального пальцевого гребінцевого рахунку і абсолютного пальцевого гребінцевого рахунку; менші значення долонних гребінцевих рахунків між трирадіусом a-b. Також значна різниця між карієсовою і контрольною групами встановлена по типам і частоті візерунків, кількості трирадіусів на пальцях та долоні, а також величині дельтового індексу.

А. Yamunadevi та ін. [368] у 76 студенток віком від 18 до 23 років були визначені індекс КПВ, гігієнічний індекс, рН слини та показники пальцевої дерматогліфіки. Авторами встановлено, що в групах без карієсу спостерігається більша частота ульнарних петель, ніж в групі з КПВ більшим 5, тоді як в групі з карієсом спостерігається більша частота завиткових візерунків. Загаль-

ний пальцевий гребінцевий рахунок був нижчим в групі з карієсом. Середнє значення рН слини було вище у групах без карієсу, ніж у групах з карієсом. Автори роблять висновок, що дерматогліфічні візерунки можуть бути потенційним діагностичним інструментом для виявлення пацієнтів, схильних до розвитку карієсу.

N. Madan, A. Rathnam та N. Bajaj [405] на 336 дітях віком від 3 до 6 років доведено, що для карієсу характерна наявність максимальної кількості завитків (більш виражено у дівчаток) та більш низький загальний гребеневий рахунок; а для груп хлопчиків і дівчаток без карієсу встановлено наявність максимальної кількості ульнарних петель. P. R. Abhilash та ін. [371] і P. Ramani та ін. [427] також довели, що сприйнятливість людини до карієсу зубів зростає при збільшенні частоти завиткових узорів та навпаки зменшується при збільшенні частоти петльових узорів. Різниця між дерматогліфічними показниками у дітей з раннім карієсом та контрольною групою дітей встановлена і в дослідженнях С. Anitha та ін. [372], що також вказує на можливість використання дерматогліфічних ознак як прогностичних маркерів у дітей з раннім карієсом.

Доведено взаємозв'язок між загальною мінералізацією кісток, зумовленою спадковими факторами, та ступенем карієсу у підлітків [129].

Г. Р. Демчина [83] вивчила клінічні вияви генетичного взаємозв'язку особливостей умов одонтогенезу з розвитком інших структур порожнини рота (хейлогліфіка, глосогліфіка, ураногліфіка). Виявлено, що зі ступенем мінералізованості твердих тканин зуба корелятивно пов'язана лише одонтогліфіка, що відіграє суттєву роль у розвитку фісурного карієсу. Також вивчався вплив спадковості на характер одонтогліфіки й топографію каріозних уражень жувальної поверхні постійних молярів у близнюків Прикарпаття. Встановлено цілковиту генетичну детермінацію одонтогліфіки (ОГ) та топографії каріозного ураження жувальної поверхні. Найпоширенішими у Прикарпатському регіоні є моляри з “+5” – 45,6 % та “У5” типами ОГ – 32,3 %, менш поширені “+4” (10,6 %) та “У4” (9,7 %) типи візерунків. Також за показниками коефіцієнта спадковості встановлено періоди переваги спадкових чинників у розвитку фі-

сурного карієсу відповідно до віку (зростає з віком) та статі (переважає у дівчат), що допоможе прогнозувати розвиток зазначеного захворювання. На підставі внутрішньопарної подібності моно- й дизиготних близнят за одонтогліфікою та локалізацією фісурного карієсу доведено цілковиту генетичну детермінацію одонтогліфічних візерунків і топографії каріозного ураження жувальної поверхні [83].

І. М. Расулов [212] проводив одонтологічне й одонтогліфічне дослідження особливостей зубів у осіб різних національностей з наступним визначенням фена до расово-етнічних ізольованих груп і його спадковою схильністю внутрішньовидового виду.

А. Н. Уупе [461] встановив, що відмінності в ураженні окремих зубів або їх поверхонь карієсом зумовлені неоднаковою роллю генетичних факторів у визначенні фізико-хімічних і морфологічних особливостей зубів. Проте дослідник звертає увагу на те, що кожна ділянка зуба має певну генетично зумовлену ознаку, яка у відповідному середовищі визначає відсутність або наявність ризику ураження каріозного процесу.

Відомо, що так звані тавродонтні зуби, що є своєрідним атавізмом й іноді зустрічаються у пацієнтів у різних групах постійних зубів, карієсом практично ніколи не уражаються, що підтверджує вплив спадковості на конституцію зуба та його схильність до карієсу [155, 407].

Важливо знати про високу поширеність захворювання та інтенсивність ураження карієсом тимчасових і постійних зубів у пацієнтів при різних спадкових синдромах, особливо це стосується випадків так званого первинно-множинного карієсу або каріозної атаки. Так, первинно-множинний карієс часто асоційований з бульозним епідермолізом, мозаїчною формою трисомії по 9-й хромосомі, синдромом Коккейна. Водночас при класичній або мозаїчній формі синдрому Дауна (трисомія по 21-й парі хромосом) каріозні ураження абсолютно не типові й переважає ураження тканин пародонта (до 90 % обстежених) [68, 155].

Н. А. Зелінська, Т. А. Мельничук і Л. В. Стрюк [96] вивчали ультраструктуру емалі зубів залежно від групових ізоантигенів крові системи АВО (Н). Досліджуваними зразками слугували інтактні зуби людей у віці від 25 до 30-ти років. В цілому, виявилася найбільш щільна будова емалі зубів у людей, які мають В (III) α і АВ (IV) α групу крові, в той час як у зразків зубів людей, які мають О (I) $\alpha\beta$ і А (II) β групу, відмічалась більш пухка її структура.

Отже, структура емалі є важливим фактором, що реалізує генетичну схильність людей до карієсу та вимагає подальшого вивчення та зіставлення з роллю генетичних маркерів не тільки крові, але й слини. Так, при вивченні спадкового поліморфізму білків слини людини, була доведена провідна роль генетичних факторів, при цьому передбачається аутосомно-домінантне успадкування ряду білків слини. Підкреслюється, що розмір зубної бляшки залежить від кислотних білків слини, які відіграють певну роль у підвищенні опірності зубів до карієсу. Популяційне й сімейне вивчення білків слини за допомогою сіалофорезу, показало, що вироблення багатьох з них знаходиться під генетичним контролем множинних алелей. Взаємозв'язок між деякими спадково-зумовленими факторами в слині людини та індивідуальною сприйнятливістю до захворювань зубів значний [341, 434].

Аналіз розподілу ознаки карієсрезистентності емалі зубів при дослідженні близнюкових пар також підтверджує гіпотезу про мультифакторіальну природу даного захворювання. За допомогою клініко-генеалогічного аналізу та близнюкового метода було доведено, що інтенсивність карієсу й рівень протимікробної активності крові генетично детерміновані [71, 167].

За допомогою близнюкового методу Т. І. Ісакова зі співавт. [217] та S.R. Traanaeus, X. Q. Shi і В. F. Angmar-Mansson [452] визначали непенетрантність генів, що детермінують карієс і встановлювали зв'язки деяких паратипових факторів (вага при народженні, порядок народження, характер вигодовування, вік батьків, вагітність за рахунком) з проявом спадкових задатків карієсу. Були виявлені високі внутрішньородинні кореляції ураження карієсом зубів. Встановлено, що основна роль у патогенезі карієсу належить генотипу, хоча це не

дає права ігнорувати фактори зовнішнього середовища здійснювати значний вплив на реалізацію спадково-детермінованого завдатку хвороби.

Є. В. Зорян [97] вивчив особливості впливу на стоматологічну конституцію людини солей кальцію та виділили такі її типи: карбонічний, фосфоричний й сульфуричний, які накладають свій відбиток на зубощелепну систему, що дозволить спрогнозувати можливість розвитку у нього карієсу.

І. Л. Горбунова [74] встановила можливості використання сучасних ДНК-технологій для оцінки генофонду, прогнозування резистентності твердих тканин зубів до карієсу, діагностики спадкової схильності до виникнення основних стоматологічних захворювань. Визначено можливості використання ДНК-маркерів для масового тестування людей. Були досліджені ДНК карієсрезистентності і карієсприйнятливості осіб обох статей віком від 18 до 49 років. Зазначений методологічний підхід дає можливість визначити видоспецифічні характеристики стоматологічних хворих [383].

Використання молекулярно-генетичних методів для виявлення ендегенних причин підвищеного ризику розвитку мультифакторних патологій є відносно новим науковим напрямком, що виник на стику ряду біологічних і медичних дисциплін. Дослідження в галузі аналізу генетичних факторів карієсу почалися інтенсивно лише в останнє десятиліття [87, 363, 460]. Нечисленні дослідження, присвячені молекулярній генетиці карієсу, стосувалися вивчення етіологічної ролі поліморфних ділянок генів структурних білків, що беруть участь у формуванні зубної емалі (амелогенез) [56, 129, 363, 419], а також генів ферментів деструкції цих білків в ході мінералізації тканини [385, 448, 460]. Разом з тим очевидно, що генна мережа карієсу не обмежується названими учасниками.

Так, А. Н. Волков, Л. Ю. Лошакова і А. С. Сухих [57] встановили частоти генетичних варіантів маркерів rs7676539 гена ANXA5 і rs8063760 гена CALB2 у вибірці дошкільнят європеїдної приналежності, які узгоджуються з показниками, характерними для європеїдів в цілому. Наявність тих або інших

генотипів або алелів досліджуваних маркерів, розглянутих ізольовано, не є чинником, який достовірно підвищує ризик виникнення карієсу.

Дані багатьох досліджень вказують на те, що ураження зубів карієсом може залежати від ступеня екзогамії особливостей розвитку карієсу в осіб різних етнічних груп, що свідчить про варіабельність зазначеної патології в осіб з різним генофондом [329, 335, 340, 349, 395, 401, 416, 426, 428, 432, 454].

Підводячи підсумок всьому вище викладеному, необхідно відзначити, що на сьогодні в літературі загально визнана мультифакторіальна етіологія карієсу зубів в нормальній популяції, і як для більшості мультифакторіальних захворювань, в розвитку карієсу важливу роль відіграє як генетична схильність до даної патології, так і вплив середовищних факторів.

Однак, незважаючи на значну кількість публікацій, присвячених проблемі етіології, патогенезу та лікуванню карієсу зубів, питання інтенсивності й поширеності даного захворювання у практично здорового контингенту населення України в залежності від різних екзо- й ендогенних факторів з використанням таких високоінформативних методів як комп'ютерна томографія та дерматогліфіка залишається практично не вивченим.

Частина результатів аналізу літературних джерел відображена нами в науковій статті в фаховому журналі, що рекомендований ДАК МОН України [316].

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА МЕТОДИКА І ОСНОВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна методика та об'єкти дослідження

Відповідно до мети та завдань дослідження нами були проведені соціально-гігієнічні, медико-соціологічні, клінічні, комп'ютерно-томографічні та дерматогліфічні дослідження 400 соматично здорових чоловіків віком від 19 до 35 років, мешканців різних адміністративних регіонів України. Дослідження проводилися на базі кафедри стоматології дитячого віку й науково-дослідного центру ВНМУ ім. М. І. Пирогова та медичного центру «Вінінтермед ЛТД». Необхідно зауважити, що вікова група 19-35 років обрана нами з тих позицій, що саме для цього віку ВООЗ визначає епідеміологічну ситуацію в популяції [457, 458].

Попередньо за допомогою скринінг-опитувальника [69], було проведено дослідження більш ніж 3500 чоловіків віком від 19 до 35 років із різних регіонів України. Критеріями формування кінцевої групи були: чоловіки, у третьому поколінні мешканці різних етно-територіальних (адміністративних) регіонів України віком від 19 до 35 років, без виявлених соматичних захворювань. До кінцевої групи брали лише чоловіків із сприйнятливих, помірно сприйнятливих і задовільних за екологічних умов проживання населення місцевостей України (рис. 2.1).

В ході опрацювання результатів скринінг-дослідження було відібрано 400 соматично здорових чоловіків, які були поділені на наступні групи:

- чоловіків із північного регіону України (мешканці з Житомирської, Київської, Чернігівської та Сумської областей, $n=72$), середній вік $22,49 \pm 3,86$ років (довірчі межі для середньої $\pm 95\%$ від 21,58 до 23,39 років);
- чоловіків із південного регіону України (мешканці із Одеської, Миколаїв-

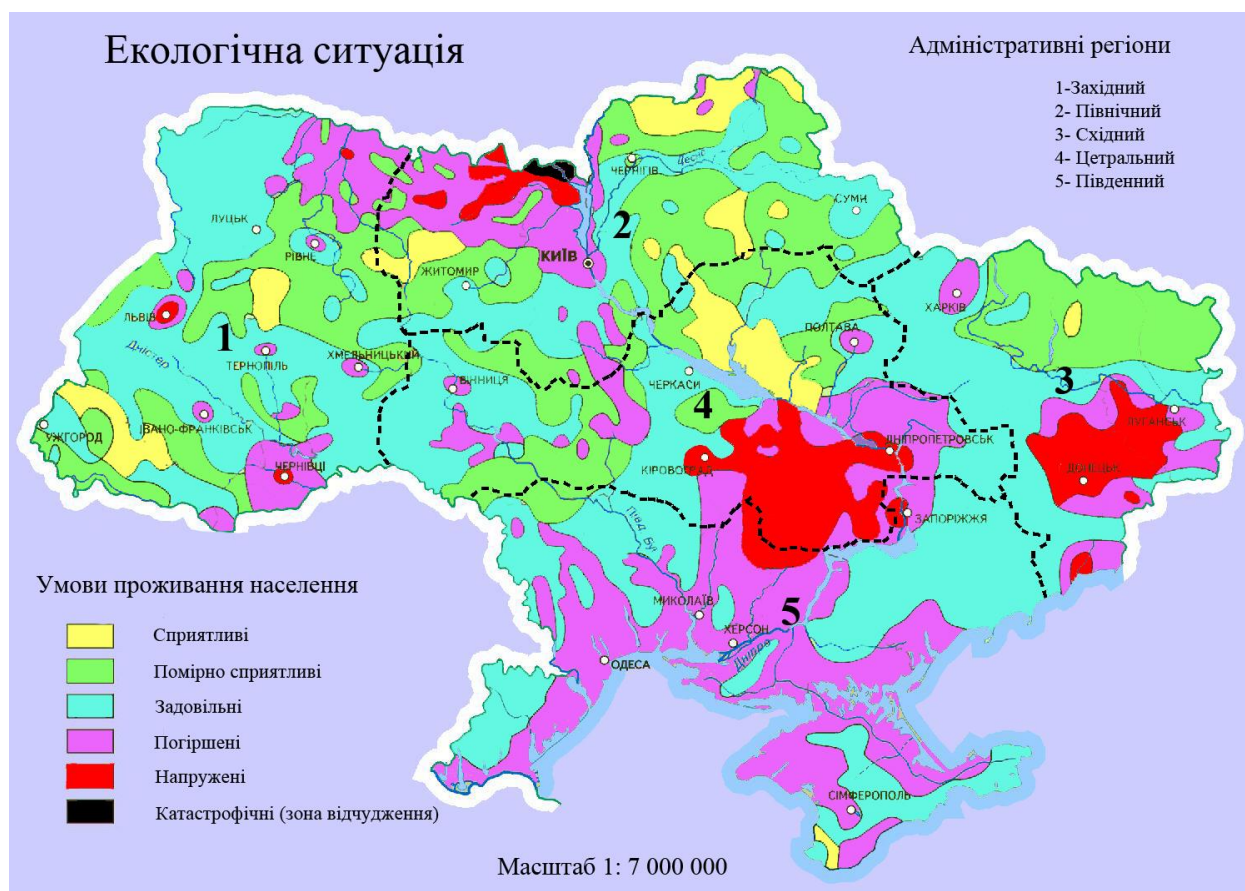


Рис. 2.1 Карта екологічної ситуації в Україні (згідно досліджень Національного екологічного центру України <http://superdom.ua/view/1454-e-kologicheskaya-karta-ukrainy-gde-luchshe-zhit.html>). Для оцінки екологічних умов проживання населення використано показники територіальної концентрації виробництва, господарської освоєності земель, густоти населення; забруднення природного середовища (хімічного: атмосферного повітря, природних вод, ґрунтів, а також радіаційного); природних умов (ступеню ураженості території несприятливими природно-антропогенними процесами).

ської, Херсонської, Запорізької областей та АР Крим, $n=47$), середній вік $23,36 \pm 3,64$ років (довірчі межі для середньої $\pm 95\%$ від 22,29 до 24,43 років);

- чоловіків із центрального регіону України (мешканці із Вінницької, Черкаської, Кіровоградської, Полтавської та Дніпропетровської областей, $n=165$), середній вік $22,48 \pm 3,75$ років (довірчі межі для середньої $\pm 95\%$ від 21,91 до 23,06 років);

- чоловіків із західного регіону України (мешканці із Волинської, Рівненської, Львівської, Чернівецької, Тернопільської, Хмельницької, Закарпатської та Івано-Франківської областей, $n=71$), середній вік $22,97 \pm 4,54$ років (довірчі межі для середньої $\pm 95\%$ від 21,90 до 24,05 років);
- чоловіків із східного регіону України (мешканці із Харківської, Донецької та Луганської областей, $n=45$), середній вік $23,44 \pm 3,71$ років (довірчі межі для середньої $\pm 95\%$ від 22,33 до 24,56 років).

Тобто за віком, при розподілі чоловіків на різні адміністративні регіони групи були майже однорідними.

Крім того, результати аналізу *соціально-гігієнічних* (не встановлено статистично значущих відмінностей в характері праці та умовах проживання чоловіків; деякі поодинокі статистично значущі відмінності в характері їжі та пиття не мають системного характеру; статистично значущі розбіжності в частоті відпочинку літом на морі обумовлені специфікою розташування регіонів відносно Чорного моря) та *медико-соціологічних* – показників використання засобів догляду порожнини рота (поодинокі статистично значущі, або тенденції відмінностей, встановлені лише для показників частоти користування зубочистками, жорсткості зубної щітки та використання вертикальних рухів зубної щітки) та суб'єктивної оцінки стану тканин пародонту (поодинокі статистично значущі, або тенденції відмінностей, переважно, між чоловіками західного й центрального регіонів) *досліджень* вказують на досить високу однорідність вибірок соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України.

Комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (протокол № 8 від 10.09.2013) встановлено, що проведені дослідження повністю відповідають етичним і морально-правовим вимогам згідно наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р. та не суперечать основним біоетичним нормам Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977).

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Соціально-гігієнічні.

Для визначення соціально-гігієнічних факторів умов життя, за допомогою спеціального опитувальника, вивчали: характер праці (розумовий, фізичний, змішаний); сімейне оточення (спокійне, іноді конфліктне або часто конфліктне); житлово-побутові умови (гарні, задовільні або незадовільні); вживання м'яса (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання риби (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання молока (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання овочів (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання фруктів (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання питної води (з під крану; кип'ячену, після фільтрування, мінеральну столову, змішане вживання після фільтрування та мінеральної); вживання соку (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); вживання солодоців (щодня, 3-4 рази на тиждень, 1 раз на тиждень, 1 раз у місяць або не вживає); рівень доходів сім'ї (достатній або не достатній); літній відпочинок на морі (так або ні); часті гострі респіраторні вірусні інфекції (так або ні).

2.2.2. Медико-соціологічні.

Для оцінки показників використання засобів догляду порожнини рота, за допомогою спеціального опитувальника, вивчали: частоту чищення зубів (2 раз на день, 1 раз на день, рідко або не чищу); чи чистили зуби в день обстеження (так або ні); користування зубочистками (регулярне, інколи або ні); користування зубними нитками (регулярне, інколи або ні); жорсткість зубної щітки (середньої жорсткості, жорстка, м'яка або дуже м'яка); частоту зміни зубної щітки (1 раз у 3 місяці, 1 раз у місяць, 1 раз у рік); чи зубна паста з приєм-

ним смаком (так або ні); чи зубна паста в гарній упаковці (так або ні); чи зубна паста дитяча (так або ні); чи зубна паста лікувальна (так або ні); чи зубна паста дешева (так або ні); чи знаєте назву своєї зубної пасти (так або ні); чи прополіскуєте ротову порожнину після прийому їжі (так або ні); чи зможете показати ваші рухи чищення зубів (так або ні); чи є рухи зубної щітки горизонтальні (так або ні); чи є рухи зубної щітки вертикальні (так або ні); чи є рухи зубної щітки підмітаючи (так або ні); чи є рухи зубної щітки кругові (так або ні); чи вмієте контролювати якість чистки зубів (так або ні); яка частота вживання жувальної гумки (після прийому їжі або інколи).

Для оцінки показників суб'єктивної оцінки стану тканин пародонту, за допомогою спеціального опитувальника, вияснили: чи свіжий подих (так або ні); чи знаєте симптоми захворювання ясен (так або ні); кровоточивість ясен під час чищення зубів (є або немає); чи впевнені, що ясна здорові (так або ні); чи скрегочете вночі зубами (так або ні); чи є біль або утруднене відкривання рота (так або ні); який тип вашого дихання (носове, ротове або змішане); чи є шкідливі звички (так або ні).

2.2.3. Клінічні.

Обстеження чоловіків проводили на базі кафедри стоматології дитячого віку ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Огляд стану твердих тканин зубів проводили за загальноприйнятою методикою [258] за допомогою стоматологічного зонда і дзеркала, починаючи з верхнього правого і рухаючись в бік лівого квадранту, далі оглядали зуби лівого нижнього, а потім правого нижнього квадрантів. При огляді зубів звертали увагу на їх колір, локалізацію, характер та глибину враження твердих тканин каріозним процесом. В зубній формулі за міжнародною цифровою системою визначення зубів:

верхня щелепа

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

нижня щелепа

відмічали зуби, вражені карієсом та його ускладненнями, пломбовані та видалені зуби. Крім того, відмічали особливості враження карієсом окремих поверхонь зубів (жувальної, апроксимальної, вестибулярної, піднебінної, язичної).

Інтенсивність ураження зубів карієсом визначали за індексом КПВ, де К – кількість зубів, уражених карієсом та його ускладненнями; П – кількість пломб; В – кількість видалених зубів. Оцінка рівня захворюваності карієсом здійснювалась на основі критеріїв інтенсивності карієсу Глобального банку стоматологічних даних ВООЗ [58] для дорослого населення: 0,2-1,5 – дуже низький показник; 1,6-6,2 – низький; 6,3-12,7 – середній; 12,8-16,2 – високий; 16,3 та вище – дуже високий показник інтенсивності карієсу зубів.

Визначення резистентності емалі зубів до карієсу проводили за допомогою Тер-тесту за В. Р. Окушко [182]. При цьому на очищену від зубного нальоту висушену та ізольовану від слини вестибулярної поверхні центрального різця на відстані 2 мм від ріжучого краю по центральній лінії скляною паличкою на 5сек. на емаль наносили 1 краплину НСІ 1Н діаметром 1-2 мм. Через 5сек. краплю змивали, емаль висушували ватним тампоном. Наносили 1 краплю 1% водного розчину метиленового синього. Потім барвник знімали сухим ватним тампоном.

Інтенсивність забарвлення відповідала глибині протравлення емалі. Місце протравлення забарвлювалося від ледве помітного голубого кольору при мінімальній глибині протравлення до інтенсивного – при максимальній (рис. 2.2). Для оцінки інтенсивності забарвлення використовували 10 бальну шкалу кольорів поліграфічного виконання. При забарвленні ділянки інтенсивністю в 1-3 бали – обстежуваних відносили до групи з високою карієсрезистентністю; 4-5 балів – до групи з помірною резистентністю; 6-7 балів – до групи з низькою карієсрезистентністю; вище 8 балів – з дуже низькою карієсрезистентністю емалі зубів.

Гігієнічний стан порожнини рота визначали за допомогою індексів Федорова-Володкіної та Green-Vermillion (спрощеного гігієнічного індексу – ОНІ-S) [251, 258, 263].



Рис. 2.2 Визначення резистентності емалі зубів до карієсу за допомогою Тер-тесту за В. Р. Окушко.

В основу методики оцінки гігієнічного стану порожнини рота за допомогою індекса Федорова-Володкіної покладена бальна оцінка площі фарбування вестибулярних поверхонь шести передніх зубів нижньої щелепи (43, 42, 41, 31, 32, 33) розчином Шиллера - Писарева (рис. 2.3).



Рис. 2.3 Фарбування вестибулярних поверхонь шести передніх зубів нижньої щелепи розчином Шиллера – Писарева.

Присутність нальоту оцінюється за допомогою кодів-балів: 1 – зубний наліт не виявлений; 2 – фарбування $\frac{1}{4}$ поверхні коронки зуба; 3 – фарбування $\frac{1}{2}$ поверхні коронки зуба; 4 – фарбування $\frac{3}{4}$ поверхні коронки зуба; 5 – фарбування всієї поверхні коронки зуба.

Для оцінки зубного нальоту складають коди-бали і отриману суму ділять на кількість зубів:

$$ГІ = \Sigma / 6, \quad (2.1)$$

де Σ – сума оцінки гігієни всіх обстежених зубів;

6 – число обстежених зубів.

Оціночні критерії: 1,1 - 1,5 – хороший; 1,6 - 2,0 – задовільний; 2,1 - 2,5 – незадовільний; 2,6 - 3,4 – поганий; 3,5 - 5,0 – дуже поганий.

Якісна оцінка проводиться за трибальною системою: 1 – фарбування немає; 2 – помірне фарбування; 3 – інтенсивне забарвлення.

Спрощений індекс гігієни порожнини рота або індекс Green-Vermillion, крім площі зубного нальоту дає змогу визначати площу над- чи під'ясенного зубного каменя. Для визначення індексу вестибулярні поверхні 11, 16, 26 та 31 зубів та язикові поверхні 36 і 46 зубів фарбували розчином Люголя (рис. 2.4).



Рис. 2.4 Визначення площі зубного нальоту та над- чи під'ясенного зубного каменя за допомогою фарбування розчином Люголя.

Наявність над'ясенного каменя визначали візуально, а під'ясенного – за допомогою спеціального зонду. В залежності від інтенсивності забарвлення визначали площу зубного нальоту за 3-х бальною системою: 0 балів – наліт відсутній; 1 бал – вкриває 1/3 поверхні коронки зуба; 2 бали – вкриває 2/3 коронки зуба; 3 бали – вкриває 2/3 поверхні зуба. Сума зубного каменя оцінювалась також за 3-бальною системою: 0 балів – зубний камінь не виявлений; 1 бал – над'ясенний зубний камінь вкриває 1/3 коронки зуба; 2 бали – над'ясенний зубний камінь вкриває 2/3 коронки зуба; під'ясенний зубний камінь у вигляді окремих конгломератів; 3 бали – над'ясенний зубний камінь

вкриває 2/3 коронки зуба; під'ясенний зубний камінь оточує пришийкову частину зуба. Для обчислення індексу використовували наступну формулу:

$$\text{ГІ} = (\Sigma_{\text{ЗН}} / 6) + (\Sigma_{\text{ЗК}} / 6), \quad (2.2)$$

де: Σ – сума значень;

ЗН – зубний наліт;

ЗК – зубний камінь;

6 – кількість обстежених зубів.

Кількісна оцінка результатів проводилась за такими критеріями: 0 - 0,6 – хороша гігієна; 0,7 - 1,6 – задовільна гігієна; 1,7 - 2,5 – незадовільна гігієна; 2,6 і більше – погана гігієна порожнини рота.

2.2.4. Комп'ютерно-томографічний.

Для проведення комп'ютерно-томографічного дослідження використовували дентальний конусно-променевий томограф Veraviewerocs-3D (Morita, Японія). Об'єм тривимірного зображення – циліндр 8x8 см, товщина шару 0,2/0,125 мм, доза опромінення 0,011-0,048 мЗв, напруга та сила струму 60-90kV/2-10mA. Отриманні данні були збережені в базі даних i-Dixel на сервері Dell computer (Precision 370, Dell AB, Швеція) з графічною картою NVIDIA-Quadro-FX1400-32-bit та 20" кольоровим плоским монітором (Olorin, VistaLine, VL191D, Olorin AB, Go" teborg, Швеція) з роздільною здатністю екрана 1280x1024 pixels. Дослідження тривимірної моделі кісткових структур зубощелепного комплексу проводилося в програмній оболонці i-Dixel One Volume Viewer (Ver.1.5.0, J Morita Mfg. Cor.), яка репрезентувала зображення на екран у трьох відповідних проекціях – горизонтальній, фронтальній та сагітальній (рис. 2.5).

Із 400 соматично здорових чоловіків 206 була проведена конусно-променева комп'ютерна томографія: із північного регіону (n=35), із південного регіону (n=36), із центрального регіону (n=64); із західного регіону (n=36) та із східного регіону (n=35) України.

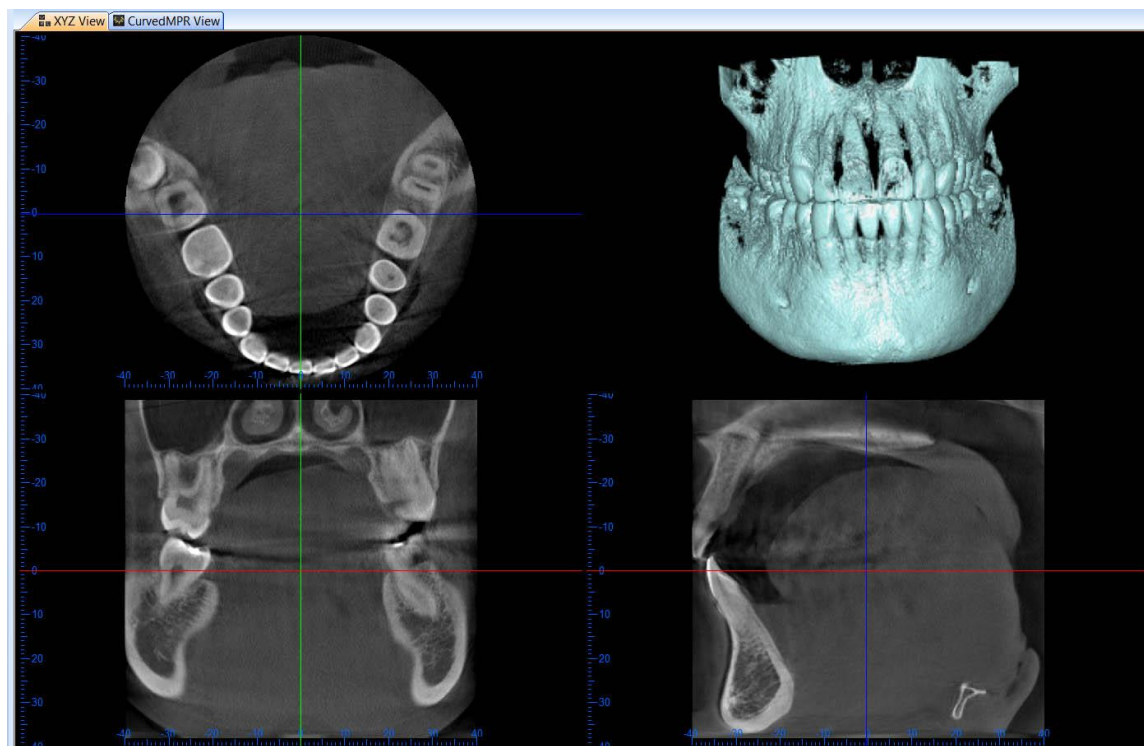


Рис. 2.5 Зображення тривимірної моделі зубощелепного комплексу (б) в горизонтальній (а), фронтальній (в) та сагітальній (г) площинах отримане за допомогою конусно-променевого томографу Veraviewerocs-3D.

При вивченні загального стану зубощелепної системи, детально вивчався кожний зуб з наступним зазначення відсутньої або наявної патології. Визначали величини частоти поширеності поверхневого, середнього та глибокого карієсу, частоту відсутності карієсу, величину частоти цілісних пломб та вторинного карієсу, величину частоти сколу пломб та стінки зуба, величину частоти хронічного фіброзного та гранулематозного періодонтитів, частоти кист та кістогранулем. Детальний аналіз конусно-променевих комп'ютерних томограм дозволяв визначити приховані каріозні порожнини (рис. 2.6), наявність пломб та вторинного карієсу (2.7), стану періапикальних тканин (рис. 2.8).

2.2.4. Дерматогліфічний.

Керуючись традиційною методикою «типографська фарба» [70], здійснювали процедуру дактилоскопії долонних поверхонь кистей та окремих пальців правої та лівої руки. Для дактилоскопії використовували наступний перелік предметів та обладнання: друкарська чорна фарба; товста скляна пластинка

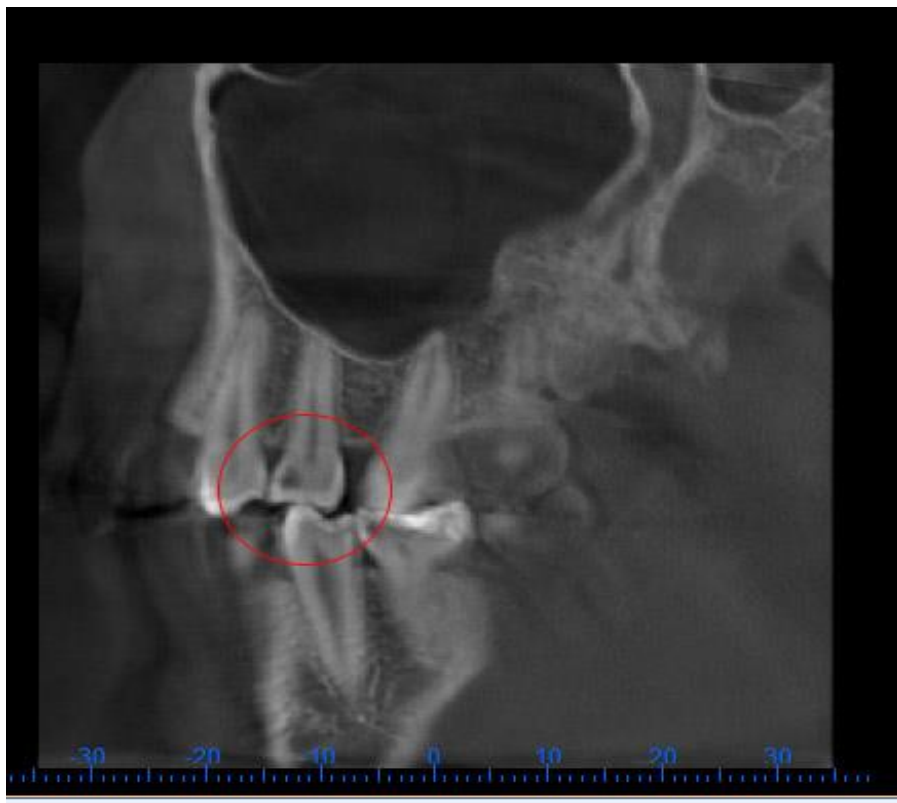


Рис. 2.6 Зображення прихованої каріозної порожнини першого верхнього премоляра.

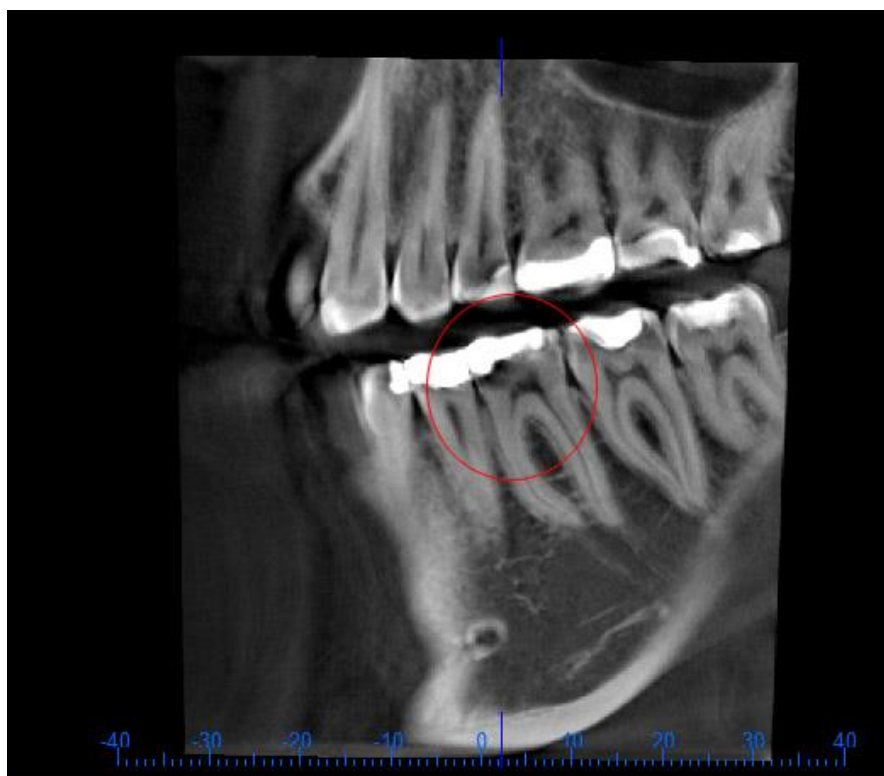


Рис. 2.7 Зображення наявності пломб та вторинного карієсу нижнього першого моляра.



Рис. 2.8 Зображення стану періапикальних тканин, кісто-гранульома нижнього другого моляра.

з гладенькою поверхнею (без подряпин і задирок) приблизно 15см x 25см для накатки друкарської фарби; гумовий валик для розкочування друкарської фарби на пластинці; аркуш паперу (формат А4) в якості дактилоскопічної карти; тюбик чорної друкарської фарби; підкладка з гуми; скипидар або бензин; спирт, миючий засіб для рук, вода, оцет; столик, висотою 110 см (висота ліктя людини середнього зросту у положенні стоячи) і шириною, достатньою для одночасного розташування аркуша паперу і скляної пластинки для накатки друкарської фарби.

Перед отриманням відбитків оглядали руки досліджуваного. Якщо на пальцях були відкриті рани або пошкодження шкірних покривів, зняття відбитків проводилося тільки після їх лікування. Перед отриманням відбитків промивали руки досліджуваних теплою водою з оцтом.

Типографську фарбу рівним і тонким шаром розкочували валиком на склі. Пальці прокочували по пластині.

Дактилоскопію починали з великого пальця правої руки і закінчували мі-

зинцем. При прокатці пальця по пластині фарбували всю подушечку нігтьової фаланги і 3-5 мм середньої фаланги. Після цього покритий фарбою палець таким же способом прокочувався по папері, розташованому на гумовій підкладці. На одному аркуші паперу одночасно зафіксувалися відбитки долонних поверхонь кистей та пальців. Для розміщення відбитків правої і лівої долоні і пальців досліджуваного використовували два боки одного аркуша паперу.

Для отримання якісних відбитків пальців дотримувалися наступних правил: не допускається сильне натискання пальців при прокатці їх по пофарбованій пластині і по аркушу паперу; рука досліджуваного повинна бути вільною, не напруженою; по пластині і по дактилоскопічній карті палець прокочується тільки один раз від однієї кромки нігтів до іншої; неприпустиме ковзання пальця як по пластині, так і по дактилокарті; по пластині палець прокочується тільки в тому місці, де шар фарби ще не знятий; типографська фарба повинна бути консистенції густої сметани: не надто рідкою і не надто густою (в останньому випадку вона розбавляється олеїною кислотою); фарба наноситься на пластину скляною паличкою в невеликій кількості і розкочується максимально тонким і рівномірним шаром; необхідно утримувати в чистоті валик і пластину, після зняття відбитків ретельно протирати їх бензином або скипидаром до повного видалення фарби з їх поверхні.

При незадовільній якості отриманих відбитків дактилоскопію повторювали. За допомогою ватної кульки, просякнutoї скипидаром або олією очищували долоні та пальці від фарби. Потім мили руки теплою водою із миючим засобом.

Отриманий дерматогліфічний матеріал аналізували за методикою Н. Cummins та Ch. Midlo [361] за викладом Т. Д. Гладкової [70].

Якісний аналіз шкірних візерунків на дистальних фалангах пальців полягав у визначенні їх типу (кількість дельт) та розосередження по пальцях. Частота виявлення певного типу візерунка та гребінцевий рахунок є складовими кількісного аналізу. Обчислювали такі гребінцеві рахунки: *локальний* (на

окремому пальці), *сумарний* (загальна кількість гребінців на пальцях однієї руки) і *тотальний* (число гребінців на пальцях двох рук).

Встановлювали наступні типи папілярних візерунків: ульнарна, радіальна, латеральна кишенькова та подвійна петлі, завиток, дуга, центральна кишенька і випадковий візерунок.

Папілярні візерунки нігтьових фаланг пальців поділяються на типи і види в залежності від малюнка їх центру. Розрізняють три типи візерунків: дугові, петльові та завиткові (рис. 2.9).

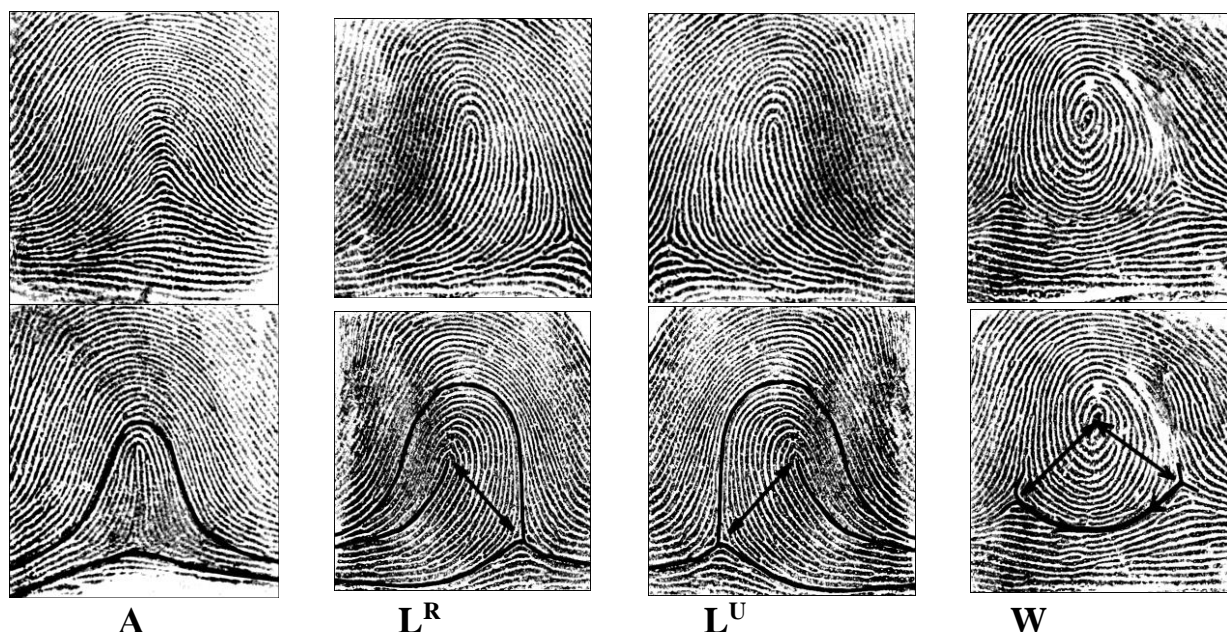


Рис. 2.9 Папілярні візерунки нігтьових фаланг пальців (з дозволу зі статті Л.А. Клімас із співавт., 2009 [192]): дуга (A), радіальна петля (L^R), ульнарна петля (L^U), завиток (W). Підрахунок гребінцевого рахунку.

Дуга (A – arch) – бездельтовий відкритий візерунок, злегка опуклий дистально, складається з гребінців, які перетинають поперек пальцеву подушечку. Гребінцевий підрахунок не проводиться і має нульове значення (див. рис. 2.9).

Петля (L – loop) – одnodельтовий напівзамкнений візерунок, який знаходиться або з ульнарного (ульнарна петля) або з радіального (радіальна петля) боку, шкірні гребінці починаються від одного краю пальця, утворюють в центрі подушечки петлю і повертаються до початку (див. рис. 2.9).

Папілярні візерунки нігтьових фаланг пальців формуються трьома потоками папілярів: лініями центру, периферійними і базисними (рис. 2.10).

Частина візерунка, в якій ці потоки стикаються, утворює характерну ділянку, дельту, оскільки схожий на цю літеру грецького алфавіту. Дуговий тип візерунка не має дельти, петлевий тип візерунка має одну дельту, завитковий тип візерунка завжди має дві дельти, композиційний візерунок має не менше двох дельт.

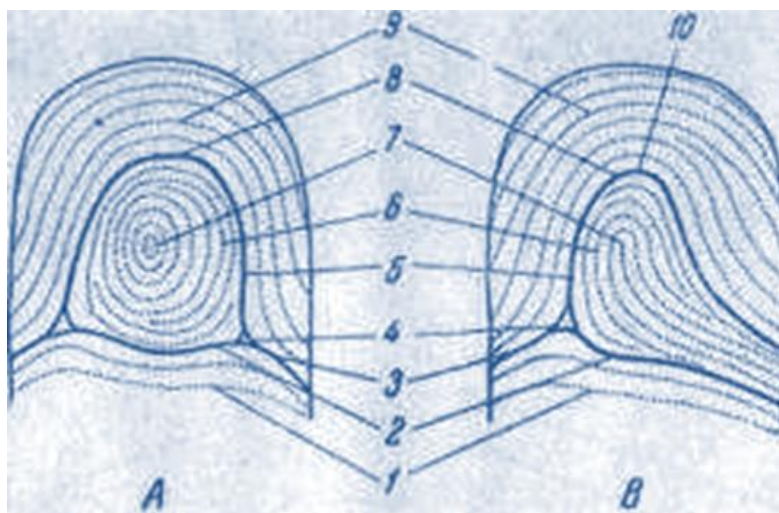


Рис. 2.10 Топографія пальцевих візерунків (за Т.Д. Гладковою, 1966).

Примітки:

1. А – завиток;
2. В – петля;
3. 1 – проксимальна трансверзальна система;
4. 2 – проксимальний радіант;
5. 3 – крайовий радіант;
6. 4 – дельта (трирадіус);
7. 5 – скелет візерунку;
8. 6 – поле візерунку;
9. 7 – центр візерунку;
10. 8 – дистальний радіант;
11. 9 – дистальна трансверзальна система;
12. 10 – голова петлі.

Підрахунок ульнарних і радіальних петель здійснювали у такий спосіб: окреслювали лінію від дельти до центральної частини візерунка і рахували число гребінців, відтинків крапок та гребінців, які є дотичними або перерізають

зазначену лінію (див. рис. 2.9). Дельту та центральний папілярний гребінець, як і в подальших типах візерунків, не підраховували.

Завиток (W – whorl), дводельтовий візерунок, замкнута фігура, в якій центральні лінії концентрично зосереджені навколо серцевини візерунка (див. рис. 2.9). На завитковому візерунку в ділянці лінії «дельта-центр» рахували гребінці виключно з того боку, де їх кількість переважає (див. рис. 2.9).

Візерунки, які зустрічаються рідше зображені на рисунку 2.11.

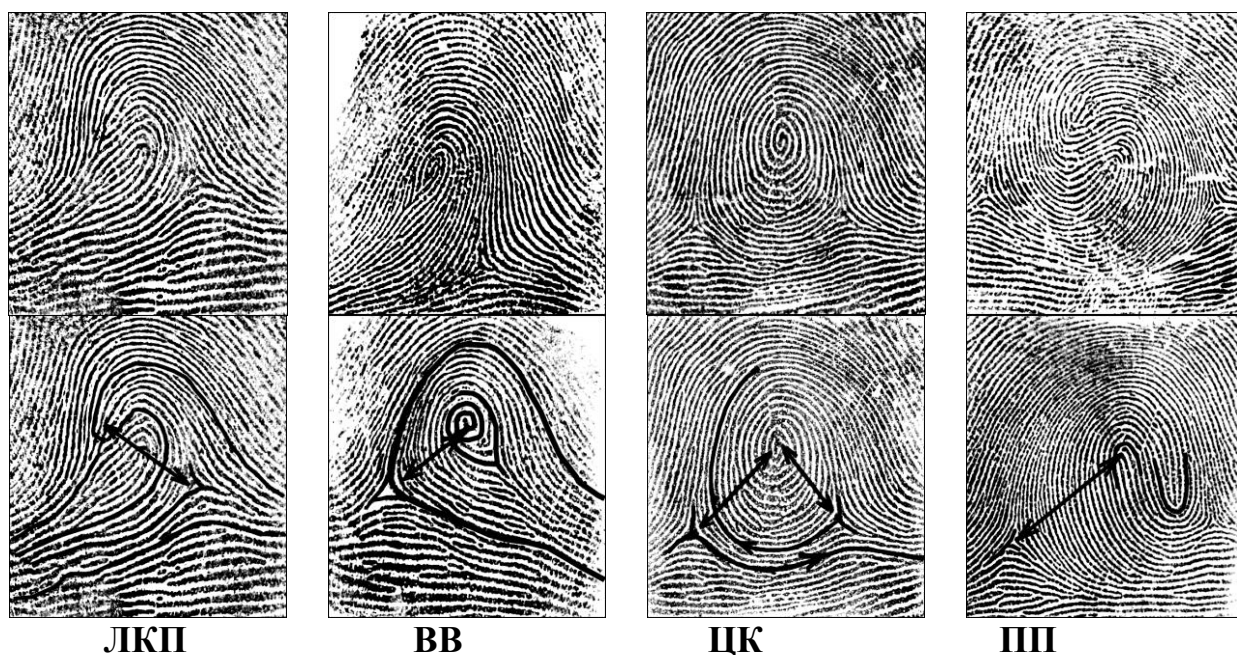


Рис. 2.11 Похідні типових візерунків (з дозволу зі статті Л.А. Клімас із спів-авт., 2009 [192]): латеральна кишенькова петля (ЛКП), випадковий візерунок (ВВ), центральна кишенька (ЦК) та подвійна петля (ПП). Підрахунок гребінцевого рахунку.

Латеральна (бічна) кишенькова петля (ЛКП) утворюється внаслідок поєднання двох петель, відкритих в один бік (див. рис. 2.11). Гребінцевий рахунок здійснюється шляхом визначення числа гребінців, їх відрізків, крапок, що дотикаються або перетинають лінію, проведену від дельти до центральної папілярної лінії петлі більшого розміру.

Випадковий візерунок (ВВ) утворений поєднанням двох і більше типових типів папілярних візерунків, до прикладу, петлею і завитком, петлею і Т-подібною дугою (див. рис. 2.11). У випадку утворення внутрішнього візерунка із гребінців, кількість яких не більша, ніж дві, ми керувались правилом відне-

сення такого візерунку до групи дуг. Гребінцевий рахунок обчислювався, починаючи від дельти і закінчуючи центральною папілярною лінією внутрішньої частини папілярного візерунка.

Центральна кишеня (ЦК) – за морфологією подібна із завитком та містить один центр і дві дельти. На відміну від завитка, трирадіуси розташовані несиметрично і внаслідок цього дельтові радіанти не зустрічаються, тому папілярна лінія, що починається від одного трирадіусу не потрапляє до іншого (див. рис. 2.11). Гребінцевий рахунок проводять аналогічно як у завитка.

Подвійна петля (ПП) утворена поєднанням двох петель, що відкриваються у різні боки. Містить дві дельти (див. рис. 2.11). Гребінцевий рахунок у зазначеному візерунку здійснювали на лінії, що проведена від дельти і до центральної частини петлі, яка прямує вгору.

Предметно частота досліджуваних типів візерунків, бере початок від найбільшої, представляється у вигляді дигітальних (пальцевих) формул [70]. До прикладу, зазначена формула для дугового візерунку має такий вигляд: III > II > IV > I > V. Це означає, що дуги найбільш часто мають місце на III і II пальцях і рідко зустрічаються на мізинці.

Дельтовий індекс (Dli) є підсумовуючим показником класифікуючої характеристики пальцевих візерунків, характеризує інтенсивність гребенеутворення. Він враховує всі три типи візерунків і вираховується за формулою:

$$Dli = \frac{L + 2W}{A + L + W} \times 10 \quad (2.3)$$

У програму дослідження долонної дерматогліфіки входило визначення: величини кутів atd, atb, btc, ctd і dat; довжини відтинку між трирадіусами a-d і c-t; долонних гребінцевих рахунків між трирадіусами a-b, b-c і c-d; присутність трирадіусів на долоні: карпального t (<41°), проміжного t' (41° – 60°) та центрального t'' (>60°) та частоту їх визначення; присутність візерунка на тенарі, гіпотенарі і міжпальцевих подушечках долонь та їх частота; номерів поля, в яких закінчуються головні долонні лінії (A і D), з подальшим обчислен-

ням значення індексу головних ліній долонь, власне індексу Каммінса [78].

Розташування долонних полів, головних долонних ліній і візерунків, трирадіусів, представлені на схематичному рисунку 2.12.

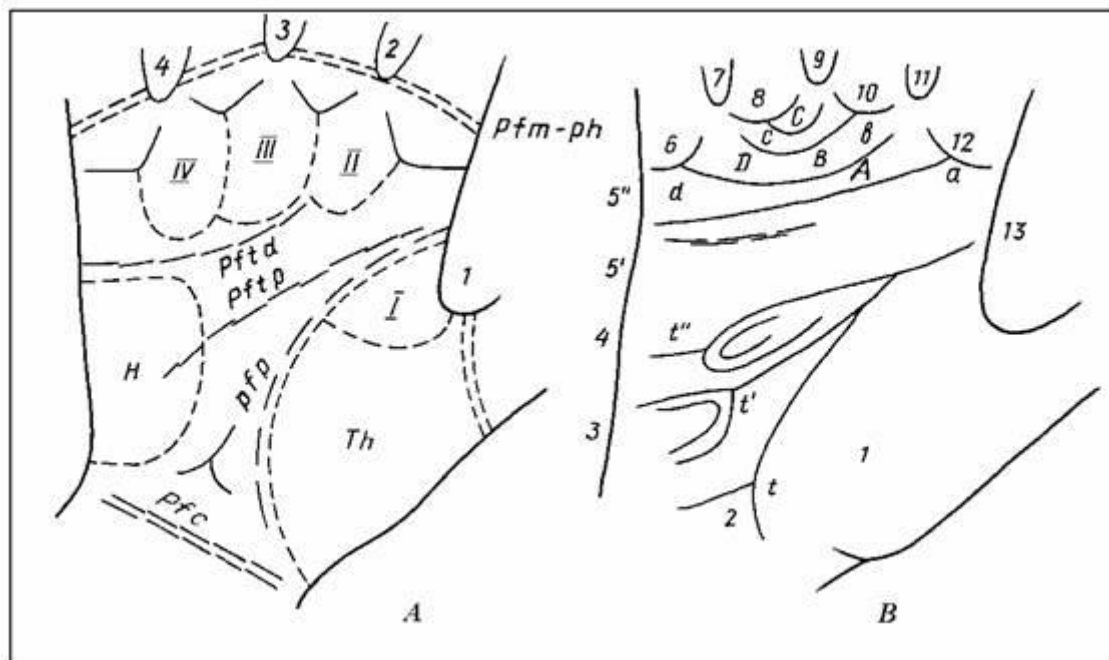


Рис. 2.12 Схема долонної карти (за Н. Cummins та Ch. Midlo, 1943): **A** – розташування подушечок тенара (Th), гіпотенара (H) та I - IV міжпальцевих подушечок, міжпальцеві проміжки (1 - 4), браслетна складка (pfc), згинальні складки в підставі пальців (pfm-ph), згинальна складка біля великого пальця (pfr), п'ятипальцьова поперечна борозна (pftp), трьохпальцьова поперечна борозна (pftd) ; **B** – міжпальцеві трирадіуси (a, b, c, d), долонні поля (1 - 13), головні долонні лінії (A, B, C, D), карпальний (t), проміжний (t') та центральний (t'') вісьові трирадіуси.

Трирадіус являє собою місце або крапку, куди сходяться три системи папілярних ліній, які мають різний напрямок. На долонних поверхнях кистей людини зазвичай є чотири міжпальцевих трирадіуса – a, b, c, d біля основи II-V пальців. Основа окремого пальця охоплюється двома дистальними радіантами трирадіуса, третій радіант йде в область долоні і має різні варіації своїх закінчень (див. рис. 2.12B).

Виділяють шість долонних подушечок: радіально відносно центрального долонного поглиблення в ділянці основи великого пальця розташована поду-

шечка тенара (Th), на проксимально-ульнарному краї долоні – гіпотенара (H), а проксимально від 1-4 міжпальцевих проміжків знаходяться I - IV міжпальцеві подушечки (див. рис. 2.12А).

Для визначення закінчення головних долонних ліній долонна поверхня кисті умовно поділена на 13 полів, які починаються від тенара (поле 1) і закінчуються I-м міжпальцевим проміжком (поле 13) (рис. 2.13а, див. рис. 2.12). За допомогою лупи великого перерізу (5-6 см) і стандартної препарувальної голки прослідковується хід головних долонних ліній (рис. 2.13б). Кінець головних долонних ліній має вигляд формули, де поля мають цифрові позначення, до яких прямують лінії. До прикладу, формула 4.9 пояснюється у такий спосіб: на певній долоні лінія А прямує в поле 4, а лінія D – у поле 9.

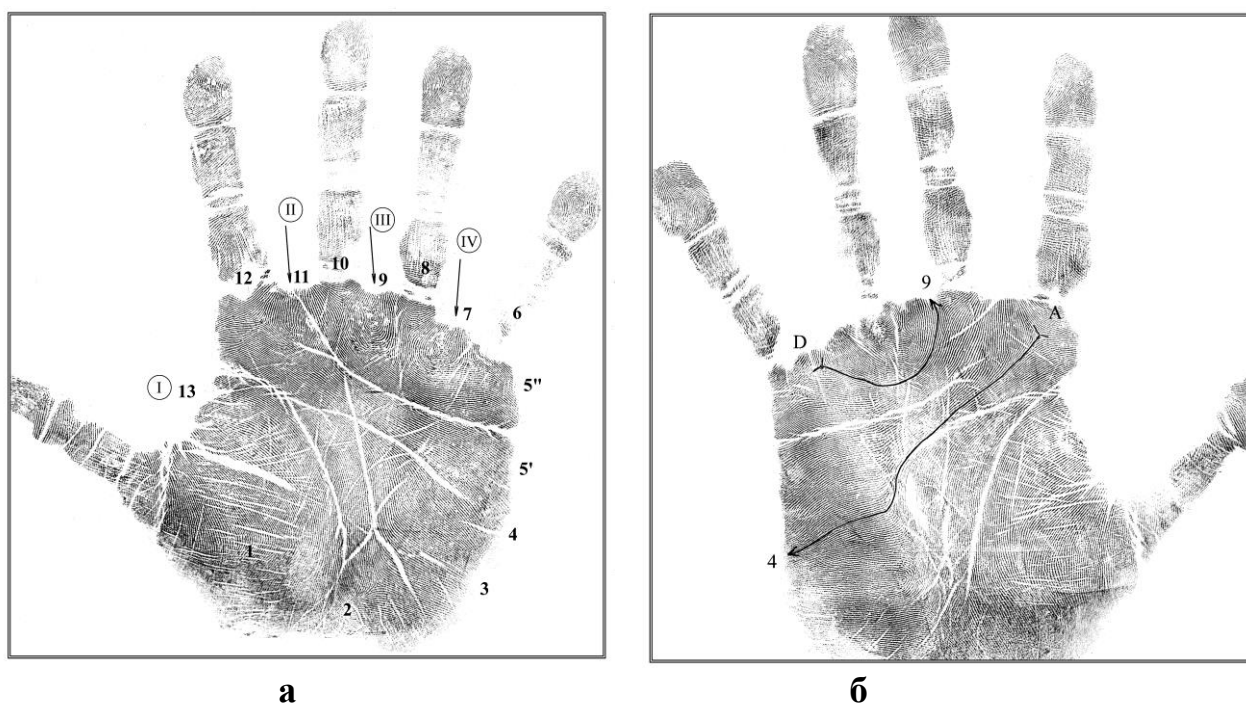


Рис. 2.13 Відбитки долонь (з дозволу зі статті Л.А. Клімас із співавт., 2009 [192]): **а** – долонні поля (1-13), область міжпальцевих проміжків I, II, III, IV, долонні візерунки в II, III, IV міжпальцевих проміжках; **б** – приклад ходу головних долонних ліній A і D.

Варіанти розташування долонних візерунків і кутів відображені на рисунку 2.14.

Окрім долонних трирадіусів, на долонних поверхнях кисті знаходяться ще вісьові трирадіуси, які розташовуються між гіпотенаром і тенаром, перева-

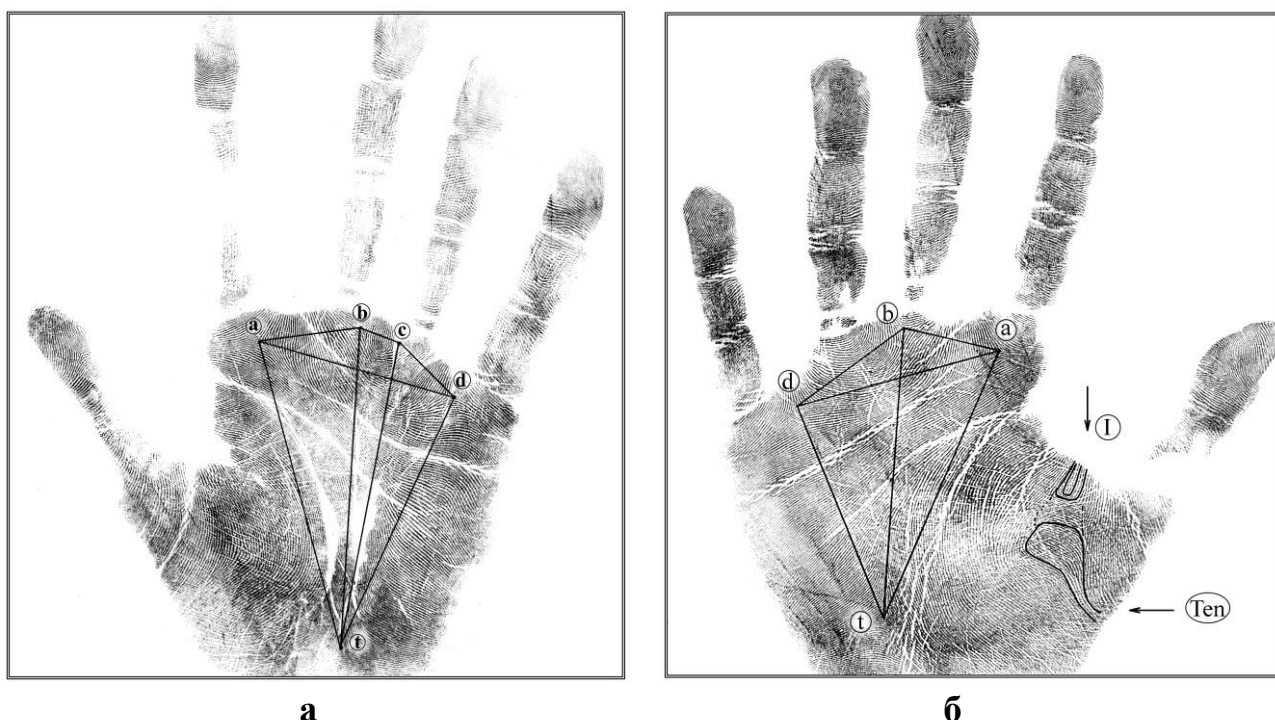


Рис. 2.14 Відбитки долонь (з дозволу зі статті Л.А. Клімас із співавт., 2009 [192]): **а** – стандартне розміщення міжпальцевих та вісьового трирадіусів, кути $\angle atd$, $\angle atb$, $\angle btc$, $\angle ctd$, $\angle dat$; **б** – відсутність трирадіуса «с», і, відповідно, кутів $\angle btc$, $\angle ctd$, наявність кутів $\angle atd$, $\angle atb$, $\angle btd$, наявність візерунків на тенарі та I міжпальцевому проміжку.

жно на поздовжній осі четвертого променя. Вісьовий трирадіус, який розташовується біля зап'ястка, куди сходяться три системи папілярних ліній (гіпотенарна, тенарна і карпальна) має назву карпального трирадіусу і позначається літерою t . Центральний вісьовий трирадіус (t'') може розташовуватись в центрі долоні, а проміжний (t') – між t і t'' .

У випадку труднощів в інтерпретації вісьових трирадіусів вимірюють кут між міжпальцевими трирадіусами «а» і «d» і вісьовим трирадіусом t ($\angle atd$). Якщо $\angle atd \leq 40^\circ$, то вісьовий трирадіус позначається як t , при куті $41^\circ - 60^\circ$ – як t' , а більше 61° – t'' . У нашій роботі були поєднані такі методичні підходи: вимірювальний та описовий (рис. 2.15). До прикладу, якщо кут $\angle atd = 43^\circ$, локалізації t біля зап'ястка і великій кисті, вісьовий трирадіус вважали карпальним.

Локалізація долонних візерунків за частотою від більшої до меншої на-

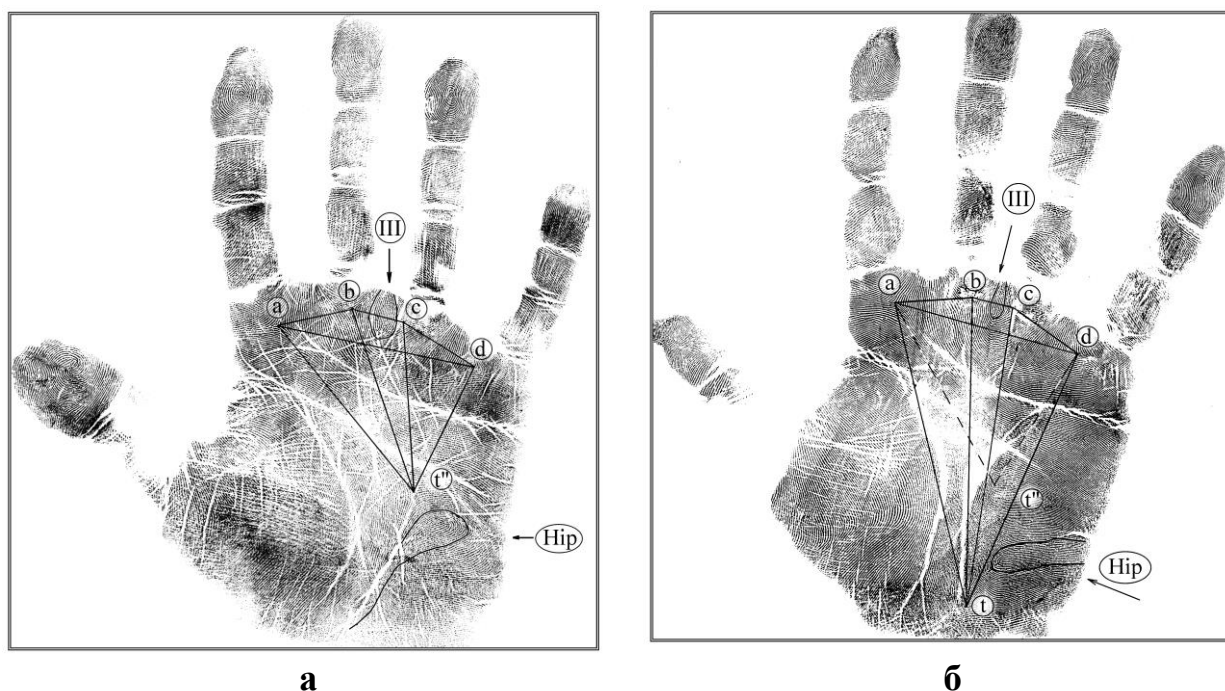


Рис. 2.15 Відбитки долонь (з дозволу зі статті Л. А. Клімас із співавт., 2009 [192]). Долонні кути, вісьові трирадіуси та візерунки: **а** – наявність центрального вісьового трирадіуса t'' , дистальне зміщення кута atd : $\angle at''d=66^\circ$, наявність візерунків на гіпотенарі та III міжпальцевому проміжку; **б** – одночасна наявність двох вісьових трирадіусів: карпального t ($\angle atd=37^\circ$) і проміжного t'' ($\angle at'd=60^\circ$), наявність візерунків на гіпотенарі та III міжпальцевому проміжку.

дається у вигляді формули. Наприклад формула: $Th/I > II > IV$ означає, що найчастіше долонні візерунки локалізувались в області тенара і I міжпальцевого проміжку, зустрічались в II, рідко – в IV і не зустрічались в III міжпальцевому проміжку.

Шкірний рельєф гіпотенара (H) найчастіше являє собою систему дугових папілярних ліній, які прямують дещо похило відносно подовжньої осі долоні і відкриті в ульнарний бік. Гребінці шкіри гіпотенара рідко формують рисунок у вигляді петель, T-подібних візерунків і завитків. Надзвичайно рідко при зсуві t на ульнарний край долоні, дуги відкриті у радіальному напрямку, а при наявності t'' – у карпальному.

На тенарі (Th/I) і I міжпальцевій подушечці папілярні лінії у своїй переважній більшості не утворюють рисунка і мають вигляд дуги, яка відкрита у напрямку великого пальця, що позначається знаком 0 у формулі. У випадку,

коли гребінці утворюють візерунок, то він найчастіше представлений петлею, яка спрямована на тенарі карпально (Lc), а на I міжпальцевій подушечці радіально (Lr). Візерунок може мати такі варіанти розташування: виключно на тенарі, виключно на I міжпальцевій подушечці, одночасно на обох зазначених ділянках. На тенарі/I завитки (W) і спіралі (S) зустрічаються вкрай рідко.

Папілярні візерунки в дистальній ділянці долоні (II, III, IV міжпальцеві подушечки) розташовуються між трирадіусами «а» і «b» (II), «b» і «с» (III), «с» і «d» (IV). На певних міжпальцевих подушечках шкірні гребінці можуть і не формувати візерунок. Завитки зустрічаються як виняток. Візерунки на II-IV міжпальцевих подушечках у формулі відзначаються послідовно.

2.2.4. Математичної статистики.

Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті “STATISTICA 6.1” (належить НДЦ ВНМУ ім. М. І. Пирогова, ліцензійний № VXXR901E246022FA) з використанням параметричних і непараметричних методів. Оцінювали правильність розподілу ознак за кожним із варіаційних рядів, середні значення за кожною ознакою та їх стандартні похибки й відхилення. Визначення відмінностей між вибірками при правильному розподілі проводили за допомогою t критерію Стьюдента для незалежних вибірок, а в інших випадках – за допомогою U критерію Мана-Уїтні. Достовірність різниці значень між незалежними якісними величинами визначали за формулою E. Weber [43, 161]:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2} \times \left(100 - \frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2}\right) \times \frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2}}}, \quad (2.4)$$

де, P_1 і P_2 – відсотки, з якими зустрічається дана ознака;

N_1 і N_2 – кількість спостережень в групах, що досліджувались.

Оцінку кореляцій в загальній групі чоловіків і чоловіків центрального регіону проводили за допомогою параметричної статистики Пірсона, а в інших регіонах – за допомогою непараметричної статистики Спірмена.

Для розробки математичних моделей схильності до різних рівнів інтенсивності карієсу зубів, або резистентності емалі зубів до карієсу у соматично здорових чоловіків із різних етнотериторіальних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки нами застосовувався метод покрокового дискримінантного аналізу, який згідно літературних даних [161] не вимагає наявності лінійного зв'язку між змінними величинами та нормального розподілу залишків.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами у трьох наукових статтях у фахових журналах, що рекомендовані ДАК МОН України [303, 308, 310].

РОЗДІЛ 3

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

3.1. Рівень захворюваності зубів за даними стоматологічного обстеження та конусно-променевої комп'ютерної томографії

3.1.1. Частота ураження різців.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх медіальних (11, 21), або латеральних (12, 22) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.1):

- для 11-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,6 % в західному регіоні до 15,6 % в східному регіоні ($p=0,070$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в східному регіоні до 4,3 % в південному та західному регіонах;
- для 21-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,6 % в західному регіоні до 16,7 % в північному ($p<0,05$) та 17,0 % в південному регіоні ($p<0,05$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в східному регіоні до 4,3 % в південному регіоні; *відсутність карієсу* в західному регіоні (91,5 %) статистично значуще більша ($p<0,05$), ніж у південному регіоні (78,7 %) та має тенденцію до більших значень ($p=0,060$), ніж у північному регіоні (80,6 %);
- для 12-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 4,2 % в західному регіоні до 12,5 % в північному ($p=0,069$) та 13,3 % в східному регіоні ($p=0,070$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в Західному регіоні;
- для 22-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,4 % в центральному регіоні до 11,3 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 0 % в східному регіоні до 3,7 - 4,2 % в центральному й південному регіонах.

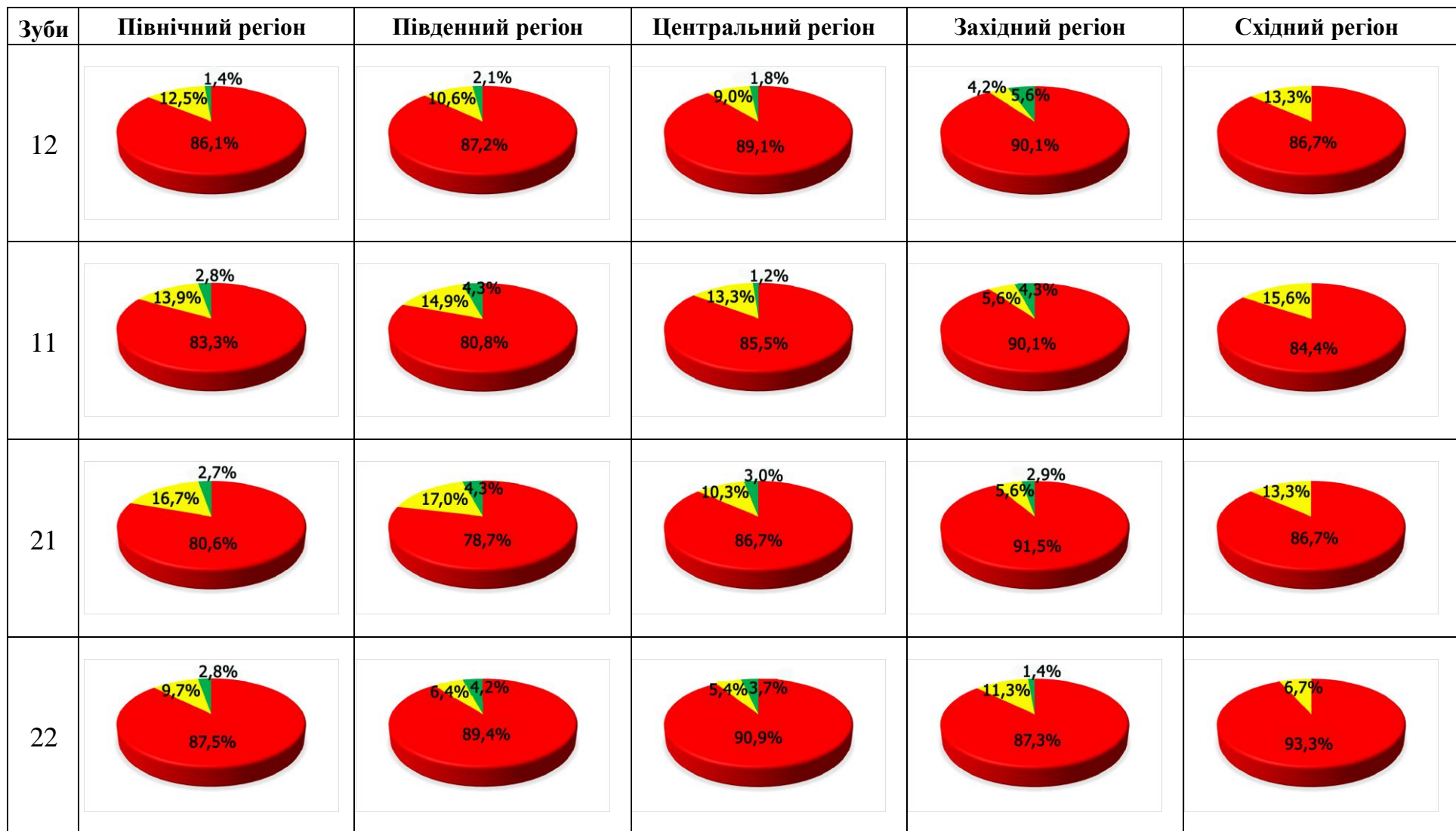


Рис. 3.1. Частота ураження карієсом різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження. **Примітка:** тут і в подальшому при оцінці карієсу

1. ■ – відсутній;
2. ■ – поверхневий;
3. ■ – середній;
4. ■ – глибокий.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ), встановлено (рис. 3.2):

- для 11-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 5,6 - 5,7 % в західному й Північному регіонах до 13,9 % в південному регіоні; частота середнього карієсу – від 0 % в східному регіоні до 8,3 % в південному й західному регіонах і 8,6 % в північному регіоні ($p=0,070$);
- для 21-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 5,5 % в західному регіоні до 11,4 % в північному й південному регіонах; частота середнього карієсу – від 0 % в східному регіоні до 11,1 % в південному ($p<0,05$), 12,5 % в центральному ($p<0,05$) та 17,2 % в північному ($p<0,05$) регіонах; відсутність карієсу в північному регіоні (71,4 %) статистично значуще менша ($p<0,05$), ніж у східному регіоні (91,7 %) та має тенденцію до менших значень ($p=0,060$), ніж у західному регіоні (88,9 %);
- для 12-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 5,6 % в Західному регіоні до 17,1 % в північному регіоні; частота середнього карієсу – від 0 % в східному регіоні до 5,5 - 5,8 % в південному та північному регіонах; частота глибокого карієсу – 2,7 % лише в західному регіоні;
- для 22-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 2,9 - 3,1 % в північному та центральному регіонах до 11,1 % в західному регіоні; частота середнього карієсу – від 0 % в східному регіоні до 12,5 % в центральному регіоні ($p<0,05$).

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.1-3.2):

- в північному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 11, 21, 12

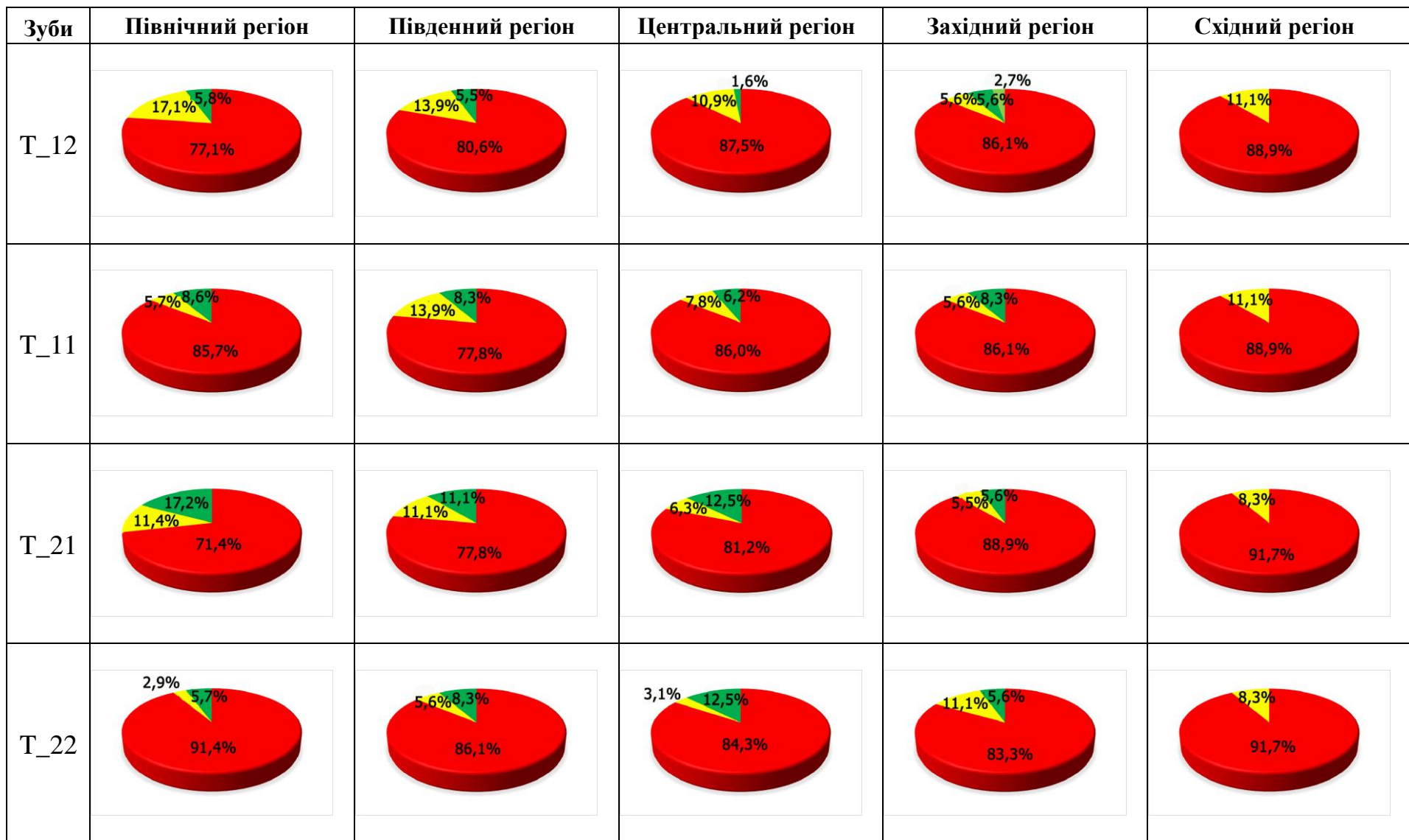


Рис. 3.2. Частота ураження карієсом різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

- та 22-го зубів складає 13,9 - 5,7 %, 16,7 - 11,4 %, 12,5 - 17,1 % та 9,7 - 2,9 %; *середнього карієсу* – 2,8 - 8,6 %, 2,7 - 17,2 % ($p < 0,01$), 1,4 - 5,8 % та 2,8 - 5,7 %;
- в *південному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 14,9 - 13,9 %, 17,0 - 11,1 %, 10,6 - 13,9 % та 6,4 - 5,6 %; *середнього карієсу* – 4,3 - 8,3 %, 4,3 - 11,1 %, 2,1 - 5,5 % та 4,2 - 8,3 %;
 - в *центральному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 13,3 - 7,8 %, 10,3 - 6,3 %, 9,0 - 10,9 % та 5,4 - 3,1 %; *середнього карієсу* – 1,2 - 6,2 % ($p < 0,05$), 3,0 - 12,5 % ($p < 0,01$), 1,8 - 1,6 % та 3,7 - 12,5 % ($p < 0,05$);
 - в *західному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 5,6 - 5,6 %, 5,6 - 5,5 %, 4,2 - 5,6 % та 11,3 - 11,1 %; *середнього карієсу* – 4,3 - 8,3 %, 2,9 - 5,6 %, 5,6 - 5,6 % та 1,4 - 5,6 %; *глибокого карієсу* – лише для 12-го зуба 0 - 2,7 %;
 - в *східному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 15,6 - 11,1 %, 13,3 - 8,3 %, 13,3 - 11,1 % та 6,7 - 8,3 %.

При співставленні частоти ураження карієсом нижніх медіальних (31, 41), або латеральних (32, 42) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.3):

- для 31-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 1,9 % в центральному регіоні до 2,8 % в північному й західному регіонах; частота *середнього карієсу* – лише 1,4 % в західному регіоні;
- для 41-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в східному регіоні до 4,2 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – лише 1,4 % в північному регіоні;
- для 32-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в південному регіоні до 2,6 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – лише 1,4 % в західному регіоні;
- для 42-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 - 0,6 % в східному та центральному регіонах до 5,6 % в західному регіоні ($p < 0,05$ між цент-

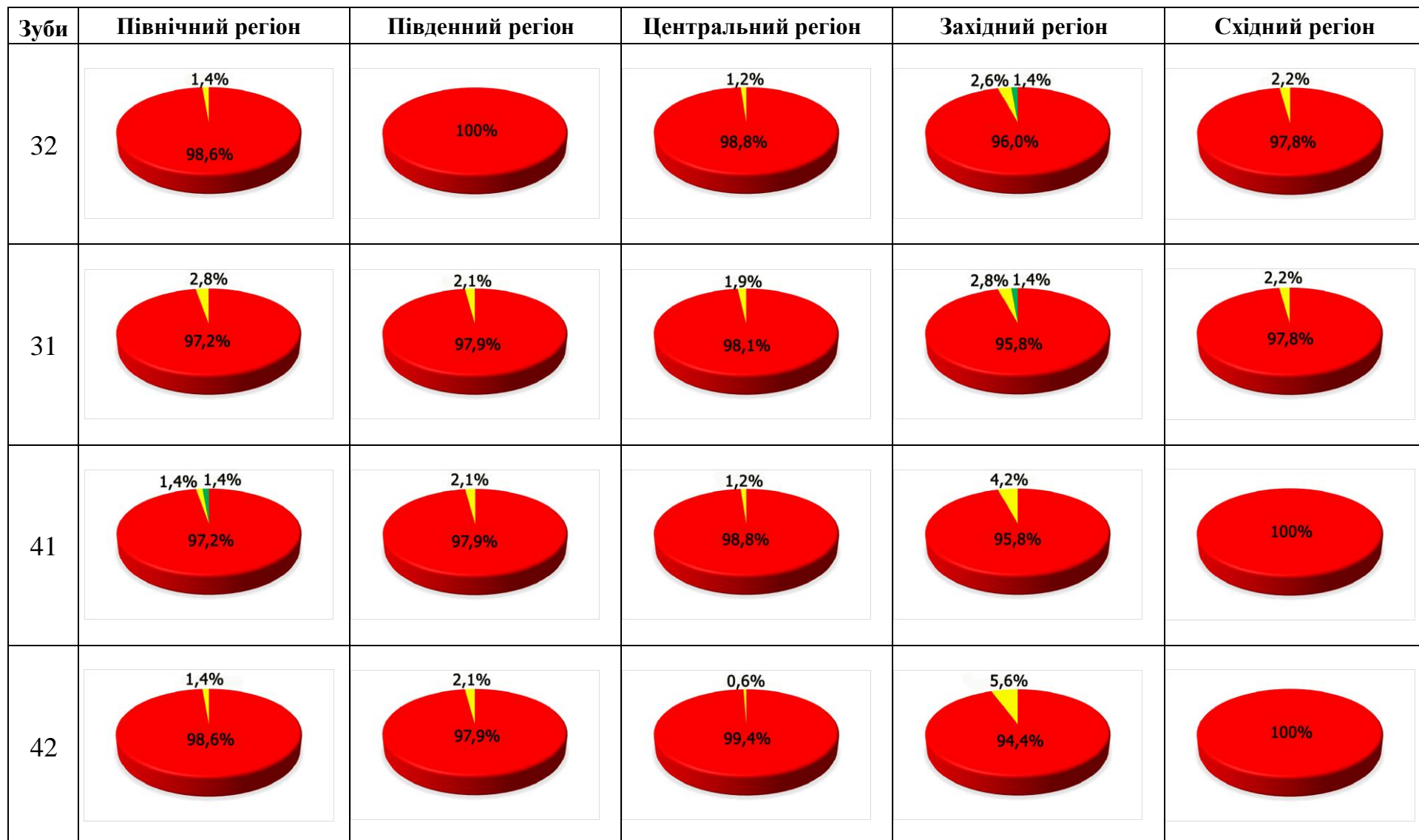


Рис. 3.3. Частота ураження каріесом різців нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

ральним і західним регіонами); *відсутність карієсу* в центральному регіоні (99,4 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у західному регіоні (94,4 %).

При співставленні *частоти ураження карієсом* нижніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.4):

- для 31-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в східному регіоні до 5,7 % в північному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному, південному та центральному регіонах до 5,5 % в західному регіоні ($p = 0,060$ між центральним і західним регіонами);
- для 41-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – 2,8 % лише в північному регіоні;
- для 32-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в південному, центральному та східному регіонах до 2,8 - 2,9 % в західному й північному регіонах; частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному, південному та центральному регіонах до 5,5 % в західному регіоні ($p = 0,060$ між центральним і західним регіонами); *відсутність карієсу* в центральному регіоні (100 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у західному регіоні (91,7 %);
- для 42-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в центральному та східному регіонах до 11,1 % в західному регіоні ($p < 0,05-0,01$); *відсутність карієсу* в західному регіоні (88,9 %) статистично значуще менша ($p < 0,05-0,01$), ніж у центральному (100 %) та східному (100 %) регіонах.

При порівнянні *частоти ураження карієсом* нижніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.3-3.4):

- в *північному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 31, 41, 32 та 42-го зубів складає 2,8 - 5,7 %, 1,4 - 2,9 %, 1,4 - 2,9 % та 1,4 - 2,9 %; *середнього карієсу* – лише для 41-го зуба 1,4 - 2,8 %;
- в *південному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 31, 41, 32 та 42-го зубів складає 2,1 - 2,8 %, 2,1 - 2,8 %, 0 - 0 % та 2,1 - 2,8 %;

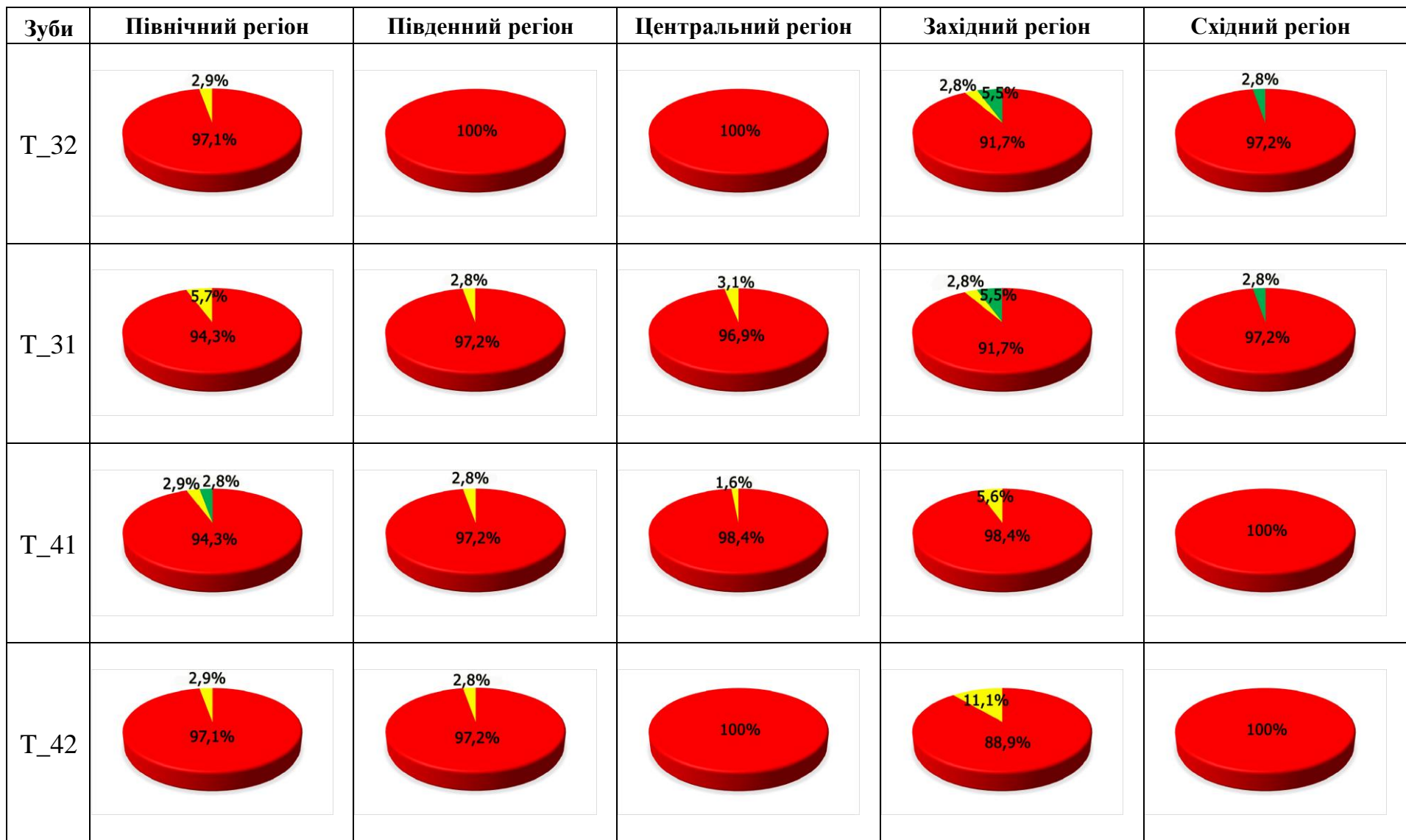


Рис. 3.4. Частота ураження карієсом різців нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

- в *центральному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 31, 41, 32 та 42-го зубів складає 1,9 - 3,1 %, 1,2 - 1,6 %, 1,2 - 0 % та 0,6 - 0 %;
- в *західному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 31, 41, 32 та 42-го зубів складає 2,8 - 2,8 %, 4,2 - 5,6 %, 2,6 - 2,8 % та 5,6 - 11,1 %; *середнього карієсу* – лише для 31-го та 32-го зубів 1,4 - 5,5 %;
- в *східному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 31, 41, 32 та 42-го зубів складає 2,2 - 0 %, 0 - 0 %, 2,2 - 0 % та 0 - 0 %; *середнього карієсу* – лише для 31-го та 32-го зубів 0 - 2,8 %.

При співставленні *частоти відсутності* верхніх медіальних (11, 21) і латеральних (12, 22) різців, або *коронки* цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.5):

- для 11-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в південному, центральному та західному регіонах до 2,2 % в східному регіоні ($p=0,056$ між центральним і східним регіонами); частота *відсутності коронки* – лише 2,1 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном); *наявність здорових зубів* в центральному регіоні (100 %) має тенденції до більших значень ($p=0,056-0,062$), ніж у південному (97,9 %) та східному (97,8 %) регіонах;
- для 21-го зуба лише в південному регіоні частота *відсутності коронки* складає 2,1 % ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном); *наявність здорових зубів* в центральному регіоні (100 %) має тенденцію до більших значень ($p=0,062$), ніж у південному регіоні (97,9 %);
- для 12-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в південному регіоні до 2,2 % в східному регіоні;
- для 22-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в північному, південному та центральному регіонах до 2,2 % в східному регіоні ($p=0,056$ між центральним і східним регіонами); частота *відсутності коронки* – лише 2,1 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном); *наявність здорових зубів* в центральному регіоні (100 %) має тенденції до

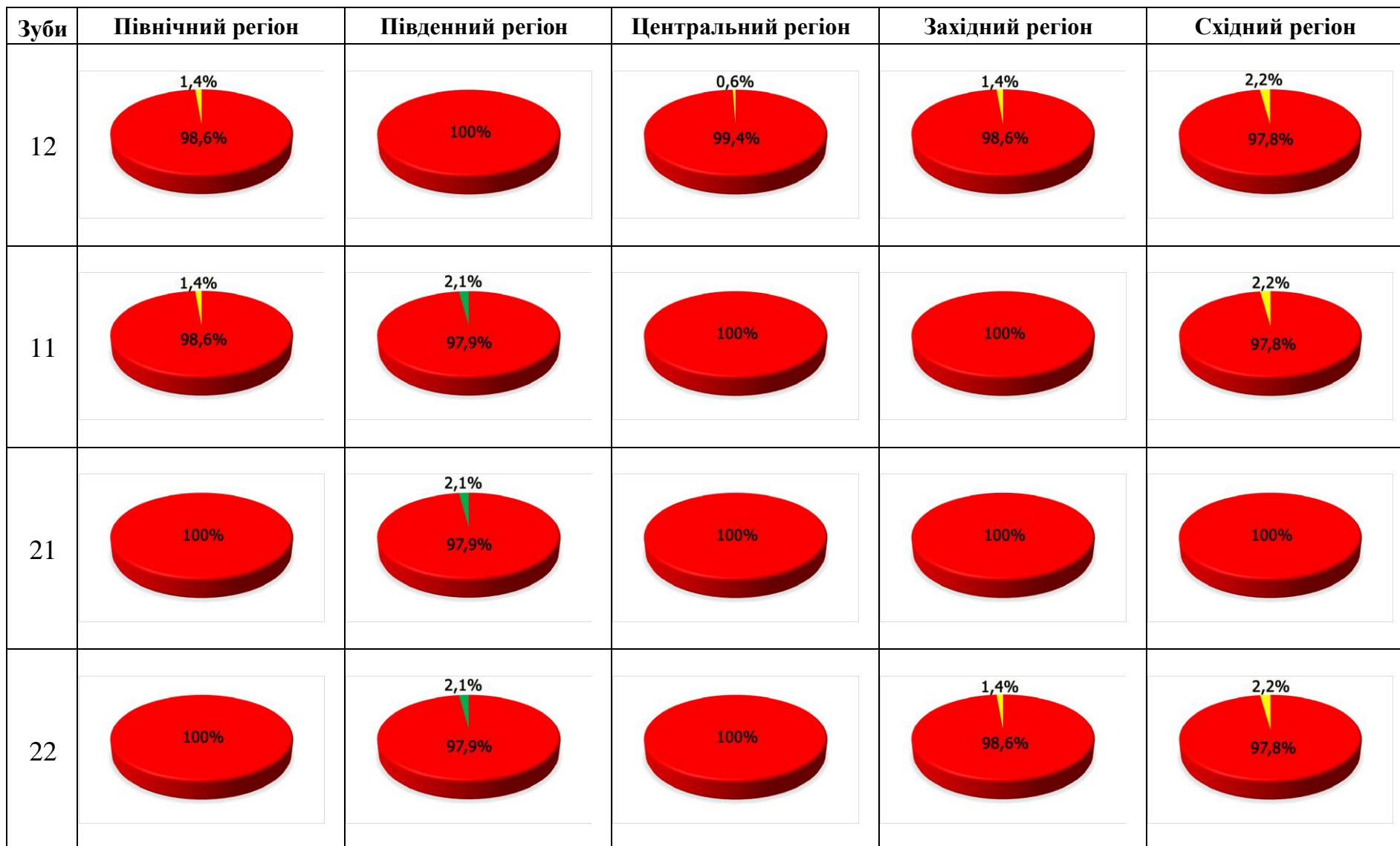





Рис. 3.5. Частота відсутності різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження. **Примітка:** тут і в подальшому при аналізі відсутності зубів

1.  – здоровий зуб;
2.  – відсутній зуб;
3.  – відсутня коронка зуба.

більших значень ($p=0,056-0,062$), ніж у південному (97,9 %) та східному (97,8 %) регіонах.

При співставленні частоти відсутності нижніх медіальних (31, 41) і латеральних (32, 42) різців, або *коронки* цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, в 100 % випадків встановлені лише здорові зуби.

При співставленні частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх медіальних (11, 21), або латеральних (12, 22) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.6):

- для 11-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному регіоні до 5,6 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 1,8 % в центральному та 2,2 % в східному регіонах;
- для 21-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 1,4 % в північному та західному регіонах до 4,3 % в центральному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному та південному регіонах до 4,4 % в східному регіоні ($p=0,070$ між північним і східним регіонами);
- для 12-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в північному ($p=0,051$ між центральним і північним регіонами); частота *вторинного карієсу* – лише 2,2 % в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність пломб* в центральному регіоні (98,8 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,051$), ніж у північному регіоні (94,4 %);
- для 22-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному та східному регіонах до 2,8 % в північному та західному регіонах.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за

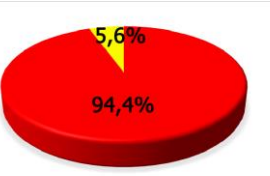
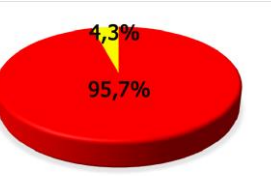
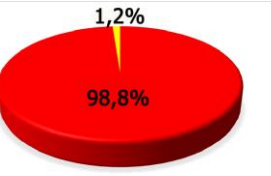
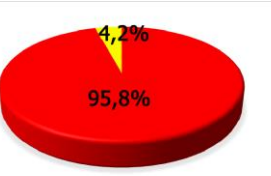
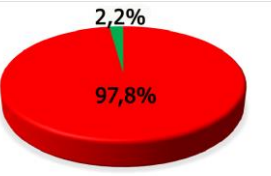
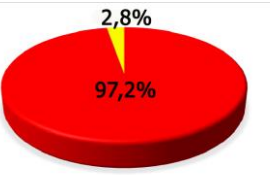

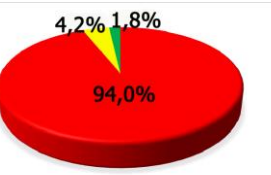
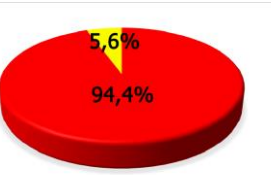
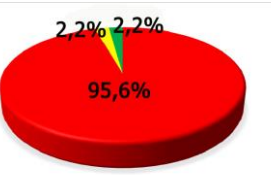
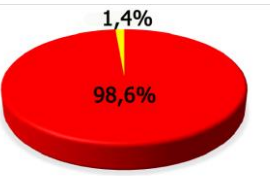
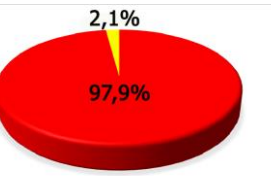
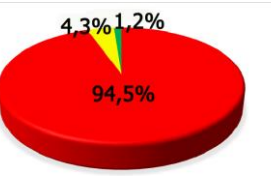
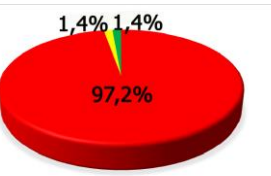
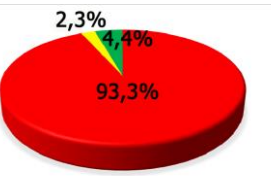
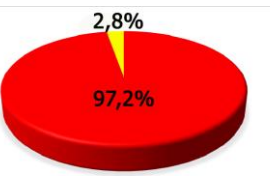

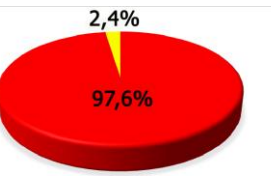
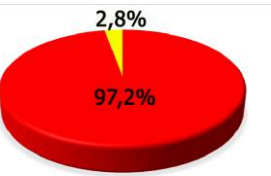






Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
12					
11					
21					
22					

Рис. 3.6. Частота та стан пломб і вторинного карієсу різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження. **Примітка:** тут і в подальшому при оцінці пломб

1.  – відсутня;
2.  – цілісна;
3.  – вторинний карієс;
4.  – скол стінки зуба;
5.  – скол пломби.

даними КПКТ, встановлено (рис. 3.7):

- для 11-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному регіоні до 7,8 - 8,3 % в центральному та західному регіонах; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному та західному регіонах до 5,5 - 6,2 % в східному та центральному регіонах; частота *скола пломби* – лише 2,8 % в західному регіоні; *відсутність пломб* в південному регіоні (100 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у центральному (86,0 %) та західному регіонах (88,9 %) та має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у північному регіоні (91,4 %);
- для 21-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в північному регіоні до 8,3 % в західному та східному регіонах; частота *вторинного карієсу* – лише 1,6 % в центральному регіоні; частота *скола пломби* – лише 2,8 % в західному та східному регіонах; *відсутність пломб* в північному регіоні (100 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у західному (88,9 %) та східному регіонах (88,9 %);
- для 12-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному та східному регіонах до 3,1 % в центральному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному та західному регіонах до 5,6 % в східному регіоні; частота *скола пломби* – лише 2,8 % в південному регіоні;
- для 22-го зуба частота *цілісних пломб* лише в північному регіоні складає 5,7 % ($p = 0,056$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність пломб* в центральному регіоні (100 %) має тенденцію до більших значень ($p = 0,056$), ніж у північному регіоні (94,3 %).

При порівнянні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за

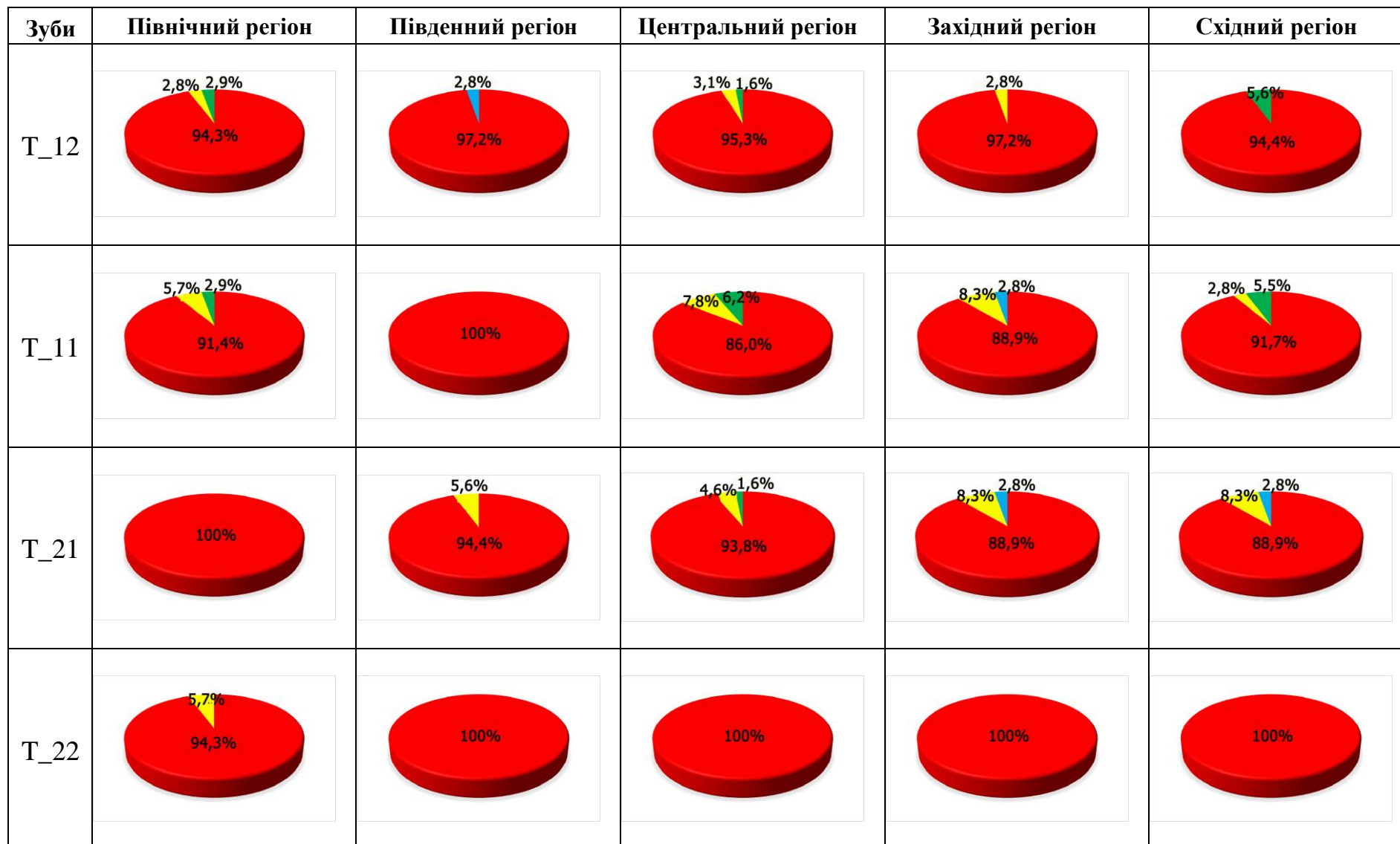


Рис. 3.7. Частота та стан пломб і вторинного карієсу різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.6-3.7):

- в північному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 2,8 - 5,7 %, 1,4 - 0 %, 5,6 - 2,8 % та 2,8 - 5,7 %; вторинного карієсу – лише для 11-го та 12-го зубів 0 - 2,9 %;
- в південному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 0 %, 2,1 - 5,6 %, 4,3 - 0 % та 0 - 0 %; скола пломби – для 12-го зуба 0 – 2,8 %;
- в центральному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 4,2 - 7,8 %, 4,3 - 4,6 %, 1,2 - 3,1 % та 2,4 - 0 %; вторинного карієсу – 1,8 - 6,2 %, 1,2 - 1,6 %, 0 - 1,6 % та 0 - 0 %; відсутності пломб – для 11-го зуба 94,0 - 86,0 % ($p=0,051$);
- в західному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 5,6 - 8,3 %, 1,4 - 8,3 % ($p=0,070$), 4,2 - 2,8 % та 2,8 - 0 %; вторинного карієсу – лише для 21-го зуба 1,4 - 0 %; скола пломби – лише для 11-го та 21-го зубів 0 - 2,8 %;
- в східному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 2,2 - 2,8 %, 2,3 - 8,3 %, 0 - 0 % та 0 - 0 %; вторинного карієсу – 2,2 - 5,5 %, 4,4 - 0 %, 2,2 - 5,6 % та 0 - 0 %; скола пломби – лише для 21-го зуба 0 - 2,8 %.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу нижніх медіальних (31, 41), або латеральних (32, 42) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено лише для 32-го зуба в 2,1 % наявність цілісних пломб у представників південного регіону ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном), а також тенденцію ($p=0,062$) до більших значень відсутності пломб в центральному регіоні (100 %), ніж у південному регіоні (97,9 %) (рис. 3.8).

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу нижніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено лише для 32-го зуба в 2,8 % наявність цілісних

Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
32					
31					
41					
42					

Рис. 3.8. Частота та стан пломб і вторинного карієсу різців нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

пломб у представників південного регіону, а для 41-го зуба в 2,8 % наявність вторинного карієсу у представників західного регіону (рис. 3.9).

При співставленні частоти періодонтиту верхніх медіальних (11, 21), або латеральних (12, 22) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, в 100 % випадків періодонтит відсутній.

При співставленні частоти періодонтиту верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено (рис. 3.10):

- для 11-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає від 1,6 % в центральному регіоні до 5,5 - 5,7 % в усіх інших регіонах; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – лише 2,7 % в західному та 4,6 % в східному регіонах; частота кістогранулеми – лише 2,7 % в південному регіоні; частота кіст – лише 1,6 % в центральному та 2,8 % в західному регіонах;
- для 21-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає від 0 % в північному регіоні до 5,6 % в південному й західному регіонах; частота хронічного гранулюючого періодонтиту – лише 1,5 % в центральному регіоні; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – лише 2,8 % в північному та 1,6 % в центральному регіонах; частота кіст – лише 2,9 % в північному регіоні;
- для 12-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає лише 2,8 % в південному та 3,1 % в центральному регіонах; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – лише 1,6 % в центральному регіоні; частота кістогранулеми – лише 2,8 % в західному регіоні; частота кіст – лише 1,5 % в центральному регіоні;
- для 22-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає від 0 % в південному та східному регіонах до 8,3 % в західному регіоні; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – лише 1,6 % в центральному та 2,8 % в східному регіонах.

Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
T_32					
T_31					
T_41					
T_42					

Рис. 3.9. Частота та стан пломб і вторинного карієсу різців нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

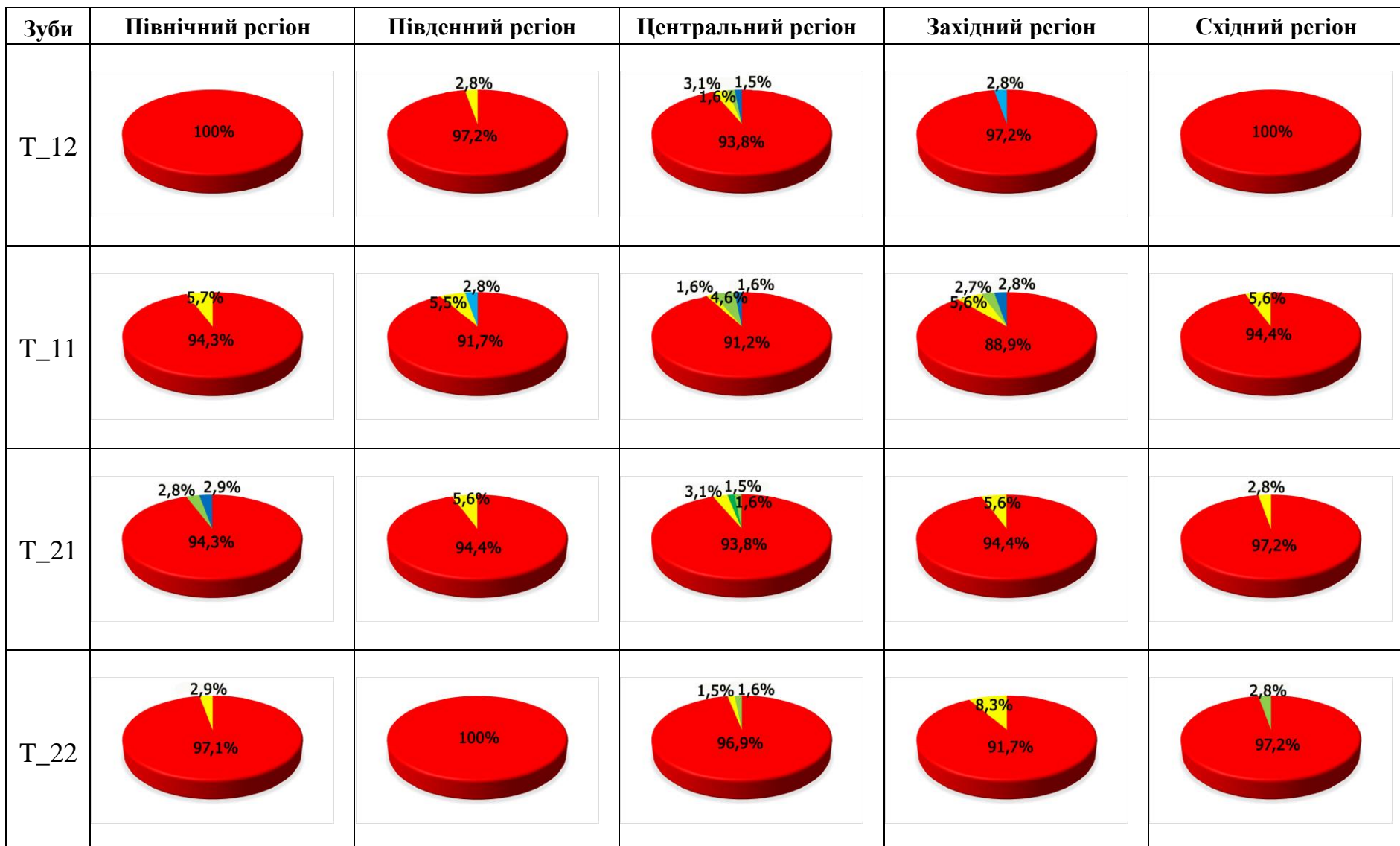


Рис. 3.10. Частота періодонтиту різців верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т). **Примітка:** тут і в подальшому при оцінці періодонтиту

1. ■ – відсутній;
2. ■ – хронічний фіброзний;
3. ■ – хронічний гранулюючий;
4. ■ – хронічний гранулематозний;
5. ■ – кістогранулема;
6. ■ – кіста.

При порівнянні частоти *періодонтиту* верхніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.10):

- в *північному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 5,7 % ($p < 0,05$), 0 - 0 %, 0 - 0 % та 0 - 2,9 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – лише для 21-го зуба 0 - 2,8 %; *кіст* – лише для 21-го зуба 0 - 2,9 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 94,3 % ($p < 0,05$), 100 - 94,3 % ($p < 0,05$), 100 - 100 % та 100 - 97,1 %;
- в *південному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 5,5 %, 0 - 5,6 %, 0 - 2,8 % та 0 - 0 %; *кістогранулеми* – лише для 11-го зуба 0 - 2,9 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 91,7 % ($p < 0,05$), 100 - 94,4 %, 100 - 97,2 % та 100 - 100 %;
- в *центральному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 1,6 %, 0 - 3,1 % ($p < 0,05$), 0 - 3,1 % ($p < 0,05$) та 0 - 1,5 %; *хронічного гранулюючого періодонтиту* – лише для 21-го зуба 0 - 1,5 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 4,6 % ($p < 0,01$), 0 - 1,6 %, 0 - 1,6 % та 0 - 1,6 %; *кіст* – для 11-го та 12-го зубів 0 - 1,6 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 91,2 % ($p < 0,001$), 100 - 93,8 % ($p < 0,01$), 100 - 93,8 % ($p < 0,01$) та 100 - 96,9 % ($p < 0,05$);
- в *західному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 5,6 % ($p < 0,05$), 0 - 5,6 % ($p < 0,05$), 0 - 0 % та 0 - 8,3 % ($p < 0,05$); *хронічного гранулематозного періодонтиту* – лише для 11-го зуба 0 - 2,8 %; *кістогранулеми* – лише для 12-го зуба 0 - 2,8

- %; кіст – лише для 11-го зуба 0 - 2,8 %; відсутність періодонтиту – 100 - 88,9 % ($p < 0,05$), 100 - 94,4 % ($p < 0,05$), 100 - 97,2 % та 100 - 91,7 % ($p < 0,05$);
- в східному регіоні частота хронічного фіброзного періодонтиту відповідно для 11, 21, 12 та 22-го зубів складає 0 - 5,6 %, 0 - 2,8 %, 0 - 0 % та 0 - 0 %; хронічного гранулематозного періодонтиту – лише для 22-го зуба 0 - 2,8 %; відсутність періодонтиту – 100 - 94,4 %, 100 - 97,2 %, 100 - 100 % та 100 - 97,2 %.

При співставленні частоти періодонтиту нижніх медіальних (31, 41), або латеральних (32, 42) різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, або результатів КПКТ, в 100 % випадків періодонтит відсутній.

При співставленні частоти пульпиту верхніх і нижніх різців у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, в 100 % випадків пульпит відсутній.

3.1.2. Частота ураження іклів.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх (13, 23), або нижніх (33, 43) іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.11):

- для 13-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 1,4 % в північному й Західному та 2,4 % в центральному регіонах до 8,9 % в східному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,054 - 0,056$ порівняно з північним і західним регіонами); частота середнього карієсу – від 0 % в південному регіоні до 4,4 % в східному регіоні; відсутність карієсу в східному регіоні (86,7 %) статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у північному (97,2 %) й центральному (95,8 %) регіонах і має незначну тенденцію до менших значень ($p = 0,070$), ніж у західному регіоні (95,8 %);
- для 23-го зуба частота поверхневого карієсу складає від 2,3 - 3,7 % в східному й центральному регіонах до 12,8 % в південному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,060$ порівняно з східним регіоном);

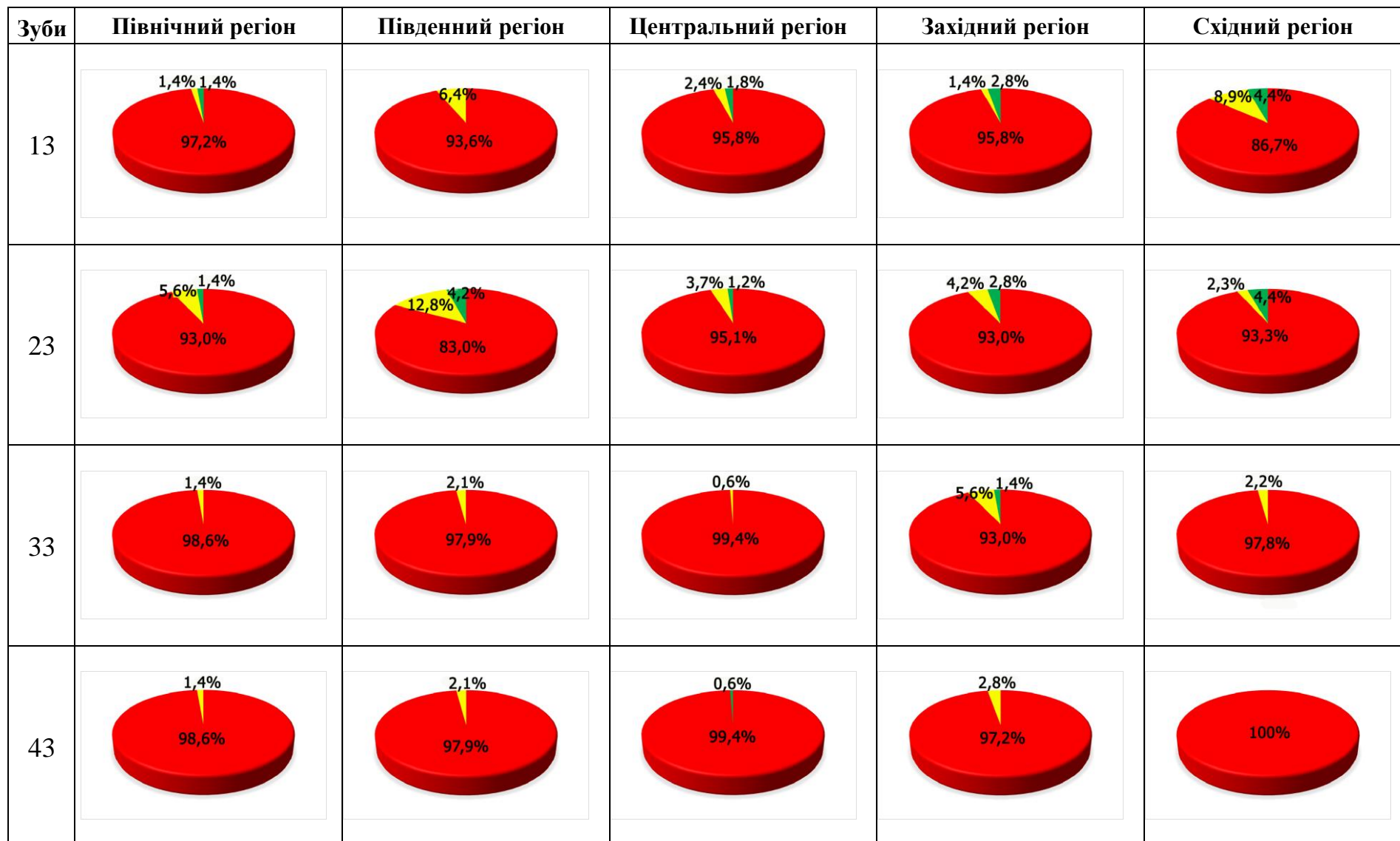


Рис. 3.11. Частота ураження каріесом іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

частота *середнього карієсу* – від 1,2 - 1,4 % в центральному й північному регіонах до 4,2 - 4,4 % в південному й східному регіонах; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (95,1 %) статистично значуще більша ($p < 0,01$), ніж у південному регіоні (83,0 %);

- для 33-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0,6 % в центральному регіоні до 5,6 % в західному регіоні ($p < 0,05$); частота *середнього карієсу* – 1,4 % лише в західному регіоні; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (99,4 %) статистично значуще більша ($p < 0,01$), ніж у західному регіоні (93,0 %);
- для 43-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в східному та 0,6 % в центральному регіонах до 2,1 % в південному ($p = 0,062$ порівняно з центральним регіоном) та 2,8 % в західному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном).

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх або нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.12):

- для 13-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в північному регіоні до 11,1 % в східному регіоні ($p < 0,05$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному регіоні до 5,5 % в південному та 5,6 % в західному регіонах; *відсутність карієсу* в північному регіоні (100 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному (88,9 %) та східному (86,1 %) регіонах;
- для 23-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 2,7 % в західному й східному регіонах до 8,3 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному регіоні до 13,9 % в південному регіоні ($p < 0,05$); *відсутність карієсу* в північному регіоні (94,3 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні (77,8 %);
- для 33-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 1,6 % в центральному регіоні до 5,6 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – 5,5 % лише в західному регіоні ($p = 0,060$ порівняно з центральним регіоном);

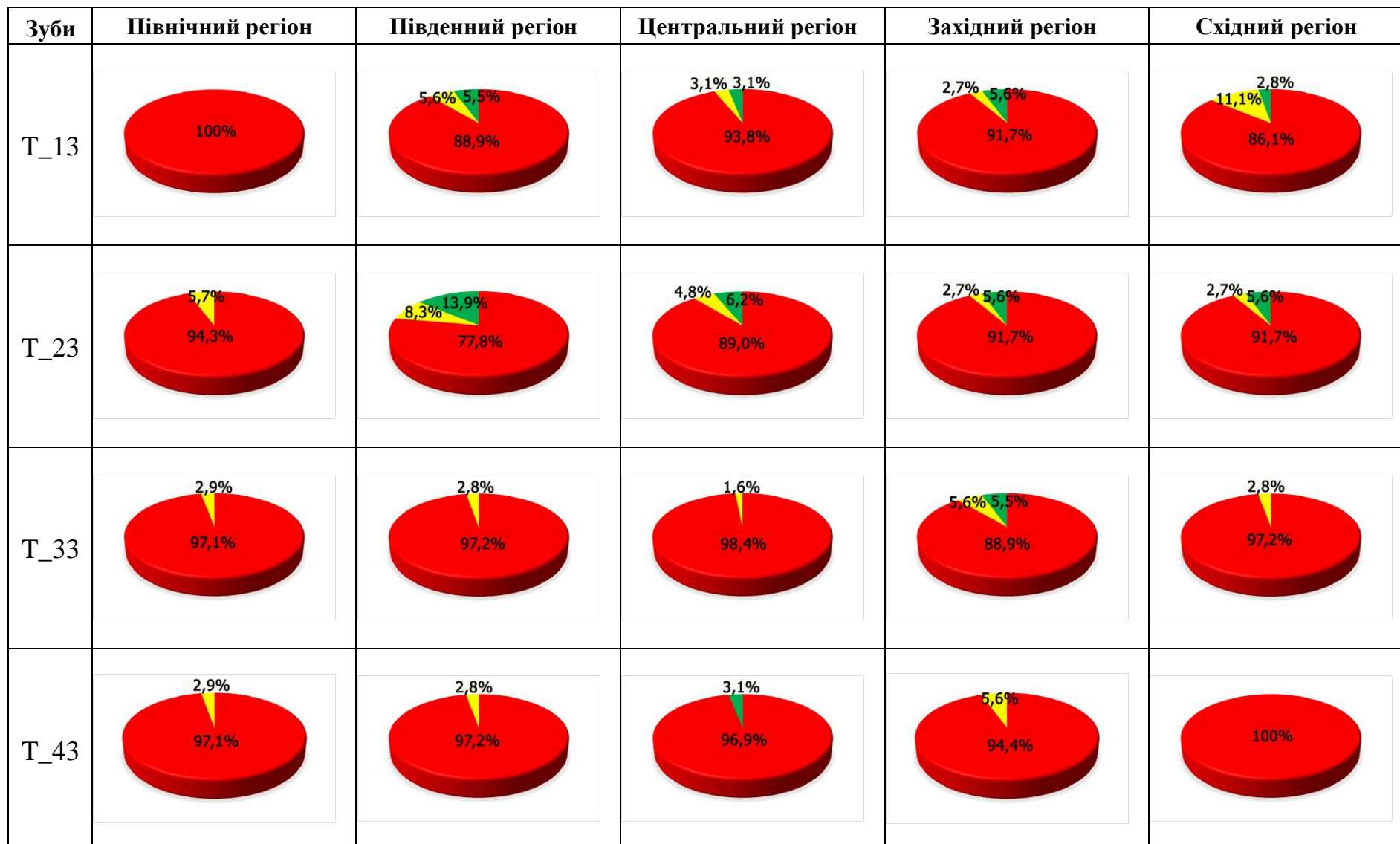


Рис. 3.12. Частота ураження карієсом іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ

(Т).

відсутність карієсу в центральному регіоні (98,4 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у західному регіоні (88,9 %);

- для 43-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в центральному та східному регіонах до 5,6 % в західному регіоні ($p = 0,060$ порівняно з центральним регіоном); частота *середнього карієсу* – 3,1 % лише в центральному регіоні.

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх або нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.11-3.12):

- в *північному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 1,4 - 0 %, 5,6 - 5,7 %, 1,4 - 2,9 % та 1,4 - 2,9 %; *середнього карієсу* – 1,4 - 0 % лише для 13-го і 23-го зубів;
- в *південному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 6,4 - 5,6 %, 12,8 - 8,3 %, 2,1 - 2,8 % та 2,1 - 2,8 %; *середнього карієсу* – 0 - 5,5 % для 13-го та 4,2 - 13,9 % для 23-го зубів;
- в *центральному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 2,4 - 3,1 %, 3,7 - 4,8 %, 0,6 - 1,6 % та 0,6 - 0 %; *середнього карієсу* – 1,8 - 3,1 %, 1,2 - 6,1 % ($p < 0,05$), 0 - 0 % та 0 - 3,1 %;
- в *західному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 1,4 - 2,7 %, 4,2 - 2,7 %, 5,6 - 5,6 % та 2,8 - 5,6 %; *середнього карієсу* – 2,8 - 5,6 %, 2,8 - 5,6 %, 1,4 - 5,5 % та 0 - 0 %;
- в *східному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 8,9 - 11,1 %, 2,3 - 2,7 %, 2,2 - 2,8 % та 0 - 0 %; *середнього карієсу* – 4,4 - 2,8 % для 13-го та 4,4 - 5,6 % для 23-го зубів.

При співставленні частоти відсутності верхніх (13, 23) і нижніх (33, 43) іклів, або *коронок* цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.13):

- для 13-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в північному та західному регіонах до 2,1 - 2,2 % в південному та східному регіонах;

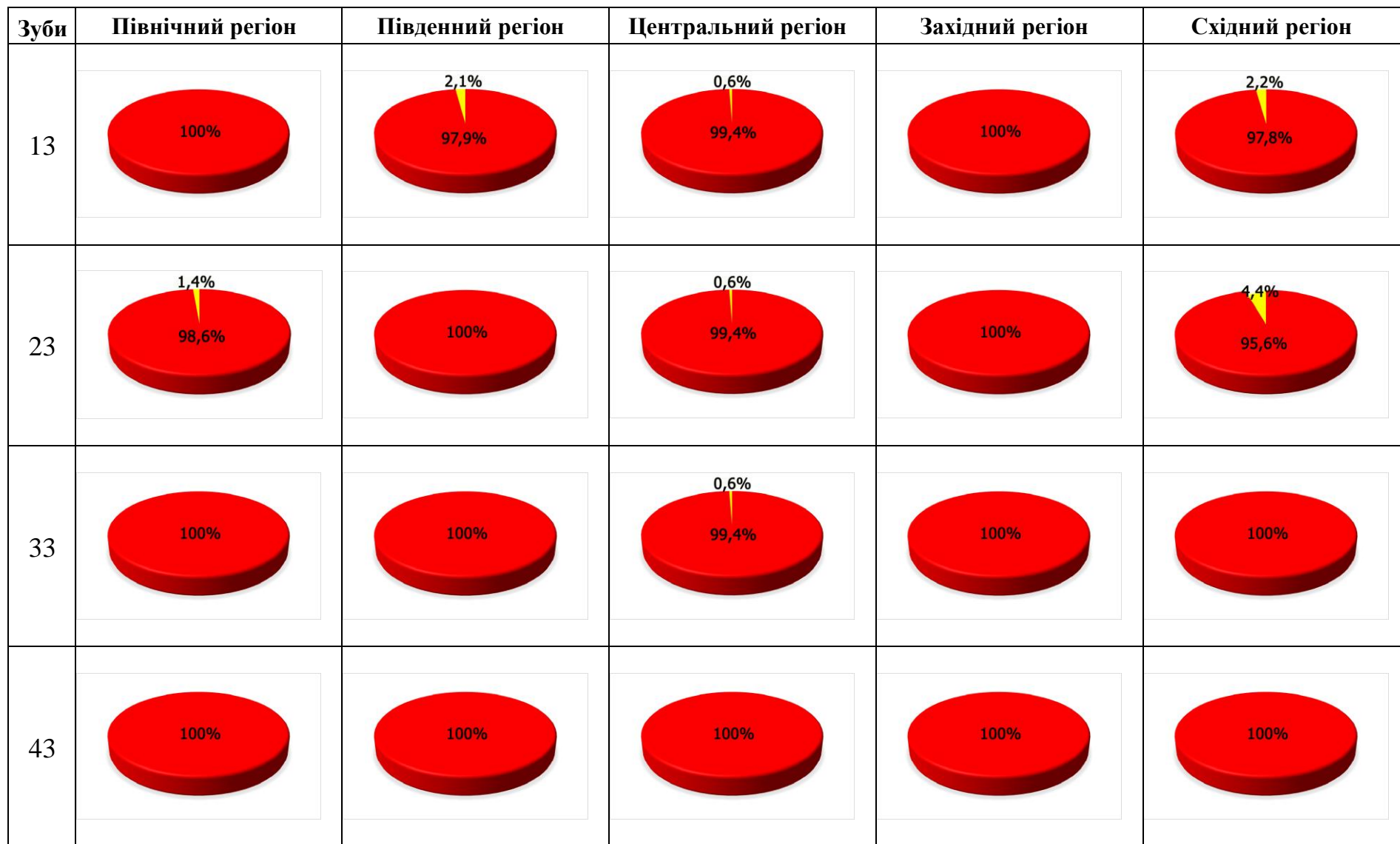


Рис. 3.13. Частота відсутності іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

- для 23-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в південному й західному та 0,6 % в центральному регіонах до 4,4 % в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном; $p=0,070$ порівняно з західним регіоном); *наявність здорових зубів* в східному регіоні (95,6 %) має виражену тенденцію до менших значень ($p=0,057$), ніж у центральному регіоні (99,4 %) та незначну тенденцію до менших значень ($p=0,070$), ніж у західному регіоні (100 %);
- для 33-го зуба частота *відсутності* складає лише в центральному регіоні 0,6 %;
- для 43-го зуба встановлена 100 % *наявність здорових зубів* в усіх регіонах.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх (13, 23) і нижніх (33, 43) іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.14):

- для 13-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному й західному регіонах до 2,2 % в східному регіоні;
- для 23-го зуба частота *цілісних пломб* складає 0,6 % лише в центральному регіоні;
- для 33-го зуба встановлена 100 % *відсутність пломб* в усіх регіонах;
- для 43-го зуба частота *цілісних пломб* складає 0,6 % лише в центральному регіоні.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.15):

- для 13-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному й західному регіонах до 2,8 - 2,9 % в східному й північному регіонах;
- для 23-го зуба частота *вторинного карієсу* складає 2,9 % лише в північному регіоні;
- для 33-го зуба встановлена 100 % *відсутність пломб* в усіх регіонах;
- для 43-го зуба встановлена 100 % *відсутність пломб* в усіх регіонах.

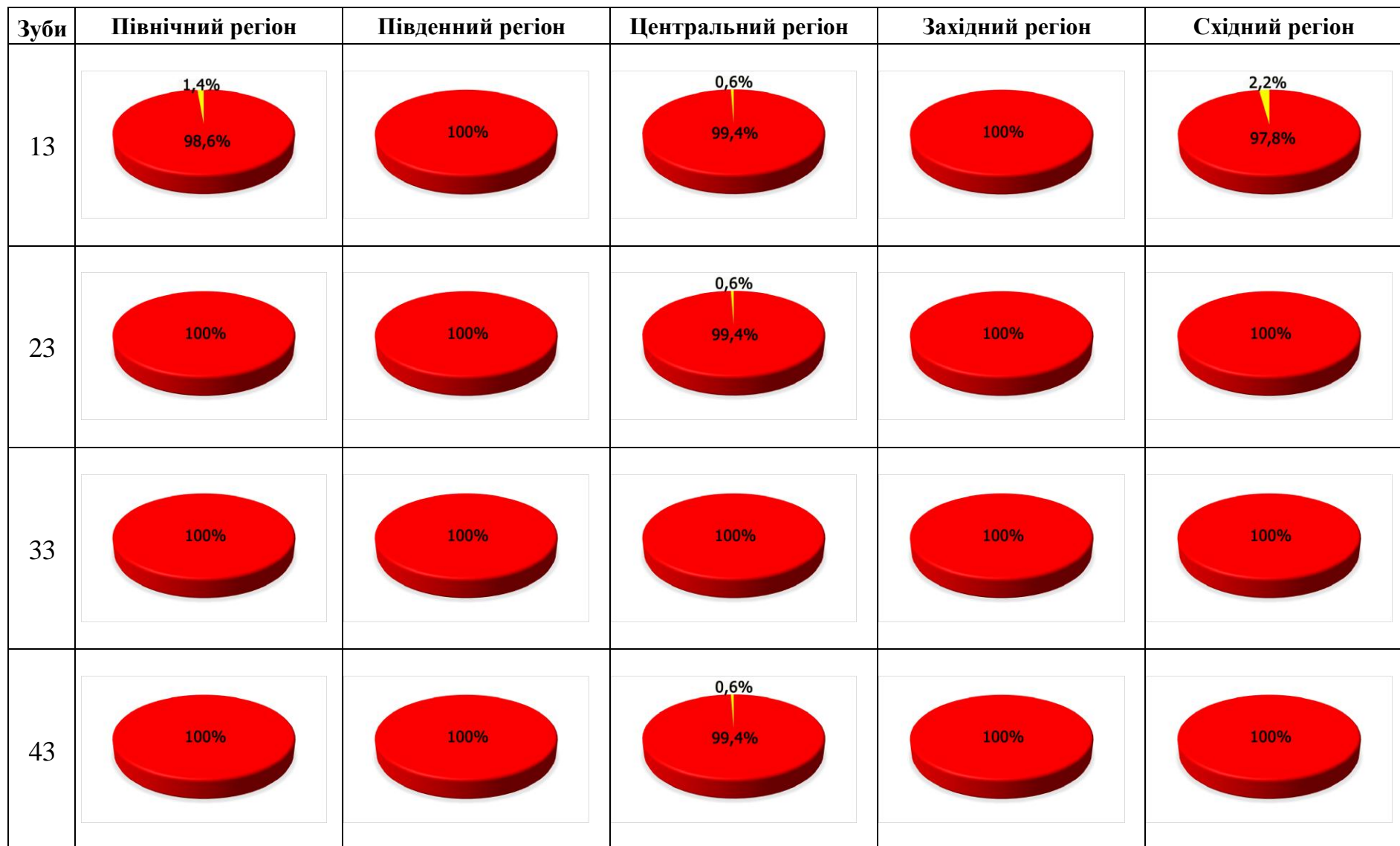


Рис. 3.14. Частота та стан пломб і вторинного карієсу іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

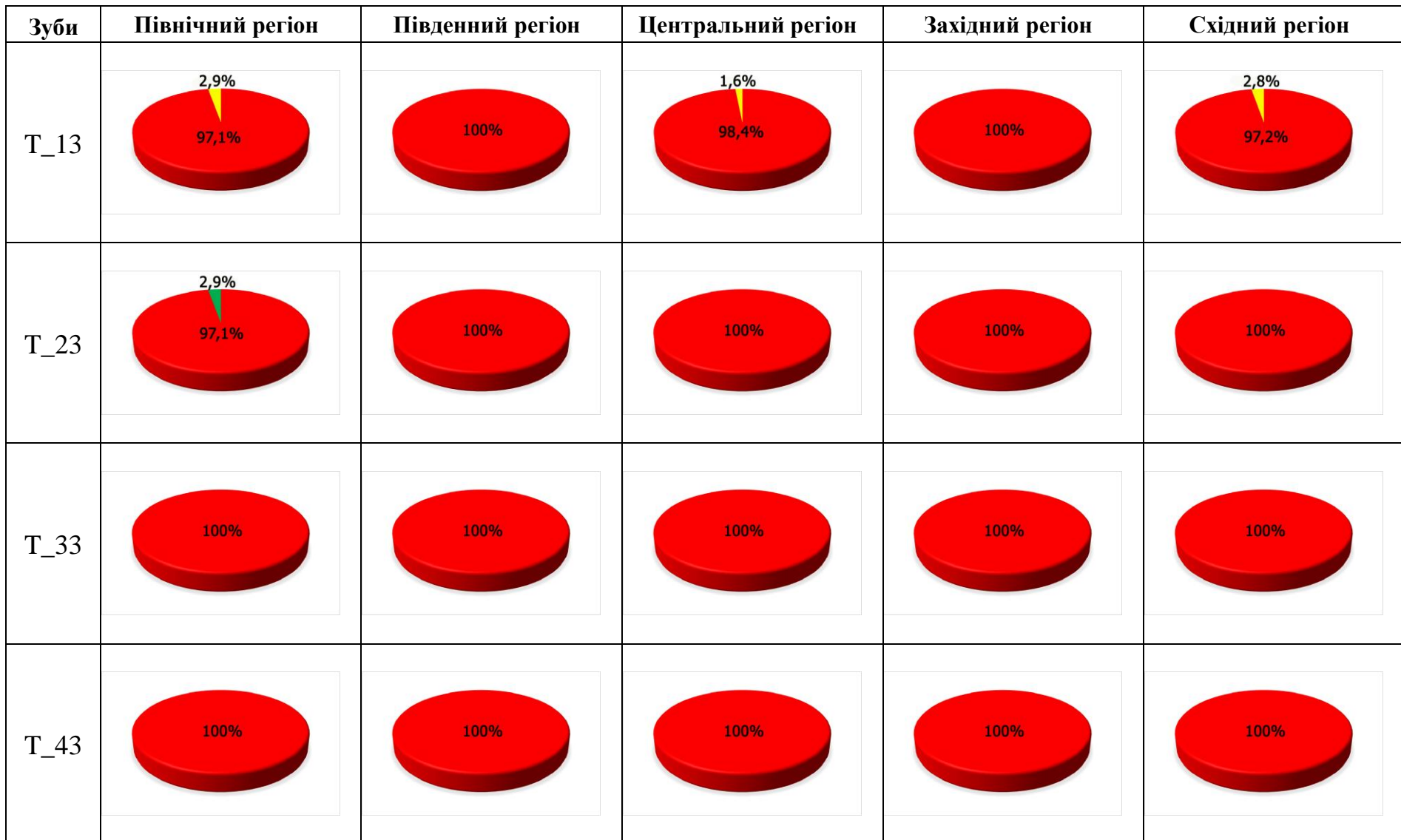


Рис. 3.15. Частота та стан пломб і вторинного карієсу іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

При порівнянні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх і нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.14-3.15):

- в північному регіоні частота цілісних пломб лише для 13-го зуба складає 1,4 - 2,9 %; вторинного карієсу – лише для 23-го зуба складає 0 - 2,9 %;
- в південному регіоні для 13, 23, 33 та 43-го зубів в 100 % випадків встановлена відсутність пломб;
- в центральному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 13, 23, 33 та 43-го зубів складає 0,6 - 1,6 %, 0,6 - 0 %, 0 - 0 % та 0,6 - 0 %;
- в західному регіоні для 13, 23, 33 та 43-го зубів в 100 % випадків встановлена відсутність пломб;
- в східному регіоні частота цілісних пломб лише для 13-го зуба складає 2,2 - 2,8 %.

При співставленні частоти періодонтиту верхніх (13, 23) і нижніх (33, 43) іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, в 100 % випадків періодонтит відсутній.

При співставленні частоти періодонтиту верхніх і нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено (рис. 3.16):

- для 13-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає 1,6 % лише центральному регіоні; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – 1,5 % лише в центральному регіоні;
- для 23-го зуба частота хронічного фіброзного періодонтиту складає 2,8 % лише західному регіоні; частота хронічного гранулематозного періодонтиту – 2,9 % лише в північному регіоні;
- для 33-го зуба в 100 % випадків встановлена відсутність періодонтиту;
- для 43-го зуба в 100 % випадків встановлена відсутність періодонтиту.

Враховуючи 100 % відсутність частоти періодонтиту іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного



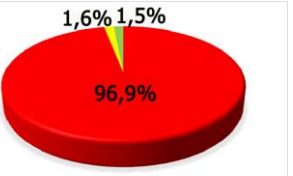


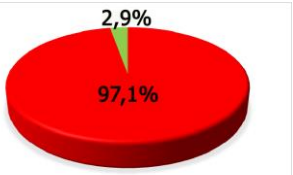


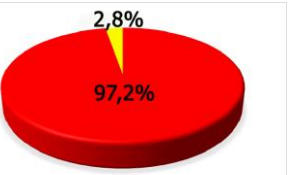











Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
T_13					
T_23					
T_33					
T_43					

Рис. 3.16. Частота періодонтиту іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

обстеження, за результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.16):

- в північному регіоні частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає 0 - 2,9 % лише для 23-го зуба;
- в південному регіоні в 100 % випадків встановлена відсутність *періодонтиту*;
- в центральному регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає 0 - 1,6 % лише для 13-го зуба; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 1,5 % лише для 13-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 96,9 % ($p < 0,05$) лише для 13-го зуба;
- в західному регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає 0 - 2,8 % лише для 23-го зуба;
- в східному регіоні в 100 % випадків встановлена відсутність *періодонтиту*.

При співставленні *частоти пульпіту* верхніх і нижніх іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, в 100 % випадків *пульпіт* відсутній.

3.1.3. Частота ураження премолярів.

При співставленні *частоти ураження карієсом* верхніх перших (14, 24), або других (15, 25) премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.17):

- для 14-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 6,7 % в центральному регіоні до 17,8 % в східному регіоні ($p < 0,05$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в південному та 1,2 % в центральних регіонах до 5,5 % в західному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в центральному регіоні (92,1 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у східному регіоні (80,0 %) та має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у західному регіоні (84,5 %);
- для 24-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,5 % в центральному регіоні до 12,8 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* –

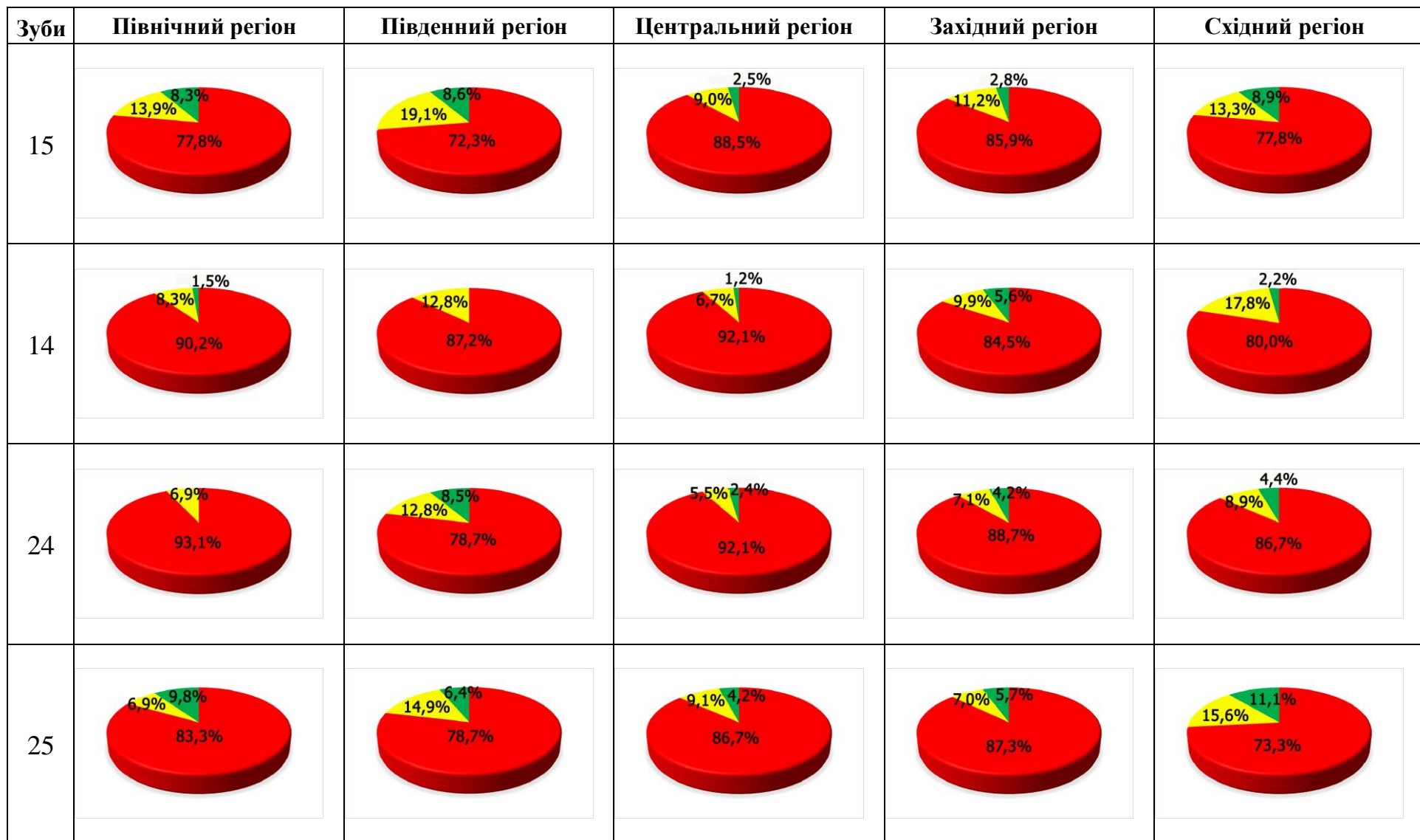


Рис. 3.17. Частота ураження каріесом премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

від 0 % в північному ($p < 0,05$ порівняно з південним регіоном; $p = 0,070$ порівняно з східним регіоном) до 8,5 % в південному регіоні ($p = 0,055$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в південному регіоні (78,7 %) статистично значуще менша ($p < 0,05-0,01$), ніж у північному (93,1 %) та центральному (92,1 %) регіонах;

- для 15-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 9,0 % в центральному регіоні до 19,1 % в південному ($p = 0,056$) регіоні; частота *середнього карієсу* – від 2,5 % в центральному регіоні до 8,3 % в північному ($p < 0,05$), 8,6 % в південному ($p = 0,055$) та 8,9 % в східному ($p < 0,05$) регіонах; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (88,5 %) статистично значуще більша ($p < 0,05-0,01$), ніж у північному (77,8 %) й південному (72,3 %) регіонах та має тенденцію до більших значень ($p = 0,067$), ніж у східному регіоні (77,8 %), а *відсутність карієсу* в західному регіоні (85,9 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у південному регіоні (72,3 %);
- для 25-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 6,9 - 7,0 % в північному й західному регіонах до 14,9 - 15,6 % в південному й східному регіонах; частота *середнього карієсу* – від 4,2 % в центральному регіоні до 11,1 % в східному регіоні; *відсутність карієсу* в східному регіоні (73,3 %) статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у центральному регіоні (86,7 %) та має виражену тенденцію до менших значень ($p = 0,059$), ніж у західному регіоні (87,3 %).

При співставленні *частоти ураження карієсом* верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.18):

- для 14-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 2,9 - 3,1 % в північному й центральному регіонах до 16,7 % в східному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,055$ порівняно з північним регіоном); частота *середнього карієсу* – від 2,8 % в південному регіоні до 11,1 % в західному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,8 - 3,1 % лише в західному й центральному регіонах; *відсутність карієсу* в східному регіоні (75,0 %)

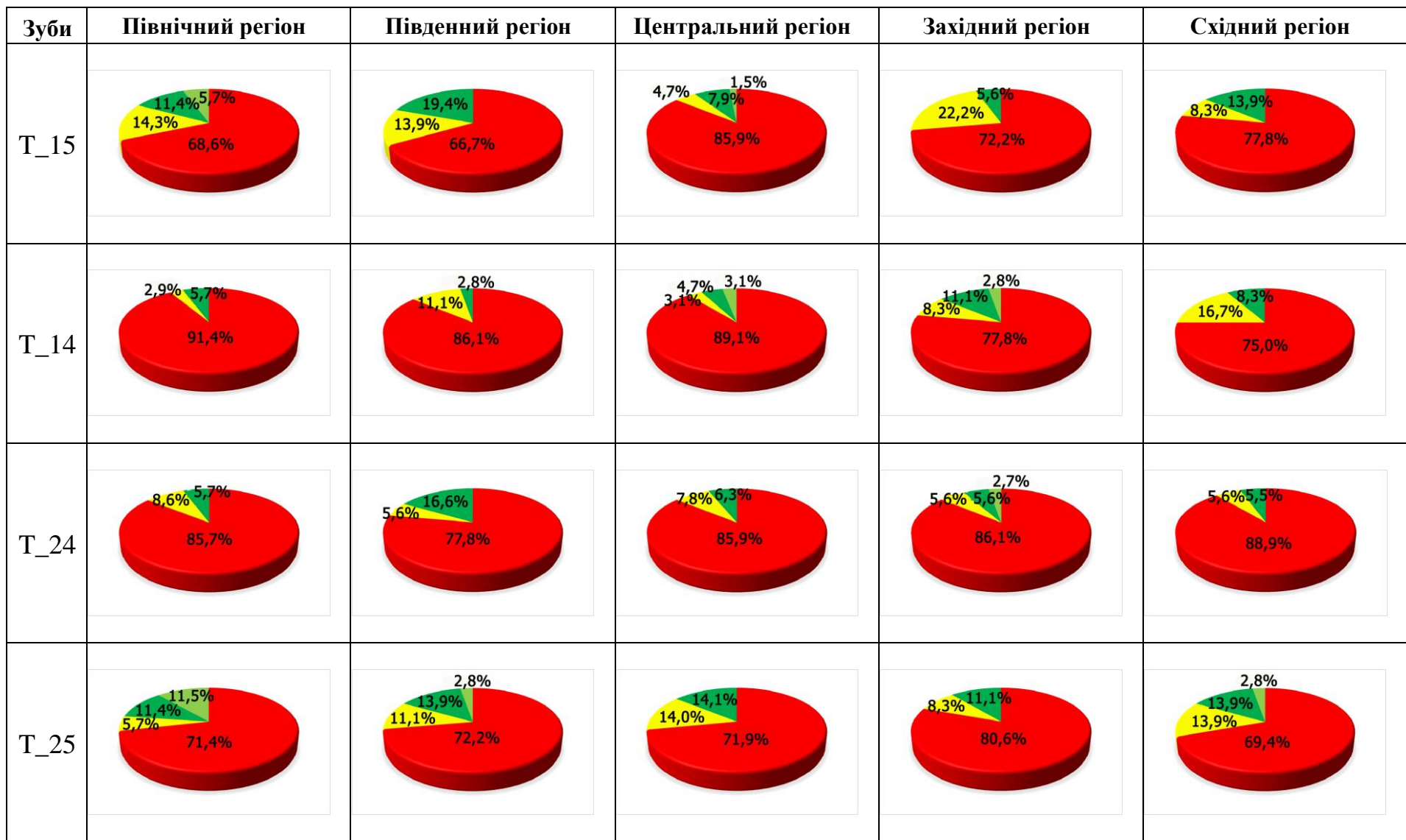


Рис. 3.18. Частота ураження карієсом премоллярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

має тенденції до менших значень ($p=0,069$), ніж у північному (91,4 %) та у центральному (89,1 %) регіонах;

- для 24-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,6 % в південному, західному й східному регіонах до 8,6 % в північному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 5,5 - 5,7 % в північному, західному й східному регіонах до 16,6 % в південному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,7 % лише в західному регіоні;
- для 15-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 4,7 % в центральному регіоні до 22,2 % в західному регіоні ($p<0,01$); частота *середнього карієсу* – від 5,6 % в західному регіоні до 19,4 % в південному регіоні ($p=0,070$); частота *глибокого карієсу* – 1,5 - 5,7 % лише в центральному й північному регіонах; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (85,9 %) статистично значуще більша ($p<0,05$), ніж у північному (68,6 %) та південному (66,7 %) регіонах;
- для 25-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,7 % в північному регіоні до 13,9 - 14,0 % в східному й центральному регіонах; частота *середнього карієсу* – від 11,1 - 11,5 % в західному й північному регіонах до 13,9 - 14,1 % в інших регіонах; частота *глибокого карієсу* – від 0 % в центральному й західному регіонах до 11,5 % в північному регіоні ($p<0,05$ порівняно з західним регіоном; $p<0,01$ порівняно з центральним регіоном).

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.17-3.18):

- в північному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 8,3 - 2,9 %, 6,9 - 8,6 %, 13,9 - 14,3 % та 6,9 - 5,7 %; *середнього карієсу* – 1,5 - 5,7 %, 0 - 5,7 % ($p<0,01$), 8,3 - 11,4 % та 9,8 - 11,4 %; *глибокого карієсу* – 0 - 5,7 % ($p<0,05$) для 15-го та 0 - 11,5 % ($p<0,01$) для 25-го зубів;
- в південному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 12,8 - 11,1 %, 12,8 - 5,6 %, 19,1 - 13,9 % та 14,9 - 11,1

- %; *середнього карієсу* – 0 - 2,8 %, 8,5 - 16,6 %, 8,6 - 19,4 % та 6,4 - 2,8 %; *глибокого карієсу* – 0 - 2,8 % лише для 25-го зуба;
- в *центральному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 6,7 - 3,1 %, 5,5 - 7,8 %, 9,0 - 4,7 % та 9,1 - 14,0 %; *середнього карієсу* – 1,2 - 4,7 %, 2,4 - 6,3 %, 2,5 - 7,9 % ($p=0,061$) та 4,2 - 14,1 % ($p<0,01$); *глибокого карієсу* – 0 - 3,1 % ($p<0,05$) для 14-го та 0 - 1,5 % для 15-го зубів; *відсутність карієсу* – 86,7 - 71,9 % лише для 25-го зуба ($p<0,01$);
 - в *західному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 9,9 - 8,3 %, 7,1 - 5,6 %, 11,2 - 22,2 % та 7,0 - 8,3 %; *середнього карієсу* – 5,5 - 11,1 %, 4,2 - 5,6 %, 2,8 - 5,6 % та 5,7 - 11,1 %; *глибокого карієсу* – 0 - 2,8 % для 14-го та 0 - 2,7 % для 24-го зубів;
 - в *східному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 17,8 - 16,7 %, 8,9 - 5,6 %, 13,3 - 8,3 % та 15,6 - 13,9 %; *середнього карієсу* – 2,2 - 8,3 %, 4,4 - 5,5 %, 8,9 - 13,9 % та 11,1 - 13,9 %; *глибокого карієсу* – 0 - 2,8 % лише для 25-го зуба.

При співставленні частоти ураження карієсом нижніх перших (34, 44), або других (35, 45) премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.19):

- для 34-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 1,4 % в північному регіоні до 8,4 % в західному регіоні ($p=0,052$); частота *середнього карієсу* – 0,6 % лише в центральному регіоні; *відсутність карієсу* в північному регіоні (98,6 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,052$), ніж у західному регіоні (91,6 %);
- для 44-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 1,4 % в північному регіоні до 6,7 % в східному регіоні; частота *середнього карієсу* – 0,6 % лише в центральному регіоні;
- для 35-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 7,9 % в центральному регіоні до 12,8 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* –

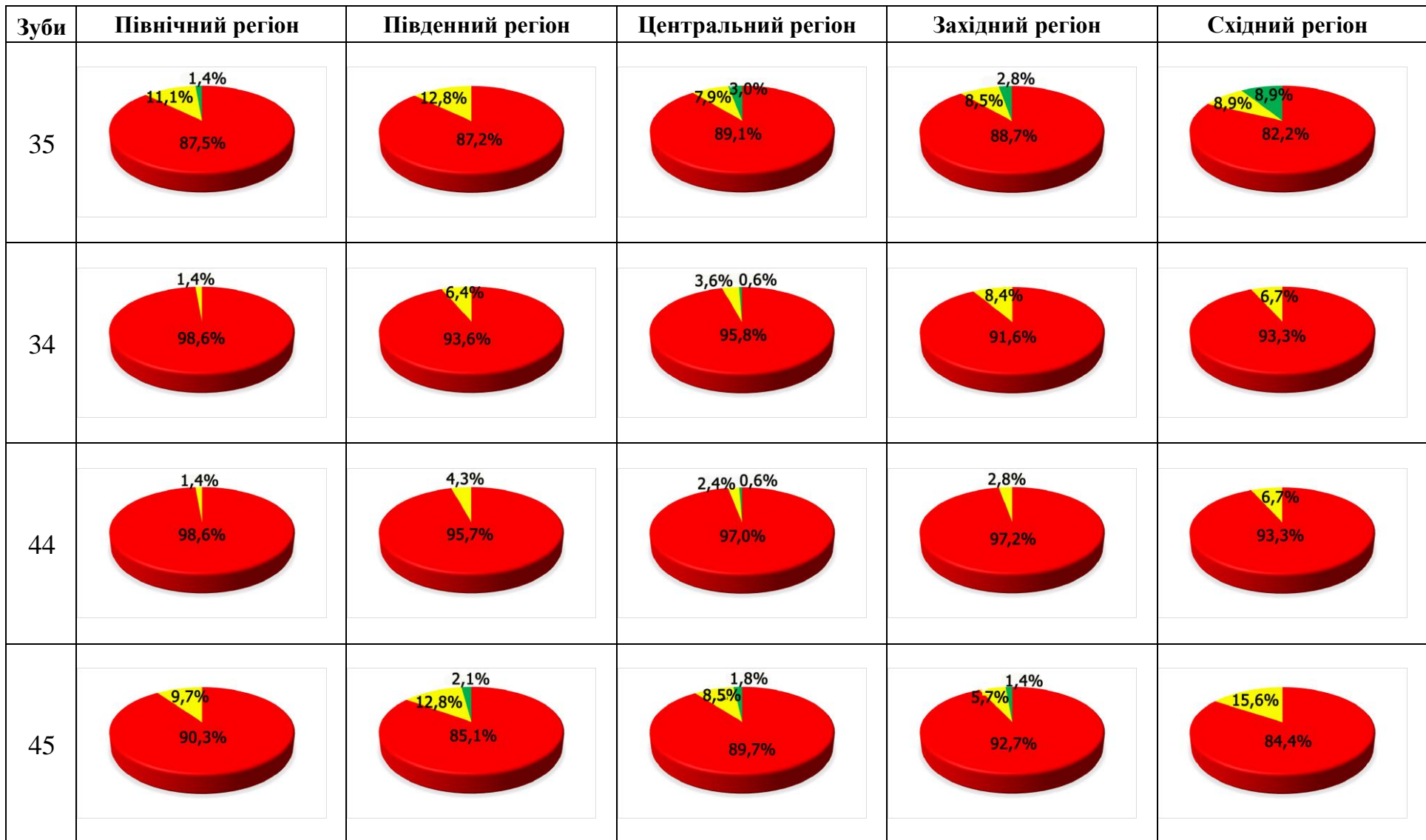


Рис. 3.19. Частота ураження каріесом премоларів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

від 0 - 1,4 % в південному й північному регіонах до 8,9 % в східному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з південним регіоном; $p = 0,054$ порівняно з північним регіоном);

- для 45-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,7 % в західному регіоні до 15,6 % в східному регіоні ($p = 0,070$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному й східному регіонах до 2,1 % в південному регіоні.

При співставленні частоти ураження карієсом нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено (рис. 3.20):

- для 34-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 0 % в північному регіоні до 9,4 % в центральному регіоні ($p = 0,065$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному й східному регіонах до 9,4 % в центральному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,8 % лише в західному регіоні; *відсутність карієсу* в північному регіоні (100 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у центральному (89,6 %) та західному (86,1 %) регіонах;
- для 44-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 2,9 - 3,1 % в північному й центральному регіонах до 8,3 % в західному й східному регіонах; частота *середнього карієсу* – 1,6 % лише в центральному регіоні;
- для 35-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,6 % в східному регіоні до 8,6 % в північному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 2,8 - 3,1 % в південному, західному та центральному регіонах до 16,6 % в східному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,051$ порівняно з південним і західним регіонами); частота *глибокого карієсу* – 1,6 % лише в центральному регіоні;
- для 45-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 7,8 % в центральному регіоні до 13,9 % в південному й західному регіонах; частота *середнього карієсу* – від 0 % в північному регіоні до 7,8 % в центральному регіоні.

При порівнянні частоти ураження карієсом нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологіч-

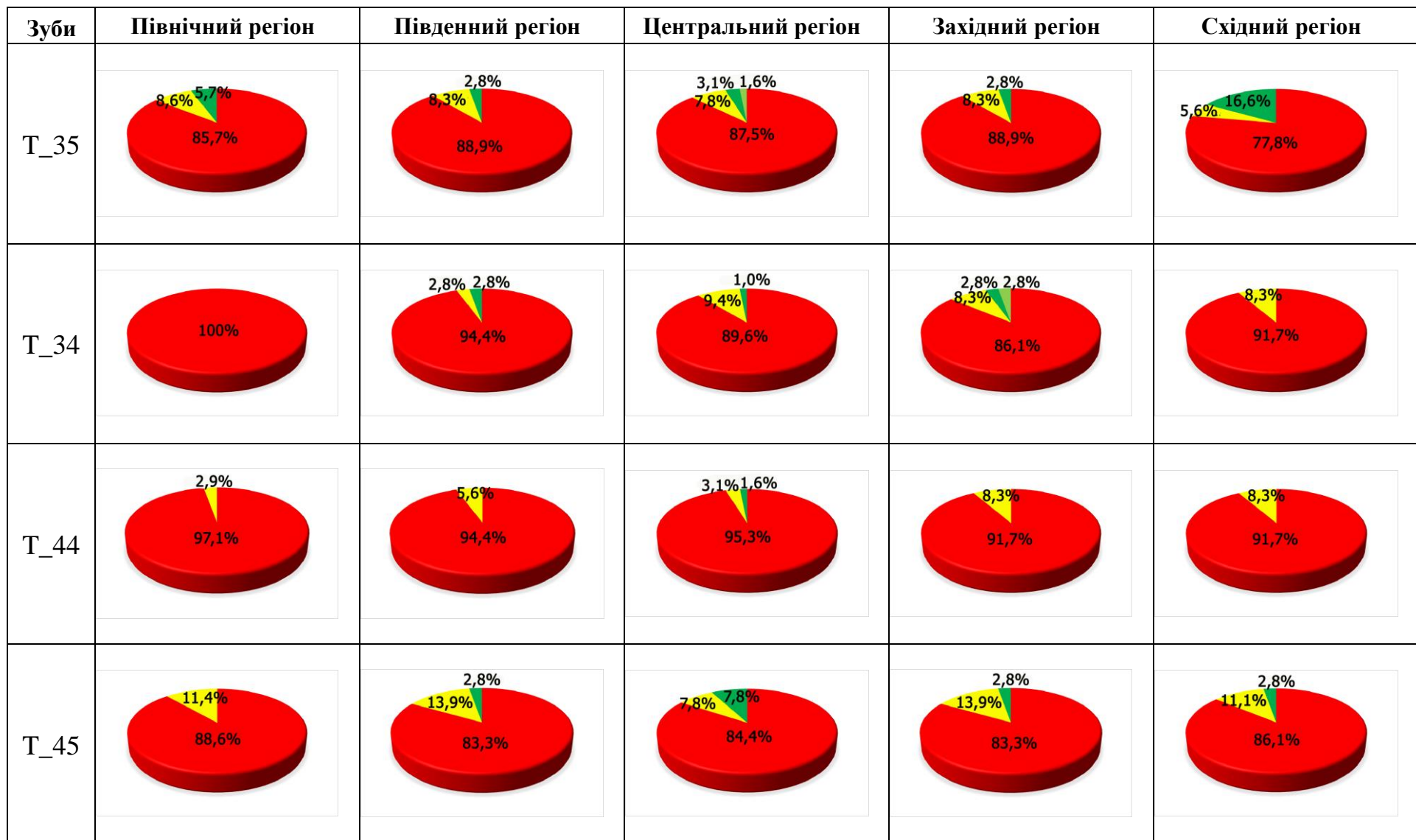


Рис. 3.20. Частота ураження каріесом премоларів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

ного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.19-3.20):

- в північному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 1,4 - 0 %, 1,4 - 2,9 %, 11,1 - 8,6 % та 9,7 - 11,4 %; *середнього карієсу* – 1,4 - 5,7 % лише для 35-го зуба; *відсутність карієсу* – 100 - 98,6 % лише для 34-го зуба ($p=0,059$);
- в південному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 6,4 - 2,8 %, 4,3 - 5,6 %, 12,8 - 8,3 % та 12,8 - 13,9 %; *середнього карієсу* – 0 - 2,8 %, 0 - 0 %, 0 - 2,8 % та 2,1 - 2,8 %;
- в центральному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 3,6 - 9,4 %, 2,4 - 3,1 %, 7,9 - 7,8 % та 8,5 - 7,8 %; *середнього карієсу* – 0,6 - 1,0 %, 0,6 - 1,6 %, 3,0 - 3,1 % та 1,8 - 7,8 % ($p<0,05$); *глибокого карієсу* – лише для 35-го зуба 0 - 1,6 %;
- в західному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 8,4 - 8,3 %, 2,8 - 8,3 %, 8,5 - 8,3 % та 5,7 - 13,9 %; *середнього карієсу* – 0 - 2,8 %, 0 - 0 %, 2,8 - 2,8 % та 1,4 - 2,8 %; *глибокого карієсу* – лише для 34-го зуба 0 - 2,8 %;
- в східному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 6,7 - 8,3 %, 6,7 - 8,3 %, 8,9 - 5,6 % та 15,6 - 11,1 %; *середнього карієсу* – 8,9 - 16,6 % для 35-го та 0 - 2,8 % для 45-го зубів.

При співставленні частоти відсутності верхніх перших (14, 24), або других (15, 25) премолярів, або коронок цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.21):

- для 14-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в західному регіоні до 6,7 % в східному регіоні ($p<0,05$); частота *відсутності коронки* – від 0 % в західному й східному регіонах до 2,2 % в південному регіоні; *наявність здорових зубів* в західному регіоні (100 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у південному (93,6 %) та східному (93,3 %) регіонах;
- для 24-го зуба частота *відсутності* складає від 1,4 % в північному й західному регіонах до 8,9 % в східному регіоні (відповідно $p=0,054 - 0,056$); ча-

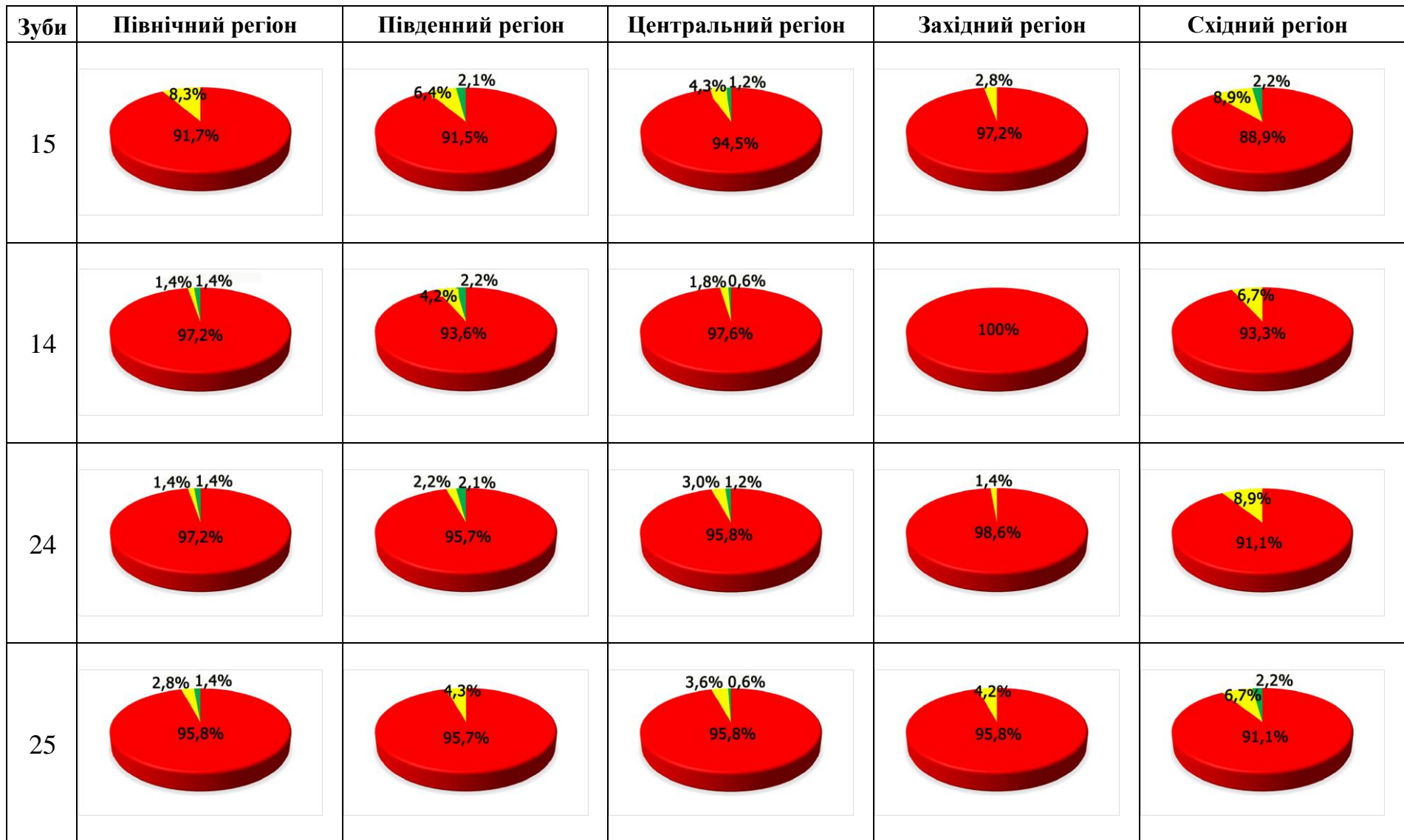


Рис. 3.21. Частота відсутності премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

стота *відсутності коронки* – від 0 % в західному та східному регіонах до 3,0 % в центральному регіоні; *наявність здорових зубів* в західному регіоні (98,6 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у східному регіоні (91,1 %);

- для 15-го зуба частота *відсутності* складає від 2,8 % в західному регіоні до 8,3 - 8,9 % в північному й східному регіонах; частота *відсутності коронки* – від 0 % в північному й західному регіонах до 2,1 - 2,2 % в південному й східному регіонах; *наявність здорових зубів* в західному регіоні (97,2 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p=0,070$), ніж у східному регіоні (88,9 %);
- для 25-го зуба частота *відсутності* складає від 2,8 % в північному регіоні до 6,7 % в східному регіоні; частота *відсутності коронки* – від 0 % в південному й західному регіонах до 2,2 % в східному регіоні.

При співставленні *частоти відсутності* нижніх перших (34, 44), або других (35, 45) премолярів, або *коронки* цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.22):

- для 34-го зуба частота *відсутності* складає лише 0,6 % в центральному та 2,8 % в північному регіонах; частота *відсутності коронки* – лише 2,1 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном);
- для 44-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в північному й південному регіонах до 2,2 % в східному регіоні;
- для 35-го зуба частота *відсутності* складає від 1,2 % в центральному регіоні до 2,8 % в північному й західному регіонах;
- для 45-го зуба частота *відсутності* складає від 1,4 % в північному регіоні до 4,2 - 4,3 % в західному й південному регіонах; частота *відсутності коронки* – лише 1,4 % в західному та 2,1 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном).

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх перших (14, 24), або других (15, 25) премолярів у соматично здоро-

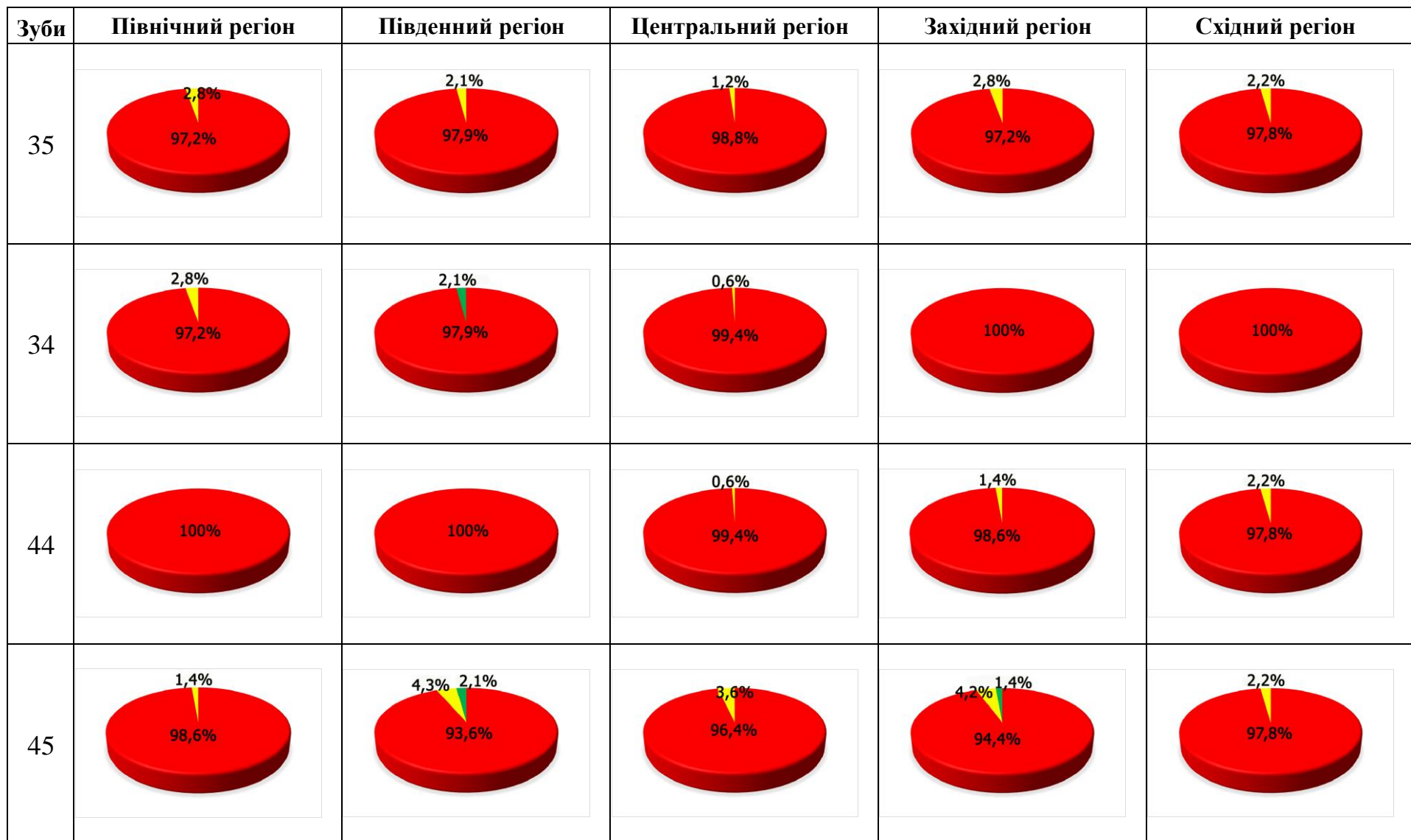


Рис. 3.22. Частота відсутності премолярів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

вих чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.23):

- для 14-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в північному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 0,6 % в центральному та 2,8 % в західному регіонах;
- для 24-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 4,2 - 4,3 % в західному та південному регіонах; частота *вторинного карієсу* – лише 2,1 % в південному ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном) та 4,4 % в західному регіонах ($p<0,01$ порівняно з центральним регіоном; $p=0,069 - 0,070$ порівняно з північним і західним регіонами);
- для 15-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 2,1 % в південному регіоні до 5,5 % в центральному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному й східному регіонах до 2,8 % в західному регіоні; частота *скола пломби* – лише 1,5 % в західному регіоні;
- для 25-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 9,9 % в західному регіоні ($p<0,05$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному й західному регіонах до 2,2 % в східному регіоні.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.24):

- для 14-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 11,1 % в західному регіоні ($p<0,05$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в східному регіоні до 2,8 - 2,9 % в західному, південному та північному регіонах; *відсутність пломб* в східному регіоні (100 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у південному (88,9 %) та західному (86,1 %) регіонах, а також незначну тенденцію до більших значень ($p=0,070$), ніж у північному регіоні (91,4 %);
- для 24-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 2,8 - 2,9 % в та південному, східному та північному регіонах до 8,3 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному та південному регіонах до 3,1 %

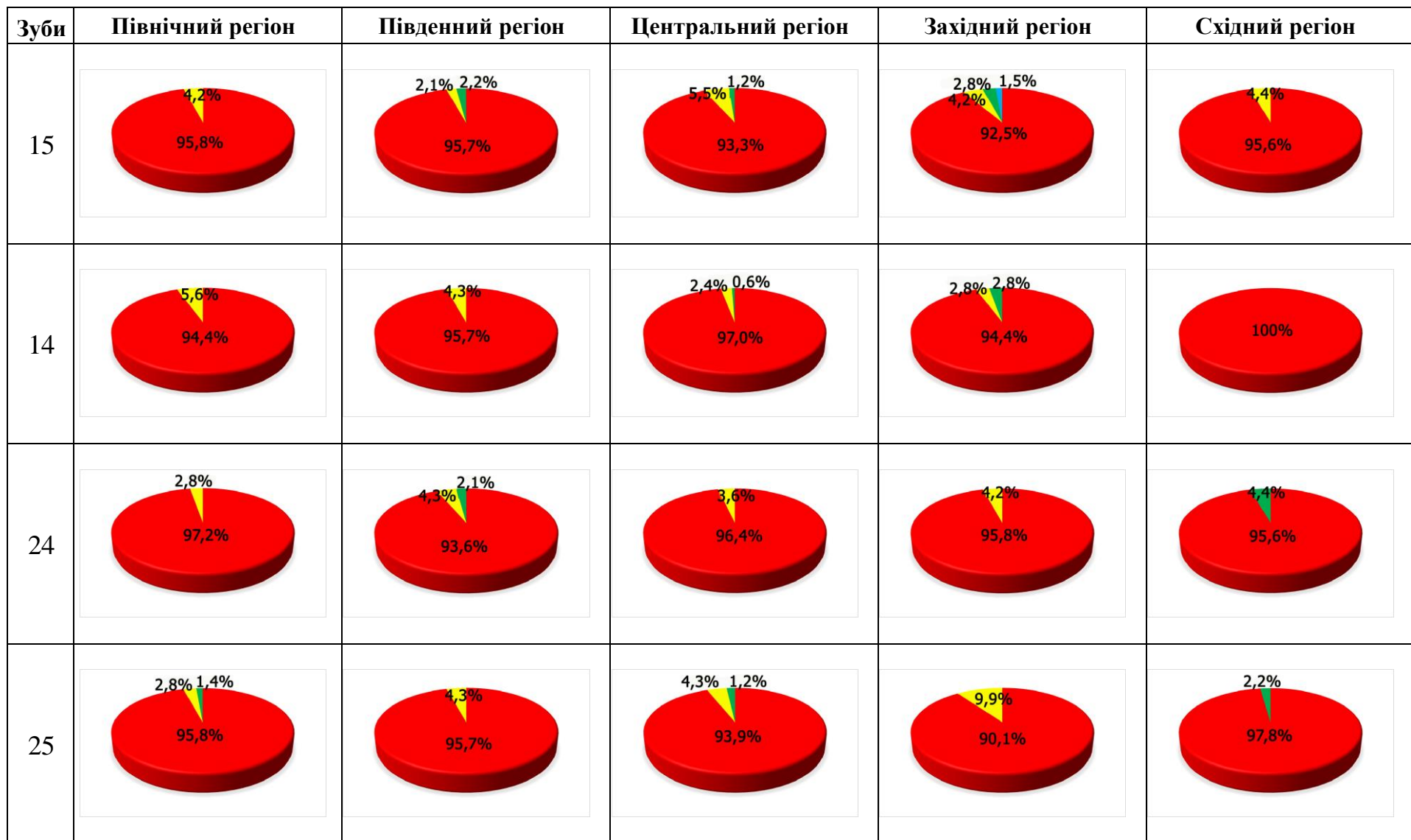


Рис. 3.23. Частота та стан пломб і вторинного карієсу премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

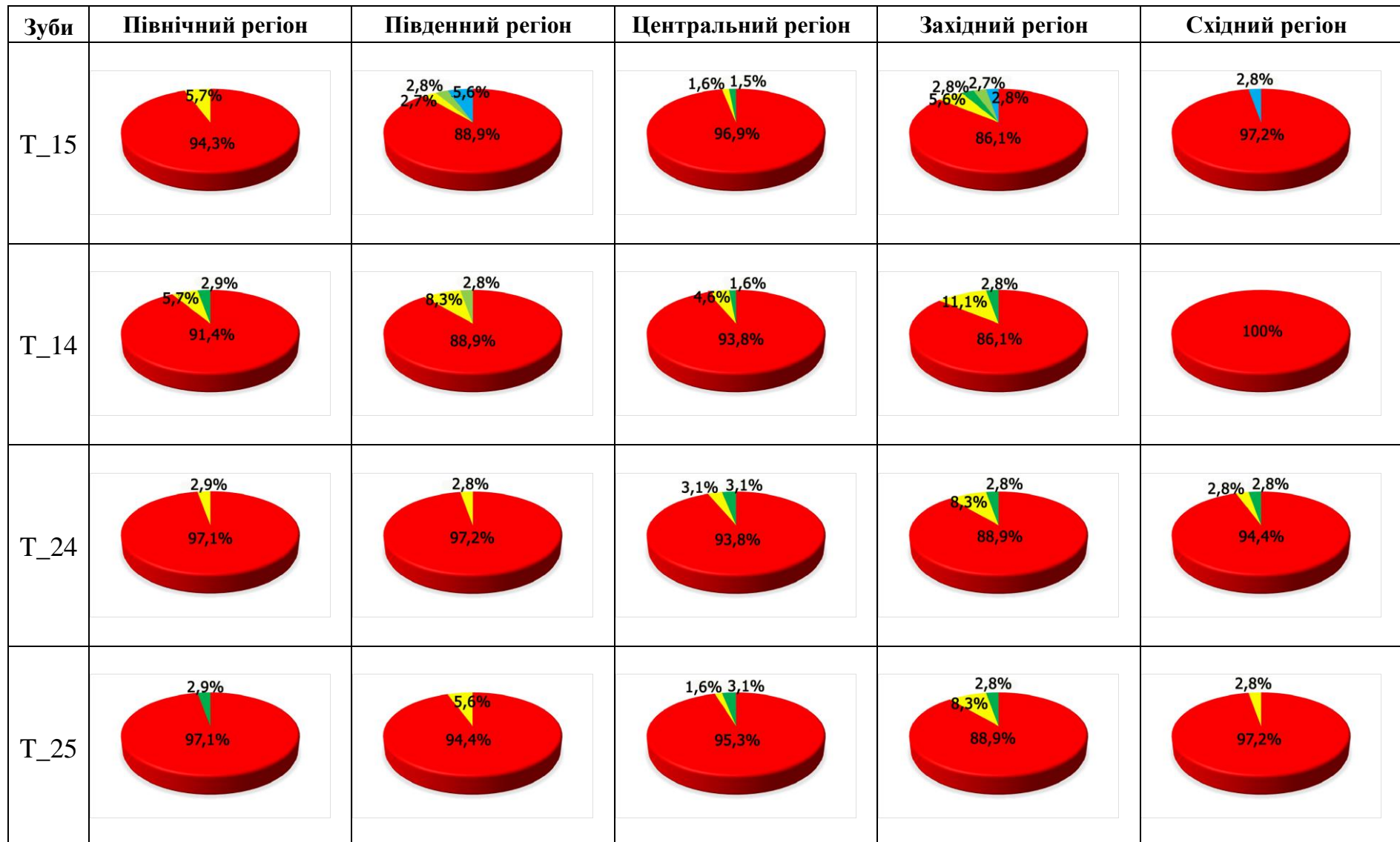


Рис. 3.24. Частота та стан пломб і вторинного карієсу премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

в центральному регіоні;

- для 15-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 5,6 - 5,7 % в західному та північному регіонах; частота *вторинного карієсу* – лише 1,5 % в центральному та 2,8 % в західному регіонах; частота *скола стінки зуба* – лише 2,7 % в західному та 2,8 % в південному регіонах; частота *скола пломби* – від 0 % в північному та центральному регіонах до 5,6 % в південному регіоні ($p=0,060$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність пломб* в центральному регіоні (96,9 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у західному регіоні (86,1 %);
- для 25-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в північному регіоні до 8,3 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному та східному регіонах до 3,1 % в центральному регіоні.

При порівнянні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.23-3.24):

- в *північному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 5,6 - 5,7 %, 2,8 - 2,9 %, 4,2 - 5,7 % та 2,8 - 0 %; *вторинного карієсу* – 0 - 2,9 % для 14-го та 1,4 - 2,9 % для 25-го зуба;
- в *південному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 4,3 - 8,3 %, 4,3 - 2,8 %, 2,1 - 2,7 % та 4,3 - 5,6 %; *вторинного карієсу* – 2,1 - 0 % для 24-го та 2,2 - 0 % 15-го зубів; *скола стінки зуба* – 0 - 2,8 % для 14-го та 0 - 2,8 % для 15-го зубів; *скола пломби* – 0 - 5,6 % лише для 15-го зуба;
- в *центральному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 2,4 - 4,6 %, 3,6 - 3,1 %, 5,5 - 1,6 % та 4,3 - 1,6 %; *вторинного карієсу* – 0,6 - 1,6 %, 0 - 3,1 % ($p<0,05$), 1,2 - 1,5 % та 1,2 - 3,1 %;
- в *західному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 2,8 - 11,1 %, 4,2 - 8,3 %, 4,2 - 5,6 % та 9,9 - 8,3 %; *вторинного карієсу* – 2,8 - 2,8 %, 0 - 2,8 %, 2,8 - 2,8 % та 0 - 2,8 %; *скола стінки зу-*

ба – лише для 15-го зуба 0 - 2,7 %; *скола пломби* – лише для 15-го зуба 1,5 - 2,8 %;

- в *східному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 2,8 %, 4,4 - 0 % та 0 - 2,8 %; *вторинного карієсу* – 4,4 – 2,8 % для 24-го та 2,2 - 0 % для 25-го зубів; *скола пломби* – лише для 15-го зуба 0 - 2,8 %.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* нижніх перших (34, 44), або других (35, 45) премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.25):

- для 34-го зуба частота *цілісних пломб* складає лише 1,4 - 1,8 % в західному та центральному регіонах;
- для 44-го зуба частота *цілісних пломб* складає лише 0,6 - 1,4 % в центральному та західному регіонах;
- для 35-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 1,2 - 1,4 % в центральному й північному регіонах до 2,8 % в Західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 2,1 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном);
- для 45-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 4,2 - 4,3% в північному й південному регіонах; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному регіоні до 2,1 - 2,2 % в південному й східному регіонах; частота *скола пломби* – 2,2 % лише в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном).

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.26):

- для 34-го зуба частота *цілісних пломб* складає лише в західному регіоні 2,8 %;
- для 44-го зуба частота *цілісних пломб* складає лише в західному регіоні 2,8 %;
- для 35-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в центральному й східному регіонах до 5,6 % в західному ($p=0,060$ порівняно з центральним

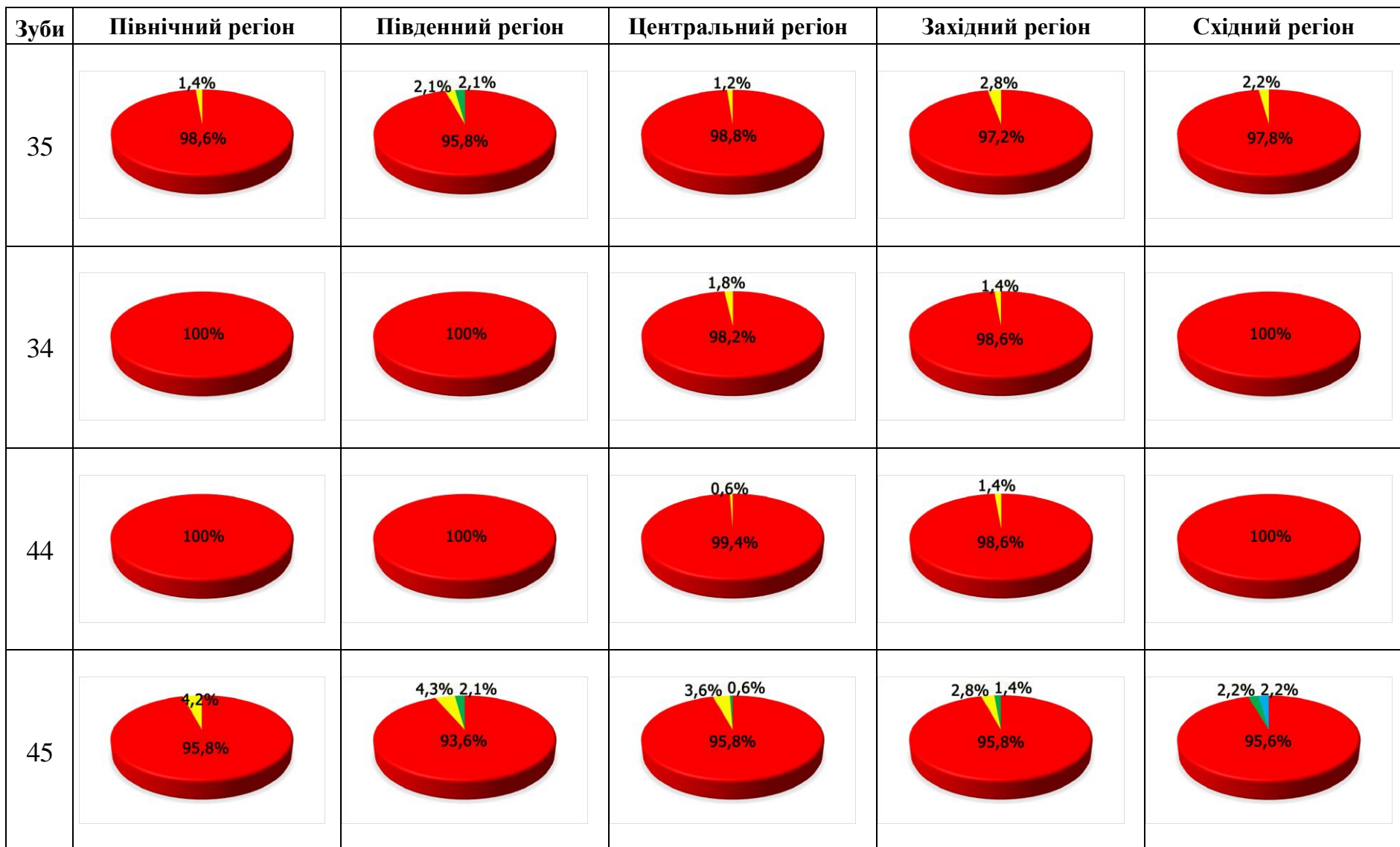


Рис. 3.25. Частота та стан пломб і вторинного карієсу премолярів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

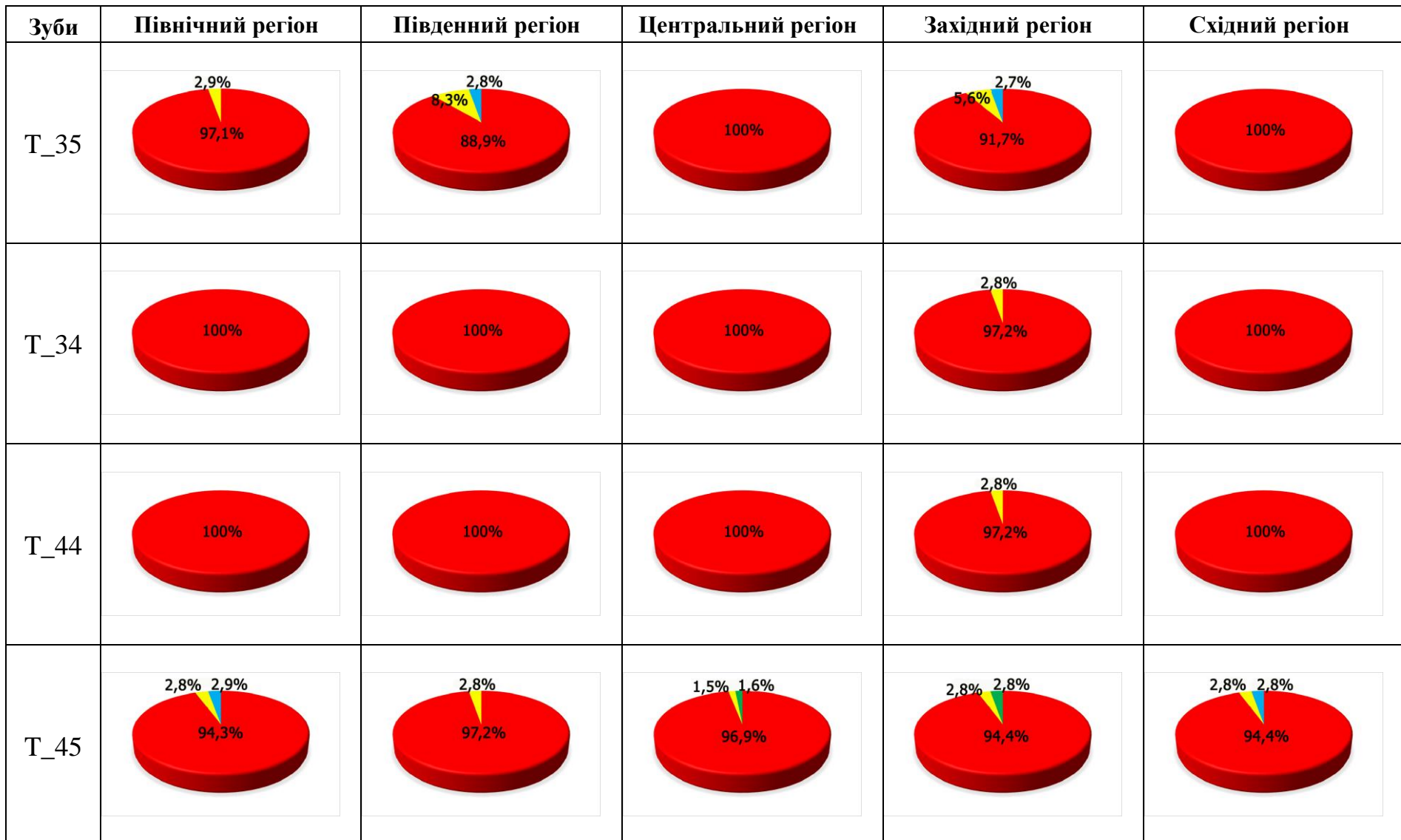


Рис. 3.26. Частота та стан пломб і вторинного карієсу премолярів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

регіоном) та 8,3 % в південному ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном) регіонах; частота *скола пломби* – лише 2,7 - 2,8 % в західному й південному регіонах; *відсутність пломб* в центральному (100 %) регіоні має статистично значуще більші значення ($p < 0,05 - 0,01$), ніж у південному (88,9 %) та західному (91,7 %) регіонах, а в східному регіоні (100 %) – статистично значуще більші значення ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні;

- для 45-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 1,5 % в центральному регіоні до 2,8 % в усіх інших регіонах; частота *вторинного карієсу* – лише 1,6 - 2,8 % в центральному й західному регіонах; частота *скола пломби* – лише 2,8 - 2,9 % в східному й північному регіонах.

При порівнянні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.25-3.26):

- в *північному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 0 %, 1,4 - 2,9 % та 4,2 - 2,8 %; *скола пломби* – лише для 45-го зуба 0 - 2,9 %;
- в *південному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 0 %, 2,1 - 8,3 % та 4,3 - 2,8 %; *вторинного карієсу* – 2,1 - 0 % лише для 35-го та 45-го зубів; *скола пломби* – лише для 35-го зуба 0 - 2,9 %;
- в *центральному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 1,8 - 0 %, 0,6 - 0 %, 1,2 - 0 % та 3,6 - 1,5 %; *вторинного карієсу* – лише для 45-го зуба 0,6 - 1,6 %;
- в *західному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 1,4 - 2,8 %, 1,4 - 2,8 %, 2,8 - 5,6 % та 2,8 - 2,8 %; *вторинного карієсу* – лише для 45-го зуба 1,4 - 2,8 %; *скола пломби* – лише для 35-го зуба 0 - 2,7 %;
- в *східному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 0 %, 2,2 - 0 % та 0 - 2,8 %; *вторинного карієсу* –

лише для 45-го зуба 2,2 - 0 %; *скола пломби* – лише для 45-го зуба 2,2 - 2,8 %.

При співставленні *частоти періодонтиту* верхніх перших (14, 24), або других (15, 25) премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено лише для 25-го зуба в 0,6 % випадків *хронічний фіброзний періодонтит* (рис. 3.27).

При співставленні *частоти періодонтиту* верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.28):

- для 14-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному й східному регіонах до 3,1 % в центральному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в південному й східному регіонах до 9,4 % в центральному регіоні ($p=0,061$); частота *кістогранулеми* – 2,8 % лише в північному й південному регіонах; *відсутність періодонтиту* в східному регіоні (100 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у центральному регіоні (87,5 %);
- для 24-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 2,8 % в південному й східному регіонах до 8,3 - 8,6 % в західному й північному регіонах; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в західному регіоні ($p<0,05$); частота *кіст* – лише 1,5 % в центральному регіоні;
- для 15-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному регіоні до 2,8 % в північному, західному й східному регіонах; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в західному й східному регіонах до 6,2 % в центральному регіоні; частота *кістогранулеми* – лише 2,8 % в східному регіоні; частота *кіст* – лише 2,7 % в південному регіоні;
- для 25-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в північному регіоні до 5,6 % в західному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в північному регіоні до 4,7 % в




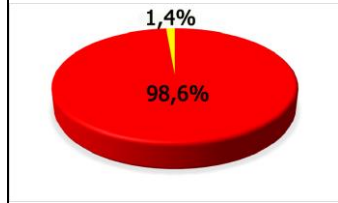


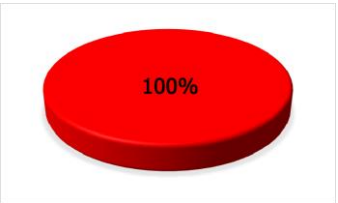
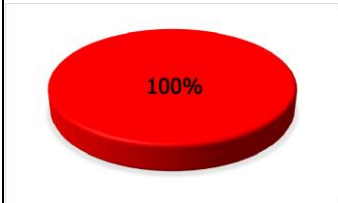








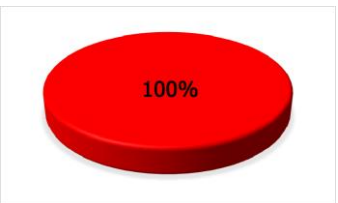
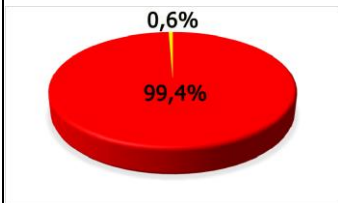


Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
15					
14					
24					
25					

Рис. 3.27. Частота періодонтиту премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

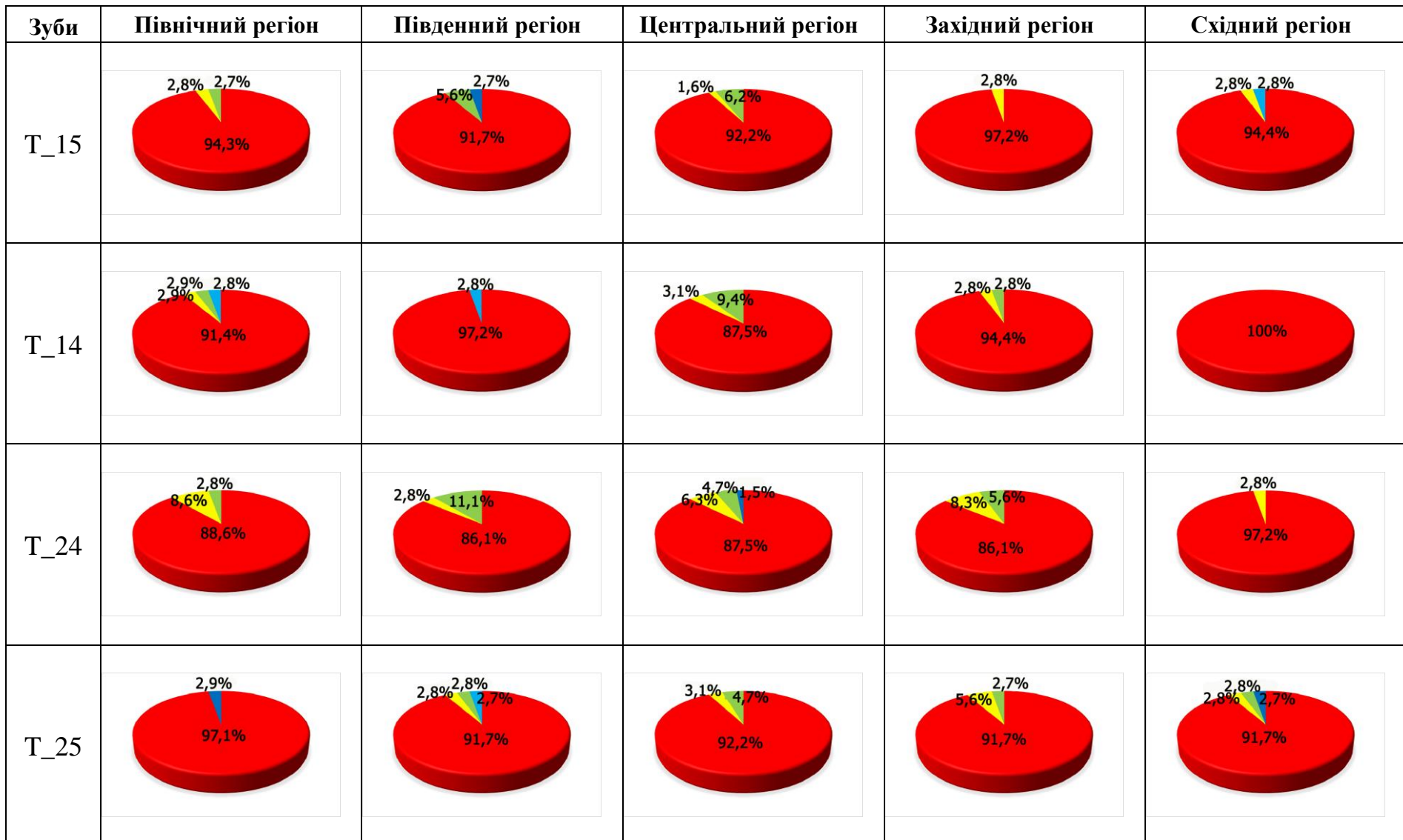


Рис. 3.28. Частота періодонтиту премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

центральному регіоні; частота *кістогранулеми* – 2,7 % лише в південному регіоні; частота *кіст* – 2,7 - 2,9 % лише в східному й північному регіонах.

При порівнянні *частоти періодонтиту* верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.27-3.28):

- в *північному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 2,9 %, 0 - 8,6 % ($p < 0,05$), 0 - 2,8 % та 0 - 0 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,9 %, 0 - 2,8 %, 0 - 2,7 % та 0 - 0 %; *кістогранулеми* – лише для 14-го зуба 0 - 2,8 %; *кіст* – лише для 25-го зуба 0 - 2,9 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 91,4 % ($p < 0,05$), 100 - 88,6 % ($p < 0,01$), 100 - 94,3 % ($p < 0,05$) та 100 - 97,1 %;
- в *південному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 2,8 %, 0 - 0 % та 0 - 2,8 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 0 %, 0 - 11,1 % ($p < 0,05$), 0 - 5,6 % та 0 - 2,8 %; *кістогранулеми* – 0 - 2,8 % для 14-го та 0 - 2,7 % для 25 зубів; *кіст* – лише для 15-го зуба 0 - 2,7 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 97,2 %, 100 - 86,1 % ($p < 0,05$), 100 - 91,7 % ($p < 0,05$) та 100 - 91,7 % ($p < 0,05$);
- в *центральному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 3,1 % ($p < 0,05$), 0 - 6,3 % ($p < 0,01$), 0 - 1,6 % та 0 - 3,1 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 9,4 % ($p < 0,001$), 0 - 4,7 % ($p < 0,01$), 0 - 6,2 % ($p < 0,01$) та 0 - 4,7 % ($p < 0,01$); *кіст* – лише для 24-го зуба 0 - 1,5 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 87,5 % ($p < 0,001$), 100 - 87,5 % ($p < 0,001$), 100 - 92,2 % ($p < 0,001$) та 100 - 92,2 % ($p < 0,01$);
- в *західному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 2,8 %, 0 - 8,3 % ($p < 0,05$), 0 - 2,8 % та 0 - 5,6 % ($p < 0,05$); *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,8 %, 0 - 5,6 % ($p < 0,05$), 0 - 0 % та 0 - 2,7 %; *відсутність періодонтиту* –

100 - 94,4 % ($p < 0,05$), 100 - 86,1 % ($p < 0,01$), 100 - 97,2 % та 100 - 91,7 % ($p < 0,05$);

- в *східному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 14, 24, 15 та 25-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 2,8 %, 0 - 2,8 % та 0 - 2,9 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – лише для 25-го зуба 0 - 2,8 %; *кістогранулеми* – лише для 15-го зуба 0 - 2,8 %; *кіст* – лише для 25-го зуба 0 - 2,7 %; *відсутність періодонтиту* – 100 - 100 %, 100 - 97,2 %, 100 - 94,4 % та 100 - 91,7 % ($p = 0,052$).

При співставленні *частоти періодонтиту* нижніх перших (34, 44), або других (35, 45) премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, в 100 % випадків *періодонтит* відсутній.

При співставленні *частоти періодонтиту* нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.29):

- для 34-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає 2,9 % лише північному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 2,8 % лише південному регіоні;
- для 44-го зуба частота *хронічного гранулюючого періодонтиту* складає 2,8 % лише в південному регіоні;
- для 35-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному й східному регіонах до 2,8 - 2,9 % в західному й північному регіонах; частота *кістогранулеми* – 2,8 % лише в східному регіоні; частота *кіст* – 5,5 % лише в західному регіоні ($p = 0,060$ порівняно з центральним регіоном);
- для 45-го зуба частота *хронічного гранулюючого періодонтиту* складає 2,9 % лише в північному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 2,8 % лише в західному й східному регіонах; частота *кістогранулеми* – 2,8 % лише в південному й східному регіонах; частота *кіст* – 1,6 - 2,8 % лише в центральному й південному регіонах.

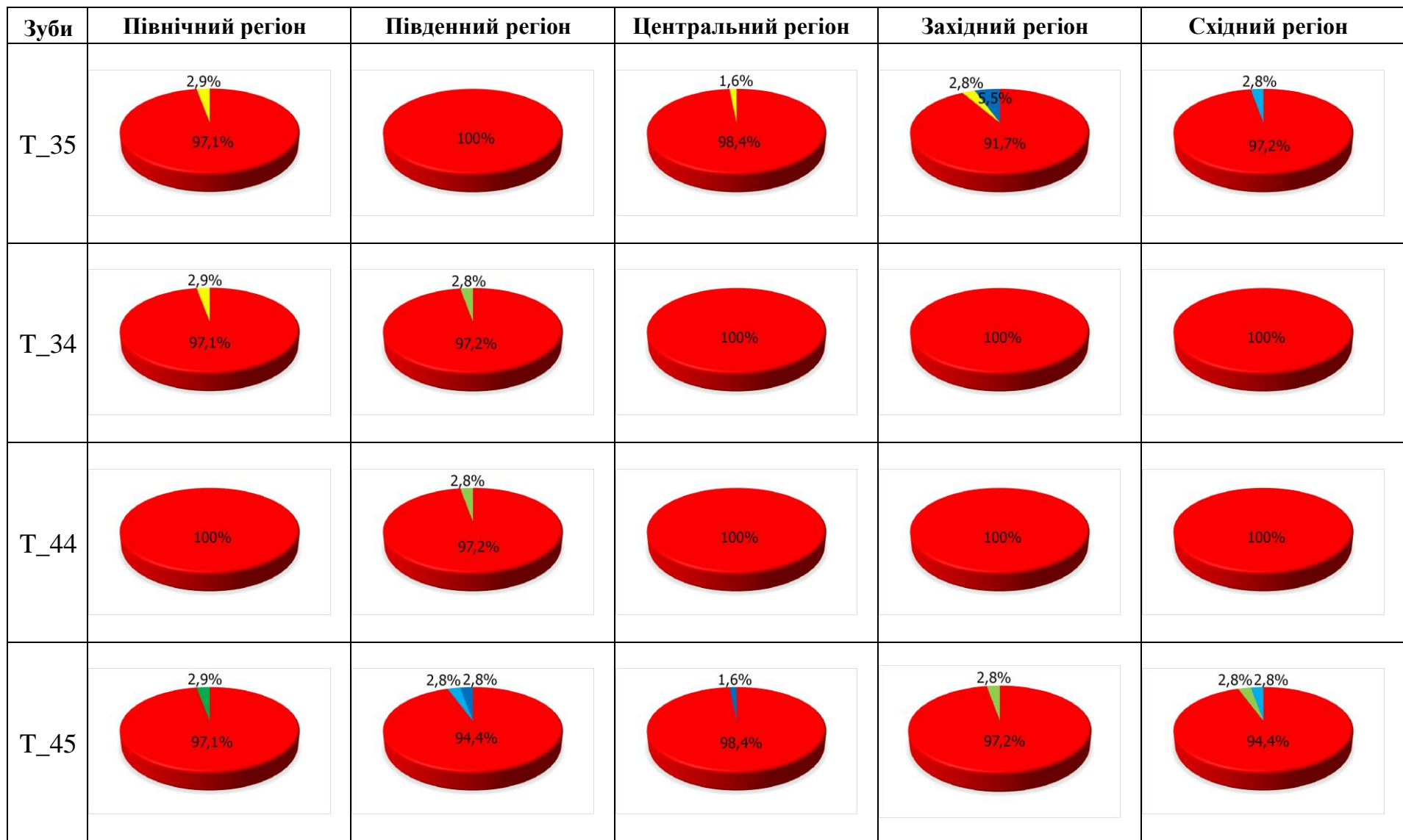


Рис. 3.29. Частота періодонтиту премолярів нижньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

При порівнянні частоти періодонтиту нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.29):

- в північному регіоні частота хронічного фіброзного періодонтиту відносно для 34, 44, 35 та 45-го зубів складає 0 - 2,9 %, 0 - 0 %, 0 - 2,9 % та 0 - 0 %; хронічного гранулюючого періодонтиту – лише для 45-го зуба 0 - 2,9 %;
- в південному регіоні частота хронічного гранулематозного періодонтиту складає 0 - 2,8 % лише для 34-го та 44-го зубів; кістогранулеми – лише для 45-го зуба 0 - 2,8 %; кіст – лише для 45-го зуба 0 - 2,8 %;
- в центральному регіоні частота хронічного фіброзного періодонтиту складає 0 - 1,6 % лише для 35-го зуба; кіст – лише для 45-го зуба 0 - 1,6 %;
- в західному регіоні частота хронічного фіброзного періодонтиту складає 0 - 2,8 % лише для 35-го зуба; хронічного гранулематозного періодонтиту – 0 - 2,8 % лише для 45-го зуба; кіст – 0 - 5,5 % лише для 35-го зуба ($p < 0,05$); відсутність періодонтиту – 100 - 91,7 % ($p < 0,05$) лише для 35-го зуба;
- в східному регіоні частота хронічного гранулематозного періодонтиту складає 0 - 2,8 % лише для 45-го зуба; кістогранулеми – 0 - 2,8 % лише для 35-го та 45-го зубів.

При співставленні частоти пульпіту верхніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено, що лише в східному регіоні спостерігається в 2,2 % випадків хронічний фіброзний пульпіт 15 зуба ($p = 0,056$ порівняно з центральним регіоном); відсутність пульпіту в центральному регіоні (100 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,056$), ніж у східному регіоні (97,8 %) (рис. 3.30).

При співставленні частоти пульпіту нижніх премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, в 100 % випадків пульпіт відсутній.





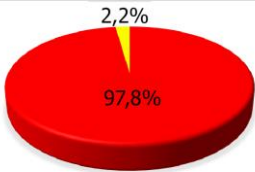

















Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
15					
14					
24					
25					

Рис. 3.30. Частота пульпіту премолярів верхньої щелепи у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження. **Примітка:** тут і в подальшому при оцінці пульпіту

1.  – відсутній;
2.  – хронічний фіброзний.

3.1.4. Частота ураження молярів.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх перших (16, 26), або нижніх перших (36, 46) молярів соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.31):

- для 16-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 12,5 - 15,2 % в північному й центральному регіонах до 33,3 % в східному регіоні ($p < 0,01$); частота *середнього карієсу* – від 16,9 - 17,8 % в західному й східному регіонах до 29,2 % в північному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 1,4 % лише в західному регіоні; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (64,8 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,053$), ніж у східному регіоні (48,9 %);
- для 26-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 9,7 % в північному й 15,8 % в центральному регіонах до 31,0 - 31,9 % в західному ($p < 0,05 - 0,01$) й південному ($p < 0,01$ в обох випадках) та 40,0 % в східному ($p < 0,001$ в обох випадках) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 14,1 - 17,6 % в західному й центральному регіонах до 30,6 % в північному регіоні ($p < 0,05$); *відсутність карієсу* в центральному регіоні (66,6 %) статистично значуще більша ($p < 0,01$), ніж у південному (42,6 %) й східному (40,0 %) регіонах, а в північному регіоні (59,7 %) – статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у східному регіоні та має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,069$), ніж у південному регіоні;
- для 36-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 15,5 - 16,7 % в західному й північному регіонах до 31,9 % в південному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з західним регіоном; $p = 0,055$ порівняно з північним регіоном); частота *середнього карієсу* – від 8,4 % в західному регіоні до 22,2 % в північному регіоні ($p < 0,05$); частота *глибокого карієсу* – 0,6 % лише в централь-

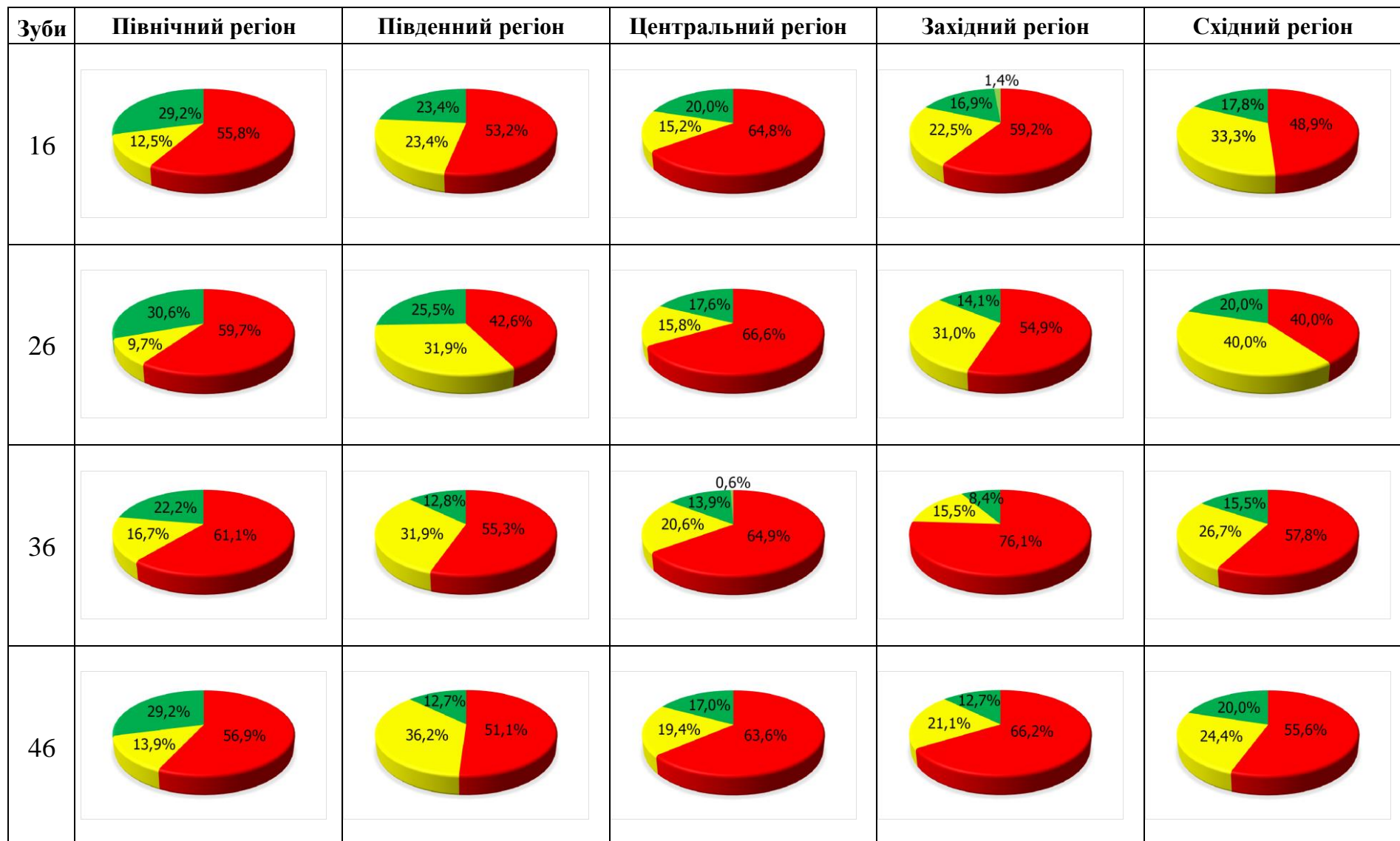


Рис. 3.31. Частота ураження карієсом верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

ному регіоні; *відсутність карієсу* в західному регіоні (76,1 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному (55,3 %) й східному (57,8 %) регіонах і має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,056$), ніж у північному регіоні (61,1 %);

- для 46-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 13,9 - 19,4 % в північному й центральному та 21,1 % в західному регіонах до 36,2 % в південному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$ порівняно з північним і центральним регіонами; $p = 0,070$ порівняно з західним регіоном); частота *середнього карієсу* – від 12,7 - 17,0 % в південному, західному й центральному регіонах до 29,2 % в північному регіоні ($p < 0,05$).

При співставленні *частоти ураження карієсом* верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.32):

- для 16-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 12,5 % в центральному регіоні до 30,6 % в західному ($p < 0,05$) та 27,8 % в південному ($p = 0,059$) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 13,8 % в західному регіоні до 33,3 % в східному регіоні ($p = 0,056$); частота *глибокого карієсу* – 1,6 - 2,9 % лише в центральному й північному регіонах; *відсутність карієсу* в східному регіоні (41,7 %) статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у центральному регіоні (62,5 %) та має незначну тенденцію до менших значень ($p = 0,078$), ніж у північному регіоні (62,9 %);
- для 26-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 2,8 % в північному регіоні до 22,2 - 30,6 % в південному ($p < 0,05$), східному ($p < 0,05$) та західному ($p < 0,01$) регіонах, крім того в західному регіоні частота *поверхневого карієсу* має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,051$), ніж у центральному регіоні (14,1 %); частота *середнього карієсу* – від 18,7 - 25,0 % в центральному, північному й західному регіонах до 47,2 % в південному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$ порівняно з північним і центральним регіонами; $p = 0,054$ порівняно з західним регіоном); частота *глибокого карієсу* – від 0 % в західному й східному регіонах до 3,1 % в центральному регіоні; *відсут-*

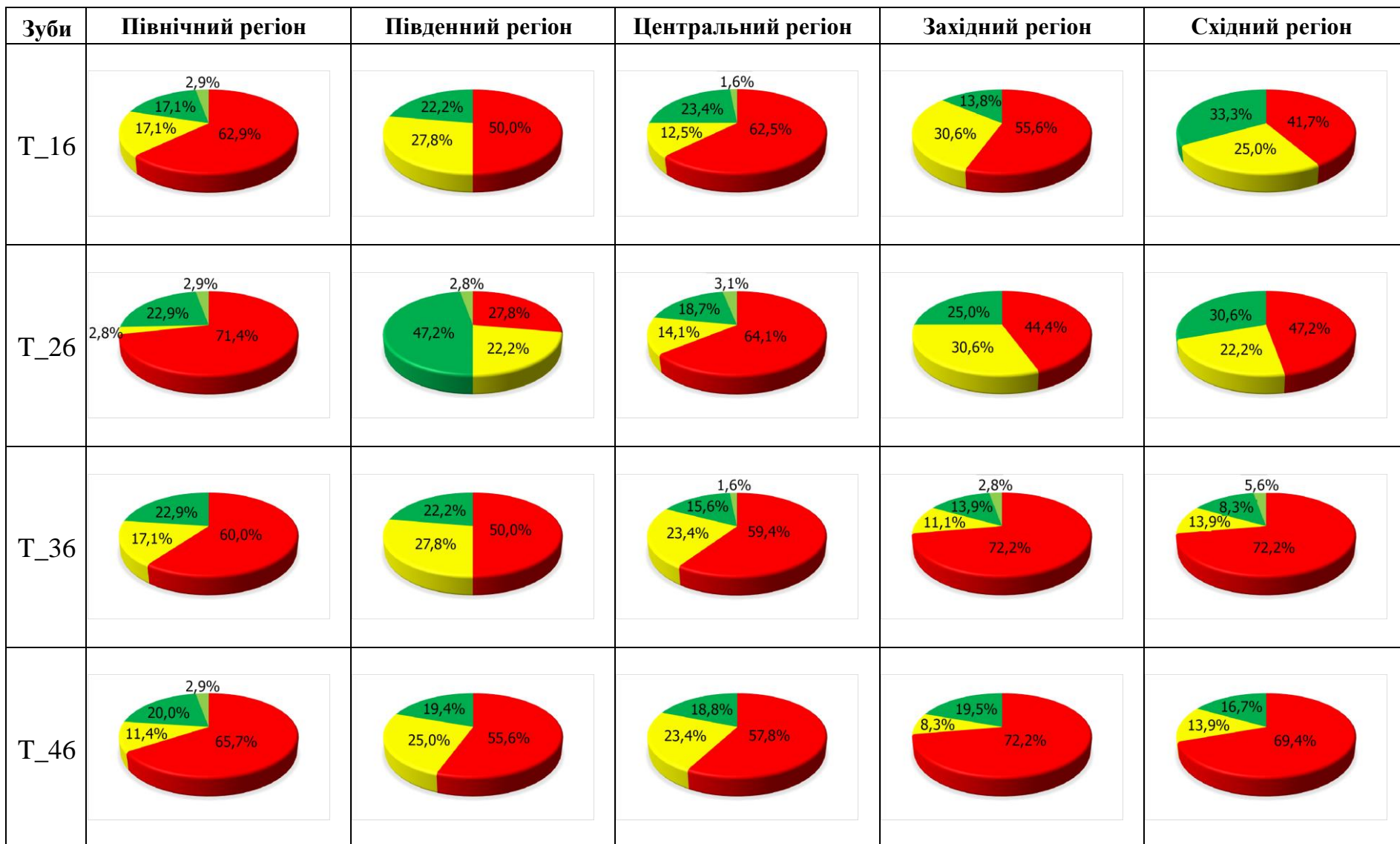


Рис. 3.32. Частота ураження карієсом верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

ність карієсу в північному регіоні (71,4 %) статистично значуще більша ($p < 0,05 - 0,001$), ніж у західному (44,4 %), східному (47,2 %) й південному (27,8 %) регіонах, а в центральному регіоні (64,1 %) – статистично значуще більша ($p < 0,001$), ніж у південному регіоні та має тенденцію до більших значень ($p = 0,060$), ніж у західному регіоні;

- для 36-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,1 % в західному регіоні до 27,8 % в південному регіоні ($p = 0,069$); частота *середнього карієсу* – від 8,3 % в східному регіоні до 22,2 - 22,9 % в південному й північному регіонах; частота *глибокого карієсу* – від 0 % в південному й північному регіонах до 5,6 % в східному регіоні; *відсутність карієсу* в південному регіоні (50,0 %) має виражені тенденції до менших значень ($p = 0,057$), ніж у західному (72,2 %) й східному (72,2 %) регіонах;
- для 46-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 8,3 % в західному регіоні до 23,4 - 25,0 % в центральному ($p = 0,062$) й південному ($p = 0,062$) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 16,7 % в східному регіоні до 20,0 % в північному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,9 % лише в північному регіоні.

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.31-3.32):

- в північному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 12,5 - 17,1 %, 9,7 - 2,8 %, 16,7 - 17,1 % та 13,9 - 11,4 %; *середнього карієсу* – 29,2 - 17,1 %, 30,6 - 22,9 %, 22,2 - 22,9 % та 29,2 - 20,0 %; *глибокого карієсу* – 0 - 2,9 %, 0 - 2,9 %, 0 - 0 % та 0 - 2,9 %;
- в південному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 23,4 - 27,8 %, 31,9 - 22,2 %, 31,9 - 27,8 % та 36,2 - 25,0 %; *середнього карієсу* – 23,4 - 22,2 %, 25,5 - 47,2 % ($p < 0,05$), 12,8 - 22,2 % ($p = 0,070$) та 12,7 - 19,4 %; *глибокого карієсу* – лише для 26-го зуба 0 - 2,8 %;
- в центральному регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 16,

26, 36 та 46-го зубів складає 15,2 - 12,5 %, 15,8 - 14,1 %, 20,6 - 23,4 % та 19,4 - 23,4 %; *середнього карієсу* – 20,0 - 23,4 %, 17,6 - 18,7 %, 13,9 - 15,6 % та 17,0 - 18,8 %; *глибокого карієсу* – 0 - 1,6 %, 0 - 3,1 % ($p < 0,05$), 0,6 - 1,6 % та 0 - 0 %;

- в *західному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 22,5 - 30,6 %, 31,0 - 30,6 %, 15,5 - 11,1 % та 21,1 - 8,3 %; *середнього карієсу* – 16,9 - 13,8 %, 14,1 - 25,0 %, 8,4 - 13,9 % та 12,7 - 19,5 %; *глибокого карієсу* – 1,4 - 0 % для 16-го та 0 - 2,8 % для 36-го зубів;
- в *східному* регіоні частота *поверхневого карієсу* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 33,3 - 25,0 %, 40,0 - 22,2 %, 26,7 - 13,9 % та 24,4 - 13,9 %; *середнього карієсу* – 17,8 - 33,3 %, 20,0 - 30,6 %, 15,5 - 8,3 % та 20,0 - 16,7 %; *глибокого карієсу* – лише для 36-го зуба 0 - 5,6 %.

При співставленні *частоти ураження карієсом* верхніх других (17, 27), або нижніх других (37, 47) молярів соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.33):

- для 17-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 22,4 % в центральному регіоні до 31,9 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 13,4 - 14,0 % в східному й західному регіонах до 23,4 % в південному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 0,6 - 1,4 % лише в центральному й західному регіонах;
- для 27-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,5 % в центральному й 16,7 % в північному регіонах до 31,0 % в західному ($p < 0,05 - 0,001$), 33,3 % в східному ($p < 0,05 - 0,001$) та 46,8 % в південному ($p < 0,001$ в обох випадках) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 20,0 % в центральному регіоні до 33,3 % в північному регіоні ($p < 0,05$); частота *глибокого карієсу* – 0,6 - 2,2 % лише в центральному й східному регіонах; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (67,9 %) статистично значуще більша ($p < 0,01 - 0,001$), ніж у північному (50,0 %), південному (29,8 %), західному

(47,9 %) й східному (42,2 %) регіонах, а в південному регіоні – статистично значу-

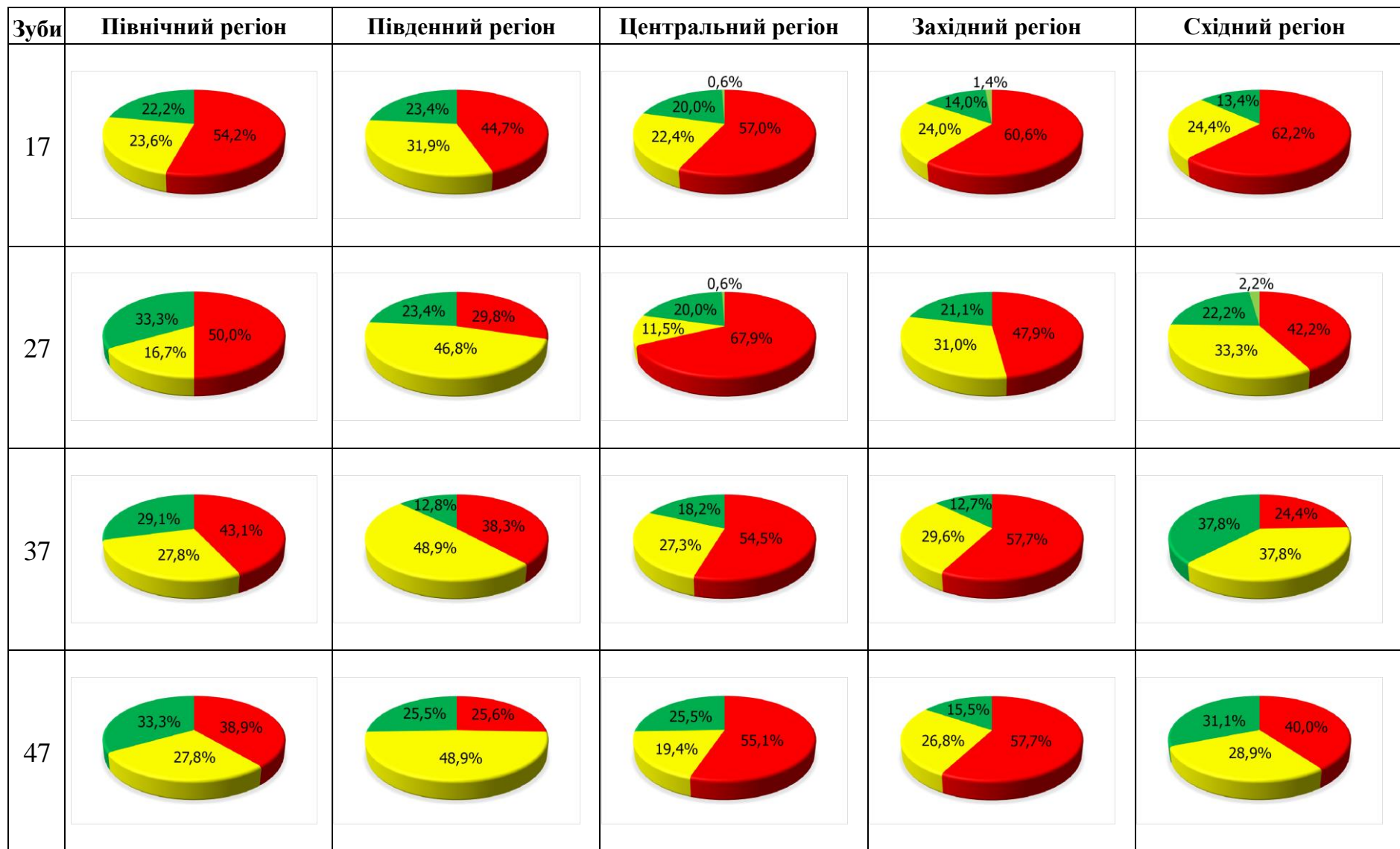


Рис. 3.33. Частота ураження каріесом верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

ще менша ($p < 0,05$), ніж у північному регіоні та має виражену тенденцію до менших значень ($p = 0,053$), ніж у західному регіоні;

- для 37-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 27,3 - 29,6 % в північному, центральному й західному регіонах до 48,9 % в південному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$); частота *середнього карієсу* – від 12,7 - 12,8 % в південному й західному регіонах до 29,1 % в північному ($p < 0,05$ в обох випадках) та 37,8 % в східному ($p < 0,01 - 0,001$) регіонах, крім того, в центральному регіоні величина даного показника (18,2 %) статистично значуще менша ($p < 0,01$), ніж у східному регіоні та має виражену тенденцію до менших значень ($p = 0,059$) порівняно з північним регіоном; *відсутність карієсу* в східному регіоні (24,4 %) статистично значуще менша ($p < 0,05 - 0,001$), ніж у північному (43,1 %), центральному (54,5 %) й західному (57,7 %) регіонах, а в південному регіоні (38,3 %) – статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у західному регіоні та має виражену тенденцію до менших значень ($p = 0,051$), ніж у центральному регіоні;
- для 47-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 19,4 - 28,9 % в центральному, північному, західному й східному регіонах до 48,9 % в південному регіоні ($p < 0,05 - 0,001$ порівняно з північним, центральним і західним регіонами; $p = 0,052$ порівняно з східним регіоном); частота *середнього карієсу* – від 15,5 % в західному регіоні до 31,3 % в східному ($p < 0,05$) та 33,3 % в північному регіонах; *відсутність карієсу* в південному регіоні (25,6 %) статистично значуще менша ($p < 0,05 - 0,001$), ніж у північному (38,9 %), центральному (55,1 %) й західному (57,7 %) регіонах, крім того, величина даного показника в центральному регіоні статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж в північному регіоні, а в східному регіоні (40,0 %) – має тенденції до менших значень ($p = 0,065 - 0,070$), ніж у західному й центральному регіонах.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено (рис. 3.34):

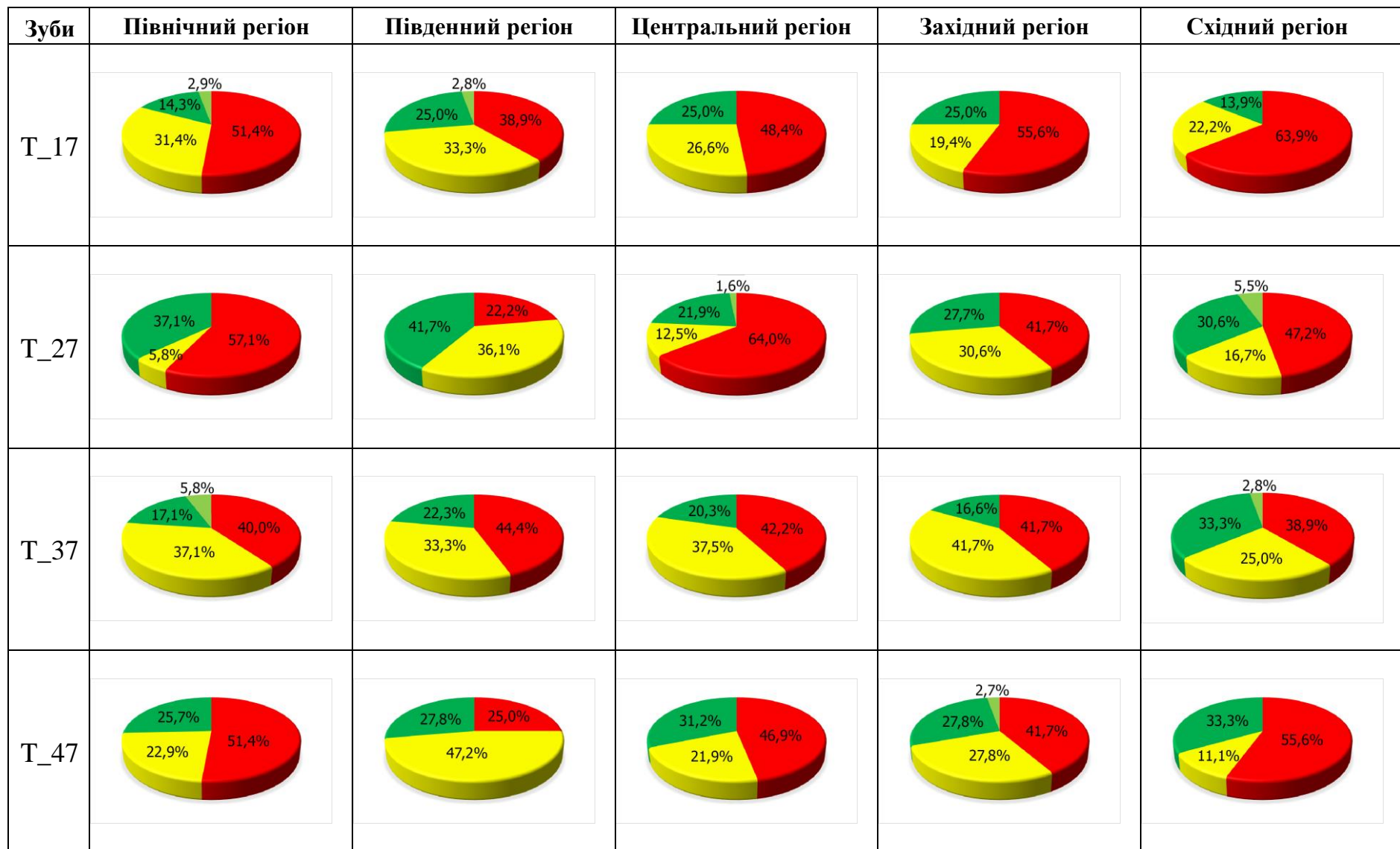


Рис. 3.34. Частота ураження каріесом верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

- для 17-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 19,4 - 22,2 % в західному й східному регіонах до 31,4 - 33,3 % в північному й південному регіонах; частота *середнього карієсу* – від 13,9 - 14,3 % в східному й північному регіонах до 25,0 % в інших регіонах; частота *глибокого карієсу* – 2,8 - 2,9 % лише в південному й північному регіонах; *відсутність карієсу* в східному регіоні (63,9 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні (38,9 %);
- для 27-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 5,8 % в північному й 12,5 % в центральному регіонах до 30,6 - 36,1 % в західному ($p < 0,05 - 0,01$) й південному ($p < 0,05 - 0,01$) регіонах, а в східному регіоні величина даного показника (16,7 %) має тенденцію ($p = 0,066$) до менших значень, ніж у південному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 21,9 % в центральному регіоні до 41,7 % в південному регіоні ($p < 0,05$); частота *глибокого карієсу* – 1,6 - 5,5 % лише в центральному й східному регіонах; *відсутність карієсу* в південному регіоні (22,3 %) статистично значуще менша ($p < 0,05 - 0,001$), ніж у східному (47,2 %), північному (57,1 %) й центральному (64,0 %) регіонах, а в західному регіоні (41,7 %) – статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у центральному регіоні;
- для 37-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 25,0 % в східному регіоні до 41,7 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 16,6 - 17,1 % в західному й північному регіонах до 33,3 % в східному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,8 % в східному та 5,8 % в північному ($p = 0,056$ порівняно з центральним регіоном) регіонах;
- для 47-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,1 % в східному та 21,9 - 22,9 % в центральному й північному регіонах до 47,2 % в південному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$), крім того величина даного показника в західному регіоні (27,8 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у східному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 25,7 % в північному регіоні до 33,3 % в східному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 2,7 % лише в західному регіоні; *відсутність карієсу* в південному регіоні

(25,0 %) статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у північному (51,4 %), центральному (46,9 %) й східному (55,6 %) регіонах.

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.33-3.34):

- в північному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 23,6 - 31,4 %, 16,7 - 5,8 %, 27,8 - 37,1 % та 27,8 - 22,9 %; середнього карієсу – 22,2 - 14,3 %, 33,3 - 37,1 %, 29,1 - 17,1 % та 33,3 - 25,7 %; глибокого карієсу – 0 - 2,9 % для 17-го та 0 - 5,8 % ($p < 0,05$) для 37 зубів;
- в південному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 31,9 - 33,3 %, 46,8 - 36,1 %, 48,9 - 33,3 % та 48,9 - 47,2 %; середнього карієсу – 23,4 - 25,0 %, 23,4 - 41,7 % ($p = 0,070$), 12,8 - 22,3 % та 25,5 - 27,8 %; глибокого карієсу – 0 - 2,8 % лише для 17-го зуба;
- в центральному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 22,4 - 26,6 %, 11,5 - 12,5 %, 27,3 - 37,5 % та 19,4 - 21,9 %; середнього карієсу – 20,0 - 25,0 %, 20,0 - 21,9 %, 18,2 - 20,3 % та 25,5 - 31,2 %; глибокого карієсу – 0,6 - 0 % для 17-го та 0,6 - 1,6 % для 27-го зубів;
- в західному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 24,0 - 19,4 %, 31,0 - 30,6 %, 29,6 - 41,7 % та 26,8 - 27,8 %; середнього карієсу – 14,0 - 25,0 %, 21,1 - 27,7 %, 12,7 - 16,6 % та 15,5 - 27,8 %; глибокого карієсу – 1,4 - 0 % для 17-го та 0 - 2,7 % для 47-го зубів;
- в східному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 24,4 - 22,2 %, 33,3 - 16,7 %, 37,8 - 25,0 % та 28,9 - 11,1 % ($p = 0,054$); середнього карієсу – 13,4 - 13,9 %, 22,2 - 30,6 %, 37,8 - 33,3 % та 31,1 - 33,3 %; глибокого карієсу – 2,2 - 5,5 % для 27-го та 0 - 2,8 % для 37-го зубів.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх третіх (18, 28), або нижніх третіх (38, 48) молярів соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.35):

- для 18-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 17,6 % в центральному регіоні до 21,3 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 4,1 - 4,6 % в північному й центральному регіонах до 12,7 % в південному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в північному регіоні (80,0 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні (55,6 %);
- для 28-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 13,3 % в центральному регіоні до 24,4 - 27,7 % в північному ($p < 0,05$), південному ($p < 0,05$) та східному ($p = 0,070$) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 1,4 % в західному регіоні до 6,9 % в північному регіоні; *відсутність карієсу* в центральному регіоні (83,0 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у північному (68,1 %) й східному (68,9 %) регіонах та має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,053$), ніж у південному регіоні (70,2 %);
- для 38-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 15,2 - 15,3 % в центральному й північному регіонах до 36,2 % в південному регіоні ($p < 0,01$); частота *середнього карієсу* – від 0 % в південному регіоні до 5,5 % в північному регіоні; *відсутність карієсу* в південному регіоні (63,8 %) статистично значуще менша ($p < 0,05$), ніж у центральному регіоні (80,0 %) та має тенденцію до менших значень ($p = 0,068$), ніж у північному регіоні (79,2 %);
- для 48-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,1 - 11,5 % в східному й центральному регіонах до 25,0 - 29,8 % в північному ($p < 0,01$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,069$ порівняно з східним регіоном), західному ($p < 0,05 - 0,01$) та південному ($p < 0,05 - 0,01$) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 2,2 - 3,0 % в східному, західному й центральному регіонах до 8,3 % в північному регіоні ($p = 0,070$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в центральному (85,5 %) й східному (86,7 %)

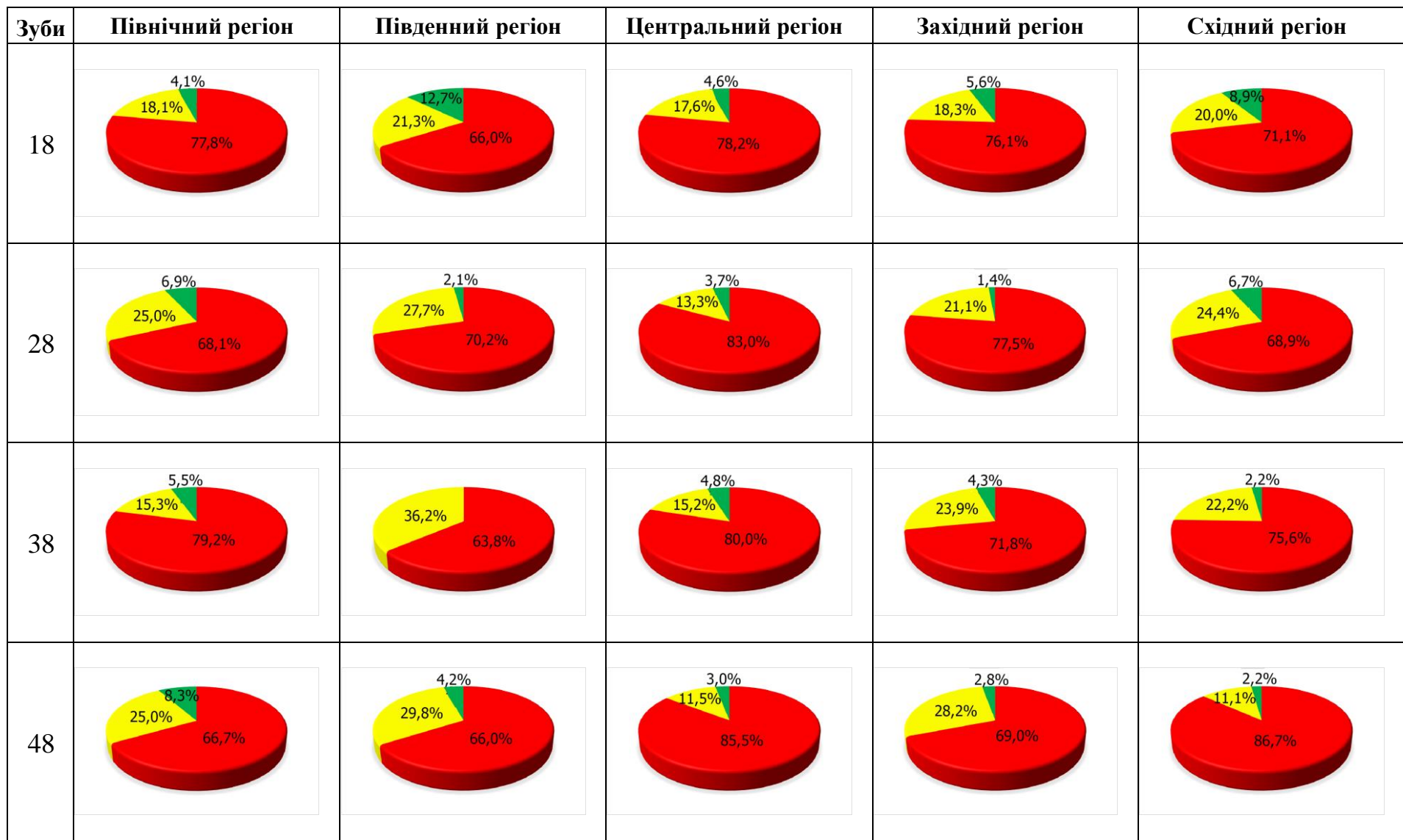


Рис. 3.35. Частота ураження карієсом верхніх і нижніх третів молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

регіонах статистично значуще більша ($p < 0,05 - 0,01$), ніж у північному (66,7 %), південному (66,0 %) й західному (71,8 %) регіонах.

При співставленні частоти ураження карієсом верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними КПКТ, встановлено (рис. 3.36):

- для 18-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,4 % в північному регіоні до 27,8 % в західному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 8,6 % в північному регіоні до 13,9 % в південному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 5,5 % лише в південному регіоні ($p = 0,060$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в північному регіоні (80,0 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні (55,6 %);
- для 28-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 11,1 - 14,1 % в східному й центральному регіонах до 27,8 % в західному ($p = 0,070$ порівняно з східним регіоном) й 30,6 % в південному ($p < 0,05$ порівняно з східним регіоном; $p = 0,051$ порівняно з центральним регіоном) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 2,7 % в південному регіоні до 15,6 % в центральному ($p = 0,052$) та 25,7 % в північному ($p < 0,01$) регіонах; частота *глибокого карієсу* – 5,6 % лише в східному регіоні ($p = 0,060$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність карієсу* в північному регіоні (51,4 %) має тенденції до менших значень ($p = 0,065 - 0,070$), ніж у центральному (70,3 %) та східному (72,2 %) регіонах;
- для 38-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 13,9 % в східному регіоні до 30,6 % в південному регіоні; частота *середнього карієсу* – від 8,3 % в південному й західному регіонах до 11,1 % в східному регіоні; частота *глибокого карієсу* – 1,6 - 2,8 % лише в центральному й західному регіонах;
- для 48-го зуба частота *поверхневого карієсу* складає від 8,3 - 14,1 % в східному й центральному регіонах до 36,1 % в південному ($p < 0,05 - 0,01$) й західному ($p < 0,05 - 0,01$) регіонах; частота *середнього карієсу* – від 2,8 % в західному й східному регіонах до 11,1 % в південному регіоні; *відсутність карієсу* в східному регіоні (88,9 %) статистично значуще більша ($p < 0,05$ –

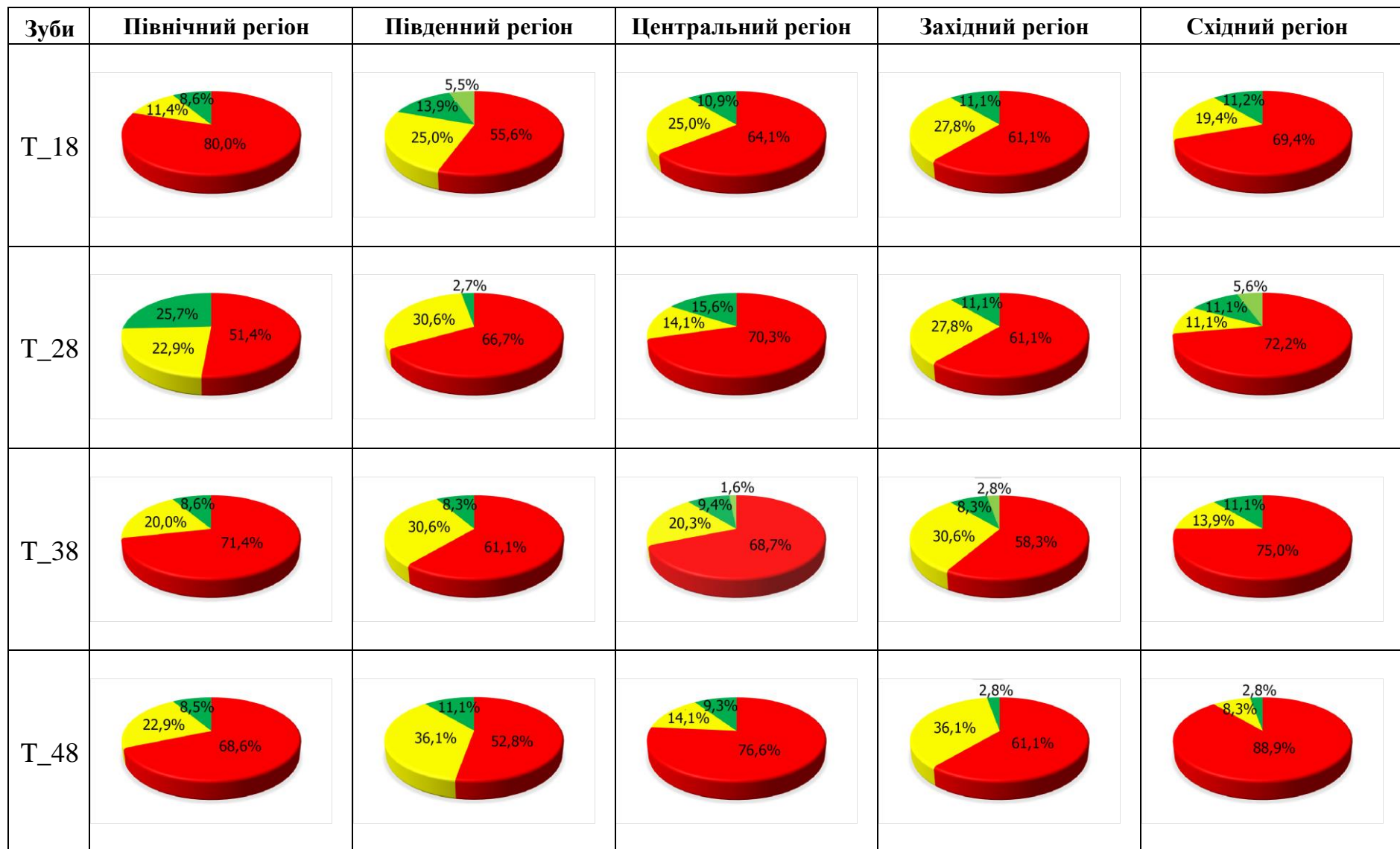


Рис. 3.36. Частота ураження карієсом верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів

України за даними КПКТ (Т).

0,01), ніж у південному (68,6 %), південному (52,8 %) й західному (61,1 %) регіонах, а в центральному регіоні (76,6 %) – статистично значуще більша ($p < 0,05$), ніж у південному регіоні.

При порівнянні частоти ураження карієсом верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.35-3.36):

- в північному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 18,1 - 11,4 %, 25,0 - 22,9 %, 15,3 - 20,0 % та 25,0 - 22,9 %; середнього карієсу – 4,1 - 8,6 %, 6,9 - 25,7 % ($p < 0,01$), 5,5 - 8,6 % та 8,3 - 8,5 %;
- в південному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 21,3 - 25,0 %, 27,7 - 30,6 %, 36,2 - 30,6 % та 29,8 - 36,1 %; середнього карієсу – 12,7 - 13,9 %, 2,1 - 2,7 %, 0 - 8,3 % ($p < 0,01$) та 4,2 - 11,1 %; глибокого карієсу – лише для 18-го зуба 0 - 5,5 %;
- в центральному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 17,6 - 25,0 %, 13,3 - 14,1 %, 15,2 - 20,3 % та 11,5 - 14,1 %; середнього карієсу – 4,6 - 10,9 % ($p = 0,059$), 3,7 - 15,6 % ($p < 0,01$), 4,8 - 9,4 % та 3,0 - 9,3 % ($p < 0,05$); глибокого карієсу – лише для 38-го зуба 0 - 1,6 %; відсутність карієсу – 83,0 - 70,3 % ($p < 0,05$) для 28-го зуба та 80,0 - 68,7 % ($p = 0,070$) для 38-го зуба;
- в західному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 18,3 - 27,8 %, 21,1 - 27,8 %, 23,9 - 30,6 % та 28,2 - 36,1 %; середнього карієсу – 5,6 - 11,1 %, 1,4 - 11,1 % ($p < 0,05$), 4,3 - 8,3 % та 2,8 - 2,8 %; глибокого карієсу – лише для 38-го зуба 0 - 2,8 %; відсутність карієсу – лише для 28-го зуба 77,5 - 61,1 % ($p = 0,070$);
- в східному регіоні частота поверхневого карієсу відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 20,0 - 19,4 %, 24,4 - 11,1 %, 22,2 - 13,9 % та 11,1 - 8,3 %; середнього карієсу – 8,9 - 11,2 %, 6,7 - 11,1 %, 2,2 - 11,1 % та 2,2 - 2,8 %; глибокого карієсу – лише для 28-го зуба 0 - 5,6 %.

При співставленні частоти відсутності верхніх перших (16, 26), або нижніх перших (36, 46) молярів, або коронок цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.37):

- для 16-го зуба частота відсутності складає від 1,4 % в західному регіоні до 7,9 % в центральному ($p=0,055$) та 37,8 в північному ($p=0,057$) регіонах; частота відсутності коронки – 1,4 - 2,3 % лише в західному й східному ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном) регіонах;
- для 26-го зуба частота відсутності складає від 0 % в південному регіоні до 6,7 % в центральному регіоні ($p=0,070$); наявність здорових зубів в південному регіоні (93,3 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p=0,070$), ніж у центральному регіоні (100 %);
- для 36-го зуба частота відсутності складає від 8,5 % в центральному регіоні до 19,7 - 20,0 % в західному ($p<0,05$) й східному ($p<0,05$) регіонах; частота відсутності коронки – 0,5 - 1,4 % лише в центральному й північному регіонах; наявність здорових зубів в центральному регіоні (91,0 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у західному (80,3 %) й східному (80,0 %) регіонах;
- для 46-го зуба частота відсутності складає від 8,5 % в центральному регіоні до 20,0 % в східному регіоні ($p<0,05$); частота відсутності коронки – лише 1,4 % в західному регіоні; наявність здорових зубів в центральному регіоні (91,5 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у східному регіоні (80,0 %).

При співставленні частоти відсутності верхніх других (17, 27), або нижніх других (37, 47) молярів, або коронок цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.38):

- для 17-го зуба частота відсутності складає від 0 % в центральному регіоні до 2,1 - 2,8 % в північному ($p<0,05$), південному ($p=0,062$) й східному ($p=0,056$) регіонах; наявність здорових зубів в центральному регіоні (100

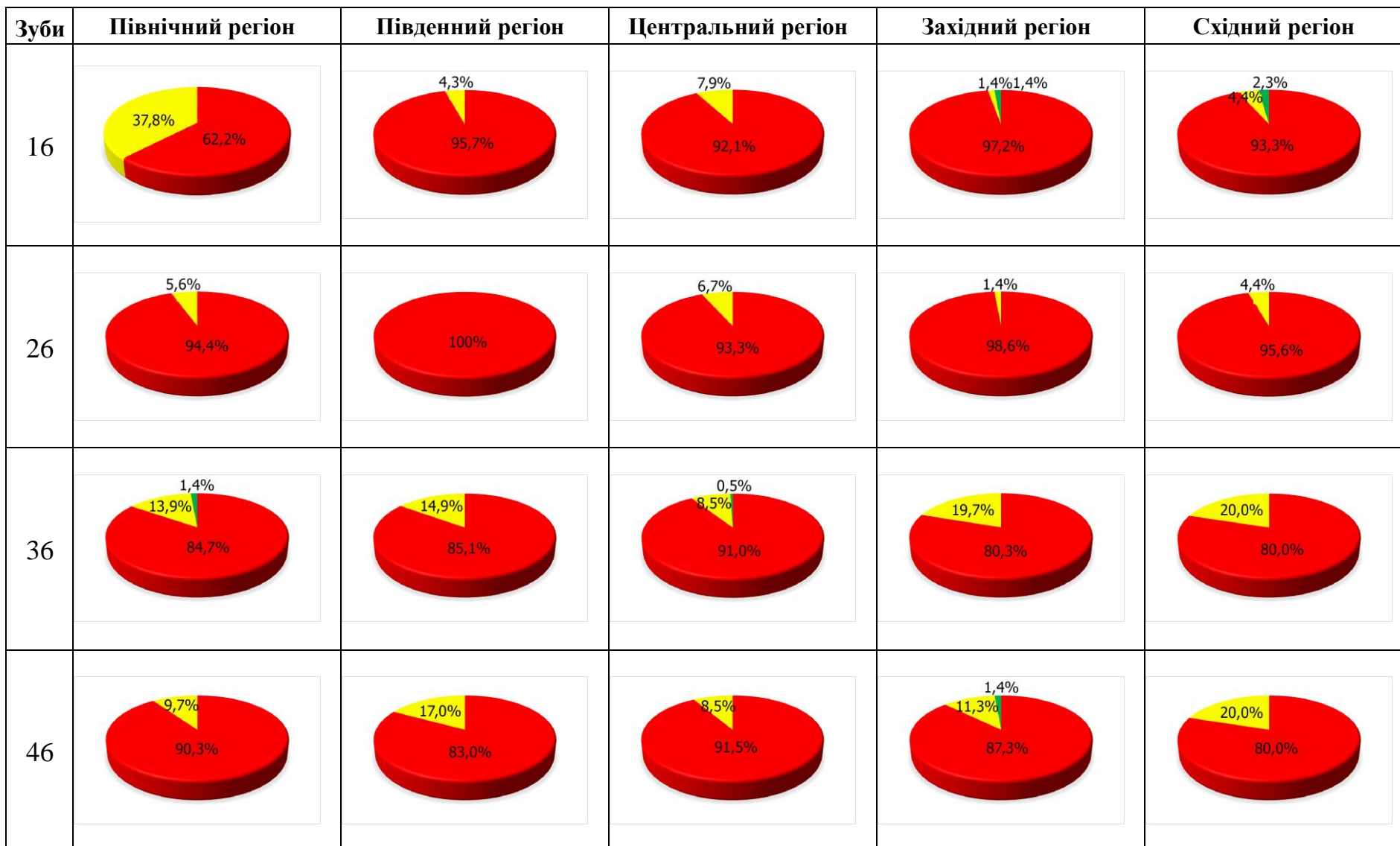


Рис. 3.37. Частота відсутності верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

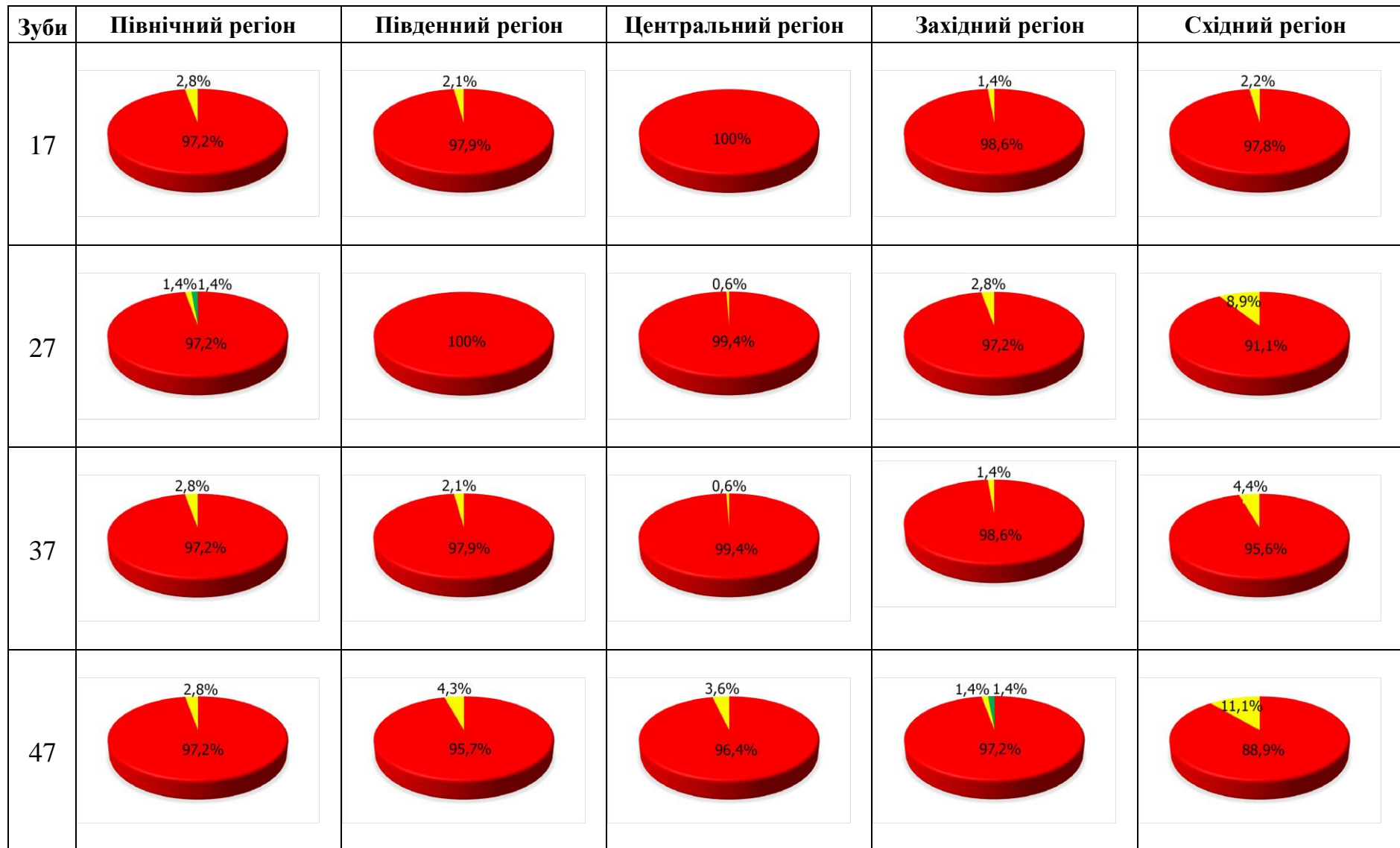


Рис. 3.38. Частота відсутності верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

%) має статистично значуще більші значення ($p < 0,05$), ніж у північному регіоні (97,2 %) та тенденції до більших значень ($p = 0,056-0,062$), ніж у східному (97,8 %) та південному (97,9 %) регіонах;

- для 27-го зуба частота *відсутності* складає від 0 % в південному та 0,6 - 1,4 % в центральному й північному регіонах до 8,9 % в східному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$ порівняно з південним й центральним регіонами; $p = 0,054$ порівняно з північним регіоном) регіонах; *наявність здорових зубів* в східному регіоні (91,1 %) має статистично значуще менші значення ($p < 0,05 - 0,01$), ніж у південному (100 %) й центральному (99,4 %) регіонах;
- для 37-го зуба частота *відсутності* складає від 0,6 % в центральному регіоні до 4,4 % в східному регіоні ($p = 0,057$); *наявність здорових зубів* в центральному регіоні (99,4 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p = 0,057$), ніж у східному регіоні (95,6 %);
- для 47-го зуба частота *відсутності* складає від 1,4 - 3,6 % в західному, північному й центральному регіонах до 11,1 % в східному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з західним й центральним регіонами; $p = 0,067$ порівняно з північним регіоном); частота *відсутності коронки* – лише 1,4 % в західному регіоні; *наявність здорових зубів* в східному регіоні (88,9 %) має статистично значуще менші значення ($p < 0,05$), ніж у центральному регіоні (96,4 %) та тенденції до менших значень ($p = 0,067-0,070$), ніж у північному (97,2 %) та західному (97,2 %) регіонах.

При співставленні частоти *відсутності* верхніх третіх (18, 28), або нижніх третіх (38, 48) молярів, або *коронки* цих зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.39):

- для 18-го зуба частота *відсутності* складає від 32,4 % в західному регіоні до 48,9 % в південному регіоні ($p = 0,070$); *наявність здорових зубів* в західному регіоні (67,6 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у південному регіоні (51,1 %);
- для 28-го зуба частота *відсутності* складає від 26,8 % в західному регіоні

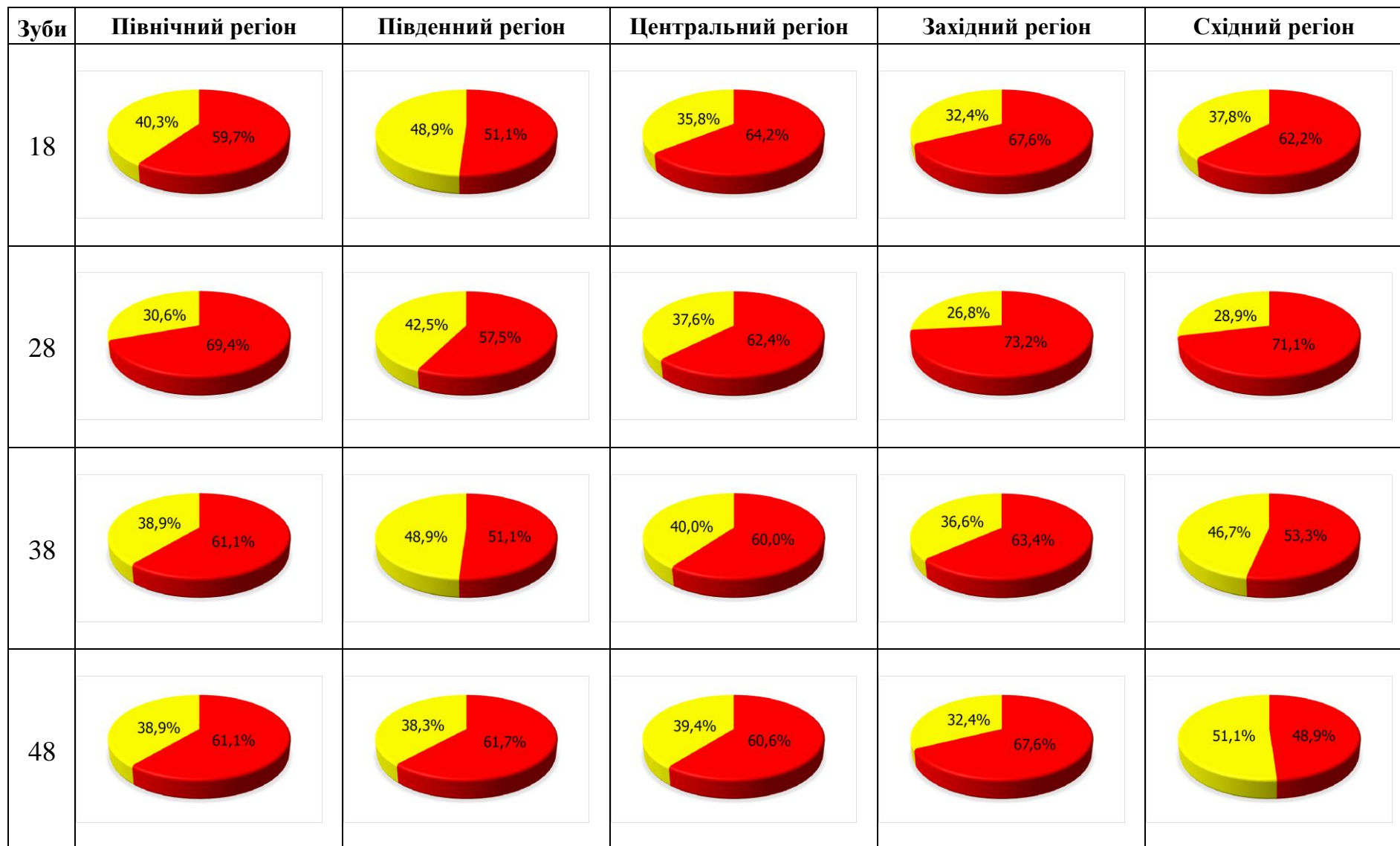


Рис. 3.39. Частота відсутності верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

до 42,5 % в південному регіоні ($p=0,070$); наявність здорових зубів в західному регіоні (73,2 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p=0,070$), ніж у південному регіоні (57,5 %);

- для 38-го зуба частота відсутності складає від 36,6 - 38,9 % в західному й північному регіонах до 48,9 % в південному регіоні;
- для 48-го зуба частота відсутності складає від 32,4 % в західному регіоні до 51,1 % в східному регіоні ($p<0,05$); наявність здорових зубів в західному регіоні (67,6 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у східному регіоні (48,9 %).

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх перших (16, 26), або нижніх перших (36, 46) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено (рис. 3.40):

- для 16-го зуба частота цілісних пломб складає від 11,1 % в північному й східному регіонах до 19,2 % в південному регіоні; частота вторинного карієсу – від 0 - 1,2 % в південному й центральному регіонах до 5,6 % в західному регіоні ($p<0,05$ порівняно з центральним регіоном); частота сколу пломби – від 0 % в західному регіоні до 4,5 % в східному регіоні ($p=0,070$);
- для 26-го зуба частота цілісних пломб складає від 8,9 % в східному регіоні до 15,5 % в західному регіоні; частота вторинного карієсу – від 0 % в західному регіоні до 6,7 % в східному регіоні ($p<0,05$); частота сколу пломби – 0,6 - 2,2 % лише в центральному й східному регіонах;
- для 36-го зуба частота цілісних пломб складає від 8,9 % в східному регіоні до 22,4 % в центральному ($p<0,05$), 25,4 % в західному ($p<0,05$) та 22,2 % в північному ($p=0,065$) регіонах; частота вторинного карієсу – від 0 % в південному й західному регіонах до 4,4 % в східному регіоні ($p=0,070$ порівняно з західним регіоном); частота сколу пломби – від 0 % в північному й центральному регіонах до 4,2 % в південному регіоні ($p=0,063$ порівняно з центральним регіоном);
- для 46-го зуба частота цілісних пломб складає від 11,1 - 19,4 % в східному,

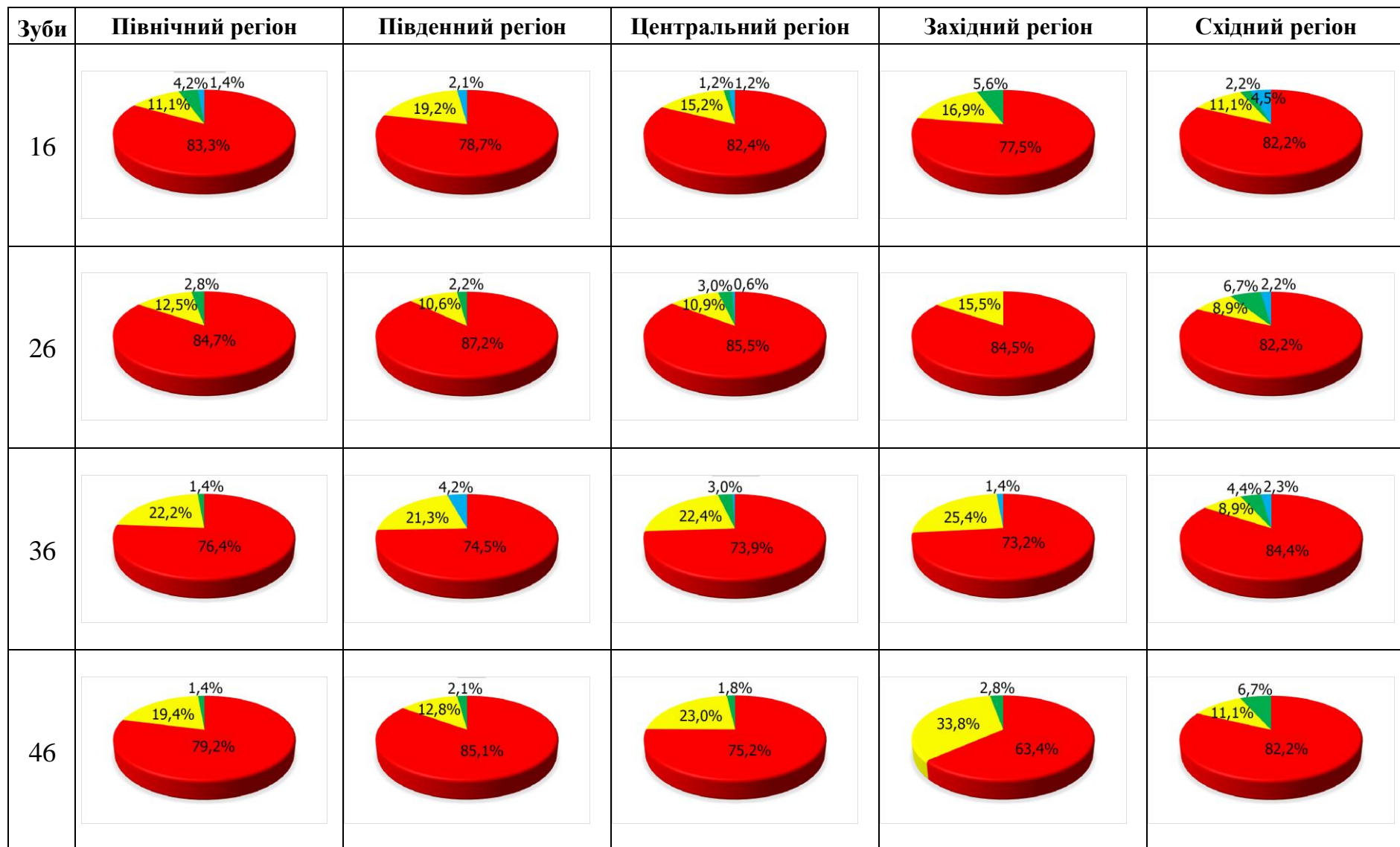


Рис. 3.40. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

південному й північному регіонах до 33,8 % в Західному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$ порівняно з східним і південним регіонами; $p = 0,054$ порівняно з північним регіоном); частота *вторинного карієсу* – від 1,4 % в північному регіоні до 6,7 % в східному регіоні; *відсутність пломб* в західному регіоні (63,4 %) має статистично значуще менші значення ($p < 0,05$), ніж у північному (79,2 %), південному (85,1 %) й східному (82,2 %) регіонах та тенденцію до менших значень ($p = 0,067$), ніж у центральному регіоні (75,2 %).

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.41):

- для 16-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 7,8 % в центральному регіоні до 20,0 % в північному регіоні ($p = 0,070$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному регіоні до 11,1 % в західному регіоні ($p < 0,05$); частота *сколу пломби* – від 0 % в центральному регіоні до 5,7 % в північному регіоні;
- для 26-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 6,3 % в центральному регіоні до 11,4 % в північному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному регіоні до 10,9 - 11,1 % в центральному ($p < 0,05$) й східному ($p < 0,05$) регіонах; частота *сколу пломби* – від 1,6 % в центральному регіоні до 5,6 - 5,7 % в західному й північному регіонах;
- для 36-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 8,3 - 8,6 % в східному й північному регіонах до 16,7 % в південному й західному регіонах; частота *вторинного карієсу* – 1,4 - 2,8 % лише в центральному й східному регіонах; частота *сколу пломби* – 2,7 - 8,3 % лише в південному й східному регіонах ($p < 0,05$ між східним і центральним регіонами);
- для 46-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 4,7 % в центральному регіоні до 13,9 % в західному й східному регіонах; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному регіоні до 6,2 % в центральному регіоні; частота *скола стінки зуба* – лише 2,8 % для 46-го; частота *сколу пломби* – від 0 % в північному й південному регіонах до 5,5 % в західному регіоні.

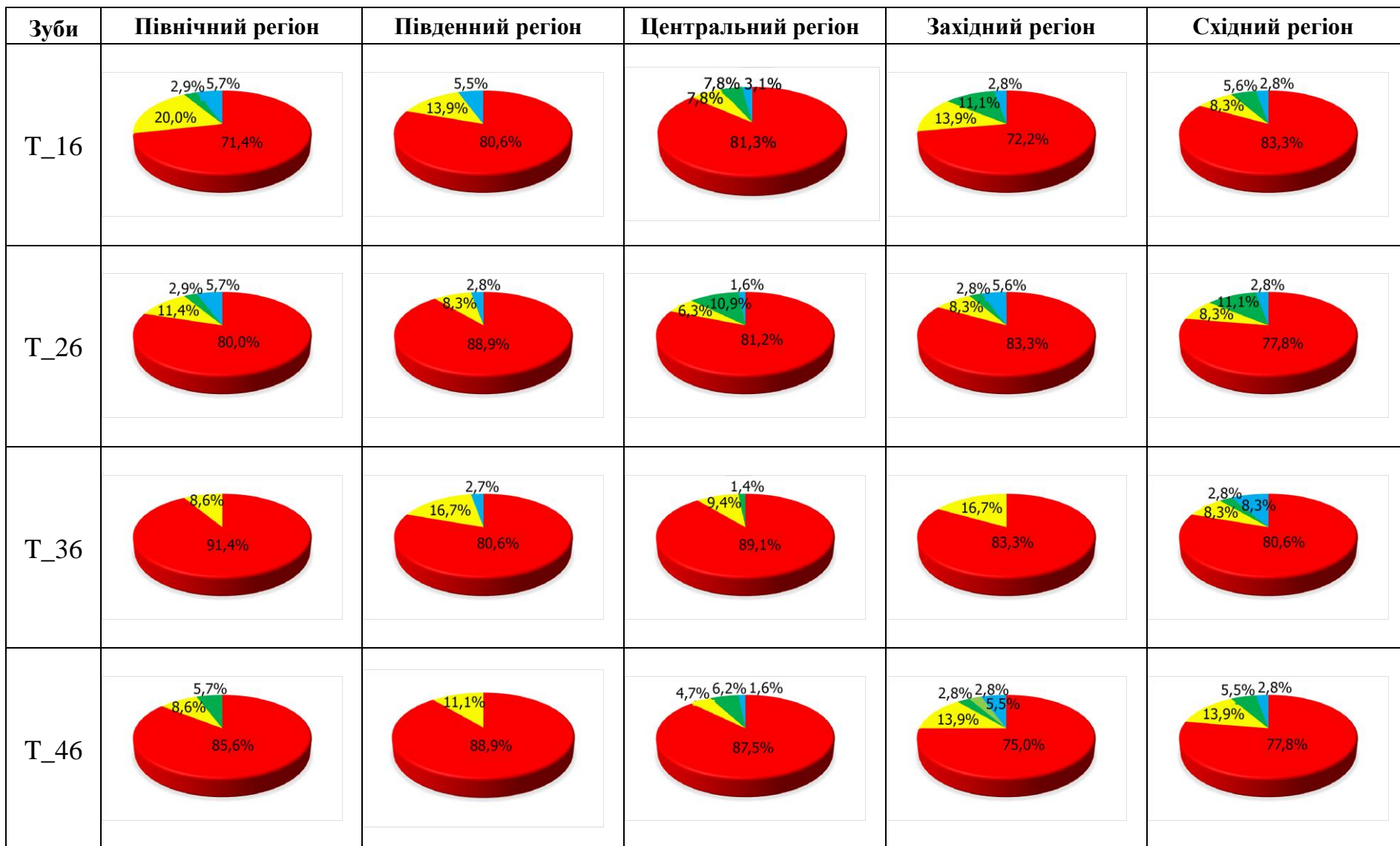


Рис. 3.41. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

При порівнянні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження з результатами КПКТ, встановлено (див. рис. 3.40-3.41):

- в північному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 11,1 - 20,0 %, 12,5 - 11,4 %, 22,2 - 8,6 % та 19,4 - 8,6 %; вторинного карієсу – 4,2 - 2,9 %, 2,8 - 2,9 %, 1,4 - 0 % та 1,4 - 5,7 %; скола пломби – 1,4 - 5,7 % для 16-го та 0 - 5,7 % ($p < 0,05$) для 26-го зубів; відсутності пломб – лише для 36-го зуба 76,4 - 91,4 % ($p = 0,064$);
- в південному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 19,2 - 13,9 %, 10,6 - 8,3 %, 21,3 - 16,7 % та 12,8 - 11,1 %; вторинного карієсу – 2,2 - 0 % для 26-го та 2,1 - 0 % для 46-го зубів; скола пломби – 2,1 - 5,5 %, 0 - 2,8 %, 4,2 - 2,7 % та 0 - 0 %;
- в центральному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 15,2 - 7,8 %, 10,9 - 6,3 %, 22,4 - 9,4 % ($p < 0,05$) та 23,0 - 4,7 % ($p < 0,01$); вторинного карієсу – 1,2 - 7,8 % ($p < 0,01$), 3,0 - 10,9 % ($p < 0,05$), 3,0 - 1,4 % та 1,8 - 6,2 %; скола пломби – 1,2 - 3,1 %, 0,6 - 1,6 %, 0 - 0 % та 0 - 1,6 %; відсутності пломб – 73,9 - 89,1 % ($p < 0,05$) для 36-го та 75,2 - 87,5 % ($p < 0,05$) для 46-го зубів;
- в західному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 16,9 - 13,9 %, 15,5 - 8,3 %, 25,4 - 16,7 % та 33,8 - 13,9 % ($p < 0,05$); вторинного карієсу – 5,6 - 11,1 %, 0 - 2,8 %, 0 - 0 % та 2,8 - 2,8 %; скола стінки зуба – лише для 46-го зуба 0 - 2,8 %; скола пломби – 0 - 2,8 %, 0 - 5,6 % ($p < 0,05$), 1,4 - 0 % та 0 - 5,5 % ($p < 0,05$);
- в східному регіоні частота цілісних пломб відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 11,1 - 8,3 %, 8,9 - 8,3 %, 8,9 - 8,3 % та 11,1 - 13,9 %; вторинного карієсу – 2,2 - 5,6 %, 6,7 - 11,1 %, 4,4 - 2,8 % та 6,7 - 5,5 %; скола пломби – 4,5 - 2,8 %, 2,2 - 2,8 %, 2,3 - 8,3 % та 0 - 2,8 %.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу верхніх других (17, 27), або нижніх других (37, 47) молярів у соматично

здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.42):

- для 17-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 6,7 % в центральному й східному регіонах до 11,3 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 1,2 % в центральному регіоні до 4,2 - 4,3 % в північному, південному й західному регіонах; частота *сколу пломби* – від 0 % в західному й східному регіонах до 2,1 % в південному регіоні;
- для 27-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 6,4 % в південному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному й 0,6 % в центральному регіонах до 5,7 % в східному регіоні ($p < 0,05 - 0,01$); частота *сколу пломби* – 0,6 % лише в центральному регіоні;
- для 37-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 6,7 % в східному регіоні до 23,9 % в західному регіоні ($p < 0,05$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному регіоні до 4,4 % в східному регіоні ($p = 0,070$); частота *сколу пломби* – від 0 % в північному й західному регіонах до 2,1 - 2,2 % в південному й східному регіонах;
- для 47-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 6,4 % в південному регіоні до 20,8 % в північному ($p < 0,05$) та 21,1 % в західному ($p < 0,05$) регіонах; частота *вторинного карієсу* – від 1,2 % в центральному регіоні до 4,5 % в східному регіоні; частота *сколу пломби* – 0,6 - 2,1 % лише в центральному й південному регіонах; *відсутність пломб* в південному регіоні (89,4 %) має незначну тенденцію до більших значень ($p = 0,070$), ніж у західному регіоні (76,1 %).

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.43):

- для 17-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 2,8 % в північному й південному регіонах до 11,1 % в західному й східному регіонах; частота *вторинного карієсу* – від 2,8 - 3,1 % в південному, східному й центральному регіонах до 8,3 - 8,6 % в західному й північному регіонах; частота *сколу плом-*

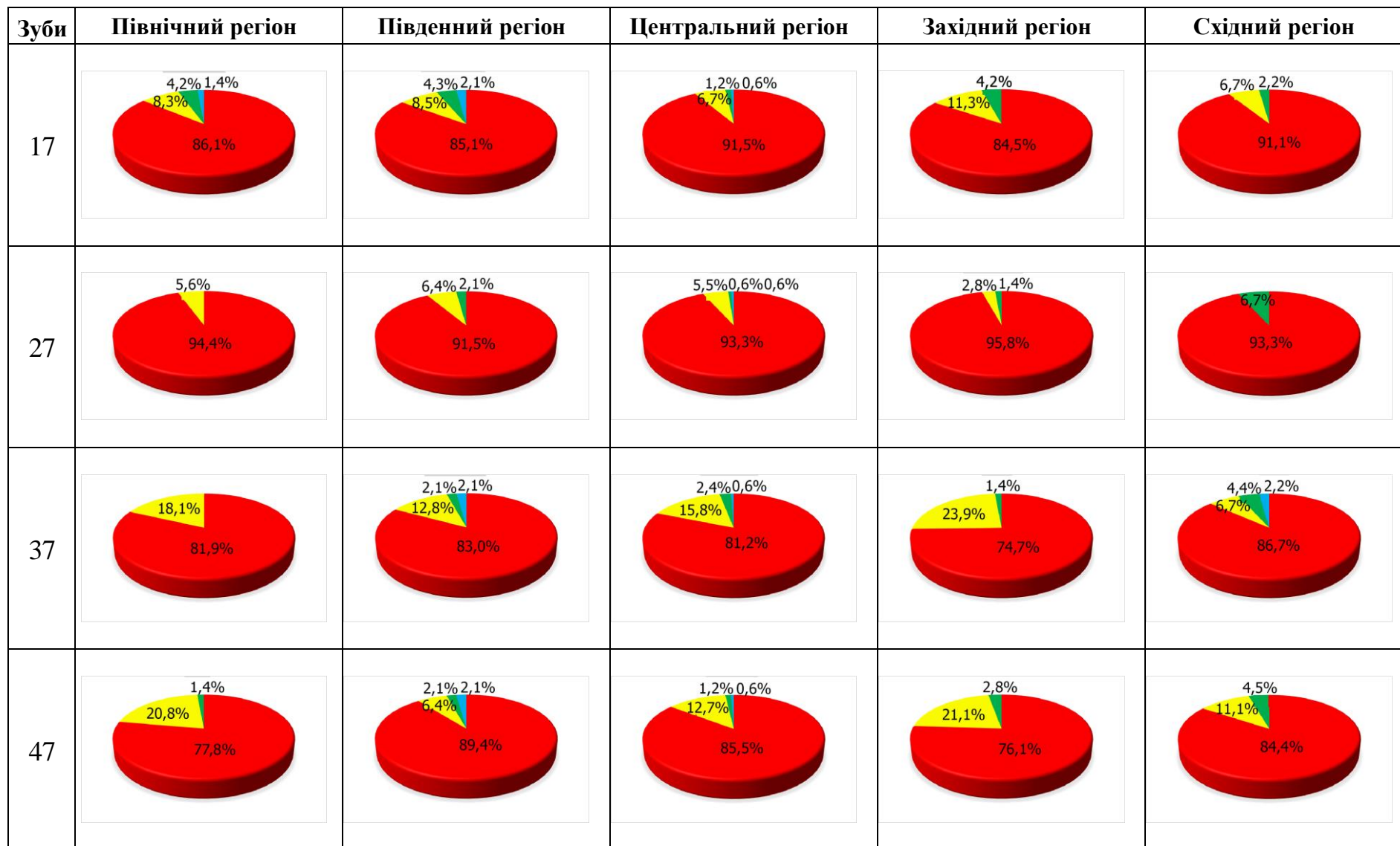


Рис. 3.42. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

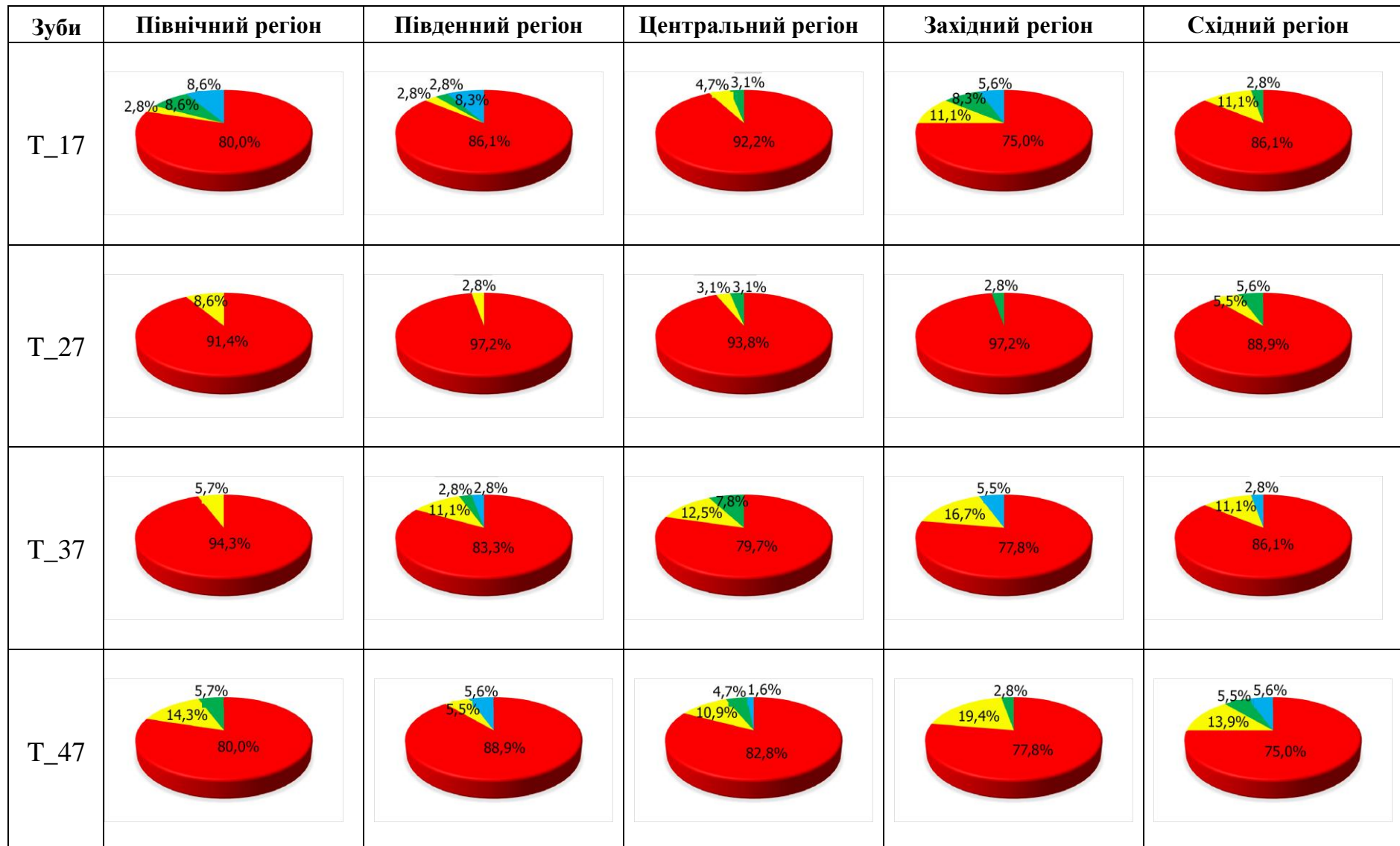


Рис. 3.43. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

би – від 0 % в центральному й східному регіонах до 5,6 % в західному ($p=0,060$ порівняно з центральним регіоном), 8,3 % в південному ($p<0,05$ порівняно з центральним регіоном) та 8,6 % північному ($p<0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p=0,070$ порівняно з східним регіоном) регіонах; *відсутність пломб* в центральному регіоні (92,2 %) має статистично значуще більше значення ($p<0,05$), ніж у західному регіоні (75,0 %) та незначну тенденцію до більших значень ($p=0,070$), ніж у північному регіоні (80,0 %);

- для 27-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в західному регіоні до 8,6 % в північному регіоні ($p=0,069$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному й південному регіонах до 5,6 % в східному регіоні;
- для 37-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 5,7 % в північному регіоні до 16,7 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 2,8 % в південному та 7,8 % в центральному регіонах; частота *сколу пломби* – від 0 % в північному й центральному регіонах до 5,5 % в західному регіоні ($p=0,060$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність пломб* в північному регіоні (94,3 %) має статистично значуще більше значення ($p<0,05$), ніж у західному регіоні (77,8 %) та виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у центральному регіоні (79,7 %);
- для 47-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 5,5 % в південному регіоні до 19,4 % в західному регіоні ($p=0,070$); частота *вторинного карієсу* – від 0 % в південному регіоні до 5,7 % в північному регіоні; частота *сколу пломби* – від 0 % в північному й західному регіонах до 5,6 % в південному й східному регіонах.

При порівнянні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.42-3.43):

- в *північному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 8,3 - 2,8 %, 5,6 - 8,6 %, 18,1 - 5,7 % та 20,8 - 14,3 %; *вторинного карієсу* – 4,2 - 8,6 % для 17-го та 0 - 5,7 % для 47-го зубів; *скола*

- пломби* – 1,4 - 8,6 % ($p=0,069$) лише для 17-го зуба;
- в *південному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 8,5 - 2,8 %, 6,4 - 2,8 %, 12,8 - 11,1 % та 6,4 - 5,5 %; *вторинного карієсу* – 4,3 - 2,8 %, 2,1 - 0 %, 2,1 - 2,8 % та 2,1 - 0 %; *скола пломби* – 2,1 - 8,3 %, 0 - 0 %, 2,1 - 2,8 % та 2,1 - 5,6 %;
 - в *центральному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 6,7 - 4,7 %, 5,5 - 3,1 %, 15,8 - 12,5 % та 12,7 - 10,9 %; *вторинного карієсу* – 1,2 - 3,1 %, 0,6 - 3,1 %, 2,4 - 7,8 % ($p=0,061$) та 1,2 - 4,7 %; *скола пломби* – 0,6 - 0 %, 0,6 - 0 %, 0,6 - 0 % та 0,6 - 1,6 %;
 - в *західному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 11,3 - 11,1 %, 2,8 - 0 %, 23,9 - 16,7 % та 21,1 - 19,4 %; *вторинного карієсу* – 4,2 - 8,3 %, 1,4 - 2,8 %, 1,4 - 0 % та 2,8 - 2,8 %; *скола пломби* – 0 - 5,6 % ($p<0,05$) для 17-го та 0 - 5,5 % ($p<0,05$) для 37-го зубів;
 - в *східному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 6,7 - 11,1 %, 0 - 5,5 %, 6,7 - 11,1 % та 11,1 - 13,9 %; *вторинного карієсу* – 2,2 - 2,8 %, 5,7 - 5,6 %, 4,4 - 0 % та 4,5 - 5,5 %; *скола пломби* – 2,2 - 2,8 % для 37-го та 0 - 5,6 % для 47-го зубів.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх третіх (18, 28), або нижніх третіх (38, 48) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.44):

- для 18-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 2,1 % в південному регіоні до 4,2 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 1,4 % в північному та 2,2 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном);
- для 28-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0,6 % в центральному регіоні до 2,2 % в східному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 2,2 % в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном); *відсутність пломб* в центральному регіоні (99,4 %) має тенденцію до більших значень ($p=0,063$), ніж у південному регіоні (95,7 %);

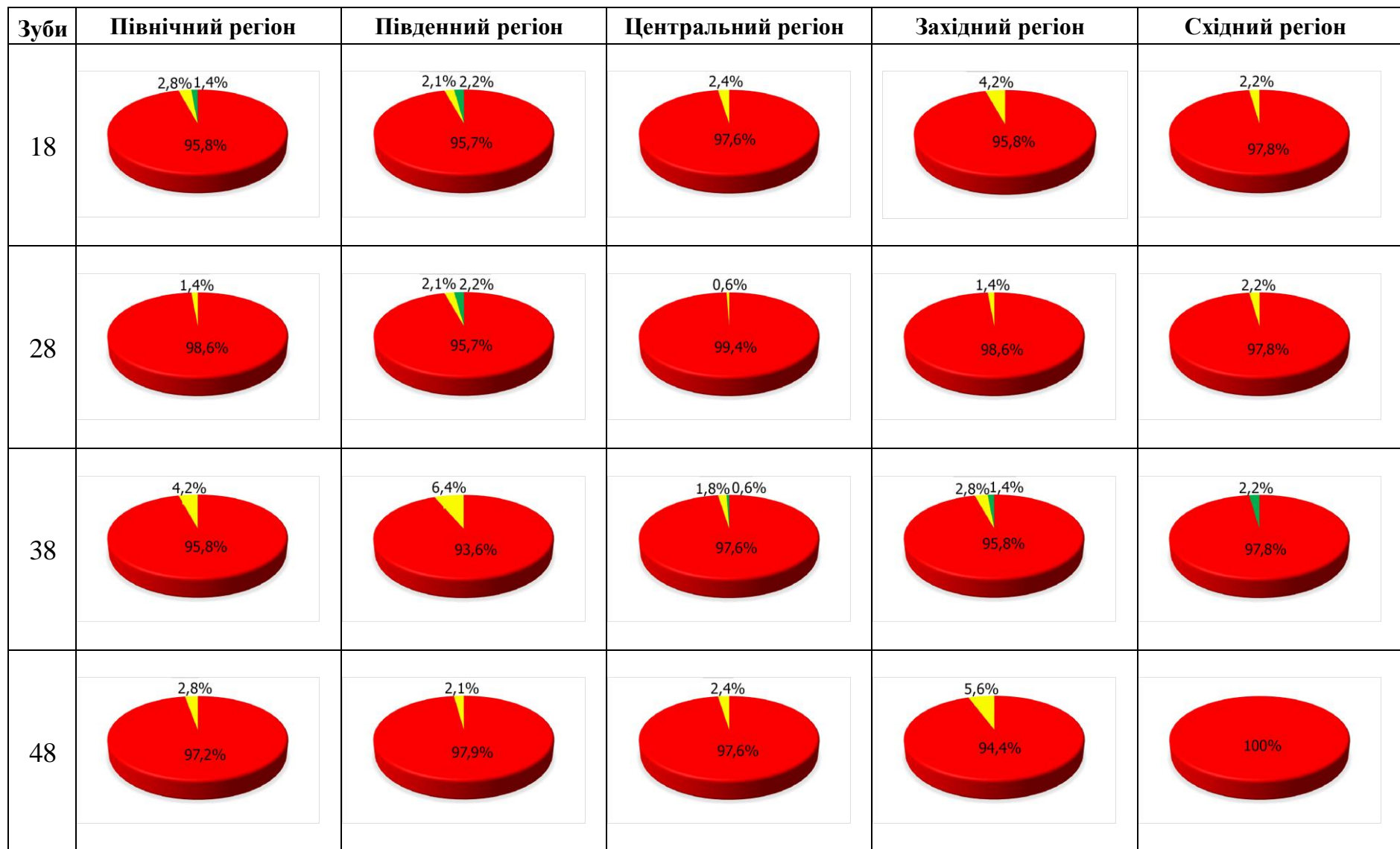


Рис. 3.44. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

- для 38-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 6,4 % в південному регіоні; частота *вторинного карієсу* – від 0 % в північному й південному регіонах до 2,2 % в східному регіоні;
- для 48-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 5,6 % в західному регіоні.

При співставленні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.45):

- для 18-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в південному регіоні до 5,6 - 5,7 % в західному й північному регіонах; частота *вторинного карієсу* – лише 2,7 - 2,8 % в західному й південному регіонах; частота *сколу пломби* – лише 2,8 - 2,9 % в південному й північному регіонах;
- для 28-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в центральному й західному регіонах до 2,8 % в інших регіонах; частота *вторинного карієсу* – 2,9 % лише в північному регіоні; *відсутність пломб* в центральному регіоні (100 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у північному регіоні (94,3 %);
- для 38-го зуба частота *цілісних пломб* складає від 0 % в східному регіоні до 11,1 % в південному регіоні ($p<0,05$); частота *вторинного карієсу* – лише 2,8 - 2,9 % в східному й північному регіонах; частота *сколу пломби* – лише 2,8 % в західному регіоні;
- для 48-го зуба частота *цілісних пломб* складає 0 % в східному регіоні до 5,5 % в західному регіоні; частота *вторинного карієсу* – лише 2,8 % в східному регіоні; частота *сколу пломби* – лише 2,8 % в західному регіоні.

При порівнянні *частоти та стану пломб*, а також *вторинного карієсу* верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.44-3.45):

- в *північному* регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 2,8 - 5,7 %, 1,4 - 2,8 %, 4,2 - 5,7 % та 2,8 - 2,9 %; *вторинно-*

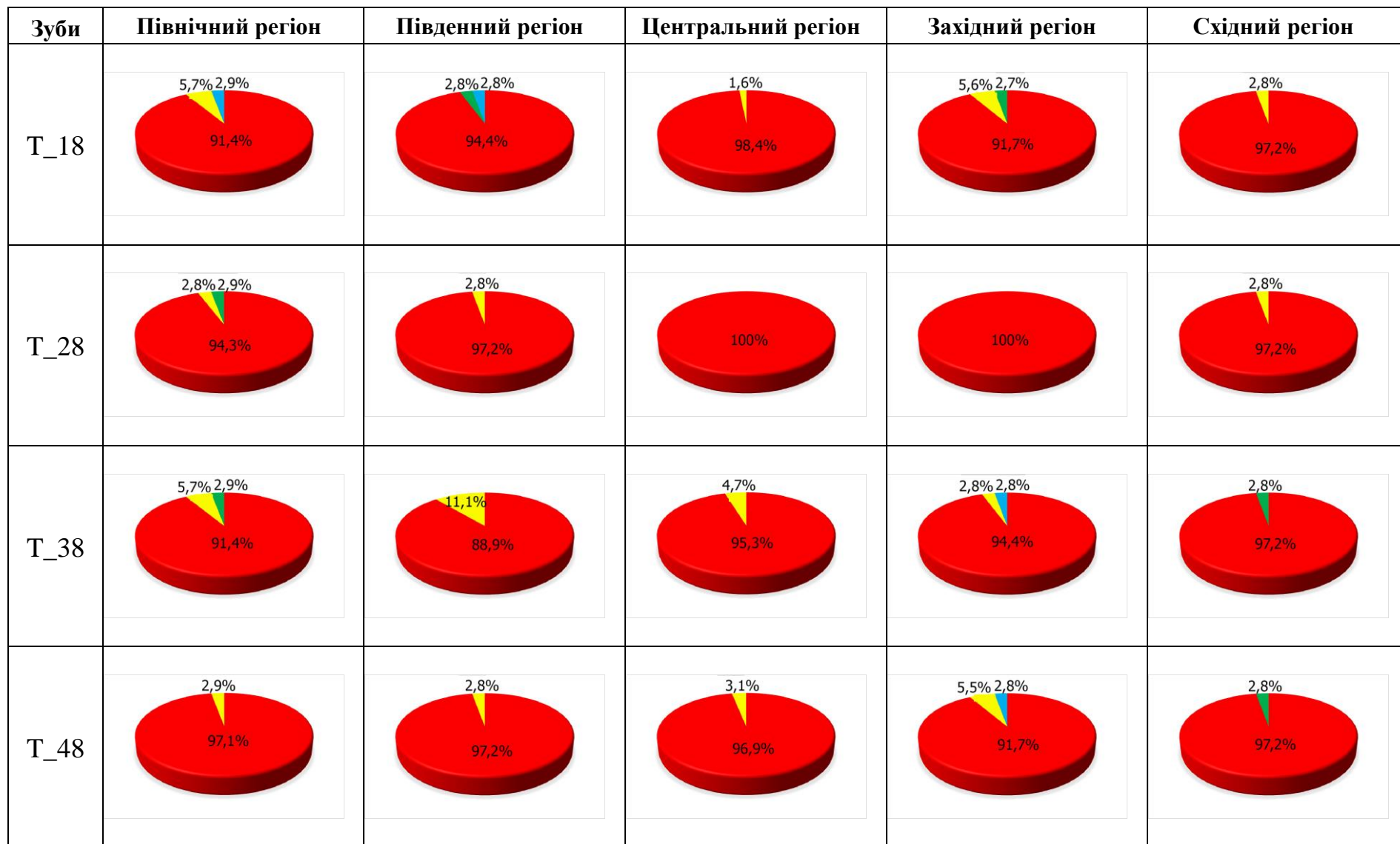


Рис. 3.45. Частота та стан пломб і вторинного карієсу верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

го карієсу – 1,4 - 0 %, 0 - 2,9 %, 0 - 2,9 % та 0 - 0 %; скола пломби – 0 - 2,9 % лише для 18-го зуба;

- в південному регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 2,1 - 0 %, 2,1 - 2,8 %, 6,4 - 11,1 % та 2,1 - 2,8 %; *вторинного карієсу* – 2,2 - 2,8 % для 18-го та 2,2 - 0 % для 28-го зубів; *скола пломби* – 0 - 2,8 % лише для 18-го зуба;
- в центральному регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 2,4 - 1,6 %, 0,6 - 0 %, 1,8 - 4,7 % та 2,4 - 3,1 %; *вторинного карієсу* – 0,6 - 0 % лише для 38-го зуба;
- в західному регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 4,2 - 5,6 %, 1,4 - 0 %, 2,8 - 2,8 % та 5,6 - 5,5 %; *вторинного карієсу* – 0 - 2,7 % для 18-го та 1,4 - 0 % для 38-го зубів; *скола пломби* – 0 - 2,8 % лише для 38-го та 48-го зубів;
- в східному регіоні частота *цілісних пломб* відповідно для 18, 28, 38 та 48-го зубів складає 2,2 - 2,8 %, 2,2 - 2,8 %, 0 - 0 % та 0 - 0 %; *вторинного карієсу* – 2,2 - 2,8 % для 38-го та 0 - 2,8 % для 48-го зубів.

При співставленні частоти *періодонтиту* верхніх перших (16, 26), або нижніх перших (36, 46) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено (рис. 3.46):

- для 16-го зуба *періодонтит* в усіх регіонах відсутній;
- для 26-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає лише 2,2 % в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном); частота *відсутності періодонтиту* – в центральному регіоні (100 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у східному регіоні (97,8 %);
- для 36-го зуба частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає лише 1,4 % в західному регіоні;
- для 46-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає лише 1,4 % в західному регіоні.

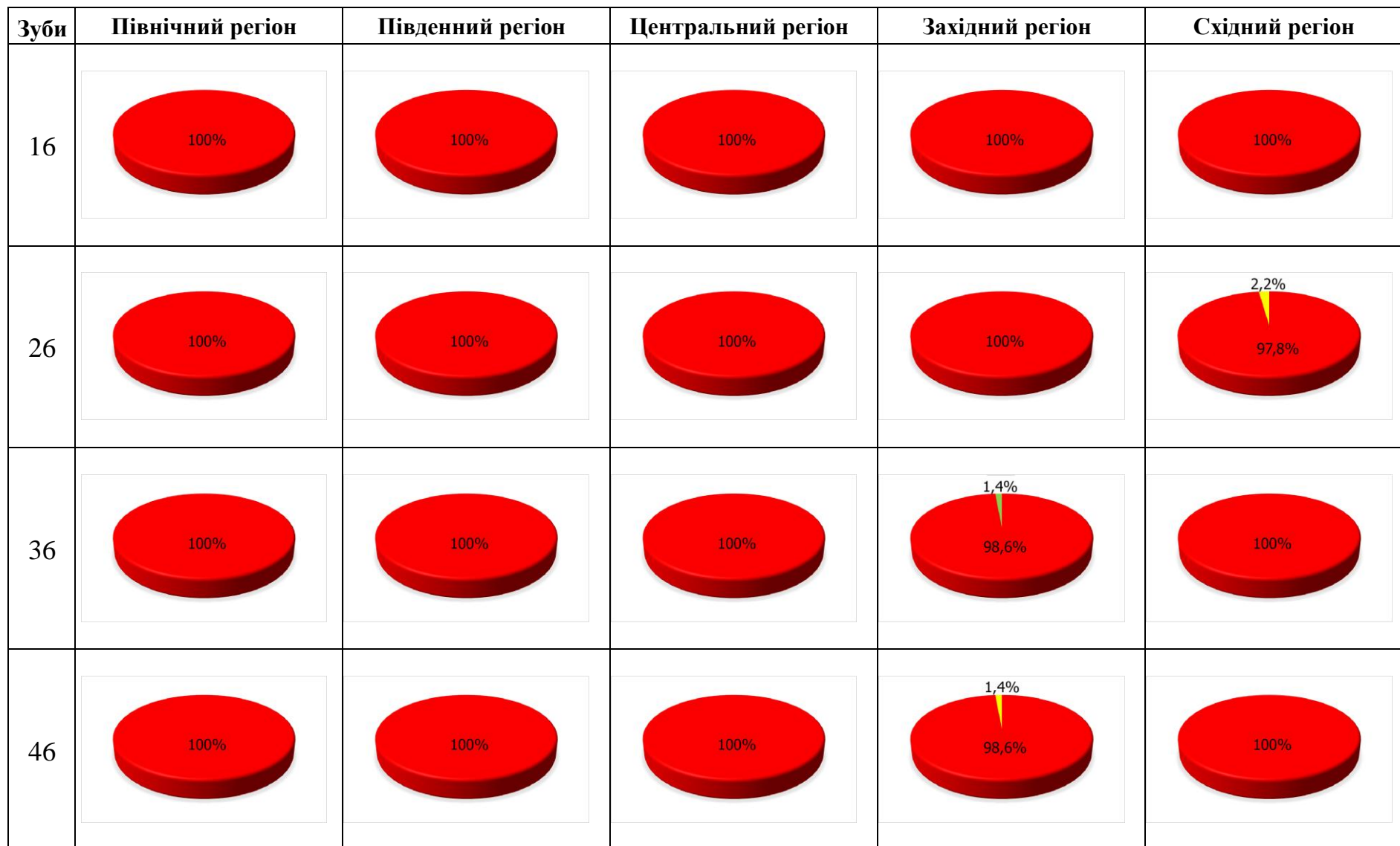


Рис. 3.46. Частота періодонтиту верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження.

При співставленні частоти *періодонтиту* верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.47):

- для 16-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в східному регіоні до 11,1,7 % в західному регіоні ($p < 0,05$); частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в північному й південному регіонах до 11,1 % в східному регіоні ($p < 0,05$); частота *кістогранулеми* – лише 3,1 % в центральному регіоні; частота *кіст* – лише 2,8 % в південному регіоні;
- для 26-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в західному регіоні до 8,3 % в східному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 1,6 % в центральному регіоні до 8,3 % в східному регіоні; частота *кістогранулеми* – лише 2,8 % в західному регіоні; частота *кіст* – лише 1,6 % в центральному регіоні;
- для 36-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 2,8 - 3,1 % в північному й центральному регіонах до 8,3 % в східному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в західному регіоні до 11,1 % в східному регіоні ($p < 0,05$); частота *кіст* – від 0 % в південному й східному регіонах до 5,6 % в західному регіоні;
- для 46-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному регіоні до 11,1 % в західному регіоні ($p < 0,05$); частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 2,9 % в північному регіоні до 8,3 % в південному регіоні; частота *кіст* – від 0 % в північному регіоні до 5,6 % в східному регіоні.

При порівнянні частоти *періодонтиту* верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.46-3.47):

- в *північному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 0 - 5,7 % ($p < 0,05$), 0 - 5,7 % ($p <$

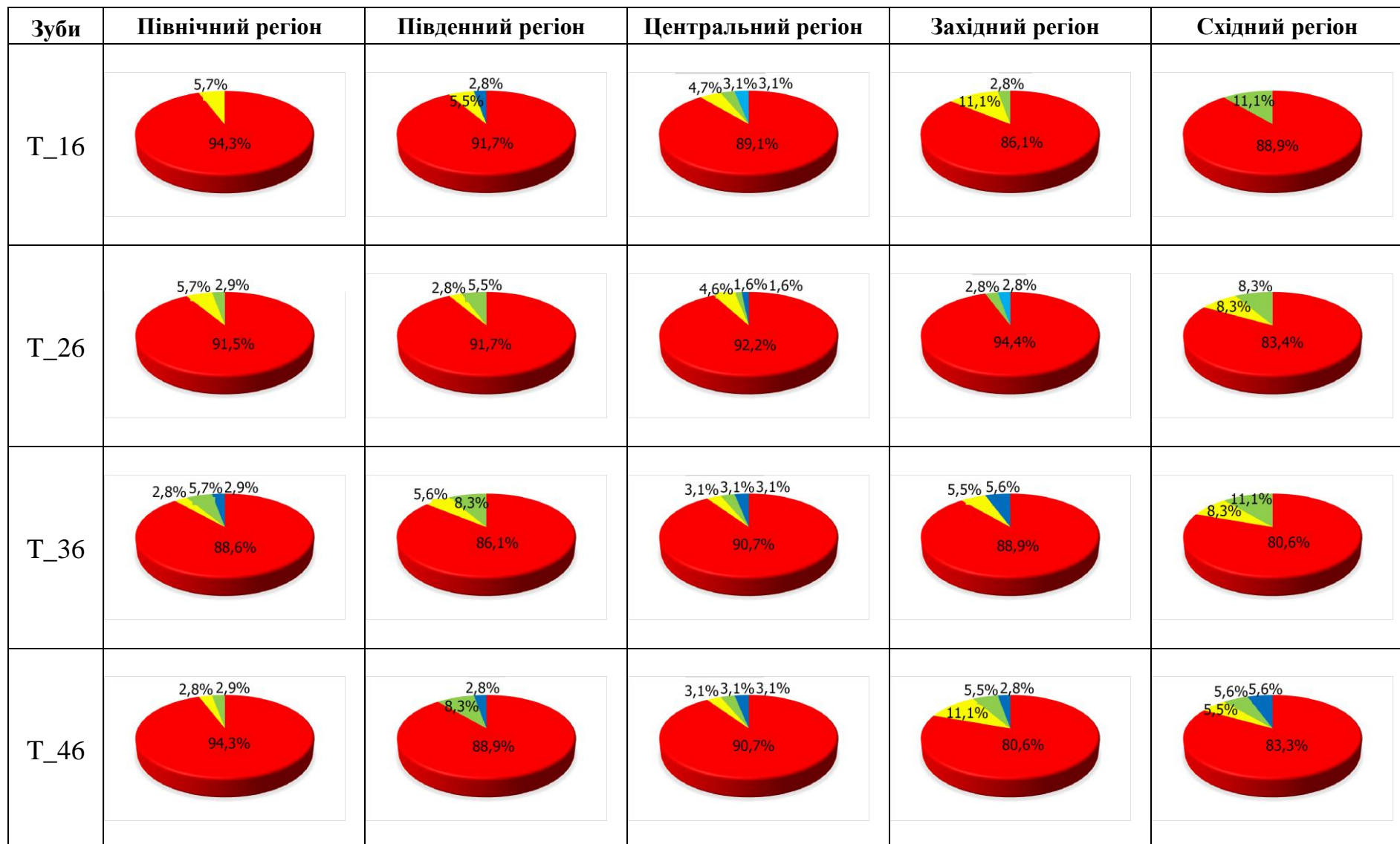


Рис. 3.47. Частота періодонтиту верхніх і нижніх перших молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

- 0,05), 0 - 2,8 % та 0 - 2,8 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 0 %, 0 - 2,9 %, 0 - 5,7 % ($p < 0,05$) та 0 - 2,9 %; *кіст* – 0 - 2,9 % лише для 36-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 94,3 % ($p < 0,05$), 100 - 91,5 % ($p < 0,05$), 100 - 88,6 % ($p < 0,01$) та 100 - 94,3 % ($p < 0,05$);
- в *південному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 0 - 5,5 %, 0 - 2,8 %, 0 - 5,6 % та 0 - 0 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 0 %, 0 - 5,5 %, 0 - 8,3 % ($p < 0,05$) та 0 - 8,3 % ($p < 0,05$); *кіст* – 0 - 2,8 % лише для 16-го та 46-го зубів; *відсутність періодонтиту* – 100 - 91,7 % ($p < 0,05$), 100 - 91,7 % ($p < 0,05$), 100 - 86,1 % ($p < 0,05$) та 100 - 88,9 % ($p < 0,05$);
 - в *центральному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 0 - 4,7 % ($p < 0,001$), 0 - 4,6 % ($p < 0,01$), 0 - 3,1 % ($p < 0,05$) та 0 - 3,1 % ($p < 0,05$); *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 3,1 % ($p < 0,05$), 0 - 1,6 %, 0 - 3,1 % ($p < 0,05$) та 0 - 3,1 % ($p < 0,05$); *кістогранулеми* – 0 - 3,1 % ($p < 0,05$) лише для 16-го зуба; *кіст* – 0 - 0 %, 0 - 1,6 %, 0 - 3,1 % ($p < 0,05$) та 0 - 3,1 % ($p < 0,05$); *відсутність періодонтиту* – 100 - 89,1 % ($p < 0,001$), 100 - 92,2 % ($p < 0,001$), 100 - 90,7 % ($p < 0,001$) та 100 - 90,7 % ($p < 0,001$);
 - в *західному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 0 - 11,1 % ($p < 0,01$), 0 - 0 %, 0 - 5,5 % ($p < 0,05$) та 1,4 - 11,1 % ($p < 0,05$); *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,8 %, 0 - 2,8 %, 1,4 - 0 % та 0 - 5,5 % ($p < 0,05$); *кістогранулеми* – 0 - 2,8 % лише для 26-го зуба; *кіст* – 0 - 5,6 % ($p < 0,05$) для 36-го та 0 - 2,8 % для 46-го зубів; *відсутність періодонтиту* – 100 - 86,1 % ($p < 0,01$), 100 - 94,4 % ($p < 0,05$), 100 - 88,9 % ($p < 0,05$) та 100 - 80,6 % ($p < 0,01$);
 - в *східному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 16, 26, 36 та 46-го зубів складає 0 - 0 %, 2,2 - 8,3 %, 0 - 8,3 % ($p = 0,052$) та 0 - 5,5 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 11,1 % ($p < 0,05$), 0 - 8,3 % ($p = 0,052$), 0 - 11,1 % ($p < 0,05$) та 0 - 5,6 %; *кіст* – 0 - 5,6 % лише для 46-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 88,9 % ($p < 0,05$),

100 - 83,4 % ($p < 0,05$), 100 - 80,6 % ($p < 0,01$) та 100 - 83,3 % ($p < 0,01$).

При співставленні частоти *періодонтиту* верхніх других (17, 27), або нижніх других (37, 47) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, в 100 % випадків *періодонтит* відсутній.

При співставленні частоти *періодонтиту* верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.48):

- для 17-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному регіоні до 2,9 % в північному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – лише 2,8 % в Західному й в східному регіонах; частота *кістогранулеми* – лише 1,5 % в центральному регіоні;
- для 27-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає лише 2,8 % в східному регіоні та 8,6 % в північному регіоні ($p < 0,05$ порівняно з центральним регіоном; $p = 0,070$ порівняно з південним і західним регіонами); частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – лише 1,6 % в центральному регіоні; частота *кіст* – лише 3,1 % в центральному регіоні; частота *відсутності періодонтиту* – в північному регіоні (91,4 %) має незначну тенденцію до менших значень ($p = 0,070$), ніж у південному (100 %) й західному регіонах (100 %);
- для 37-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в північному регіоні до 1,6 - 2,8 % в інших регіонах; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 1,6 - 5,5 % лише в центральному й східному регіонах; частота *кіст* – 1,6 - 2,8 % лише в центральному й східному регіонах; частота *відсутності періодонтиту* – в північному регіоні (100 %) має статистично значуще більші значення ($p < 0,05$), ніж у східному регіоні (88,9 %);
- для 47-го зуба частота *хронічного фіброзного періодонтиту* складає від 0 % в південному регіоні до 5,5 % в західному регіоні; частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* – від 0 % в південному й центральному

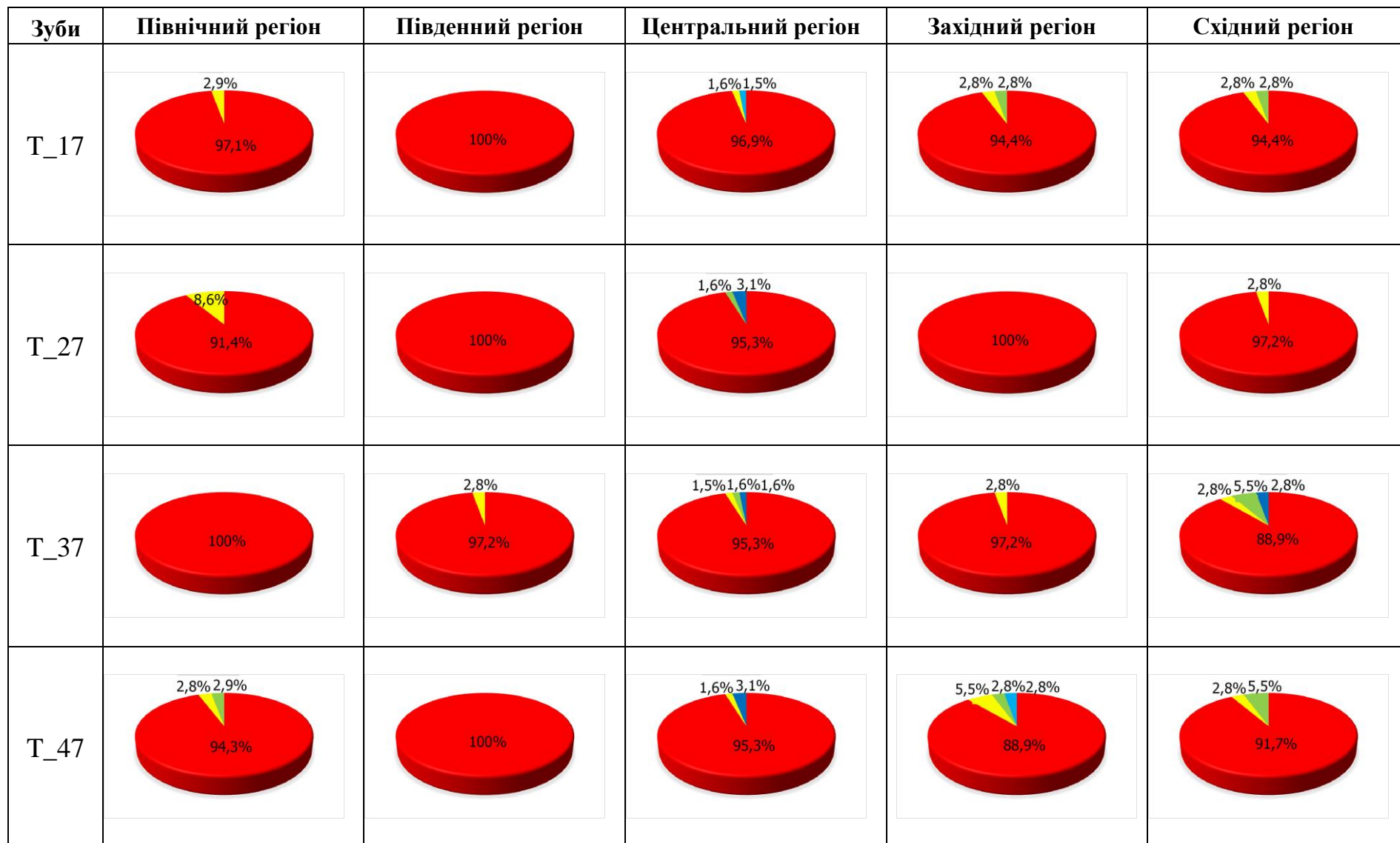


Рис. 3.48. Частота періодонтиту верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

регіонах до 5,5 % в східному регіоні ($p=0,060$ порівняно з центральним регіоном); частота *кістогранулеми* – лише 2,8 % в західному регіоні; частота *кіст* – лише 3,1 % в центральному регіоні; частота *відсутності періодонтиту* – в південному регіоні (100 %) має статистично значуще більші значення ($p<0,05$), ніж у західному регіоні (88,9 %).

При порівнянні *частоти періодонтиту* верхніх і нижніх других молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.48):

- в *північному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 0 - 2,9 %, 0 - 8,6 % ($p<0,05$), 0 - 0 % та 0 - 2,8 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,9 % лише для 47-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 91,4 % ($p<0,05$) для 27-го та 100 - 94,3 % ($p<0,05$) для 47-го зубів;
- в *південному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 0 - 0 %, 0 - 0 %, 0 - 2,8 % та 0 - 0 %;
- в *центральному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 0 - 1,6 %, 0 - 0 %, 0 - 1,5 % та 0 - 1,6 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 1,6 % лише для 27-го та 37-го зубів; *кістогранулеми* – 0 - 1,5 % лише для 17-го зуба; *кіст* – 0 - 0 %, 0 - 3,1 % ($p<0,05$), 0 - 1,6 % та 0 - 3,1 % ($p<0,05$); *відсутність періодонтиту* – 100 - 96,9 % ($p<0,05$), 100 - 95,3 % ($p<0,01$), 100 - 95,3 % ($p<0,01$) та 100 - 95,3 % ($p<0,01$);
- в *західному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 0 - 2,8 %, 0 - 0 %, 0 - 2,8 % та 0 - 5,5 % ($p<0,05$); *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,8 % лише для 17-го та 47-го зубів; *кістогранулеми* – 0 - 2,8 % лише для 47-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 94,4 % ($p<0,05$) для 17-го та 100 - 91,7 % ($p<0,01$) для 47-го зуба;

- в *східному* регіоні частота *хронічного фіброзного періодонтиту* відповідно для 17, 27, 37 та 47-го зубів складає 0 - 2,8 %, 0 - 2,8 %, 0 - 2,8 % та 0 - 2,8 %; *хронічного гранулематозного періодонтиту* – 0 - 2,8 %, 0 - 0 %, 0 - 5,5 % та 0 - 5,5 %; *кіст* – 0 - 2,8 % лише для 37-го зуба; *відсутність періодонтиту* – 100 - 88,9 % ($p < 0,05$) та 100 - 91,7 % ($p = 0,052$).

При співставленні *частоти періодонтиту* верхніх третіх (18, 28), або нижніх третіх (38, 48) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, в 100 % випадків *періодонтит* відсутній.

При співставленні *частоти періодонтиту* верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *КПКТ*, встановлено (рис. 3.49):

- для 18-го зуба в 100 % випадків *періодонтит* відсутній;
- для 28-го зуба частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає лише 2,8 % в південному регіоні;
- для 38-го зуба в 100 % випадків *періодонтит* відсутній;
- для 48-го зуба частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає лише 2,8 % в східному регіоні; частота *кіст* – лише 2,8 % в західному регіоні.

При порівнянні *частоти періодонтиту* верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження* з результатами *КПКТ*, встановлено (див. рис. 3.49):

- в *північному* регіоні *відсутність періодонтиту* в 100 % випадків;
- в *південному* регіоні лише частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає 0 - 2,8 % для 28-го зуба;
- в *центральному* регіоні *відсутність періодонтиту* в 100 % випадків;
- в *західному* регіоні лише частота *кіст* складає 0 - 2,8 % для 48-го зуба;
- в *східному* регіоні лише частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* складає 0 - 2,8 % для 48-го зуба.

При співставленні частоти пульпіту верхніх перших (16, 26), або нижніх перших (36, 46) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними стоматологічного обстеження, встановлено, що лише в

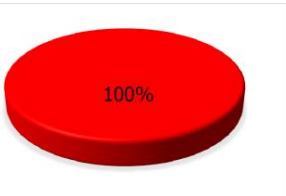

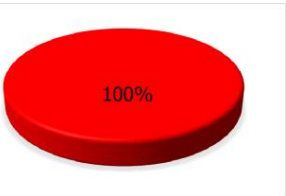
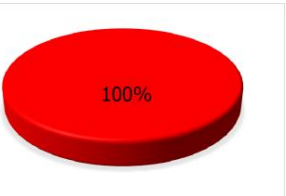
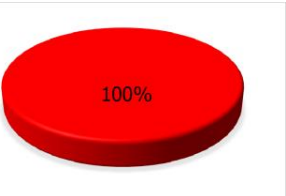
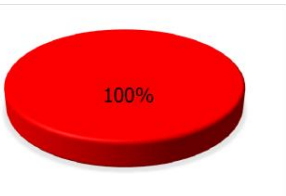
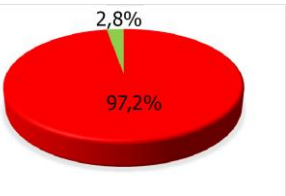
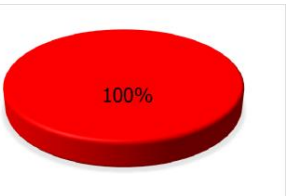
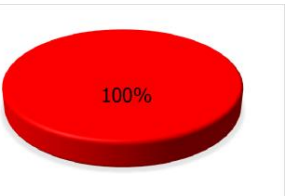









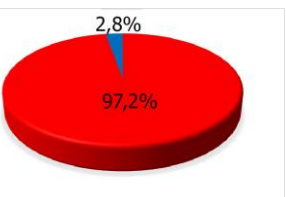
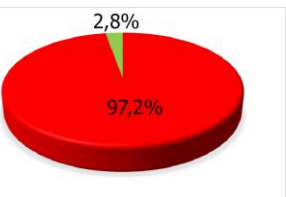
Зуби	Північний регіон	Південний регіон	Центральний регіон	Західний регіон	Східний регіон
T_18					
T_28					
T_38					
T_48					

Рис. 3.49. Частота періодонтиту верхніх і нижніх третіх молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними КПКТ (Т).

східному регіоні спостерігається в 2,2 % випадків *хронічного фіброзного пульпіту* 16-го зуба ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном); частота *відсутності пульпіту* 16-го зуба в центральному регіоні (100 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у східному регіоні (97,8 %).

При співставленні *частоти пульпіту* верхніх других (17, 27), або нижніх других (37, 47) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено, що лише в східному регіоні спостерігається в 2,2 % випадків *хронічний фіброзний пульпіт* 27-го зуба ($p=0,056$ порівняно з центральним регіоном); частота *відсутності пульпіту* 27-го зуба в центральному регіоні (100 %) має виражену тенденцію до більших значень ($p=0,056$), ніж у східному регіоні (97,8 %).

При співставленні *частоти пульпіту* верхніх третіх (18, 28), або нижніх третіх (38, 48) молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України, за даними *стоматологічного обстеження*, встановлено, що лише в південному регіоні спостерігається в 2,1 % випадків *хронічний фіброзний пульпіт* 18-го зуба ($p=0,062$ порівняно з центральним регіоном); частота *відсутності пульпіту* 18-го зуба в центральному регіоні (100 %) має тенденцію до більших значень ($p=0,062$), ніж у південному регіоні (97,9 %).

Таким чином, у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України встановлені частота поверхневого, середнього та глибокого карієсу, хронічного фіброзного, гранулюючого та гранулематозного періодонтиту, кістогранулем, кіст і хронічного фіброзного пульпіту різців, іклів, премолярів і молярів верхньої й нижньої щелеп, а також проведена оцінка стану зубів після терапевтичного лікування та відсутності зубів і коронок зубів за даними стоматологічного та комп'ютерного томографічного обстеження (за винятком частоти відсутності зубів та їх коронок).

Встановлені регіональні особливості ураження зубів у соматично здорових чоловіків. Враховуючи те, що досліджувані чоловіки були майже однорідними щодо віку, медичних й соціально-середовищних факторів виник-

нення карієсу та його наслідків, можна припустити, що різна мінералізація тканин зубів на індивідуальному рівні та різна частота їх ураження на популяційному рівні у значній мірі зумовлені генетичною схильністю до даної патології.

Отримані результати доводять, що застосування КПКТ, поряд із стандартним клінічним стоматологічним дослідженням, дозволяє більш коректно оцінити стан зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України.

3.2. Стан індексної оцінки порожнини рота

3.2.1. Індексна оцінка інтенсивності карієсу та рівня резистентності емалі зубів до карієсу.

При стоматологічному обстеженні в загальній групі соматично здорових чоловіків із різних регіонів України (400 обстежених) відмічається 100 % рівень поширеності карієсу зубів при загальній **інтенсивності карієсу** $8,588 \pm 0,249$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 8,1 до 9,1), що відповідає середньому рівню КПВ. При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 6,5 %; низький – 30,8 %; середній – 47,0 %; високий – 8,2 %; дуже високий – 7,5 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,317 \pm 0,114$; середнього – $9,569 \pm 0,140$; високого – $15,00 \pm 0,14$; дуже високого – $19,47 \pm 0,41$. За даними КПКТ в загальній групі соматично здорових чоловіків із різних регіонів України (207 обстежених) також відмічається 100 % рівень поширеності карієсу зубів при загальній інтенсивності карієсу $10,95 \pm 0,37$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 10,2 до 11,7), що, як і при стоматологічному обстеженні, відповідає середньому рівню КПВ. При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 3,4 %; низький – 16,4

%; середній – 44,0 %; високий – 20,3 %; дуже високий – 15,9 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,706 \pm 0,222$; середнього – $9,450 \pm 0,177$; високого – $14,50 \pm 0,17$; дуже високого – $19,91 \pm 0,45$.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із *північного регіону* України (72 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $8,750 \pm 4,449$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 5,0 до 12,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 5,6 %; низький – 27,8 %; середній – 52,8 %; високий – 9,7 %; дуже високий – 4,2 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,450 \pm 1,356$; середнього – $9,921 \pm 1,991$; високого – $14,86 \pm 0,69$; дуже високого – $18,67 \pm 1,16$. За даними КПКТ у соматично здорових чоловіків із *північного регіону* України (35 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $10,66 \pm 4,73$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 7,0 до 15,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 2,9 %; низький – 14,3 %; середній – 45,7 %; високий – 25,7 %; дуже високий – 11,4 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,600 \pm 0,548$; середнього – $9,125 \pm 1,962$; високого – $14,33 \pm 1,12$; дуже високого – $18,50 \pm 1,73$.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із *південного регіону* України (47 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $10,23 \pm 4,47$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 7,0 до 13,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 2,1 %; низький – 19,1 %; середній – 55,3 %; високий – 14,9 %; дуже високий – 8,5 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,333 \pm 1,000$; середнього – $10,15 \pm 1,95$; високого – $14,86 \pm 0,90$; дуже високого –

18,25±1,50. За даними КПКТ у соматично здорових чоловіків із *південного регіону* України (36 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає 12,28±4,31 (M±σ) (процентильний розмах від 9,0 до 14,5). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень – відсутній; низький – 8,3 %; середній – 44,4 %; високий – 30,6 %; дуже високий – 16,7 %. При цьому, середні значення (M±σ) різних рівнів КПВ дорівнюють: низького – 5,333±1,155; середнього – 9,688±1,580; високого – 14,09±0,94; дуже високого – 19,33±1,63.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із *центрального регіону* України (165 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає 7,684±0,392 (M±m) (межі довірчих інтервалів від 6,9 до 8,5). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 9,1 %; низький – 38,8 %; середній – 38,8 %; високий – 5,5 %; дуже високий – 7,9 %. При цьому, середні значення (M±m) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – 1,000±0,000; низького – 4,250±0,157; середнього – 9,344±0,248; високого – 15,33±0,24; дуже високого – 18,85±0,55. За даними КПКТ у соматично здорових чоловіків із *центрального регіону* України (64 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає 10,31±5,96 (M±σ) (процентильний розмах від 6,0 до 15,5). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 6,3 %; низький – 23,4 %; середній – 37,5 %; високий – 12,5 %; дуже високий – 20,3 %. При цьому, середні значення (M±σ) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – 1,000±0,000; низького – 4,400±1,404; середнього – 9,208±1,719; високого – 15,13±0,99; дуже високого – 19,08±2,02.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із *західного регіону* України (71 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає 8,930±5,349 (M±σ) (процентильний розмах від 5,0 до 12,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний роз-

поділ: дуже низький рівень у 7,0 %; низький – 26,8 %; середній – 49,3 %; високий – 9,9 %; дуже високий – 7,0 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,473 \pm 1,172$; середнього – $9,371 \pm 1,957$; високого – $15,14 \pm 0,90$; дуже високого – $22,00 \pm 2,24$. За даними КПКТ у соматично здорових чоловіків із *західного регіону* України (36 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $12,42 \pm 5,75$ ($M \pm \sigma$) (перцентильний розмах від 8,5 до 15,5). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 2,8 %; низький – 11,1 %; середній – 41,7 %; високий – 30,6 %; дуже високий – 13,9 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $5,500 \pm 0,577$; середнього – $9,800 \pm 1,898$; високого – $14,64 \pm 1,29$; дуже високого – $23,20 \pm 2,77$.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із *східного регіону* України (45 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $9,378 \pm 5,010$ ($M \pm \sigma$) (перцентильний розмах від 6,0 до 11,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 2,2 %; низький – 24,4 %; середній – 55,6 %; високий – 6,7 %; дуже високий – 11,1 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,182 \pm 1,662$; середнього – $9,280 \pm 1,370$; високого – $14,33 \pm 0,58$; дуже високого – $20,00 \pm 2,55$. За даними КПКТ у соматично здорових чоловіків із *східного регіону* України (36 обстежених) загальна інтенсивність карієсу складає $10,31 \pm 5,31$ ($M \pm \sigma$) (перцентильний розмах від 7,5 до 12,0). При розподілі інтенсивності карієсу зубів на різні рівні КПВ за даними КПКТ спостерігається наступний розподіл: дуже низький рівень у 2,8 %; низький – 19,4 %; середній – 55,6 %; високий – 8,3 %; дуже високий – 13,9 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів КПВ дорівнюють: дуже низького – $1,000 \pm 0,000$; низького – $4,714 \pm 1,704$; середнього – $9,550 \pm 1,395$; високого – $14,33 \pm 0,58$; дуже високого – $20,60 \pm 3,05$.

При порівнянні *загальної інтенсивності карієсу* між різними регіонами при стоматологічному обстеженні встановлено статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) менші, або тенденції ($p = 0,070$) до менших значень величини даного показника в центральному, ніж у інших регіонах України, а також тенденція ($p = 0,063$) до більших значень в південному, ніж у західному регіоні; а за даними КПКТ – статистично значуще ($p < 0,05$) більші, або тенденція ($p = 0,058$) до більших значень в південному, ніж у східному й центральному регіонах. Необхідно відмітити, що *загальна інтенсивність карієсу*, між відповідними групами без розподілу та з розподілом на різні регіони, в усіх випадках має статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) більші значення за даними КПКТ, ніж при стоматологічному обстеженні.

При порівнянні *середніх значень різних рівнів КПВ* між різними регіонами при стоматологічному обстеженні встановлено статистично значуще ($p < 0,05$) більші, або тенденція ($p = 0,053$) до більших значень лише *дуже високого рівня КПВ* в західному, ніж у південному, центральному та північному регіонах; а за даними КПКТ – статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення *високого рівня КПВ* в центральному, ніж у південному регіоні та *дуже високого рівня КПВ* в західному, ніж у південному, північному та центральному регіонах.

При порівнянні *частоти інтенсивності карієсу зубів при різних рівнях КПВ* між різними регіонами при стоматологічному обстеженні встановлено статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення *низького рівня КПВ* в центральному, ніж у південному регіоні та статистично значуще ($p < 0,05$) менші значення *середнього рівня КПВ* в центральному, ніж у північному, південному й східному регіонах, а також *високого рівня КПВ* в центральному, ніж у південному регіоні; а за даними КПКТ – статистично значуще ($p < 0,05$) менші значення *високого рівня КПВ* в центральному й східному, ніж у південному й західному регіонах, а також тенденція ($p = 0,062$) до більших значень *низького рівня КПВ* в центральному, ніж у південному регіоні. Необхідно відмітити, що *частота низького рівня КПВ* в загальній групі та в центральному й західному

регіонах має статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) більші, або тенденцію ($p = 0,065$) до більших значень при стоматологічному обстеженні, ніж за даними КПКТ; а частота високого рівня КПВ в загальній групі, північному й західному регіонах та частота дуже високого рівня КПВ в загальній групі й центральному регіоні має статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) більші значення за даними КПКТ, ніж при стоматологічному обстеженні.

Встановлено, що в загальній групі соматично здорових чоловіків із різних регіонів України (400 обстежених) **рівень резистентності емалі зубів до карієсу** становить $3,985 \pm 0,068$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 3,8 до 4,1), що знаходиться на межі високої та помірної карієсрезистентності емалі. При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 30,0 %; помірна – 59,25 %; низька – 10,25 %; дуже низька – 0,5 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,458 \pm 0,085$; помірна – $4,316 \pm 0,030$; низька – $6,341 \pm 0,075$; дуже низька – $8,000 \pm 0,000$.

У соматично здорових чоловіків із *північного регіону* України (72 обстежених) загальний рівень резистентності емалі зубів до карієсу становить $3,986 \pm 1,579$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 3,0 до 5,0). При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 27,8 %; помірна – 58,3 %; низька – 12,5 %; дуже низька – 1,4 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,100 \pm 1,165$; помірна – $4,286 \pm 0,457$; низька – $6,333 \pm 0,500$; дуже низька – 8,000.

У соматично здорових чоловіків із *південного регіону* України (47 обстежених) загальний рівень резистентності емалі зубів до карієсу становить $3,979 \pm 1,225$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 3,0 до 4,0). При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 29,8 %; помірна – 57,4 %; низька – 12,8 %; дуже низька – 0 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,714 \pm 0,825$; помірна – $4,111 \pm 0,320$; низька – $6,333 \pm 0,516$.

У соматично здорових чоловіків із *центрального регіону* України (165 обстежених) загальний рівень резистентності емалі зубів до карієсу становить $3,994 \pm 0,107$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 3,8 до 4,2). При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 30,3 %; помірна – 58,2 %; низька – 10,9 %; дуже низька – 0,6 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,440 \pm 0,131$; помірна – $4,333 \pm 0,048$; низька – $6,278 \pm 0,109$; дуже низька – 8,000.

У соматично здорових чоловіків із *західного регіону* України (71 обстежений) загальний рівень резистентності емалі зубів до карієсу становить $3,972 \pm 1,309$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 3,0 до 5,0). При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 32,4 %; помірна – 59,2 %; низька – 8,5 %; дуже низька – 0 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,522 \pm 0,790$; помірна – $4,405 \pm 0,497$; низька – $6,500 \pm 0,548$.

У соматично здорових чоловіків із *східного регіону* України (45 обстежених) загальний рівень резистентності емалі зубів до карієсу становить $3,978 \pm 1,118$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 3,0 до 5,0). При розподілі карієсрезистентності на різні рівні спостерігається: висока карієсрезистентність у 28,9 %; помірна – 66,7 %; низька – 4,4 %; дуже низька – 0 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів карієсрезистентності дорівнюють: висока – $2,692 \pm 0,855$; помірна – $4,367 \pm 0,490$; низька – $6,500 \pm 0,707$.

При порівнянні *рівня резистентності емалі зубів до карієсу* без розподілу та з розподілом на різні рівні карієсрезистентності у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено лише статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення *помірної резистентності емалі* в західному, ніж у південному регіоні. При порівнянні *частоти різних рівнів резистентності емалі зубів до карієсу* у соматично здорових чоловіків загальної

групи та із різних регіонів України статистично значущих, або тенденцій розбіжностей не встановлено.

3.2.2. Рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної та Green-Vermillion.

При оцінці рівня гігієни порожнини рота встановлено, що в загальній групі соматично здорових чоловіків із різних регіонів України (400 обстежених) показник *індексу Федорова-Володкіної* дорівнює $1,844 \pm 0,022$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 1,8 до 1,9), що відповідає задовільному рівню. При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 28,75 %; задовільний – 54,0 %; незадовільний – 9,0 %; поганий – 8,25 %; дуже поганий – 0 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $1,360 \pm 0,017$; задовільний – $1,872 \pm 0,012$; незадовільний – $2,403 \pm 0,034$; поганий – $2,733 \pm 0,039$.

У соматично здорових чоловіків із *північного регіону* України (72 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної становить $1,876 \pm 0,463$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,6 до 2,0). При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 23,7 %; задовільний – 56,9 %; незадовільний – 9,7 %; поганий – 9,7 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $1,359 \pm 0,197$; задовільний – $1,834 \pm 0,184$; незадовільний – $2,543 \pm 0,215$; поганий – $2,714 \pm 0,227$.

У соматично здорових чоловіків із *південного регіону* України (47 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної становить $1,828 \pm 0,514$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,5 до 2,0). При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 38,3 %; задовільний – 44,7 %; незадовільний – 10,6 %; поганий – 6,4 %. При цьому, середні

значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $1,411 \pm 0,145$; задовільний – $1,852 \pm 0,194$; незадовільний – $2,400 \pm 0,367$; поганий – $3,200 \pm 0,173$.

У соматично здорових чоловіків із *центрального регіону* України (165 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної становить $1,845 \pm 0,033$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 1,8 до 1,9). При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 28,5 %; задовільний – 54,5 %; незадовільний – 9,1 %; поганий – 7,9 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $1,353 \pm 0,030$; задовільний – $1,898 \pm 0,018$; незадовільний – $2,380 \pm 0,031$; поганий – $2,646 \pm 0,033$.

У соматично здорових чоловіків із *західного регіону* України (71 обстежений) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної становить $1,790 \pm 0,448$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,5 до 2,0). При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 31,0 %; задовільний – 56,3 %; незадовільний – 5,6 %; поганий – 7,1 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $1,327 \pm 0,164$; задовільний – $1,855 \pm 0,192$; незадовільний – $2,375 \pm 0,150$; поганий – $2,840 \pm 0,219$.

У соматично здорових чоловіків із *східного регіону* України (45 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної становить $1,889 \pm 0,413$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,6 до 2,0). При розподілі індексу Федорова-Володкіної на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 24,4 %; задовільний – 53,3 %; незадовільний – 11,1 %; поганий – 11,1 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хоро-

ший – $1,373 \pm 0,200$; задовільний – $1,892 \pm 0,167$; незадовільний – $2,300 \pm 0,200$; поганий – 2,600.

При порівнянні *рівня гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено лише статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення *поганого рівня* гігієни в південному, ніж у північному й центральному регіонах. При порівнянні *частоти різних рівнів гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України статистично значущих, або тенденцій розбіжностей не встановлено.

При оцінці рівня гігієни порожнини рота встановлено, що в загальній групі соматично здорових чоловіків із різних регіонів України (400 обстежених) показник *індексу Green-Vermillion* дорівнює $1,404 \pm 0,039$ ($M \pm m$) (межі довірчих інтервалів від 1,3 до 1,5), що також відповідає задовільному рівню. При розподілі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 18,0 %; задовільний – 56,75 %; незадовільний – 13,75 %; поганий – 11,5 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,540 \pm 0,008$; задовільний – $1,185 \pm 0,019$; незадовільний – $2,064 \pm 0,027$; поганий – $3,043 \pm 0,075$.

У соматично здорових чоловіків із *північного регіону* України (72 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion становить $1,282 \pm 0,712$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 0,8 до 1,6). При розподілі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 20,8 %; задовільний – 61,1 %; незадовільний – 9,8 %; поганий – 8,3 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,547 \pm 0,052$; задовільний – $1,164 \pm 0,297$; незадовільний – $2,129 \pm 0,243$; поганий – $3,000 \pm 0,253$.

У соматично здорових чоловіків із *південного регіону* України (47 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion становить $1,657 \pm 0,856$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,0 до 2,1). При розподілі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 10,6 %; задовільний – 53,2 %; незадовільний – 17,0 %; поганий – 19,2 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,560 \pm 0,055$; задовільний – $1,244 \pm 0,277$; незадовільний – $2,025 \pm 0,191$; поганий – $3,089 \pm 0,470$.

У соматично здорових чоловіків із *центрального регіону* України (165 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion становить $1,288 \pm 0,056$ ($M \pm m$) (процентильний розмах від 1,2 до 1,4). При розподілі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 21,8 %; задовільний – 57,6 %; незадовільний – 12,7 %; поганий – 7,9 %. При цьому, середні значення ($M \pm m$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,542 \pm 0,012$; задовільний – $1,164 \pm 0,028$; незадовільний – $2,033 \pm 0,043$; поганий – $3,054 \pm 0,150$.

У соматично здорових чоловіків із *західного регіону* України (71 обстежений) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion становить $1,420 \pm 0,805$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 0,9 до 1,8). При розподілі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 18,3 %; задовільний – 54,9 %; незадовільний – 18,3 %; поганий – 8,5 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,515 \pm 0,099$; задовільний – $1,213 \pm 0,279$; незадовільний – $2,131 \pm 0,243$; поганий – $3,183 \pm 0,904$.

У соматично здорових чоловіків із *східного регіону* України (45 обстежених) загальний рівень гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion становить $1,731 \pm 0,863$ ($M \pm \sigma$) (процентильний розмах від 1,0 до 2,6). При роз-

поділі індексу Green-Vermillion на різні оціночні критерії спостерігаються наступні рівні гігієни порожнини рота: хороший у 6,7 %; задовільний – 53,3 %; незадовільний – 13,3 %; поганий – 26,7 %. При цьому, середні значення ($M \pm \sigma$) різних рівнів гігієни порожнини рота дорівнюють: хороший – $0,567 \pm 0,058$; задовільний – $1,200 \pm 0,304$; незадовільний – $2,000$; поганий – $2,950 \pm 0,373$.

При порівнянні *рівня гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено статистично значуще ($p < 0,01$) більші значення *загального рівня* в південному й східному, ніж у північному й центральному регіонах, а також тенденція ($p = 0,066$) до більших значень даного показника в східному, ніж у західному регіоні. При порівнянні *частоти різних рівнів гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено статистично значуще ($p < 0,05$) менші значення *хорошого рівня* гігієни в східному, ніж у північному й центральному регіонах, а також статистично значуще ($p < 0,05 - 0,001$) менші значення *поганого рівня* гігієни в центральному, ніж у південному й східному регіонах та більші значення ($p < 0,01$) даного показника в східному, ніж у північному й західному регіонах.

3.2.3. Кореляції між інтенсивністю карієсу, рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та рівнем гігієни порожнини рота.

У соматично здорових чоловіків із різних регіонів України встановлені наступні статистично значущі кореляції:

в загальних групах – прямі слабкі зв'язки між інтенсивністю карієсу та рівнем резистентності емалі зубів до карієсу ($r = 0,24$) й показником індексу Федорова-Володкіної ($r = 0,24$), а також прямий середньої сили ($r = 0,45$) зв'язок із показником індексу Green-Vermillion; прямі слабкі зв'язки між рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та показником індексу Федорова-Володкіної ($r = 0,20$) й показником індексу Green-Vermillion ($r = 0,16$);

у представників північного регіону – лише прямі слабкі зв'язки між інтенсивністю карієсу та рівнем резистентності емалі зубів до карієсу ($r=0,25$), а також прямий середньої сили ($r=0,49$) зв'язок із показником індексу Green-Vermillion;

у представників південного регіону – прямий середньої сили ($r=0,46$) зв'язок між інтенсивністю карієсу та показником індексу Green-Vermillion; прямий середньої сили ($r=0,31$) зв'язок між рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та показником індексу Green-Vermillion;

у представників центрального регіону – прямі слабкі зв'язки між інтенсивністю карієсу та рівнем резистентності емалі зубів до карієсу ($r=0,23$) й показником індексу Федорова-Володкіної ($r=0,27$), а також прямий середньої сили ($r=0,41$) зв'язок із показником індексу Green-Vermillion; прямий середньої сили ($r=0,31$) зв'язок між рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та показником індексу Федорова-Володкіної й прямий слабкий ($r=0,15$) зв'язок з показником індексу Green-Vermillion;

у представників західного регіону – прямі середньої сили зв'язки між інтенсивністю карієсу та рівнем резистентності емалі зубів до карієсу ($r=0,32$) й показником індексу Green-Vermillion ($r=0,54$), а також прямий слабкий ($r=0,28$) зв'язок із показником індексу Федорова-Володкіної;

у представників східного регіону – статистично значущих зв'язків не встановлено.

Таким чином у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України встановлені показники інтенсивності карієсу зубів (за даними стоматологічного обстеження та КПКТ), резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота за індексами Федорова-Володкіної й Green-Vermillion без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ, а також їх частотний розподіл при різних рівнях КПВ. Переважна більшість зв'язків між даними показниками є прямими слабкої сили, за винятком кореляцій між інтенсивністю карієсу зубів і рівнем гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion, де, практично в усіх регіонах, встановлені прямі

середньої сили зв'язки. Найбільша кількість регіональних відмінностей встановлена для показників інтенсивності карієсу зубів та їх частотного розподілу (привертає увагу більший загальний рівень КПВ в усіх групах за даними КПКТ, а також більша частота низького рівня КПВ за даними стоматологічного обстеження та високого і дуже високого рівня КПВ за даними КПКТ), а найменша – для показників рівня резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної. Необхідно відмітити відсутність однотипних регіональних розбіжностей показників інтенсивності карієсу зубів і рівня гігієни порожнини рота, що, поряд із встановленою вище різною частотою ураження зубів, також вказує на можливу генетичну схильність до даної патології.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами: у 10 наукових статтях у фахових журналах, що рекомендовані ДАК МОН України [37, 38, 39, 306, 307, 309, 314, 317, 318, 319] та 1 статті у зарубіжному фаховому виданні [34]; у 4 тезах науково-практичних конференцій [302, 305, 315, 320].

РОЗДІЛ 4

КОРЕЛЯЦІЇ МІЖ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА РІВНЕМ КПВ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ДО КАРІЄСУ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Результати кореляцій між *абсолютними значеннями* показників інтенсивності ураження зубів карієсом (*рівень КПВ*) або резистентності емалі зубів до карієсу (*РЕЗК*), що визначена за допомогою Тер-тесту за Окушко, і *кількісними показниками дерматогліфіки* представлені в таблицях 4.1 і 4.2.

Таблиця 4.1

Кореляції кількісних показників дерматогліфіки з абсолютними значеннями індексу КПВ в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
FRC_R1	0,02	0,05	0,08	0,04	-0,09	0,14
FRC_R2	-0,02	0,22	-0,27	-0,01	-0,15	0,23
FRC_R3	0,01	0,10	-0,10	0,00	-0,04	0,32
FRC_R4	0,01	0,13	-0,18	0,03	0,03	0,04
FRC_R5	-0,09	0,09	-0,12	-0,03	-0,23	-0,12
FRC_L1	-0,02	0,07	-0,02	-0,04	0,08	-0,01
FRC_L2	-0,02	0,10	-0,16	-0,01	-0,08	0,28
FRC_L3	0,04	0,11	0,02	0,04	0,01	0,23
FRC_L4	0,01	0,13	-0,19	0,05	-0,06	0,23
FRC_L5	-0,01	0,05	-0,16	0,05	-0,08	0,02
DTR_R	0,01	0,17	-0,14	-0,02	-0,08	0,34
DTR_L	0,03	0,04	-0,04	0,05	0,01	0,31
DTR_10	0,02	0,11	-0,10	0,01	-0,04	0,35
SRC_R	-0,01	0,16	-0,15	0,01	-0,14	0,17
SRC_L	0,00	0,12	-0,14	0,02	-0,04	0,20
TRC_10	0,00	0,14	-0,15	0,03	-0,09	0,19
ATD_R	-0,06	0,07	0,10	-0,08	-0,24	-0,04

Продовження табл. 4.1

1	2	3	4	5	6	7
CTD_R	-0,12	-0,09	0,09	-0,16	-0,22	-0,04
ATB_R	-0,02	0,05	-0,09	0,02	-0,17	0,02
BTC_R	0,02	0,12	0,11	0,02	-0,13	-0,06
DAT_R	0,14	-0,04	0,11	0,22	0,32	0,02
AD_R	0,07	0,08	0,06	0,06	0,12	0,02
CT_R	0,12	-0,03	0,02	0,13	0,34	0,14
AB_R	0,03	-0,02	-0,25	0,13	-0,02	0,16
BC_R	0,02	0,12	-0,08	0,03	-0,05	0,07
CD_R	-0,05	-0,05	-0,19	0,00	-0,07	0,07
IK_R	-0,06	-0,30	0,19	-0,03	-0,07	0,03
ATD_L	0,00	0,07	-0,20	0,01	-0,08	0,11
CTD_L	-0,02	-0,01	-0,22	0,01	-0,10	0,21
ATB_L	0,02	0,00	-0,19	0,02	0,01	0,11
BTC_L	0,04	0,22	0,08	-0,01	-0,05	-0,16
DAT_L	0,07	0,16	0,16	0,01	0,12	0,07
AD_L	0,08	0,04	0,23	0,07	0,08	0,08
CT_L	0,05	0,06	0,20	0,03	0,08	0,03
AB_L	0,03	-0,07	-0,10	0,13	-0,15	0,25
BC_L	0,02	0,17	0,04	0,06	-0,13	-0,06
CD_L	0,00	0,00	-0,18	0,05	-0,09	0,26
IK_L	-0,16	-0,28	-0,14	-0,09	-0,27	0,03

Примітки: тут і в подальшому достовірні кореляції виділені жирним

1. REGIO1 – північний регіон;
2. REGIO2 – південний регіон;
3. REGIO3 – центральний регіон;
4. REGIO4 – західний регіон;
5. REGIO5 – східний регіон;
6. _R – права кисть;
7. _L – ліва кисть;
8. _10 – показник 10 пальців;
9. FRC_1-5 – гребінцевий рахунок кожного з 5-ти пальців;
10. DTR_ – дельтовий індекс;
11. SRC_ – сумарний гребінцевий рахунок;

12. TRC_ – тотальний гребінцевий рахунок;
13. ATD_ – значення кута $\angle atd$;
14. CTD_ – значення кута $\angle ctd$;
15. ATB_ – значення кута $\angle atb$;
16. BTC_ – значення кута $\angle btc$;
17. DAT_ – значення кута $\angle dat$;
18. AD_ – довжина відрізка, який з'єднує долонні трирадіуси «a» і «d»;
19. CT_ – довжина відрізка, який з'єднує долонні трирадіуси «c» і «t»;
20. AB_ – гребінцевий рахунок відрізка, який з'єднує долонні трирадіуси «a» і «b»;
21. BC_ – гребінцевий рахунок відрізка, який з'єднує долонні трирадіуси «b» і «c»;
22. CD_ – гребінцевий рахунок відрізка, який з'єднує долонні трирадіуси «c» і «d»;
23. ІК_ – індекс Каммінса, який відображає хід головних долонних ліній.

Таблиця 4.2

Кореляції кількісних показників дерматогліфіки з абсолютними значеннями Тер-тесту за Окушко в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
FRC_R1	0,04	0,12	0,10	0,03	-0,14	0,11
FRC_R2	-0,06	0,07	-0,27	-0,07	-0,11	0,00
FRC_R3	-0,03	-0,13	-0,04	-0,01	-0,09	0,20
FRC_R4	0,00	0,05	0,06	-0,03	-0,06	0,04
FRC_R5	0,01	0,08	0,01	0,00	-0,05	0,02
FRC_L1	-0,02	0,02	0,07	-0,02	-0,11	-0,01
FRC_L2	0,00	0,02	-0,14	0,09	-0,19	0,00
FRC_L3	0,04	0,10	0,14	0,00	-0,05	0,12
FRC_L4	-0,01	0,01	-0,07	-0,03	0,05	0,00
FRC_L5	0,02	0,09	0,07	0,02	-0,08	0,04

Продовження табл. 4.2

1	2	3	4	5	6	7
DTR_R	-0,08	-0,12	-0,08	-0,07	-0,19	0,11
DTR_L	-0,04	-0,21	-0,08	0,04	-0,11	0,12
DTR_10	-0,07	-0,17	-0,08	-0,02	-0,16	0,12
SRC_R	-0,01	0,05	-0,04	-0,02	-0,12	0,09
SRC_L	0,01	0,07	0,02	0,02	-0,11	0,03
TRC_10	0,00	0,06	-0,01	0,00	-0,12	0,06
ATD_R	0,00	0,01	-0,12	-0,01	-0,01	0,26
CTD_R	-0,02	0,04	0,04	-0,06	-0,04	0,16
ATB_R	0,01	-0,02	-0,24	0,02	0,02	0,22
BTC_R	0,01	-0,04	-0,14	0,05	-0,01	0,14
DAT_R	0,05	0,13	0,05	0,00	0,10	0,06
AD_R	0,00	0,10	-0,04	-0,16	0,12	0,37
CT_R	0,01	0,13	0,05	-0,08	0,13	-0,08
AB_R	0,05	0,08	-0,13	0,04	0,08	0,27
BC_R	0,07	0,07	-0,31	0,11	0,05	0,29
CD_R	0,05	0,25	-0,15	-0,04	0,02	0,21
IK_R	-0,07	-0,10	0,17	-0,02	-0,17	-0,29
ATD_L	-0,07	-0,03	-0,05	-0,12	-0,11	0,14
CTD_L	-0,03	0,10	-0,06	-0,11	-0,06	0,11
ATB_L	-0,10	-0,18	-0,07	-0,11	-0,09	0,08
BTC_L	0,02	0,07	-0,14	0,04	-0,07	0,14
DAT_L	0,03	0,11	0,02	-0,02	0,03	0,08
AD_L	-0,01	0,11	-0,08	-0,11	0,12	0,11
CT_L	0,06	0,13	-0,03	-0,02	0,21	0,17
AB_L	0,02	0,02	-0,14	0,03	-0,02	0,21
BC_L	0,10	0,22	-0,10	0,10	0,01	0,15
CD_L	0,04	0,07	-0,12	0,00	0,10	0,20
IK_L	-0,09	0,01	-0,06	-0,12	-0,22	0,05

У чоловіків загальної групи між рівнем КПВ і кількісними показниками дерматогліфіки встановлено наявність достовірних зворотних слабкої сили зв'язків між даним показником і величиною кута $\angle ctd$ правої долоні ($r = -0,12$), а також індексом Каммінса лівої долоні ($r = -0,16$); достовірних прямих слабких зв'язків з величиною кута $\angle dat$ правої долоні ($r = 0,14$), а також – довжиною відрізка $s-t$ правої долоні ($r = 0,12$) (див. табл. 4.1). При аналізі зв'язків між

РЕЗК і кількісними ознаками дерматогліфіки у чоловіків загальної групи достовірних кореляцій не виявлено (див. табл. 4.2).

У чоловіків *північного регіону* встановлені достовірні зворотні кореляції: середньої сили та слабка між *рівнем КПВ* та індексом Каммінса правої й лівої долонь ($r = -0,30$ і $r = -0,28$ відповідно), а також – достовірна пряма слабка кореляція між *РЕЗК* і долонним с-d гребінцевим рахунком ($r = 0,25$) (див. табл. 4.1, 4.2).

У чоловіків *південного регіону* достовірних зв'язків між *рівнем КПВ* і кількісними ознаками дерматогліфіки не встановлено (див. табл. 4.1). Виявлено лише достовірний зворотний середньої сили ($r = -0,31$) зв'язок між *РЕЗК* і гребінцевим рахунком b-c правої долоні (див. табл. 4.2).

У чоловіків *центрального регіону* встановлені наступні достовірні лише слабкі кореляції: зворотна – між *рівнем КПВ* і величиною кута $\angle \text{ctd}$ правої долоні ($r = -0,16$), а також пряма – з величиною кута $\angle \text{dat}$ правої долоні ($r = 0,22$) (див. табл. 4.1). У чоловіків центрального регіону *РЕЗК* достовірною зворотною слабкою кореляцією ($r = -0,16$) пов'язана лише з довжиною відрізка a-d (див. табл. 4.2).

У групі чоловіків *західного регіону* встановлені достовірні як прямі, так і зворотні, як слабкі, так і середньої сили кореляції між *рівнем КПВ* і кількісними ознаками дерматогліфіки, а саме: зворотні зв'язки слабкої сили з величиною кута $\angle \text{atd}$ правої долоні та індексом Каммінса лівої долоні ($r = -0,24$ і $r = -0,27$ відповідно); прямі середньої сили кореляції з величиною кута $\angle \text{dat}$ та довжиною відрізка c-t правої долоні ($r = 0,32$ і $r = 0,34$ відповідно) (див. табл. 4.1). *РЕЗК* у чоловіків західного регіону не пов'язана із кількісними показниками дерматогліфіки (див. табл. 4.2).

У чоловіків *східного регіону* встановлені достовірні лише прямі середньої сили зв'язки між *рівнем КПВ* і кількісними ознаками дерматогліфіки: гребінцевим рахунком на III пальці правої кисті ($r = 0,32$) та дельтовим індексом правої ($r = 0,34$), лівої ($r = 0,31$) та обох кистей ($r = 0,35$) (див. табл. 4.1). *РЕЗК* у

чоловіків східного регіону достовірно пов'язана прямою середньої сили кореляцією ($r=0,37$) лише з довжиною відрізка a-d правої долоні (див. табл. 4.2).

Також були визначені кореляції між *груповими (критеріальними)* показниками *інтенсивності ураження зубів карієсом (дуже низький, низький, середній, високий та дуже високий показники КПВ)* або *РЕЗК (висока, помірна, низька та дуже низька карієсрезистентність)* і кількісними ознаками дерматогліфіки, котрі представлені в таблицях 4.3 і 4.4.

Таблиця 4.3

Кореляції кількісних показників дерматогліфіки з груповими значеннями індексу КПВ в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
FRC_R1	0,02	0,10	-0,03	0,05	-0,04	0,10
FRC_R2	0,00	0,28	-0,29	-0,01	-0,09	0,24
FRC_R3	0,02	0,15	-0,14	-0,01	0,02	0,27
FRC_R4	0,02	0,17	-0,18	0,00	0,10	0,06
FRC_R5	-0,06	0,14	-0,17	-0,04	-0,15	-0,08
FRC_L1	0,01	0,14	-0,03	-0,01	0,15	-0,07
FRC_L2	0,02	0,21	-0,11	-0,02	0,00	0,29
FRC_L3	0,06	0,21	0,01	0,03	0,06	0,21
FRC_L4	0,03	0,21	-0,16	0,04	-0,04	0,24
FRC_L5	0,01	0,08	-0,21	0,06	-0,03	0,06
DTR_R	0,03	0,26	-0,16	-0,04	0,01	0,30
DTR_L	0,06	0,15	-0,01	0,04	0,09	0,28
DTR_10	0,05	0,22	-0,09	0,00	0,05	0,31
SRC_R	0,01	0,23	-0,21	0,01	-0,05	0,16
SRC_L	0,04	0,23	-0,13	0,02	0,03	0,19
TRC_10	0,03	0,23	-0,17	0,03	-0,01	0,18
ATD_R	-0,05	0,13	0,11	-0,10	-0,22	0,02
CTD_R	-0,12	-0,03	0,06	-0,17	-0,23	-0,01
ATB_R	-0,03	0,00	-0,05	-0,02	-0,14	0,09
BTC_R	0,05	0,21	0,17	0,02	-0,12	-0,05
DAT_R	0,12	-0,11	0,11	0,20	0,29	0,02

Продовження табл. 4.3

1	2	3	4	5	6	7
AD_R	0,10	0,11	0,12	0,08	0,13	0,06
CT_R	0,12	-0,08	0,03	0,16	0,32	0,11
AB_R	0,05	-0,03	-0,13	0,10	0,02	0,30
BC_R	0,04	0,24	-0,04	0,01	-0,06	0,09
CD_R	-0,04	-0,02	-0,17	-0,02	-0,06	0,10
IK_R	-0,09	-0,29	0,09	-0,07	-0,09	0,02
ATD_L	0,01	0,15	-0,21	-0,01	-0,09	0,11
CTD_L	-0,02	0,07	-0,22	-0,01	-0,10	0,18
ATB_L	0,02	0,01	-0,13	0,00	0,00	0,13
BTC_L	0,04	0,31	0,00	-0,01	-0,07	-0,12
DAT_L	0,08	0,10	0,20	0,03	0,11	0,05
AD_L	0,08	0,10	0,22	0,06	0,04	0,09
CT_L	0,07	0,02	0,24	0,05	0,08	0,09
AB_L	0,05	-0,05	0,00	0,11	-0,17	0,35
BC_L	0,04	0,26	-0,03	0,05	-0,12	0,02
CD_L	0,03	0,09	-0,10	0,03	-0,05	0,31
IK_L	-0,15	-0,23	-0,14	-0,12	-0,21	0,06

Таблиця 4.4

Кореляції кількісних показників дерматогліфіки з груповими значеннями Тер-тесту за Окушко в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
FRC_R1	0,06	0,16	0,21	0,03	-0,13	0,05
FRC_R2	-0,01	0,14	-0,10	-0,01	-0,19	-0,02
FRC_R3	-0,01	-0,06	0,10	0,01	-0,14	0,09
FRC_R4	0,07	0,10	0,23	0,01	-0,03	0,14
FRC_R5	0,05	0,12	0,08	0,07	-0,13	0,09
FRC_L1	-0,01	0,10	0,19	-0,06	-0,17	-0,07
FRC_L2	0,05	0,08	0,01	0,15	-0,21	-0,01
FRC_L3	0,05	0,10	0,23	0,04	-0,11	0,08
FRC_L4	0,04	0,09	0,09	0,02	0,03	-0,03
FRC_L5	0,07	0,13	0,18	0,07	-0,10	0,06

Продовження табл. 4.4

1	2	3	4	5	6	7
DTR_R	-0,03	-0,04	0,07	-0,03	-0,26	0,06
DTR_L	-0,01	-0,14	0,06	0,08	-0,20	0,09
DTR_10	-0,02	-0,09	0,07	0,03	-0,24	0,08
SRC_R	0,04	0,12	0,16	0,03	-0,17	0,09
SRC_L	0,05	0,14	0,19	0,06	-0,15	-0,01
TRC_10	0,05	0,14	0,19	0,04	-0,17	0,04
ATD_R	0,00	0,05	-0,12	-0,02	-0,08	0,33
CTD_R	-0,03	0,00	-0,01	-0,07	-0,02	0,15
ATB_R	0,00	-0,03	-0,16	-0,01	-0,07	0,32
BTC_R	0,04	0,08	-0,13	0,08	-0,07	0,16
DAT_R	0,01	0,02	0,06	-0,01	0,12	-0,13
AD_R	-0,01	0,10	-0,05	-0,19	0,11	0,43
CT_R	-0,02	0,03	0,01	-0,10	0,16	-0,15
AB_R	0,04	0,07	-0,02	-0,02	0,02	0,40
BC_R	0,09	0,18	-0,23	0,09	0,02	0,33
CD_R	0,02	0,17	-0,12	-0,12	0,11	0,21
IK_R	-0,04	-0,19	0,11	0,04	-0,05	-0,24
ATD_L	-0,04	-0,02	0,01	-0,09	-0,16	0,30
CTD_L	-0,05	0,01	-0,09	-0,10	-0,08	0,17
ATB_L	-0,09	-0,14	-0,08	-0,11	-0,13	0,23
BTC_L	0,07	0,16	-0,08	0,09	-0,09	0,29
DAT_L	0,00	0,04	0,10	-0,06	0,09	-0,04
AD_L	-0,03	0,05	-0,07	-0,15	0,09	0,22
CT_L	0,02	0,08	-0,04	-0,08	0,21	0,14
AB_L	-0,01	0,03	-0,09	-0,05	-0,06	0,35
BC_L	0,13	0,30	0,01	0,12	-0,05	0,21
CD_L	0,01	-0,02	-0,12	-0,05	0,09	0,23
IK_L	-0,09	-0,09	-0,02	-0,11	-0,14	-0,01

Аналіз кореляцій між вказаними параметрами за їх груповими значеннями в загальній групі чоловіків підтверджує результати, отримані при аналізі зв'язків між абсолютними показниками як за характером, так і напрямком і силою, між *рівнем КПКВ* і величиною кута $\angle ctd$ правої долоні ($r = -0,12$), індексом Каммінса лівої долоні ($r = -0,15$), величиною кута $\angle dat$ правої долоні ($r = 0,12$), а також – довжиною відрізка $c-t$ ($r = 0,12$) правої долоні (див. табл. 4.3 і

4.1). Виявлена пряма слабка кореляція між груповими показниками *РЕЗК* і гребінцевим рахунком b-c лівої долоні ($r=0,13$), котра не проявляється при аналізі зазначеного зв'язку, вирахованого на основі абсолютних значень (див. табл. 4.4 і 4.2).

У чоловіків *північного регіону* встановлені прямі слабкі кореляції між груповим *рівнем КПВ* і гребінцевим рахунком II пальця правої кисті ($r=0,28$), гребінцевим рахунком b-c правої та лівої долоні ($r=0,24$ і $r=0,26$), дельтовим індексом правої кисті ($r=0,26$), а також – пряма помірна кореляція з величиною кута $\angle btc$ лівої долоні ($r=0,31$); виявлено зворотний слабкий зв'язок між інтенсивністю ураження зубів карієсом і індексом Каммінса правої долоні ($r= -0,29$) (див. табл. 4.3). Виявлений на основі абсолютних значень, зв'язок між *РЕЗК* і гребінцевим рахунком c-d правої долоні (див. табл. 4.2) не підтверджується кореляцією, встановленою на основі групових значень (див. табл. 4.4). Натомість виявлено прямий середньої сили зв'язок між груповими показниками *РЕЗК* з гребінцевим рахунком b-c лівої долоні ($r=0,30$) (див. табл. 4.4). Слід відмітити, що серед зазначених зв'язків лише кореляція між *рівнем КПВ* і індексом Каммінса правої долоні, вирахована на основі групових показників, співпадає з такою, вирахованою на основі абсолютних показників (див. табл. 4.3 і 4.1).

У чоловіків *південного регіону* виявлений лише один достовірний зворотний слабкий зв'язок між груповими показниками *рівня КПВ* і гребінцевим рахунком II пальця правої кисті ($r= -0,29$) (див. табл. 4.3). Між груповими показниками *РЕЗК* і кількісними ознаками дерматогліфіки достовірних зв'язків не виявлено (див. табл. 4.4). Слід думати про випадковий характер отриманих зв'язків, оскільки вони не підтверджені кореляціями, вирахованими на основі абсолютних значень (див. табл. 4.1 і 4.2).

У чоловіків *центрального регіону* *рівень КПВ*, оцінений через групові показники, має зворотні слабкі зв'язки з величиною кута $\angle ctd$ правої долоні ($r= -0,17$), прямі – з величиною кута $\angle dat$ правої долоні ($r=0,20$), а також – з довжиною відрізка c-t правої долоні ($r=0,16$) (див. табл. 4.3). У чоловіків цент-

рального регіону *РЕЗК* достовірною зворотною слабкою кореляцією ($r = -0,19$) пов'язана з довжиною відрізка a-d (див. табл. 4.4). Тобто, виявлені кореляції шляхом аналізу абсолютних значень показників як *рівня КПВ*, так і *РЕЗК* в переважній більшості співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників.

У групі чоловіків *західного регіону* встановлені достовірні прямі як слабка ($r = 0,29$), так і середньої сили ($r = 0,32$) кореляції між груповими показниками *рівня КПВ* і величиною кута $\angle dat$ правої долоні та довжиною відрізка c-t правої долоні, відповідно (див. табл. 4.3). У чоловіків *західного регіону* між груповими показниками *РЕЗК* і дельтовим індексом правої долоні, дельтовим індексом обох долонь виявлені зворотні зв'язки слабкої сили ($r = -0,26$ і $r = -0,24$ відповідно) (див. табл. 4.4). Тобто, виявлені кореляції між *рівнем КПВ* і дерматогліфічними показниками шляхом аналізу абсолютних значень показників, в половині випадків (за характером, силою, напрямком) співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників (див. табл. 4.3 і 4.1). А виявлені достовірні кореляції шляхом аналізу групових значень показників *РЕЗК* не знаходять свого підтвердження такими, що виявлені шляхом аналізу абсолютних значень тих же показників (див. табл. 4.4 і 4.2).

У чоловіків *східного регіону* встановлені достовірні прямі середньої сили зв'язки між груповим *рівнем КПВ* і дельтовим індексом правої долоні ($r = 0,30$), дельтовим індексом обох долонь ($r = 0,31$), гребінцевим рахунком a-b правої та лівої долонь ($r = 0,30$ і $r = 0,35$ відповідно), гребінцевим рахунком c-d лівої долоні ($r = 0,31$) (див. табл. 4.3). У чоловіків *східного регіону* виявлені достовірні прямі середньої сили зв'язки між груповими показниками *РЕЗК* і величиною кута $\angle atd$ правої і лівої долонь ($r = 0,33$ і $r = 0,30$ відповідно), величиною кута $\angle atb$ правої долоні ($r = 0,32$), довжиною відрізка a-d ($r = 0,43$), гребінцевим рахунком a-b правої і лівої долонь ($r = 0,40$ і $r = 0,35$ відповідно), гребінцевим рахунком b-c правої долоні ($r = 0,33$) (див. табл. 4.4). Тобто, виявлені кореляції на основі аналізу як абсолютних, так і групових значень показників співпадають лише для зв'язків між *рівнем КПВ* і дельтовим індексом правої долоні та обох

кистей, а також між *РЕЗК* і гребінцевим рахунком а-d правої долоні, що вказує на не випадковий характер цих зв'язків.

Результати кореляцій між *абсолютними* показниками *рівня КПВ* або *РЕЗК* та *якісними показниками дерматогліфіки* представлені в таблицях 4.5 і 4.6.

Таблиця 4.5

Кореляції якісних показників дерматогліфіки з абсолютними значеннями індексу КПВ в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показни- ки	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
TF_R1	-0,02	0,12	-0,09	0,04	-0,07	-0,14
TF_R2	-0,03	-0,06	-0,29	-0,06	0,08	0,21
TF_R3	-0,07	-0,10	-0,07	-0,16	-0,10	0,34
TF_R4	-0,14	-0,06	-0,34	-0,04	-0,17	-0,13
TF_R5	-0,13	-0,01	-0,51	-0,21	0,11	0,03
TF_L1	0,06	0,10	0,10	0,14	0,04	-0,05
TF_L2	-0,01	-0,15	0,07	-0,02	0,07	0,01
TF_L3	-0,05	0,03	-0,17	-0,08	-0,11	0,36
TF_L4	-0,14	0,04	-0,26	-0,16	-0,17	-0,05
TF_L5	-0,08	0,14	-0,18	-0,10	-0,12	-0,02
BD_R	-0,05	-0,07	-0,06	0,00	-0,12	-0,12
BD_L	-0,03	-0,10	-0,03	0,00	-0,07	0,16
H_R	0,00	-0,05	0,09	-0,03	0,04	-0,09
Th_R	0,06	0,08	0,06	-0,02	0,12	0,02
I_R	0,05	0,13	-0,13	0,04	0,11	-0,02
II_R	0,09	0,08	0,06	0,05	0,13	-0,05
III_R	0,07	0,24	0,03	0,02	-0,09	0,18
IV_R	0,07	0,05	0,14	0,16	-0,01	-0,14
T1_R	-0,11	0,13	-0,30	-0,09	-0,26	-0,06
T2_R	0,05	-0,11	0,03	0,03	0,22	-0,10
T3_R	-0,09	0,00	-0,13	-0,02	0,00	-0,26
TT_R	-0,07	-0,08	-0,24	-0,05	0,01	-0,18
H_L	0,01	-0,09	0,19	0,00	0,03	-0,12

Продовження табл. 4.5

1	2	3	4	5	6	7
Th_L	0,05	0,06	0,10	0,00	0,10	-0,14
I_L	0,06	-0,02	0,11	0,02	0,13	0,13
II_L	0,08	0,02	0,11	-0,04	0,25	0,01
III_L	0,03	0,10	0,12	-0,02	-0,06	0,07
IV_L	0,13	0,00	0,08	0,18	0,21	0,08
T1_L	-0,11	-0,03	-0,37	-0,03	-0,27	-0,02
T2_L	0,07	-0,05	0,24	0,00	0,32	-0,02
T3_L	-0,04	0,00	-0,13	0,00	0,00	0,02
TT_L	-0,03	-0,10	-0,14	-0,04	0,18	0,02

Примітки: тут і в подальшому

1. TF_1-5 – тип візерунку на пальцях;
2. BD_ – відсутність долонного трирадіуса «с»;
3. H_ – гіпотенар;
4. Th_ – тенар;
5. I_ - IV_ – наявність візерунку в долонних між пальцевих проміжках;
6. T1_ – карпальний трирадіус;
7. T2_ – проміжний вісьовий трирадіус;
8. T3_ – центральний вісьовий трирадіус;
9. TT_ – комбінація трирадіусів.

Таблиця 4.6

Кореляції якісних показників дерматогліфіки з абсолютними значеннями Тер-тесту за Окушко в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
TF_R1	-0,02	0,03	-0,08	0,00	-0,11	0,04
TF_R2	0,01	0,17	-0,20	-0,02	0,15	-0,21
TF_R3	-0,05	-0,22	-0,21	0,03	-0,03	0,18
TF_R4	0,02	0,12	-0,08	0,11	-0,18	-0,07
TF_R5	-0,03	0,06	-0,04	-0,15	0,12	-0,03

Продовження табл. 4.6

1	2	3	4	5	6	7
TF_L1	-0,01	-0,20	0,17	-0,01	0,08	0,07
TF_L2	0,03	0,15	-0,20	-0,01	0,24	-0,10
TF_L3	-0,06	-0,13	-0,12	-0,09	0,01	0,19
TF_L4	-0,09	-0,12	0,00	-0,11	-0,13	0,06
TF_L5	0,04	0,14	0,20	-0,06	0,07	0,09
BD_R	0,01	0,21	0,21	-0,06	-0,06	-0,09
BD_L	0,05	0,19	0,21	-0,03	-0,11	0,00
H_R	-0,01	0,11	-0,18	-0,05	0,02	-0,04
Th_R	-0,04	0,12	-0,20	-0,09	0,04	-0,14
I_R	0,01	0,02	-0,01	-0,01	0,01	0,16
II_R	-0,01	0,03	-0,12	-0,03	0,02	0,10
III_R	0,00	0,00	-0,07	-0,02	-0,09	0,22
IV_R	-0,02	-0,04	-0,24	0,04	0,04	-0,10
T1_R	0,06	0,26	-0,08	0,03	-0,10	0,20
T2_R	-0,05	-0,22	-0,01	-0,02	0,08	-0,01
T3_R	-0,02	0,00	0,00	-0,11	0,00	0,13
TT_R	-0,04	-0,12	-0,07	-0,03	-0,01	0,16
H_L	0,01	0,13	-0,21	-0,05	0,11	0,06
Th_L	-0,07	-0,03	-0,23	-0,10	0,02	-0,07
I_L	0,01	0,06	-0,10	-0,04	0,01	0,27
II_L	0,02	0,08	-0,23	0,00	0,06	0,18
III_L	-0,05	-0,03	-0,31	-0,11	0,01	0,22
IV_L	-0,03	0,00	-0,08	-0,09	0,04	0,06
T1_L	0,06	0,13	-0,07	0,08	-0,07	0,17
T2_L	-0,06	-0,22	0,11	-0,05	0,07	-0,08
T3_L	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19
TT_L	-0,01	-0,16	0,07	0,02	0,00	0,19

Між рівнем КПВ і типами пальцевих візерунків у чоловіків загальної групи встановлені наступні достовірні кореляції: зворотний слабкої сили зв'язок із типом візерунка на IV пальці правої та лівої кистей ($r = -0,14$) і типом візерунка на V пальці правої кисті ($r = -0,13$); зворотний слабкий ($r = -0,11$) зв'язок із частотою наявності карпального вісьового трирадіуса правої та лівої долоней; прямий слабкий ($r = 0,13$) зв'язок із частотою наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку лівої долоні (див. табл. 4.5). При аналізі зв'язків між

РЕЗК і якісними ознаками дерматогліфіки у чоловіків загальної групи достовірних кореляцій не виявлено (див. табл. 4.6).

У чоловіків *північного регіону* встановлені достовірні прямі слабкі кореляції між *рівнем КПВ* і частотою наявності візерунка в III міжпальцевому проміжку правої долоні ($r=0,24$), а також між *РЕЗК* і частотою наявності карпального вісьового трирадіуса правої долоні ($r=0,26$) (див. табл. 4.5 і 4.6).

У чоловіків *південного регіону* встановлені наступні достовірні, лише зворотні, слабкі та помірні зв'язки між *рівнем КПВ* та якісними ознаками дерматогліфіки: слабкий ($r= -0,29$) зв'язок із типом візерунка на II пальці правої кисті; середньої сили ($r= -0,34$ і $-0,51$) зв'язки із типом візерунка на IV і V пальцях правої кисті; середньої сили ($r= -0,30$ і $r= -0,37$) зв'язки з частотою наявності карпального вісьового трирадіуса правої та лівої долоней (див. табл. 4.5). У досліджуваній групі чоловіків встановлено зворотний середньої сили ($r= -0,31$) зв'язок між *РЕЗК* і частотою наявності візерунка в III міжпальцевому проміжку лівої долоні (див. табл. 4.6).

У чоловіків *центрального регіону* встановлені наступні достовірні як прямі, так і зворотні, лише слабкі, кореляції між *рівнем КПВ* і якісними ознаками дерматогліфіки: зворотні зв'язки з типом візерунка на III ($r= -0,16$), V пальцях правої кисті ($r= -0,21$) та на IV – лівої кисті ($r= -0,16$); прямі зв'язки з частотою наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку правої і лівої долонь ($r=0,16$ і $r=0,18$) (див. табл. 4.5). У чоловіків центрального регіону не виявлено достовірних зв'язків між *РЕЗК* та якісними ознаками дерматогліфіки (див. табл. 4.6).

У групі чоловіків *західного регіону* встановлені достовірні як прямі, так і зворотні, як слабкі, так і середньої сили кореляції між *рівнем КПВ* і якісними ознаками дерматогліфіки, а саме: зворотні слабкої сили ($r= -0,26$ і $-0,27$) зв'язки з частотою наявності карпального вісьового трирадіуса як правої, так і лівої долонь виявлений; прямий слабкий ($r=0,25$) зв'язок із частотою наявності візерунка в II міжпальцевому проміжку лівої долоні та прямий середньої сили ($r=0,32$) зв'язок із частотою наявності проміжного вісьового трирадіуса (див.

табл. 4.5). *РЕЗК* у чоловіків західного регіону має лише прямий слабкий ($r=0,24$) зв'язок із типом візерунка на II пальці лівої кисті (див. табл. 4.6).

У чоловіків *східного регіону* встановлені наступні достовірні, лише прямі середньої сили ($r=0,34$ і $0,36$) зв'язки між *рівнем КПВ* і типом візерунка на III пальці правої та лівої кистей (див. табл. 4.5). *РЕЗК* у чоловіків східного регіону з якісними ознаками дерматогліфіки не має достовірних зв'язків (див. табл. 4.6).

Також були визначені кореляції між *груповими (критеріальними)* показниками *рівня КПВ* або *РЕЗК* та якісними ознаками дерматогліфіки, котрі представлені в таблицях 4.7 і 4.8.

Таблиця 4.7

Кореляції якісних показників дерматогліфіки з груповими значеннями індексу КПВ в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
TF_R1	-0,02	0,19	-0,18	0,06	-0,12	-0,20
TF_R2	-0,01	-0,04	-0,32	-0,05	0,14	0,24
TF_R3	-0,08	-0,11	-0,01	-0,17	-0,12	0,28
TF_R4	-0,15	-0,03	-0,43	-0,05	-0,19	-0,14
TF_R5	-0,13	-0,03	-0,53	-0,22	0,13	0,09
TF_L1	0,05	0,10	0,10	0,15	-0,01	-0,12
TF_L2	-0,02	-0,16	0,13	-0,05	0,08	0,02
TF_L3	-0,03	0,12	-0,12	-0,07	-0,12	0,37
TF_L4	-0,13	0,12	-0,22	-0,17	-0,12	-0,06
TF_L5	-0,08	0,12	-0,17	-0,07	-0,12	-0,06
BD_R	-0,06	-0,14	0,03	-0,04	-0,11	-0,10
BD_L	-0,07	-0,13	-0,07	-0,06	-0,11	0,16
H_R	0,02	-0,09	0,09	0,01	0,10	-0,06
Th_R	0,06	0,00	0,11	0,00	0,15	0,00
I_R	0,06	0,08	-0,12	0,04	0,13	0,07
II_R	0,11	0,06	0,20	0,06	0,14	0,00
III_R	0,07	0,25	0,07	0,01	-0,09	0,17

Продовження табл. 4.7

1	2	3	4	5	6	7
IV_R	0,07	0,07	0,16	0,12	-0,03	-0,07
T1_R	-0,10	0,13	-0,26	-0,09	-0,24	0,00
T2_R	0,03	-0,07	-0,05	0,03	0,21	-0,23
T3_R	-0,11	0,00	-0,15	-0,03	0,00	-0,33
TT_R	-0,08	-0,03	-0,32	-0,06	0,02	-0,29
H_L	0,00	-0,15	0,26	0,01	0,02	-0,12
Th_L	0,06	-0,01	0,16	0,04	0,11	-0,15
I_L	0,07	-0,10	0,11	0,03	0,19	0,20
II_L	0,08	0,05	0,20	-0,06	0,28	0,05
III_L	0,03	0,07	0,23	-0,01	-0,08	0,00
IV_L	0,14	0,06	0,08	0,16	0,20	0,13
T1_L	-0,09	0,01	-0,33	-0,03	-0,27	0,00
T2_L	0,08	-0,02	0,19	0,00	0,34	0,00
T3_L	-0,02	0,00	-0,15	0,00	0,00	0,12
TT_L	-0,01	-0,01	-0,17	-0,04	0,23	0,12

Таблиця 4.8

Кореляції якісних показників дерматогліфіки з груповими значеннями Тер-тесту за Окушко в соматично здорових чоловіків із різних адміністративних регіонів України.

Показники	Загалом (n=400)	REGIO1 (n=72)	REGIO2 (n=47)	REGIO3 (n=165)	REGIO4 (n=71)	REGIO5 (n=45)
1	2	3	4	5	6	7
TF_R1	0,02	0,18	-0,06	-0,03	-0,08	0,07
TF_R2	0,02	0,16	-0,18	0,02	0,13	-0,21
TF_R3	-0,08	-0,23	-0,18	-0,08	0,01	0,16
TF_R4	0,08	0,19	-0,18	0,19	-0,10	0,03
TF_R5	-0,01	0,05	-0,06	-0,13	0,15	0,10
TF_L1	0,01	-0,08	0,04	-0,01	0,06	0,16
TF_L2	0,05	0,16	-0,22	0,01	0,27	-0,07
TF_L3	-0,06	-0,10	-0,21	-0,07	0,02	0,13
TF_L4	-0,02	-0,04	-0,05	-0,01	-0,14	0,09
TF_L5	0,10	0,26	0,19	-0,01	0,13	0,10
BD_R	0,04	0,10	0,34	0,01	-0,08	-0,12
BD_L	0,03	0,14	0,07	0,02	-0,08	-0,07

Продовження табл. 4.8

1	2	3	4	5	6	7
H_R	-0,06	-0,04	-0,15	-0,10	0,04	0,00
Th_R	-0,03	0,07	-0,18	-0,08	0,06	-0,01
I_R	-0,01	-0,04	0,01	-0,01	-0,02	0,03
II_R	-0,03	-0,05	-0,01	-0,03	0,04	-0,01
III_R	0,00	-0,01	-0,07	-0,06	0,00	0,30
IV_R	-0,05	-0,18	-0,17	0,00	0,14	-0,15
T1_R	0,03	0,21	-0,11	0,00	-0,11	0,31
T2_R	0,00	-0,14	0,02	0,03	0,09	-0,03
T3_R	-0,03	0,00	-0,04	-0,15	0,00	0,22
TT_R	-0,01	-0,06	-0,08	0,00	0,00	0,22
H_L	-0,03	0,02	-0,21	-0,08	0,12	0,02
Th_L	-0,06	-0,07	-0,23	-0,07	0,07	0,03
I_L	-0,04	-0,06	-0,12	-0,05	-0,05	0,15
II_L	-0,03	-0,03	-0,22	-0,04	0,07	0,10
III_L	-0,03	-0,03	-0,16	-0,13	0,07	0,30
IV_L	-0,06	-0,14	-0,13	-0,08	0,08	0,00
T1_L	0,04	0,06	-0,07	0,08	-0,13	0,30
T2_L	-0,03	-0,14	0,13	-0,03	0,11	-0,15
T3_L	0,07	0,00	-0,04	0,00	0,00	0,31
TT_L	0,02	-0,13	0,07	0,05	-0,05	0,31

Аналіз наявних кореляцій між вказаними параметрами за їх груповими значеннями в *загальній групі* чоловіків підтверджує результати, отримані при аналізі зв'язків між абсолютними показниками *рівня КПВ* і типами пальцевих візерунків (на IV пальці правої та лівої кисті відповідно $r = -0,15$ і $r = -0,13$, на V пальці правої кисті $r = -0,13$, з частотою наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку лівої долоні $r = 0,14$) (див. табл. 4.7). Не знайшли свого підтвердження, виявлені за абсолютними значеннями показників *рівня КПВ*, кореляції з частотою карпального трирадіуса обох долонь (див. табл. 4.5 і 4.7); натомість при аналізі групових показників виявлені зворотній слабкої сили ($r = -0,11$) зв'язок із частотою вісьового центрального трирадіуса та прямий слабкої сили ($r = 0,11$) зв'язок із частотою наявності візерунка в II міжпальцевому проміжку правої долоні (див. табл. 4.7). Тобто, кількість зв'язків, які співпадають і не співпадають при визначенні їх різними шляхами, майже однакова.

У чоловіків *північного регіону*, встановлені кореляції при аналізі абсолютних показників *рівня КПВ* і частотою наявності візерунка в III міжпальцевому проміжку (див. табл. 4.5) підтвержені аналогічною залежністю при аналізі кореляцій, визначених на основі групових показників ($r = 0,25$) (див. табл. 4.7). Виявлений на основі абсолютних значень, зв'язок між *РЕЗК* і частотою наявності карпального трирадіуса (див. табл. 4.6) не підтверджується кореляцією, встановленою на основі групових значень резистентності емалі зубів до карієсу (див. табл. 4.8). Натомість виявлено прямий слабкий ($r = 0,26$) зв'язок групового показника *РЕЗК* з типом візерунка на V пальці лівої кисті (див. табл. 4.8). Тобто, співпадають виявлені кореляції як шляхом аналізу абсолютних, так і групових значень показників для зв'язку *рівня КПВ* і частотою наявності візерунка в III міжпальцевому проміжку.

У чоловіків *південного регіону* співпадіння як абсолютних, так і групових показників *рівня КПВ* зареєстровані з типами пальцевих візерунків (для II пальця $r = -0,32$; для IV пальця $r = -0,43$; для V пальця $r = -0,53$; права кисть), а також частотою локалізації вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні ($r = -0,33$) (див. табл. 4.5 і 4.7). Виявлений на основі абсолютних значень, зв'язок між *рівня КПВ* і частотою наявності карпального трирадіуса на правій долоні, а також між *РЕЗК* і частотою наявності візерунка в III міжпальцевому проміжку лівої долоні (див. табл. 4.5 і 4.6) не підтверджується встановленими на основі групових значень кореляціями (див. табл. 4.7 і 4.8). Натомість виявлено зворотній середньої сили ($r = -0,32$) зв'язок групового *рівня КПВ* із частотою наявності комбінацій вісьових трирадіусів на правій долоні, а також прямий середньої сили ($r = 0,34$) зв'язок групової *РЕЗК* з відсутністю долонного трирадіусу «с» (див. табл. 4.7 і 4.8). Тобто, виявлені кореляції шляхом аналізу абсолютних значень показників в переважній більшості співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників.

У чоловіків *центрального регіону* *рівень КПВ*, оцінений через групові показники, як і абсолютний *рівень КПВ*, має зворотні слабкі зв'язки з типом візерунка на III ($r = -0,17$), V пальцях правої кисті ($r = -0,22$) та на IV пальці лі-

вої кисті ($r = -0,17$), а також прямий слабкий ($r = 0,16$) зв'язок з частотою наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку лівої долоні (див. табл. 4.7 і 4.5). Не встановлено кореляцій даного показника з частотою наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку правої долоні, яка була виявлена при визначенні зв'язків на основі аналізу абсолютних значень (див. табл. 4.5 і 4.7). Натомість виявлений прямий слабкої сили ($r = 0,19$) зв'язок між груповою РЕЗК та типом візерунка на IV пальці правої кисті (див. табл. 4.8). Тобто, виявлені кореляції шляхом аналізу абсолютних значень показників в переважній більшості співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників.

У чоловіків *західного регіону* між груповими показниками *рівня КПВ* і частотою наявності карпального вісьового трирадіуса як правої, так і лівої долонь виявлені зворотні зв'язки слабкої сили ($r = -0,24$ і $r = -0,27$) та прямий – з частотою наявності візерунка в II міжпальцевому проміжку лівої долоні ($r = 0,28$), а також прямий середньої сили ($r = 0,34$) зв'язок з частотою наявності проміжного вісьового трирадіуса (див. табл. 4.7). Групові показники РЕЗК у чоловіків *західного регіону* мають лише прямий слабкої сили ($r = 0,27$) зв'язок з типом візерунка на II пальці лівої кисті (див. табл. 8). Тобто, виявлені кореляції шляхом аналізу абсолютних значень показників повністю (за характером, силою, напрямком) співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників (див. табл. 4.5 і 4.6).

У чоловіків *східного регіону* встановлений достовірний прямий зв'язок середньої сили ($r = 0,37$) між груповим *рівнем КПВ* і типом візерунка на III пальці лівої кисті (див. табл. 4.7). Не встановлено кореляції даного показника з типом візерунка на III пальці правої кисті, яка була виявлена при визначенні кореляцій на основі аналізу абсолютних значень *рівня КПВ* (див. табл. 4.5 і 4.7). Натомість, виявлена зворотна залежність середньої сили ($r = -0,33$) даного показника з частотою наявності центрального вісьового трирадіуса (див. табл. 4.7). Додатково встановлено ряд прямих середньої сили кореляцій між груповою РЕЗК та частотою карпального трирадіуса правої та лівої долонь ($r = 0,31$ і

0,30), центрального трирадіуса лівої долоні ($r=0,31$) та їх комбінацій ($r=0,31$), а також наявністю візерунка в III міжпальцевому проміжку правої і лівої долонь ($r=0,30$) (див. табл. 4.8). Тобто, виявлені кореляції шляхом аналізу абсолютних значень показників в меншій мірі, ніж в інших регіонах, співпадають з такими, що виявлені шляхом аналізу групових значень тих же показників.

Таким чином встановлені малочисельні достовірні, переважно слабкі та середньої сили зв'язки, між *рівнем КПВ* (більшою мірою), або *РЕЗК* (меншою мірою) і *кількісними дерматогліфічними показниками*. Встановлено, що у чоловіків центрального, східного та західного регіонів України, порівняно з іншими регіонами, виявляється найбільша кількість взаємопідтверджених кореляцій, вирахованих на основі як абсолютних, так і групових значень показників *рівня КПВ* або *РЕЗК* і кількісними дерматогліфічними показниками. Більш сильні, а саме, кореляції середньої сили виявлені у чоловіків східного та західного регіонів.

Показана наявність малочисельних достовірних, переважно зворотних слабких та середньої сили зв'язків, між *рівнем КПВ* (більшою мірою), або *РЕЗК* (меншою мірою) і *якісними дерматогліфічними показниками*. У чоловіків південного та західного регіонів України, порівняно з іншими регіонами, виявлені більш значні як за кількістю, так і за силою, кореляції між *рівнем КПВ* та якісними дерматогліфічними показниками, а також малочислені зв'язки між *РЕЗК* та якісними дерматогліфічними показниками.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами у 2 наукових статтях у фахових журналах, що рекомендовані ДАК МОН України [297, 298], одна з яких входить до переліку міжнародних наукометричних баз, та тезах науково-практичної конференції [301].

РОЗДІЛ 5

ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ СХИЛЬНОСТІ ДО РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЗУБІВ І РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ДО КАРІЄСУ У СОМАТИЧНО
ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

5.1. Моделі схильності до різного рівня КПВ у здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки

Оскільки в усіх регіонах України у соматично здорових чоловіків при аналізі рівня КПВ найбільш часто встановлені низький (північний – 27,8 %; південний – 19,1 %; центральний – 38,8 %; західний – 26,8 %; східний – 24,4 %) та середній (північний – 52,8 %; південний – 55,3 %; центральний – 38,8 %; західний – 49,3 %; східний – 55,6 %), а дуже низький, високий та дуже високий рівні, у більшості випадків, коливались у межах 5-10 % (що обумовлює високу похибку при моделюванні), дискримінантні моделі можливого рівня КПВ в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки нами побудовані лише для чоловіків з низьким і середнім рівнями КПВ.

Встановлено, що у представників *північного регіону* дискримінантна функція охоплює 40,0 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 89,5 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків північного регіону коректна в 72,4 % випадків. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками дискримінантними змінними є наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні, гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті та наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні (табл. 5.1). Причому, найбільший внесок в дискримінацію має наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні. В цілому сукупність усіх змінних

має незначну статистично значущу дискримінацію (статистика Уїлкса лямбда $= 0,806$; $F = 4,33$; $p < 0,01$) між різними за інтенсивністю карієсу групами чоловіків північного регіону (див. табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Звіт дискримінантного аналізу різних за інтенсивністю КПВ чоловіків північного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,806 approx. F (3,54)=4,33 p<0,0083				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
H_L	0,940	0,857	9,005	0,0041
FRC_L2	0,905	0,890	6,653	0,0127
TT_L	0,861	0,936	3,709	0,0594

Примітка: тут і в подальшому

1. Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда;
2. Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда для поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями;
3. F-remove – стандартний F-критерій зв'язаний з відповідною Partial Lambda;
4. p-level – p-рівень зв'язаний з відповідним F-remove;
5. H_L – наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні;
6. FRC_L2 – гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті;
7. TT_L – наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні.

Встановлені коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій (табл. 5.2) дають можливість обчислити показник класифікації (Df) за допомогою якого можна передбачити належність показників до «типових» для чоловіків північного регіону із низьким або середнім рівнями КПВ.

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df, близькому до 24,71, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df,

Таблиця 5.2

Класифікаційні дискримінантні функції різних за інтенсивністю КПВ чоловіків північного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: KPV_1 (shinkaruk.sta)		
	Низький рівень КПВ	Середній рівень КПВ
H_L	5,233	7,418
FRC_L2	-0,096	0,016
TT_L	21,81	19,67
Constant	-24,71	-23,97

Примітка: тут і в подальшому Constant – константа.

близькому до 23,97:

Df (для чоловіків північного регіону з низьким рівнем КПВ) = наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні \times 5,233 – гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті \times 0,096 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні \times 21,81 – 24,71;

Df (для чоловіків північного регіону з середнім рівнем КПВ) = наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні \times 7,418 + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті \times 0,016 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні \times 19,67 – 23,97,

де (тут і в подальшому), наявність візерунка на гіпотенарі – 1- так, 2- ні; пальцевий гребінцевий рахунок – в абсолютних одиницях; наявність комбінації вісьових трирадіусів – 1- так, 2- ні.

У представників південного регіону дискримінантна функція охоплює 100 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 100 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками дискримінантними змінними є наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої й правої долоні, тип візерунку на V й III пальцях правої кисті, значення асиметрії кута *dat*, гребінцевий рахунок II пальця правої кисті, міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні, значення асиметрії гребеневого

рахунка IV пальця, асиметрії довжини лінії ad і асиметрії за типами візерунку на V пальці (табл. 5.3). Причому, найбільший внесок в дискримінацію має наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні. В цілому сукупність усіх змінних має значну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,078; $F = 28,44$; $p < 0,001$) між різними за інтенсивністю карієсу групами чоловіків південного регіону (див. табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Звіт дискримінантного аналізу різних за інтенсивністю КПВ чоловіків південного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,078 approx. $F(10,24)=28,44$ $p < 0,0000$				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
T1_L	0,344	0,226	82,05	0,0000
TF_R5	0,131	0,595	16,31	0,0005
RL_DAT	0,202	0,386	38,16	0,0000
FRC_R2	0,178	0,437	30,92	0,0000
TF_R3	0,222	0,351	44,45	0,0000
BC_L	0,154	0,504	23,60	0,0001
T1_R	0,152	0,513	22,83	0,0001
RL_FRC4	0,098	0,794	6,228	0,0198
RL_AD	0,102	0,761	7,517	0,0114
RL_TF5	0,089	0,872	3,529	0,0725

Примітка: тут і в подальшому

1. T1_L – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні;
2. TF_R5 – тип візерунку на V пальці правої кисті;
3. RL_DAT – значення асиметрії кута dat;
4. FRC_R2 – гребінцевий рахунок II пальця правої кисті;
5. TF_R3 – тип візерунку на III пальці правої кисті;
6. BC_L – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні;

7. T1_R – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні;
8. RL_FRC4 – значення асиметрії гребеневого рахунка IV пальця;
9. RL_AD – значення асиметрії довжини лінії ad;
10. RL_TF5 – значення асиметрії за типами візерунку на V пальці.
- Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.4.

Таблиця 5.4

Класифікаційні дискримінантні функції різних за інтенсивністю КПВ чоловіків південного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: KPV_2 (shinkaruk.sta)		
	Низький рівень КПВ	Середній рівень КПВ
T1_L	193,4	96,23
TF_R5	22,09	11,58
RL_DAT	-3,741	-1,773
FRC_R2	2,803	1,454
TF_R3	34,04	17,78
BC_L	-2,197	-0,770
T1_R	-108,7	-46,75
RL_FRC4	-1,565	-0,793
RL_AD	2,766	1,572
RL_TF5	-14,77	-5,784
Constant	-147,9	-53,66

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df , близькому до 147,9, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df , близькому до 53,66:

Df (для чоловіків південного регіону з низьким рівнем КПВ) = наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні \times 193,4 + тип візерунку на V пальці правої кисті \times 22,09 – значення асиметрії кута dat \times 3,741 + гребінцевий

рахунок II пальця правої кисті $\times 2,803$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 34,04$ – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні $\times 2,197$ – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 108,7$ – значення асиметрії гребеневого рахунка IV пальця $\times 1,565$ + значення асиметрії довжини лінії ad $\times 2,766$ – значення асиметрії за типами візерунку на V пальці $\times 14,77 - 147,9$;

Df (для чоловіків південного регіону з середнім рівнем КПВ) = наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні $\times 96,23$ + тип візерунку на V пальці правої кисті $\times 11,58$ – значення асиметрії кута dat $\times 1,773$ + гребінцевий рахунок II пальця правої кисті $\times 1,454$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 17,78$ – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні $\times 0,770$ – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 46,75$ – значення асиметрії гребеневого рахунка IV пальця $\times 0,793$ + значення асиметрії довжини лінії ad $\times 1,572$ – значення асиметрії за типами візерунку на V пальці $\times 5,784 - 53,66$,

де (тут і в подальшому), *наявність вісьового трирадіуса в карпальній області кисті* – 1- так, 2- ні;

тип візерунку на пальцях кисті – 1- завиток, 2,1- ульнарна петля, 2,2- радіальна петля, 3- дуга, 4,1- центральна кишенька, 4,2- латеральна кишенькова петля, 4,3- подвоєна петля, 4,4- випадковий візерунок;

значення асиметрії кутів – в абсолютних одиницях;

міжпальцеві гребінцеві рахунки між трирадіусами – в абсолютних одиницях;

значення асиметрії пальцевих гребінцевих рахунків – в абсолютних одиницях;

значення асиметрії довжини долонних ліній – в абсолютних одиницях;

значення асиметрії за типами візерунку на пальцях кисті – в абсолютних одиницях.

У представників *центрального регіону* дискримінантна функція охоплює 71,9 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 68,8 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків центрального регіону коректна в 70,3 % випадків. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками дискримінантними змінними є значення асиметрії за типами візерунку на III пальці, міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні, тип візерунку на V й III пальцях правої кисті та на IV пальці лівої кисті, гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті та значення асиметрії гребеневого рахунка V й III пальців (табл. 5.5). Причому, найбільший внесок в дискримінацію має значення асиметрії за типами візерунку на III пальці. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,778; F = 4,25; $p < 0,001$) між різними за інтенсивністю карієсу групами чоловіків центрального регіону (див. табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Звіт дискримінантного аналізу різних за інтенсивністю КПВ чоловіків центрального регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,778 approx. F (8,12)=4,25 p<0,0002				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
RL_TF3	0,909	0,855	20,11	0,0000
AB_L	0,806	0,964	4,392	0,0382
TF_R5	0,795	0,979	2,599	0,1096
TF_R3	0,792	0,983	2,116	0,1484
FRC_L1	0,798	0,975	3,108	0,0805
RL_FRC5	0,810	0,961	4,873	0,0292
TF_L4	0,799	0,973	3,316	0,0711
RL_FRC3	0,798	0,974	3,152	0,0784

Примітка: тут і в подальшому

1. RL_TF3 – значення асиметрії за типами візерунку на III пальці;

2. AB_L – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні;
3. FRC_L1 – гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті;
4. RL_FRC5 – значення асиметрії гребеневого рахунка V пальця;
5. TF_L4 – тип візерунку на IV пальці лівої кисті;
6. RL_FRC3 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця.

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.6.

Таблиця 5.6

Класифікаційні дискримінантні функції різних за інтенсивністю КПВ чоловіків центрального регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: KPV_3 (shinkaruk.sta)		
	Низький рівень КПВ	Середній рівень КПВ
RL_TF3	6,466	8,497
AB_L	1,151	1,220
TF_R5	3,511	3,153
TF_R3	1,781	1,449
FRC_L1	0,194	0,148
RL_FRC5	0,289	0,168
TF_L4	2,584	2,226
RL_FRC3	0,181	0,262
Constant	-40,58	-42,24

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df , близькому до 40,58, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df , близькому до 42,24:

Df (для чоловіків центрального регіону з низьким рівнем КПВ) = значення асиметрії за типами візерунку на III пальці \times 6,466 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні \times 1,151 + тип візерунку на V пальці правої кисті \times 3,511 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 1,781 +

гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,194$ + значення асиметрії гребеневого рахунка V пальця $\times 0,289$ + тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 2,584$ + значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 0,181 - 40,58$;

Df (для чоловіків центрального регіону з середнім рівнем КПВ) = значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 8,497$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні $\times 1,220$ + тип візерунку на V пальці правої кисті $\times 3,153$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 1,449$ + гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,148$ + значення асиметрії гребеневого рахунка V пальця $\times 0,168$ + тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 2,226$ + значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 0,262 - 42,24$.

У представників західного регіону дискримінантна функція охоплює 84,2 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 91,4 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дермато-гліфіки у чоловіків західного регіону коректна в 88,9 % випадків. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками дискримінантними змінними є індекс Каммінса на лівій долоні, значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c та a-b, значення асиметрії за типами візерунку на III пальці, величина кутів atd та atb на лівій долоні, наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні, гребінцевий рахунок III пальця правої кисті, наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні та значення асиметрії кута atd (табл. 5.7). Причому, найбільший внесок в дискримінацію мають індекс Каммінса на лівій долоні, величина кута atd на лівій долоні, значення асиметрії за типами візерунку на III пальці та значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса* $\lambda = 0,456$; $F = 5,13$; $p < 0,001$) між різними за інтенсивністю карієсу групами чоловіків західного регіону (див. табл. 5.7).

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (*Df*) наведені в таблиці 5.8.

Таблиця 5.7

**Звіт дискримінантного аналізу різних за інтенсивністю КПВ чоловіків
західного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й
долонної дерматогліфіки.**

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,456 approx. F (10,43)=5,13 p<0,0001				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
IK_L	0,601	0,758	13,72	0,0006
RL_BC	0,576	0,791	11,35	0,0016
RL_TF3	0,581	0,784	11,86	0,0013
ATD_L	0,591	0,771	12,77	0,0009
H_R	0,464	0,981	0,824	0,3691
FRC_R3	0,508	0,896	4,970	0,0311
T1_R	0,509	0,895	5,059	0,0297
RL_AB	0,496	0,918	3,829	0,0569
ATB_L	0,508	0,897	4,926	0,0318
RL_ATD	0,488	0,934	3,024	0,0892

Примітка: тут і в подальшому

1. T1_L – індекс Каммінса, відображає хід головних долонних ліній на лівій долоні;
2. RL_BC – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c;
3. ATD_L – величина кута atd на лівій долоні;
4. H_R – наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні;
5. FRC_R3 – гребінцевий рахунок III пальця правої кисті;
6. RL_AB – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b;
7. ATB_L – величина кута atb на лівій долоні;
8. RL_ATD – значення асиметрії кута atd.

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df, близькому до 63,45, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df,

Таблиця 5.8

Класифікаційні дискримінантні функції різних за інтенсивністю КПВ чоловіків західного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: KPV_4 (shinkaruk.sta)		
	Низький рівень КПВ	Середній рівень КПВ
IK_L	3,008	2,006
RL_BC	1,529	1,002
RL_TF3	0,565	4,111
ATD_L	2,915	2,309
H_R	7,167	8,098
FRC_R3	-0,048	0,150
T1_R	-8,240	-3,860
RL_AB	-0,647	-0,364
ATB_L	-1,799	-1,171
RL_ATD	1,547	1,319
Constant	-63,45	-52,11

близькому до 52,11:

Df (для чоловіків західного регіону з низьким рівнем КПВ) = індекс Каммінса на лівій долоні \times 3,008 + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c \times 1,529 + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці \times 0,565 + величина кута atd на лівій долоні \times 2,915 + наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні \times 7,167 – гребінцевий рахунок III пальця правої кисті \times 0,048 – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні \times 8,240 – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b \times 0,647 – величина кута atb на лівій долоні \times 1,799 + значення асиметрії кута atd \times 1,547 – 63,45;

Df (для чоловіків західного регіону з середнім рівнем КПВ) = індекс Каммінса на лівій долоні \times 2,006 + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c \times 1,002 + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці \times 4,111 + величина кута atd на лівій долоні \times 2,309 + наявність візе-

рунка на гіпотенарі правої долоні $\times 8,098$ + гребінцевий рахунок III пальця правої кисті $\times 0,150$ – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 3,860$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 1,171$ – величина кута atb на лівій долоні $\times 1,171$ + значення асиметрії кута atd $\times 1,319$ – 52,11,

де (тут і в подальшому), *величина індексу Каммінса* – в абсолютних одиницях;

значення асиметрії міжпальцевих гребінцевих рахунків між долонними трирадіусами – в абсолютних одиницях;

значення долонних кутів – в градусах.

У представників *східного регіону* дискримінантна функція охоплює 100 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 100 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками дискримінантними змінними є гребінцевий рахунок II пальця правої кисті, тип візерунку на II пальці лівої та на III й IV пальцях правої кисті, міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні, значення асиметрії кута atd, значення асиметрії за типами візерунку на I пальці, значення асиметрії індекса Каммінса, дельтовий індекс лівої долоні та наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні (табл. 5.9). Причому, найбільший внесок в дискримінацію мають значення асиметрії кута atd і значення асиметрії за типами візерунку на I пальці. В цілому сукупність усіх змінних має значну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,219; $F = 8,91$; $p < 0,001$) між різними за інтенсивністю карієсу групами чоловіків східного регіону (див. табл. 5.9).

Таблиця 5.9

Звіт дискримінантного аналізу різних за інтенсивністю КПВ чоловіків східного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta) Wilks' Lambda: 0,219 approx. $F(10,25)=8,91$ $p < 0,0000$

Продовження табл. 5.9

	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
FRC_R2	0,266	0,825	5,296	0,0300
TF_L2	0,338	0,648	13,56	0,0011
AB_L	0,278	0,788	6,732	0,0156
RL_ATD	0,514	0,426	33,66	0,0000
RL_TF1	0,420	0,522	22,91	0,0001
RL_IK	0,351	0,624	15,05	0,0007
DTR_L	0,310	0,706	10,42	0,0035
II_L	0,336	0,651	13,39	0,0012
TF_R4	0,266	0,822	5,396	0,0286
TF_R3	0,262	0,837	4,874	0,0367

Примітка: тут і в подальшому

1. TF_L2 – тип візерунку на II пальці лівої кисті;
2. RL_TF1 – значення асиметрії за типами візерунку на I пальці;
3. RL_IK – значення асиметрії індекса Каммінса;
4. DTR_L – дельтовий індекс лівої долоні;
5. II_L – наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні;
6. TF_R4 – тип візерунку на IV пальці правої кисті.

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.10.

Таблиця 5.10

Класифікаційні дискримінантні функції різних за інтенсивністю КПВ чоловіків східного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: KPV_5 (shinkaruk.sta)		
	Низький рівень КПВ	Середній рівень КПВ
FRC_R2	-0,256	0,105
TF_L2	3,602	-0,202
AB_L	1,730	2,217
RL_ATD	-0,241	-2,117

Продовження табл. 5.10

RL_TF1	0,031	-10,61
RL_IK	0,710	-1,651
DTR_L	3,586	6,052
II_L	7,604	15,91
TF_R4	1,541	3,451
TF_R3	2,797	0,038
Constant	-57,10	-71,08

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df , близькому до 57,10, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df , близькому до 71,08:

Df (для чоловіків східного регіону з низьким рівнем КПВ) = – гребінцевий рахунок II пальця правої кисті \times 0,256 + тип візерунку на II пальці лівої кисті \times 3,602 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні \times 1,730 – значення асиметрії кута atd \times 0,241 + значення асиметрії за типами візерунку на I пальці \times 0,131 + значення асиметрії індекса Каммінса \times 0,710 + дельтовий індекс лівої долоні \times 3,586 + наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні \times 7,604 + тип візерунку на IV пальці правої кисті \times 1,541 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 2,797 – 57,10;

Df (для чоловіків східного регіону з середнім рівнем КПВ) = гребінцевий рахунок II пальця правої кисті \times 0,105 – тип візерунку на II пальці лівої кисті \times 0,202 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні \times 2,217 – значення асиметрії кута atd \times 2,117 – значення асиметрії за типами візерунку на I пальці \times 10,61 – значення асиметрії індекса Каммінса \times 1,651 + дельтовий індекс лівої долоні \times 6,052 + наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні \times 15,91 + тип візерунку на IV пальці правої кисті \times 3,451 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 0,038 – 71,08,

де (тут і в подальшому), значення асиметрії індекса Каммінса – в абсолютних одиницях;

дельтовий індекс – в абсолютних одиницях;

наявність візерунку у міжпальцевих проміжках долонь – 1- так, 2- ні.

Для перевірки роботи розроблених дискримінантних моделей можливого рівня захворюваності карієсом нами було додатково обстежено по 10 соматично здорових чоловіків із південного та східного регіонів України (регіони в яких побудовані найбільш значущі моделі).

Згідно результатів попереднього моделювання, на основі дерматогліфічних показників, встановлено, що із 10 чоловіків *південного* регіону до групи ризику з низьким рівнем КПВ потрапило 6 представників, а до групи ризику з середнім рівнем КПВ – 4. Відповідно із 10 представників *східного* регіону 5 чоловіків потрапило до групи ризику з низьким рівнем КПВ, а 5 чоловіків – до групи ризику з середнім рівнем КПВ.

Після стоматологічного обстеження із 6 чоловіків *південного* регіону, які були віднесені до групи ризику з низьким рівнем КПВ 4 чоловіків мали низький рівень КПВ (66,7 %), а 2 чоловіків – середній рівень КПВ (33,3 %). Відповідно із 4 чоловіків *південного* регіону, які були віднесені до групи ризику з середнім рівнем КПВ 3 представника мали середній рівень КПВ (75,0 %), а 1 – високий рівень КПВ (25,0 %).

Після стоматологічного обстеження із 5 чоловіків *східного* регіону, які були віднесені до групи ризику з низьким рівнем КПВ 2 чоловіків мали низький рівень КПВ (40,0 %), 2 чоловіків – середній рівень КПВ (40,0 %), а 1 чоловіків – високий рівень КПВ (20,0 %). Відповідно із 5 чоловіків *східного* регіону, які були віднесені до групи ризику з середнім рівнем КПВ 3 представника мали середній рівень КПВ (60,0 %), 1 – низький рівень КПВ (20,0 %), а 1 – високий рівень КПВ (20,0 %).

Таким чином отримані нами результати, з урахуванням практичної перевірки роботи дискримінантних моделей можливого рівня КПВ в залежності від особливостей дерматогліфічних показників вказують на достатньо високу коректність їх застосування у чоловіків в південному й східному регіонах України для раннього прогнозу низького та середнього рівнів інтенсивності

карієсу зубів.

5.2. Моделі схильності до різного рівня резистентності емалі до карієсу у здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки

Оскільки в усіх регіонах України у соматично здорових чоловіків при аналізі рівня резистентності емалі зубів до карієсу (РЕЗК) найбільш часто встановлені висока (північний – 27,8 %; південний – 29,8 %; центральний – 30,3 %; західний – 32,4 %; східний – 28,9 %) та помірна (північний – 58,3 %; південний – 57,4 %; центральний – 58,2 %; західний – 59,2 %; східний – 66,7 %), а низька резистентність коливались у межах 4,4-12,8 % (що обумовлює високу похибку при моделюванні), дискримінантні моделі можливого рівня РЕЗК в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки нами побудовані лише для чоловіків з високим і помірним рівнем резистентності емалі.

Встановлено, що у представників *північного регіону* дискримінантна функція охоплює 80,0 % чоловіків із високим рівнем РЕЗК та 95,2 % чоловіків із помірним рівнем РЕЗК. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків північного регіону коректна в 90,3 % випадків. Між різними за РЕЗК чоловіками дискримінантними змінними є величина кута α_{td} на лівій долоні, значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця, тип візерунку на V пальці лівої кисті, наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні, наявність візерунку на тенарі лівій долоні, гребінцевий рахунок I і II пальця лівої кисті, дельтовий індекс лівої долоні, індекс Каммінса на правій долоні та значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b (табл. 5.11). Причому, найбільший внесок в дискримінацію мають тип візерунку на V пальці лівої кисті та гребінцевий ра-

хунок II пальця лівої кисті. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,337; $F = 10,05$; $p < 0,001$) між різними за РЕЗК групами чоловіків північного регіону (див. табл. 5.11).

Таблиця 5.11

Звіт дискримінантного аналізу різних за РЕЗК чоловіків північного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,337 approx. $F(10,51)=10,05$ $p < 0,0000$				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
ATD_L	0,450	0,748	17,19	0,0001
RL_FRC3	0,466	0,722	19,62	0,0001
TF_L5	0,539	0,625	30,61	0,0000
T1_R	0,367	0,916	4,671	0,0354
Th_L	0,403	0,836	10,00	0,0026
FRC_L2	0,503	0,669	25,21	0,0000
DTR_L	0,387	0,869	7,683	0,0078
IK_R	0,408	0,825	10,79	0,0018
FRC_L1	0,364	0,924	4,205	0,0455
RL_AB	0,361	0,931	3,754	0,0582

Примітка: тут і в подальшому

1. TF_L5 – тип візерунку на V пальці лівої кисті;
2. Th_L – наявність візерунка на тенарі лівій долоні;
3. IK_R – індекс Каммінса на правій долоні.

Встановлені коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій (табл. 5.12) дають можливість обчислити показник класифікації (Df) за допомогою якого можна передбачити належність показників до «типових» для чоловіків північного регіону із високим або помірним рівнем РЕЗК.

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем РЕЗК можливе при значенні Df , близькому до 99,63, а до чоловіків із помірним рівнем РЕЗК – при значенні

Таблиця 5.12

Класифікаційні дискримінантні функції різних за РЕЗК чоловіків північного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: OKUSH_1 (shinkaruk.sta)		
	Високий рівень	Помірний рівень
ATD_L	1,915	1,450
RL_FRC3	-0,319	-0,862
TF_L5	4,793	8,082
T1_R	12,71	17,53
Th_L	10,29	13,73
FRC_L2	0,254	0,858
DTR_L	-0,516	-1,693
IK_R	8,288	9,675
FRC_L1	0,078	-0,097
RL_AB	-0,236	-0,460
Constant	-99,63	-107,3

Df, близькому до 107,3:

Df (для чоловіків північного регіону з високим рівнем РЕЗК) = величина кута atd на лівій долоні x 1,915 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця x 0,319 + тип візерунку на V пальці лівої кисті x 4,793 + наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні x 12,71 + наявність візерунку на тенарі лівій долоні x 10,29 + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті x 0,254 – дельтовий індекс лівої долоні x 0,516 + індекс Каммінса на правій долоні x 8,288 + гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті x 0,078 – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b x 0,236 – 99,63;

Df (для чоловіків північного регіону з помірним рівнем РЕЗК) = величина кута atd на лівій долоні x 1,450 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця x 0,862 + тип візерунку на V пальці лівої кисті x 8,082 + наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні x 17,53 + наявність візерунку на тенарі лівій долоні x 13,73 + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті x 0,858

– дельтовий індекс лівої долоні $\times 1,693$ + індекс Каммінса на правій долоні $\times 9,675$ – гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,097$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 0,460$ – 107,3,

де (тут і в подальшому), наявність візерунка на тенарі – 1- так, 2- ні.

У представників південного регіону дискримінантна функція охоплює 78,6 % чоловіків із високим рівнем РЕЗК та 100 % чоловіків із помірним рівнем РЕЗК. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків південного регіону коректна в 92,7 % випадків. Між різними за РЕЗК чоловіками дискримінантними змінними є наявність візерунка на тенарі лівій долоні, значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці, величина кута atd на лівій долоні та ctd на правій долоні, значення асиметрії гребеневого рахунку II і III пальця, тип візерунку на V пальці лівої та на III пальці правої кисті, міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами c-d на правій долоні та значення асиметрії за напрямком ходу головних долонних ліній (табл. 5.13). Причому, найбільший внесок в дискримінацію має наявність візерунка на тенарі лівій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,264; $F = 8,37$; $p < 0,001$) між різними за РЕЗК групами чоловіків південного регіону (див. табл. 5.13).

Таблиця 5.13

Звіт дискримінантного аналізу різних за резистентністю емалі чоловіків південного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,264 approx. F (10,30)=8,37 p<0,0000				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
Th_L	0,652	0,405	44,16	0,0000
RL_TF4	0,403	0,656	15,75	0,0004
ATD_L	0,419	0,629	17,67	0,0002

Продовження табл. 5.13

RL_FRC3	0,370	0,714	12,02	0,0016
TF_L5	0,353	0,748	10,10	0,0034
TF_R3	0,315	0,837	5,852	0,0218
CD_R	0,324	0,815	6,825	0,0139
RL_FRC2	0,315	0,839	5,751	0,0229
CTD_R	0,317	0,831	6,081	0,0196
RL_IK	0,308	0,856	5,047	0,0322

Примітка: тут і в подальшому

1. RL_TF4 – значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці;
2. CD_R – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами с-d на правій долоні;
3. RL_FRC2 – значення асиметрії гребеневого рахунка II пальця;
4. CTD_R – величина кута std на правій долоні.

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.14.

Таблиця 5.14

Класифікаційні дискримінантні функції різних за РЕЗК чоловіків південного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: OKUSH_2 (shinkaruk.sta)		
	Високий рівень	Помірний рівень
Th_L	32,49	21,89
RL_TF4	-7,665	-1,233
ATD_L	-0,212	0,444
RL_FRC3	-1,227	-0,693
TF_L5	18,30	14,27
TF_R3	7,749	5,532
CD_R	2,286	1,878
RL_FRC2	0,427	0,115
CTD_R	2,200	1,563
RL_IK	3,550	2,579
Constant	-117,9	-94,30

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем РЕЗК можливе при значенні Df , близькому до 117,9, а до чоловіків із помірним рівнем РЕЗК – при значенні Df , близькому до 94,30:

Df (для чоловіків південного регіону з високим рівнем РЕЗК) = наявність візерунка на тенарі лівій долоні \times 32,49 – значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці \times 7,655 – величина кута atd на лівій долоні \times 0,212 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця \times 1,227 + тип візерунку на V пальці лівої кисті \times 18,30 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 7,749 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $c-d$ на правій долоні \times 2,286 + значення асиметрії гребеневого рахунка II пальця \times 0,427 + величина кута std на правій долоні \times 2,200 + значення асиметрії за напрямком ходу головних долонних ліній \times 3,550 – 117,9;

Df (для чоловіків південного регіону з помірним рівнем РЕЗК) = наявність візерунка на тенарі лівій долоні \times 21,89 – значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці \times 1,233 + величина кута atd на лівій долоні \times 0,444 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця \times 0,693 + тип візерунку на V пальці лівої кисті \times 14,27 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 5,532 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $c-d$ на правій долоні \times 1,878 + значення асиметрії гребеневого рахунка II пальця \times 0,115 + величина кута std на правій долоні \times 1,563 + значення асиметрії за напрямком ходу головних долонних ліній \times 2,579 – 94,30.

У представників *центрального регіону* дискримінантна функція охоплює 50,0 % чоловіків із високим рівнем РЕЗК та 83,3 % чоловіків із помірним рівнем РЕЗК. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків центрального регіону коректна в 71,9 % випадків. Між різними за РЕЗК чоловіками дискримінантними змінними є величина кута atb на лівій долоні, міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $b-c$ на лівій долоні, тип візерунку на III і IV пальцях правої кисті, значення аси-

метрії за типами візерунку на III пальці, значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c, значення асиметрії кута btc, індекс Каммінса на лівій долоні, наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої долоні та наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні (табл. 5.15). Причому, найбільший внесок в дискримінацію мають величина кута atb на лівій долоні та значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,702; $F = 5,73$; $p < 0,001$) між різними за РЕЗК групами чоловіків центрального регіону (див. табл. 5.15).

Таблиця 5.15

Звіт дискримінантного аналізу різних за РЕЗК чоловіків центрального регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,702 approx. $F(10,14)=5,73$ $p < 0,0000$				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
ATB_L	0,764	0,918	12,03	0,0007
BC_L	0,727	0,966	4,746	0,0311
TF_R4	0,743	0,944	7,979	0,0054
RL_TF3	0,720	0,975	3,417	0,0667
RL_BC	0,768	0,914	12,71	0,0005
RL_BTC	0,739	0,950	7,065	0,0088
IK_L	0,749	0,937	9,026	0,0032
T2_L	0,749	0,938	8,966	0,0033
I_R	0,718	0,978	3,052	0,0829
TF_R3	0,717	0,979	2,829	0,0949

Примітка: тут і в подальшому

1. RL_BTC – значення асиметрії кута btc;
2. T2_L – наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої долоні;
3. I_R – наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні.

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.16.

Таблиця 5.16

Класифікаційні дискримінантні функції різних за РЕЗК чоловіків центрального регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: OKUSH_3 (shinkaruk.sta)		
	Високий рівень	Помірний рівень
ATB_L	2,443	2,168
BC_L	0,955	1,037
TF_R4	2,095	2,666
RL_TF3	10,04	9,169
RL_BC	0,319	0,558
RL_BTC	0,133	-0,250
IK_L	1,935	1,624
T2_L	20,95	23,04
I_R	7,164	8,023
TF_R3	0,687	0,279
Constant	-78,74	-77,99

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем РЕЗК можливе при значенні Df , близькому до 78,74, а до чоловіків із помірним рівнем РЕЗК – при значенні Df , близькому до 77,99:

Df (для чоловіків центрального регіону з високим рівнем РЕЗК) = величина кута atb на лівій долоні \times 2,443 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $b-c$ на лівій долоні \times 0,955 + тип візерунку на IV пальці правої кисті \times 2,095 + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці \times 10,04 + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами $b-c$ \times 0,319 + значення асиметрії кута btc \times 0,133 + індекс Каммінса на лівій долоні \times 1,935 + наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої долоні \times 20,95 + наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні \times 7,164 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 0,687 – 78,74;

D_f (для чоловіків центрального регіону з помірним рівнем РЕЗК) = величина кута atb на лівій долоні $\times 2,168$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $b-c$ на лівій долоні $\times 1,037$ + тип візерунку на IV пальці правої кисті $\times 2,666$ + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 9,169$ + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами $b-c$ $\times 0,558$ – значення асиметрії кута btc $\times 0,250$ + індекс Каммінса на лівій долоні $\times 1,624$ + наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої долоні $\times 23,04$ + наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні $\times 8,023$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 0,279$ – 77,99,

де (тут і в подальшому), наявність вісьового трирадіуса в проміжній області долоні – 1- так, 2- ні.

У представників західного регіону дискримінантна функція охоплює 65,2 % чоловіків із високим рівнем РЕЗК та 92,9 % чоловіків із помірним рівнем РЕЗК. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків західного регіону коректна в 83,1 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками дискримінантними змінними є тип візерунку на IV пальці лівої кисті, значення асиметрії кутів ctd і dat , величина кута ctd на правій долоні, наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні, значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунку, індекс Каммінса на лівій долоні, наявність візерунку на тенарі лівої долоні та дельтовий індекс лівої долоні (табл. 5.17). Причому, найбільший внесок в дискримінацію мають значення асиметрії кута dat і величина кута ctd на правій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (статистика Уїлкса $\lambda = 0,586$; $F = 3,82$; $p < 0,001$) між різними за РЕЗК групами чоловіків західного регіону (див. табл. 5.17).

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (D_f) наведені в таблиці 5.18.

Визначення показника класифікації (D_f) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем РЕЗК можливе при значенні

Таблиця 5.17

Звіт дискримінантного аналізу різних за РЕЗК чоловіків західного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,586 approx. F (10,54)=3,82 p<0,0006				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
TF_L4	0,627	0,934	3,807	0,0562
ATB_L	0,672	0,871	7,982	0,0066
RL_CTD	0,626	0,935	3,736	0,0585
RL_DAT	0,704	0,831	10,95	0,0017
CTD_R	0,693	0,845	9,896	0,0027
TT_R	0,648	0,904	5,739	0,0201
RL_SRC	0,633	0,925	4,389	0,0409
IK_L	0,642	0,913	5,159	0,0271
Th_L	0,614	0,954	2,620	0,1114
DTR_L	0,612	0,957	2,405	0,1268

Примітка: тут і в подальшому

1. RL_CTD – значення асиметрії кута ctd;
2. TT_R – наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні;
3. RL_SRC – значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунка.

Таблиця 5.18

Класифікаційні дискримінантні функції різних за РЕЗК чоловіків західного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: OKUSH_4 (shinkaruk.sta)		
	Високий рівень	Помірний рівень
TF_L4	3,539	2,811
ATB_L	3,085	2,664
RL_CTD	-1,392	-1,104
RL_DAT	-1,062	-0,756
CTD_R	-0,994	-0,425

Продовження табл. 5.18

TT_R	43,54	39,65
RL_SRC	0,449	0,378
IK_L	2,858	2,376
Th_L	5,763	7,086
DTR_L	1,331	1,045
Constant	-90,46	-77,68

Df , близькому до 90,46, а до чоловіків із помірним рівнем РЕЗК – при значенні Df , близькому до 77,68:

Df (для чоловіків західного регіону з високим рівнем РЕЗК) = тип візерунку на IV пальці лівої кисті \times 3,539 + величина кута atb на лівій долоні \times 3,085 – значення асиметрії кута ctd \times 1,392 – значення асиметрії кута dat \times 1,062 – величина кута ctd на правій долоні \times 0,994 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні \times 43,54 + значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунка \times 0,449 + індекс Каммінса на лівій долоні \times 2,858 + наявність візерунка на тенарі лівої долоні \times 5,763 + дельтовий індекс лівої долоні \times 1,331 – 90,46;

Df (для чоловіків західного регіону з помірним рівнем РЕЗК) = тип візерунку на IV пальці лівої кисті \times 2,811 + величина кута atb на лівій долоні \times 2,664 – значення асиметрії кута ctd \times 1,104 – значення асиметрії кута dat \times 0,756 – величина кута ctd на правій долоні \times 0,425 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні \times 39,65 + значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунка \times 0,378 + індекс Каммінса на лівій долоні \times 2,376 + наявність візерунка на тенарі лівої долоні \times 7,086 + дельтовий індекс лівої долоні \times 1,045 – 77,68.

У представників *східного регіону* дискримінантна функція охоплює 92,3 % чоловіків із високим рівнем РЕЗК та 100 % чоловіків із помірним рівнем РЕЗК. Взагалі модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *східного регіону* коректна в 97,7 % випадків. Між різними за РЕЗК чоловіками дискримінантними змінними є міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $b-c$ на правій долоні, наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні, величина кута atb на правій долоні, зна-

чення асиметрії кутів dat , btc і atb , міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $c-d$ на лівій долоні, значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами $a-b$, наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні та тип візерунку на III пальці правої кисті (табл. 5.19). Причому, найбільший внесок в дискримінацію має наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса* $\lambda = 0,284$; $F = 8,09$; $p < 0,001$) між різними за РЕЗК групами чоловіків східного регіону (див. табл. 5.19).

Таблиця 5.19

**Звіт дискримінантного аналізу різних за РЕЗК чоловіків східного регіону
в залежності від особливостей показників пальцевої й
долонної дерматогліфіки.**

Discriminant Function Analysis Summary (shinkaruk.sta)				
Wilks' Lambda: 0,284 approx. F (10,32)=8,09 p<0,0000				
	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove	p-level
BC_R	0,445	0,637	18,20	0,0002
TT_R	0,550	0,515	30,10	0,0000
ATB_R	0,387	0,732	11,69	0,0017
RL_DAT	0,472	0,600	21,32	0,0001
RL_BTC	0,444	0,638	18,16	0,0002
CD_L	0,318	0,891	3,927	0,0561
RL_AB	0,379	0,749	10,75	0,0025
RL_ATB	0,344	0,824	6,856	0,0134
H_R	0,313	0,906	3,325	0,0776
TF_R3	0,305	0,931	2,381	0,1326

Примітка: тут і в подальшому

1. BC_R – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $b-c$ на правій долоні;
2. ATB_R – величина кута atb на правій долоні;
3. CD_L – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $c-d$ на лівій долоні;

4. RL_ATB – значення асиметрії кута atb.

Коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій, що дають можливість обчислити показник класифікації (Df) наведені в таблиці 5.20.

Таблиця 5.20

Класифікаційні дискримінантні функції різних за РЕЗК чоловіків східного регіону в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки.

Classification Functions; grouping: OKUSH_5 (shinkaruk.sta)		
	Високий рівень	Помірний рівень
BC_R	4,178	4,994
TT_R	114,7	131,7
ATB_R	8,436	9,633
RL_DAT	-2,124	-2,608
RL_BTC	-8,391	-10,40
CD_L	1,585	1,830
RL_AB	-4,493	-5,322
RL_ATB	3,946	4,835
H_R	-13,48	-17,11
TF_R3	-5,119	-6,692
Constant	-220,5	-289,2

Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем РЕЗК можливе при значенні Df , близькому до 220,5, а до чоловіків із помірним рівнем РЕЗК – при значенні Df , близькому до 289,2:

Df (для чоловіків східного регіону з високим рівнем РЕЗК) = міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на правій долоні x 4,178 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні x 114,7 + величина кута atb на правій долоні x 8,436 – значення асиметрії кута dat x 2,124 – значення асиметрії кута btc x 8,391 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами c-d на лівій долоні x 1,585 – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b x 4,493 + значення асиметрії кута atb x 3,946 – наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні x 13,48 – тип візерунку на III пальці

правої кисті $\times 5,119 - 220,5$;

Df (для чоловіків східного регіону з помірним рівнем РЕЗК) = міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на правій долоні $\times 4,994$ + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні $\times 131,7$ + величина кута atb на правій долоні $\times 9,633$ – значення асиметрії кута dat $\times 2,608$ – значення асиметрії кута btc $\times 10,40$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами c-d на лівій долоні $\times 1,830$ – значення асиметрії міжпальцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 5,322$ + значення асиметрії кута atb $\times 4,835$ – наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні $\times 17,11$ – тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 6,692 - 289,2$.

Для перевірки роботи розроблених дискримінантних моделей можливого рівня РЕЗК нами, як і для перевірки рівня КПВ, було додатково обстежено по 10 соматично здорових чоловіків із південного та східного регіонів України (регіони в яких також побудовані найбільш значущі моделі).

Згідно результатів попереднього моделювання, на основі дерматогліфічних показників, встановлено, що із 10 чоловіків *південного* регіону до групи ризику з високим рівнем РЕЗК потрапило 4 представників, а до групи ризику з помірним рівнем РЕЗК – 6. Відповідно із 10 представників *східного* регіону 6 чоловіків потрапило до групи ризику з високим рівнем РЕЗК, а 4 чоловіків – до групи ризику з помірним рівнем РЕЗК.

Після стоматологічного обстеження із 4 чоловіків *південного* регіону, які були віднесені до групи ризику з високим рівнем РЕЗК 2 чоловіків мали високий рівень РЕЗК (50,0 %), 1 чоловік – помірний рівень РЕЗК (25,0 %), а 1 чоловік – низький рівень РЕЗК (25,0 %). Відповідно із 6 чоловіків *південного* регіону, які були віднесені до групи ризику з помірним рівнем РЕЗК 3 представника мали помірний рівень РЕЗК (50,0 %), 2 – високий рівень РЕЗК (33,3 %), а 1 – низький рівень РЕЗК (16,7 %).

Після стоматологічного обстеження із 6 чоловіків *східного* регіону, які були віднесені до групи ризику з високим рівнем РЕЗК 3 чоловіків мали висо-

кий рівень РЕЗК (50,0 %), 1 чоловік – помірний рівень РЕЗК (16,7 %), а 2 чоловіків – низький рівень РЕЗК (33,3 %). Відповідно із 4 чоловіків східного регіону, які були віднесені до групи ризику з помірним рівнем РЕЗК 1 представник мав помірний рівень РЕЗК (25,0 %), 2 – високий рівень РЕЗК (50,0 %), а 1 – низький рівень РЕЗК (25,0 %).

Таким чином результати практичної перевірки роботи моделей можливого рівня РЕЗК в залежності від особливостей дерматогліфічних показників вказують на їх не досить високу коректність навіть в регіонах, де моделі мали найвищий рівень дискримінації (південний та східний).

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами у 2 наукових статтях у фахових журналах, що рекомендовані ДАК МОН України та входять до переліку міжнародних наукометричних баз [32, 300]. Отримано 2 патенти на корисні моделі [194, 195], інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я [299] і авторське свідоцтво на твір [311].

РОЗДІЛ 6

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРМАТОГЛІФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У СОМАТИЧНО
ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ
РІВНЕМ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЗУБІВ КАРІЄСОМ

Оскільки в результаті аналізу зв'язків між дерматогліфічними показниками та інтенсивністю ураження зубів карієсом, або резистентністю емалі до карієсу у соматично здорових чоловіків з різних регіонів України встановлено значно більшу кількість достовірних зв'язків між рівнем КПВ і дерматогліфічними показниками; а також результати моделювання схильності до різної інтенсивності ураження зубів карієсом, або резистентності емалі до карієсу вказують на достатньо високу коректність застосування моделей також чоловіків із різним рівнем КПВ, нами для подальшого дослідження обрані лише особливості дерматогліфічних показників у чоловіків із різною інтенсивністю ураження зубів карієсом.

6.1. Показники дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків без розподілу на різні регіони із різними рівнями КПВ

6.1.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками загальної групи без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ.

Таким чином, між показниками дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи та загальної групи з *дуже низьким рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ1) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають (табл. А.1-А.3, Б.1-Б.3): у більшій частоті випадкових візерунків на ІV пальці лівої кисті (42,3 % і 22,5 % відповідно, $p < 0,05$) (див. табл. А.2), більших значеннях кута $\angle \text{ctd}$ ($16,69 \pm 4,26^\circ$ проти $15,20 \pm 2,92^\circ$, $p < 0,05$) правої до-

лоні, менших значеннях кута $\angle \text{dat}$ лівої ($55,85 \pm 5,45^\circ$ проти $58,28 \pm 5,47^\circ$, $p < 0,05$) і правої ($55,04 \pm 7,90^\circ$ проти $57,48 \pm 6,22^\circ$, $p = 0,057$) долонь та менших значеннях гребінцевого рахунку b-c правої ($23,96 \pm 5,05$ проти $26,27 \pm 5,64$ гребінців, $p < 0,05$) і лівої ($23,46 \pm 5,24$ проти $25,69 \pm 6,08$ гребінців, $p = 0,069$) долонь (див. табл. Б.1) у чоловіків з КПВ1.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи та загальної групи з *низьким рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ2) достовірних відмінностей не виявлено (див. табл. А.1-А.3, Б.1-Б.3). Встановлені тенденції до відмінностей за меншою частотою ульнарних петель (22,0 % проти 30,8 %, $p = 0,060$) на IV пальці правої кисті та більшою частотою випадкових візерунків (19,5 % проти 12,5 %, $p = 0,052$) на V пальці лівої кисті (див. табл. А.2) у чоловіків з КПВ2.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи та загальної групи з *середнім рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ3) достовірних відмінностей чи тенденцій до відмінностей не виявлено (див. табл. А.1-А.3, Б.1-Б.3).

Між показниками дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи та загальної групи з *високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ4) виявлені достовірні відмінності, які полягають у більшій частоті радіальних петель на III пальці (3,0 % проти 0,3 %, $p < 0,05$) та ульнарних петель на IV пальці (48,5 % проти 30,8 %, $p < 0,05$) правої кисті у чоловіків з КПВ4 (див. табл. А.1), у меншій частоті наявності візерунків в IV міжпальцевому проміжку правої долоні (72,7 проти 85,8 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.3) та у більш вираженій правобічній асиметрії центрального вісьового трирадіуса (3,0 проти 0,3, $p < 0,05$) (див. табл. Б.2) у чоловіків з КПВ4. Встановлена виражена тенденція до відмінностей за більшою частотою завитків на IV пальці (18,2 % проти 8,3 %, $p = 0,058$) (див. табл. А.1) правої кисті у чоловіків з КПВ4.

Між показниками пальцевої дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи та загальної групи з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5) виявлені достовірні відмінності, які полягають у більшій частоті випа-

дкових візерунків на I пальці (13,3 % проти 4,5 %, $p < 0,05$), завитків на III пальці (16,7 % проти 6,5 %, $p < 0,05$) і центральних кишень на IV пальці (33,8 % проти 10,0 %, $p < 0,01$) правої кисті (див табл. А.1), подвійних петель на I пальці (33,3 % проти 16,3 %, $p < 0,05$), завитків на IV пальці (13,3 % проти 4,5 %, $p < 0,05$), дуг на V пальці лівої кисті (20,0 % проти 8,8 %, $p < 0,05$) (див табл. А.2), а також більшій довжині долонного відрізка a-d ($57,53 \pm 4,84$ мм проти $55,66 \pm 5,31$ мм, $p < 0,05$) правої долоні (див. табл. Б.1), лівобічному переважанні більших значень кута $\angle ctd$ ($-0,815 \pm 3,541$ проти $0,557 \pm 3,070$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.1), більш вираженому лівобічному переважанні значень кута $\angle atb$ ($-1,567 \pm 3,636$ проти $-0,333 \pm 2,493$, $p < 0,05$) та більш вираженому правобічному – гребінцевого рахунку b-c ($2,393 \pm 4,306$ проти $0,843 \pm 4,164$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.1) у чоловіків з КПВ5.

6.1.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками загальної групи з різним рівнем КПВ.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *дуже низьким* (КПВ1) та чоловіків з *низьким рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ2) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті випадкових візерунків на III (15,4 % проти 3,3 %, $p < 0,05$) та IV (42,3 % проти 24,4 %, $p = 0,065$) пальцях лівої кисті, меншій частоті центральних кишень на IV пальці лівої кисті (7,7 % проти 26,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.2), меншому тотальному гребінцевому рахунку ($120,3 \pm 37,5$ проти $140,5 \pm 53,6$ гребінців, $p = 0,069$) (див. табл. А.3), у більших значеннях кута $\angle ctd$ ($16,69 \pm 4,26^\circ$ проти $15,33 \pm 2,91^\circ$, $p = 0,051$) правої долоні, менших значеннях гребінцевого рахунку b-c ($23,96 \pm 5,05$ проти $26,52 \pm 5,34$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.1) у чоловіків з КПВ1.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *дуже низьким* (КПВ1) та чоловіків з *середнім рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ3) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які

полягають у більшій частоті випадкових візерунків на IV (42,3 % проти 19,1 %, $p < 0,01$) пальці лівої кисті (див. табл. А.2), у меншому гребінцевому рахунку III пальця лівої кисті ($10,04 \pm 5,33$ проти $12,57 \pm 6,42$ гребінців, $p = 0,056$) (див. табл. А.3); більших значеннях кута $\angle ctd$ ($16,69 \pm 4,26^\circ$ проти $15,06 \pm 2,76^\circ$, $p < 0,01$) правої долоні, менших значеннях кута $\angle dat$ правої ($55,04 \pm 7,90^\circ$ проти $58,05 \pm 5,31^\circ$, $p < 0,05$) і лівої ($55,85 \pm 5,45^\circ$ проти $58,50 \pm 4,98^\circ$, $p < 0,05$) долонь, меншій довжині відрізка $c-t$ правої ($78,58 \pm 13,49$ проти $83,17 \pm 9,46$ мм, $p < 0,05$) і лівої ($79,46 \pm 11,49$ проти $83,48 \pm 9,30$ мм, $p < 0,05$) долонь, у меншому долонному гребінцевому рахунку $b-c$ правої ($23,96 \pm 5,05$ проти $26,47 \pm 5,93$ гребінців, $p < 0,05$) і лівої ($23,46 \pm 5,24$ проти $26,15 \pm 6,45$ гребінців, $p < 0,05$) долонь (див. табл. Б.1), більш частій наявності візерунка в II міжпальцевому проміжку правої долоні (80,8 % проти 62,2 %, $p = 0,065$) (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ1.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *дуже низьким* (КПВ1) та чоловіків з *високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ4) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті радіальних петель на II (11,5 % проти 0 %, $p = 0,051$) пальці правої кисті, відсутності завитків на IV пальці правої кисті (0 % проти 18,2 %, $p = 0,051$) (див. табл. А.1); більших значеннях кута $\angle ctd$ ($16,69 \pm 4,26^\circ$ проти $14,58 \pm 2,69^\circ$, $p < 0,05$) правої долоні, менших значеннях кута $\angle dat$ ($55,85 \pm 5,45^\circ$ проти $59,94 \pm 4,45^\circ$, $p < 0,01$) лівої долоні, меншій довжині відрізка $c-t$ ($79,46 \pm 11,49$ проти $85,29 \pm 7,65$ мм, $p = 0,051$) лівої долоні (див. табл. Б.1); більш частій наявності візерунка в II і IV міжпальцевих проміжках (80,8 % проти 48,5 %, $p < 0,05$ і 92,3 % проти 72,7 %, $p = 0,060$) правої долоні (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ1.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *дуже низьким* (КПВ1) та чоловіків з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у наявності радіальних петель на II (11,5 % проти 0 %, $p = 0,062$) пальці, відсутності завитків на III (0 % проти 16,7 %, $p < 0,05$) пальці, наявності

випадкових візерунків на III (11,5 % проти 0 %, $p=0,062$) пальці, відсутності завитків на IV пальці (0 % проти 13,3 %, $p=0,059$), більшій частоті центральних кишень на IV пальці (34,6 % проти 10,0 %, $p<0,05$) правої кисті (див. табл. А.1); меншій частоті подвійних петель на I пальці (7,7 % проти 33,3 %, $p<0,05$), відсутності завитків на IV пальці (0 % проти 13,3 %, $p=0,059$), більшій частоті випадкових візерунків на IV пальці (42,3 % проти 16,7 %, $p<0,05$) лівої кисті (див. табл. А.2); правобічній асиметрії за значенням сумарного гребінцевого рахунку на противагу лівобічній при КПВ5 ($4,423\pm 8,864$ проти $-1,867\pm 13,51$, $p<0,05$) (див. табл. А.2); більших значеннях кута $\angle ctd$ ($16,69\pm 4,26^\circ$ проти $14,89\pm 2,30^\circ$, $p=0,066$), менших значеннях кута $\angle dat$ ($55,04\pm 7,90^\circ$ проти $58,83\pm 6,03^\circ$, $p=0,055$), меншій довжині відрізка a-d ($54,65\pm 4,87$ проти $57,53\pm 4,84$, $p<0,05$), меншій довжині відрізка c-t ($78,58\pm 13,49$ проти $84,50\pm 8,72$, $p=0,069$), у меншому долонному гребінцевому рахунку b-c правої ($23,96\pm 5,05$ проти $27,26\pm 6,26$ гребінців, $p<0,05$) правої долоні, правобічній асиметрії за значенням кута $\angle ctd$ на противагу лівобічній при КПВ5 ($1,462\pm 3,942$ проти $-0,815\pm 3,541$, $p<0,05$), лівобічній асиметрії за довжиною відрізка a-d на противагу правобічній при КПВ5 ($-0,385\pm 2,714$ проти $1,067\pm 2,116$, $p<0,05$) (див. табл. Б.1); меншій частоті вісьового карпального трирадіуса (88,5 % проти 100 %, $p=0,062$) (див. табл. Б.2); більш частій наявності візерунка в II правої і IV лівої міжпальцевих проміжках (80,8 % проти 56,7 %, $p=0,059$ і 92,3 % проти 73,3 %, $p=0,063$) долонь (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ1.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *низьким* (КПВ2) та чоловіків з *середнім рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ3) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у меншій частоті завитків на III пальці (2,4 % проти 8,5 %, $p<0,05$) і ульнарних петель на IV пальці (22,0 % проти 31,9 %, $p=0,058$), у більшій частоті випадкових візерунків на III пальці (8,9 % проти 3,7 %, $p=0,055$) і випадкових візерунків на V пальці правої кисті (17,9 % проти 9,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.1), у меншій частоті випадкових візерунків на III пальці (3,3 % проти 8,5 %, $p=0,062$) лівої кисті (див. табл. А.2).

$p=0,069$), ульнарних петель на IV (33,3 % проти 47,3 %, $p<0,05$) і V (65,0 % проти 76,6 %, $p<0,05$) пальцях, у більшій частоті випадкових візерунків на V пальці (19,5 % проти 8,5 %, $p<0,01$) лівої кисті (див. табл. А.2); правобічній асиметрії за гребінцевим рахунком V пальця на противагу лівобічній при КПВ3 ($0,569\pm 4,133$ проти $-0,718\pm 4,526$, $p<0,05$) (див. табл. А.3); у менших значеннях кута $\angle dat$ ($56,74\pm 6,87^\circ$ проти $58,05\pm 5,31^\circ$, $p=0,060$) і меншій довжині відрізка $c-t$ ($80,99\pm 10,76$ проти $83,17\pm 9,46$ мм, $p=0,069$) правої кисті, більших значеннях ІК правої ($9,882\pm 1,514$ проти $9,511\pm 1,752$, $p=0,058$) і лівої долонь ($8,613\pm 2,187$ проти $8,099\pm 1,941$, $p<0,05$) (див. табл. Б.1); у більшій частоті наявності візерунка в області гіпотенара лівої долоні (83,7 % проти 73,9 %, $p<0,05$), візерунка в області II міжпальцевого проміжку лівої долоні (96,7 % проти 89,9 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ2.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *низьким* (КПВ2) та чоловіків з *високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ4) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у відсутності радіальних петель на III пальці (0 % проти 3,5 %, $p=0,056$), у меншій частоті ульнарних петель на IV пальці (22,0 % проти 48,5 %, $p<0,01$) правої кисті (див. табл. А.1); правобічній асиметрії за гребінцевим рахунком V пальця на противагу лівобічній при КПВ4 ($0,569\pm 4,133$ проти $-0,970\pm 2,910$, $p<0,05$) (див. табл. А.3); правобічній асиметрії за долонним гребінцевим рахунком $c-d$ на противагу лівобічній при КПВ4 ($2,609\pm 6,020$ проти $-0,355\pm 5,474$, $p<0,05$) (див. табл. Б.1); відсутності центрального вісьового трирадіуса на правій долоні (0 % проти 3,0 %, $p=0,056$) (див. табл. Б.2); у більшій частоті наявності візерунка в області IV міжпальцевого проміжку правої (87,8 % проти 72,7 %, $p<0,05$) і лівої (88,6 % проти 75,8 %, $p=0,063$) долонь (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ2.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *низьким* (КПВ2) та чоловіків з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у меншій частоті випадкових візерунків на I пальці (4,1 % проти 13,3 %, $p=0,069$), ульнарних петель на III (11,1 % проти 22,2 %, $p=0,069$) і IV (11,1 % проти 22,2 %, $p=0,069$) пальцях, у більшій частоті випадкових візерунків на V пальці (11,1 % проти 22,2 %, $p=0,069$) лівої кисті (див. табл. А.2); правобічній асиметрії за гребінцевим рахунком V пальця на противагу лівобічній при КПВ5 ($0,569\pm 4,133$ проти $-0,718\pm 4,526$, $p<0,05$) (див. табл. А.3); у менших значеннях кута $\angle dat$ ($56,74\pm 6,87^\circ$ проти $58,05\pm 5,31^\circ$, $p=0,060$) і меншій довжині відрізка $c-t$ ($80,99\pm 10,76$ проти $83,17\pm 9,46$ мм, $p=0,069$) правої кисті, більших значеннях ІК правої ($9,882\pm 1,514$ проти $9,511\pm 1,752$, $p=0,058$) і лівої долонь ($8,613\pm 2,187$ проти $8,099\pm 1,941$, $p<0,05$) (див. табл. Б.1); у більшій частоті наявності візерунка в області гіпотенара лівої долоні (83,7 % проти 73,9 %, $p<0,05$), візерунка в області II міжпальцевого проміжку лівої долоні (96,7 % проти 89,9 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ2.

$p=0,057$), завитків на III пальці (2,4 % проти 16,7 %, $p<0,01$), завитків на V пальці (0,8 % проти 6,7 %, $p<0,05$), у більшій частоті центральних кишень на IV пальці (36,6 % проти 10,0 %, $p<0,01$) правої кисті (див. табл. А.1); у меншій частоті подвійних петель на I пальці (17,9 % проти 33,3 %, $p=0,065$), завитків на IV пальці (4,1 % проти 13,3 %, $p=0,057$) лівої кисті (див. табл. А.2); у меншій довжині відрізка a-d правої ($55,21\pm5,91$ проти $57,53\pm4,84$ мм, $p<0,05$) і лівої ($54,73\pm5,39$ проти $56,47\pm4,95$ мм, $p=0,060$) долонь, більших значеннях ІК лівої ($8,613\pm2,187$ проти $7,724\pm2,617$, $p<0,05$) долоні, правобічній асиметрії за значеннями кутів $\angle atd$ і $\angle ctd$ на противагу лівобічній при КПВ5 ($0,545\pm4,155$ проти $-1,667\pm7,476$, $p=0,057$ і $0,635\pm3,013$ проти $-0,815\pm3,541$, $p=0,052$ відповідно), менш вираженій лівобічній асиметрії за значенням кута $\angle atb$ ($-0,325\pm2,051$ проти $-1,567\pm3,636$, $p<0,05$), лівобічній асиметрії за значенням кута $\angle dat$ на противагу правобічній при КПВ5 ($-1,366\pm5,186$ проти $0,967\pm6,117$, $p=0,061$) (див. табл. Б.1); меншій частоті карпального трирадіуса правої (89,4 % проти 100 %, $p=0,064$) і лівої (89,4 % проти 100 %, $p=0,064$) долонь, відсутності центрального вісьового трирадіуса (0 % проти 3,3 %, $p<0,05$) правої долоні (див. табл. Б.2); у більшій частоті наявності візерунка в області IV міжпальцевого проміжку лівої (88,6 % проти 73,3 %, $p<0,05$) долоні (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ2.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *середнім* (КПВ3) та чоловіків з *високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ4) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у відсутності радіальних петель на III пальці (0 % проти 3,0 %, $p<0,05$), у меншій частоті завитків (6,9 % проти 18,2 %, $p<0,05$) та ульнарних петель (31,9 % проти 48,5 %, $p=0,065$) на IV пальці правої кисті (див. табл. А.1); лівобічній асиметрії за гребінцевим рахунком a-b на противагу правобічній при КПВ4 ($-0,651\pm4,418$ проти $0,909\pm3,860$, $p=0,054$) (див. табл. Б.1); більшій частоті наявності візерунка в області IV міжпальцевого проміжку правої (85,6 % проти 72,7 %, $p=0,066$) долоні (див. табл. Б.3) у чоловіків з КПВ3.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *середнім* (КПВ3) та чоловіків з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у меншій частоті випадкових візерунків на I пальці (3,2 % проти 13,3 %, $p < 0,05$), у більшій частоті центральних кишень на IV пальці (37,2 % проти 10,0 %, $p < 0,01$) правої кисті (див. табл. А.1); у більшій частоті ульнарних петель на I пальці (55,9 % проти 36,6 %, $p = 0,051$), у меншій частоті подвійних петель на I пальці (13,8 % проти 33,3 %, $p < 0,01$), завитків на IV пальці (3,2 % проти 13,3 %, $p < 0,05$) та дуг на V пальці (7,4 % проти 20,0 %, $p < 0,05$) лівої кисті (див. табл. А.2); у меншій довжині відрізка a-d правої ($55,63 \pm 4,85$ проти $57,53 \pm 4,84$ мм, $p < 0,05$), правобічній асиметрії за значенням кута $\angle atd$ на противагу лівобічній при КПВ5 ($0,596 \pm 4,126$ проти $-1,667 \pm 7,476$, $p < 0,05$), правобічній асиметрії за значенням кута $\angle ctd$ на противагу лівобічній при КПВ5 ($0,713 \pm 2,741$ проти $-0,815 \pm 3,541$, $p < 0,05$), менш вираженій лівобічній асиметрії за значенням кута $\angle atb$ ($-0,255 \pm 2,385$ проти $-1,567 \pm 3,636$, $p < 0,05$), менш вираженій правобічній асиметрії гребінцевого рахунку b-c ($0,458 \pm 4,020$ проти $2,393 \pm 4,306$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.1) у чоловіків з КПВ3.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків загальної групи з *високим* (КПВ4) та чоловіків з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5) виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у меншій частоті випадкових візерунків на IV пальці (6,1 % проти 23,3 %, $p = 0,056$) правої кисті (див. табл. А.1); більш вираженій правобічній асиметрії за значенням гребінцевого рахунку I пальця ($2,909 \pm 3,694$ проти $0,533 \pm 4,897$, $p < 0,05$) (див. табл. А.3); правобічній асиметрії за значенням кута $\angle atb$ на противагу лівобічній при КПВ5 ($0,182 \pm 2,113$ проти $-1,567 \pm 3,636$, $p < 0,05$) та за значенням гребінцевого рахунку a-b ($0,909 \pm 3,860$ проти $-1,567 \pm 6,027$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.1) у чоловіків з КПВ4.

Таким чином популяційна дерматогліфічна картина соматично здорових чоловіків формується переважно за рахунок генетичного внеску осіб з *низьким*

та середнім рівнями інтенсивності ураженості карієсом, а найбільші відхилення дерматогліфіки від популяційної зафіксовані у чоловіків з дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом. Також встановлені комплекси ознак пальцевої й долонної дерматогліфіки, пов'язані із можливими варіантами розвитку карієсу за рівнем КПВ: середній ↔ дуже низький, середній ↔ низький, середній ↔ дуже високий та дуже низький ↔ дуже високий.

6.2. Регіональні особливості дерматогліфічних показників у соматично здорових чоловіків із низьким або середнім рівнями КПВ

6.2.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом загальної групи та чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом з різних адміністративно-територіальних регіонів України.

Північний регіон. Між показниками долонної дерматогліфіки здорових чоловіків групи з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *північному* адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи достовірні або тенденції відмінностей полягають у їх менших значеннях гребінцевого рахунку $s-d$ правої долоні ($33,15 \pm 7,23 < 36,63 \pm 6,11$ гребінців, $p < 0,05$) та лівобічній асиметрії цього показника на відміну від правобічного у загальній групі ($-0,050 \pm 5,907$ проти $2,609 \pm 6,020$, $p < 0,05$) (табл. Б.13), а також лівобічній асиметрії кута $\angle atd$ ($-0,850 \pm 2,961$ проти $0,545 \pm 4,155$, $p = 0,051$) (табл. Б.4) і кута $\angle ctd$ ($-0,050 \pm 2,235$ проти $0,635 \pm 3,013$, $p < 0,05$) (табл. Б.5) на відміну від загальної групи чоловіків, у яких значення названих кутів є більшим на правій долоні. Між показниками пальцевої дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (табл. А.4-А.16).

Південний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків групи з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *півден-*

ному адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті завитків на I пальці лівої кисті (11,1 % проти 1,6 %, $p=0,066$) (див. табл. А.4), відсутності ульнарних петель на II пальці правої кисті (0 % проти 28,5 %, $p=0,064$) (див. табл. А.5), у меншій частоті ульнарних петель (22,2 % проти 56,9 %, $p<0,05$) і більшій – випадкових візерунків на V пальці правої кисті (55,6 % проти 17,9 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8). За показниками долонної дерматогліфіки відмінності полягають у їх більших значеннях величини кута $\angle ctd$ лівої долоні ($16,75\pm 2,25^\circ$ проти $14,85\pm 2,87^\circ$, $p<0,05$) (див. табл. Б.5) та менших – кута $\angle dat$ правої ($50,22\pm 9,08^\circ$ проти $56,74\pm 6,87^\circ$, $p<0,05$) і лівої ($53,78\pm 6,65^\circ$ проти $14,85\pm 2,87^\circ$, $p=0,058$) долонь (табл. Б.8), меншій довжині відрізка $c-t$ ($69,00\pm 10,80$ мм проти $81,72\pm 11,41$ мм, $p<0,01$) лівої долоні (табл. Б.10), меншій частоті карпального трирадіуса (66,7 % проти 89,4 %, $p<0,05$) (табл. Б.15), лівобічній асиметрії кута $\angle atd$ ($-3,333\pm 5,123$ проти $0,545\pm 4,155$, $p=0,060$) (див. табл. Б.4) і кута $\angle btc$ ($-2,444\pm 4,535$ проти $0,077\pm 2,513$, $p<0,05$) (табл. Б.7) на відміну від загальної групи чоловіків, у яких значення названих кутів є більшим на правій долоні.

Центральний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків групи з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *центральному* адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи достовірних або тенденцій до відмінностей не виявлено (див. табл. А.4-А.16, Б.4-Б.25).

Західний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків групи з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *західному* адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи виявлені достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті ульнарних петель на I пальці правої кисті (68,4 % проти 39,8 %, $p<0,05$) (див. табл. А.4), меншій частоті центральних кишень на IV пальці лівої кисті (5,3 % проти 26,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.7), більшому гребінцевому рахунку $a-b$ лівої долоні ($41,74\pm 4,98$ проти $39,06\pm 5,91$ гребінців, $p=$

0,058) (див. табл. Б.11) у чоловіків західного регіону.

Східний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків групи з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *східно-*му адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті дуг на I (27,3 % проти 7,3 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4) і II (54,5 % проти 23,6 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) пальцях правої кисті, меншому гребінцевому рахунку I ($12,55 \pm 8,48$ проти $18,85 \pm 7,67$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. А.9) і II ($6,273 \pm 7,336$ проти $11,63 \pm 7,61$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. А.10) пальців правої кисті, менших значеннях дельтового індексу правої ($4,364 \pm 2,063$ проти $5,837 \pm 2,292$, $p < 0,05$) і лівої ($4,545 \pm 1,695$ проти $5,602 \pm 2,179$, $p = 0,064$) кистей (див. табл. А.15), менших значеннях дельтового індексу 10 пальців ($8,909 \pm 3,618$ проти $11,44 \pm 4,28$, $p < 0,05$) (див. табл. А.16), більших значеннях кута $\angle \text{dat}$ ($61,82 \pm 3,82$ проти $58,11 \pm 6,10$, $p = 0,051$) лівої долоні (див. табл. Б.8), більшій частоті наявності центрального вістового трирадіуса лівої долоні (9,1 % проти 0,8 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.17) у чоловіків східного регіону.

6.2.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості карієсом між різними адміністративно-територіальними регіонами України.

Північний↔південний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *північному* і *південному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у відсутності подвійних петель на II пальці правої кисті (0 % проти 22,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5), більшій частоті випадкових візерунків на V пальці правої кисті (55,66 % проти 20,0 %, $p = 0,066$) (див. табл. А.8), наявності візерунка в I міжпальцевому проміжку правої долоні (35,0 % проти 0 %, $p = 0,052$) (див. табл. Б.21) у чоловіків північного регіону.

Північний↔центральный регіони. Між показниками дерматогліфіки здо-

рових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *північному* і *центральному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності, що полягають у наявності випадкових візерунків на III пальці лівої кисті (10,0 % проти 0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), меншій частоті візерунка в IV міжпальцевому проміжку лівої долоні (75,0 % проти 92,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.24) у чоловіків північного регіону.

Північний↔західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *північному* і *західному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності, що полягають у більшій частоті центральних кишень на IV пальці лівої кисті (45,0 % проти 5,3 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.7) у чоловіків північного регіону.

Північний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *північному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності, що полягають у більшій частоті центральних кишень на IV пальці лівої кисті (45,0 % проти 9,1 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) у чоловіків північного регіону.

Південний↔центральный регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *південному* і *центральному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у більшій частоті випадкових візерунків на I (11,1 % проти 4,7 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.4) і V пальцях (55,6 % проти 12,5 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.8) правої кисті та меншій частоті карпального трирадіуса лівої долоні (66,7 % проти 90,6 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.15), відсутності візерунка в I міжпальцевому проміжку правої долоні (0 % проти 29,7 %, $p = 0,061$) (див. табл. Б.21) у чоловіків південного регіону.

Південний↔західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у

південному і західному адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на I пальці (22,2 % проти 68,4 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4), їх відсутності на II пальці (0 % проти 47,4 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) правої кисті та наявності на цьому пальці подвійних петель (22,0 % проти 0 %, $p < 0,05$) і випадкових візерунків (22,0 % проти 0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5), меншій частоті ульнарних петель на V пальці правої кисті (22,2 % проти 68,4 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.8), більшій частоті подвійних петель (33,3 % проти 21,9 %, $p = 0,059$) на I пальці правої кисті (див. табл. А.4) у чоловіків південного регіону. Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (див. табл. Б.4-Б.25).

Південний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *південному і східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на V пальці правої кисті (22,2 % проти 81,8 %, $p < 0,05$) та більшій частоті випадкових візерунків (55,6 % проти 9,1 %, $p < 0,05$) на цьому ж пальці (див. табл. А.8), наявності подвійних петель на I пальці (33,3 % проти 21,9 %, $p = 0,053$) (див. табл. А.4) та відсутності ульнарних петель на II пальці (0 % проти 36,4 %, $p = 0,058$) (див. табл. А.5) правої кисті, меншій частоті карпального трирадіуса (66,7 % проти 100 %, $p = 0,052$) (див. табл. Б.15), наявності проміжного трирадіуса (33,3 % проти 0 %, $p = 0,052$) (див. табл. Б.16) на лівій долоні у чоловіків південного регіону.

Центральний↔західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *центральному і західному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на I пальці правої кисті (32,8 % проти 68,4 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.4), відсутності випадкових візерунків на III пальці (0 % проти 10,5 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) та більшій частоті центральних кишень на IV пальці лівої кисті (31,3 % проти

5,3 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) у чоловіків центрального регіону. Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (див. табл. Б.4-Б.25).

Центральний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *центральному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті дуг на I (6,3 % проти 27,3 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4) та II (20,3 % проти 54,5 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) пальцях правої кисті, більшій частоті наявності візерунка в IV проміжку правої долоні (92,2 % проти 72,7 %, $p = 0,057$) (див. табл. Б.24) у чоловіків центрального регіону.

Західний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ2), які мешкають у *західному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у відсутності дуг на I (0 % проти 27,3 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4) та їх меншій частоті на II (15,8 % проти 54,5 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) пальцях правої кисті відсутності завитків на IV пальці правої кисті (0 % проти 18,2 %, $p = 0,065$) (див. табл. А.7) у чоловіків західного регіону. Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (див. табл. Б.4-Б.25).

6.2.3. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом загальної групи та чоловіками з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом з різних адміністративно-територіальних регіонів України.

Північний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *північному* адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей полягають у менших значеннях частоти ульнарних петель (21,1 % проти 59,6 %, $p < 0,001$) (див. табл.

А.6) та наявності радіальних петель (2,6 % проти 0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) і більшій частоті центральних кишень на III пальці (31,6 % проти 10,1 %, $p < 0,001$) (див. табл. А.6) лівої кисті, більшій частоті центральних кишень на III пальці правої кисті (26,3 % проти 12,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), більшій частоті подвійних петель на I пальці (26,3 % проти 13,8 %, $p = 0,056$) (див. табл. А.4) лівої кисті, правобічній асиметрії гребінцевого рахунку a-b ($1,053 \pm 4,770$ проти $-0,651 \pm 4,418$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.11) та c-d ($1,314 \pm 6,214$ проти $-1,714 \pm 5,300$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.13) на відміну від лівобічного у загальній групі, більшому значенні дельтового індексу 10 пальців ($12,24 \pm 4,51$ проти $11,35 \pm 4,10$, $p < 0,05$) (див. табл. А.16) у чоловіків північного регіону.

Південний регіон. Між показниками пальцевої дерматогліфіки здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у південному адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків загальної групи виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей якісних ознак, які полягають у більших значеннях частоти дуг на II (50,0 % проти 27,7 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) і III пальцях (42,3 % проти 19,1 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6), відсутності центральних кишень на III пальці (0 % проти 12,2 %, $p = 0,061$) (див. табл. А.6), меншій частоті ульнарних петель на II пальці (7,7 % проти 25,0 %, $p = 0,051$) (див. табл. А.5), більшій – завитків на IV пальці (19,2 % проти 6,9 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) правої кисті, відсутності подвійних петель на I пальці (0 % проти 13,8 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4), більшій частоті дуг (46,2 % проти 26,6 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) при відсутності центральних кишень (0 % проти 20,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) на II пальці та більшій частоті дуг на III пальці (38,5 % проти 14,4 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6) лівої кисті у чоловіків південного регіону. Виявлені також достовірні відмінності та тенденції до відмінностей між показниками кількісних ознак пальцевої дерматогліфіки між чоловіками порівнюваних груп, які полягають у менших значеннях гребінцевого рахунку II ($7,769 \pm 8,896$ проти $10,86 \pm 7,82$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. А.10) і III ($8,577 \pm 7,251$ проти $12,57 \pm 6,42$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. А.11) пальців лівої та III пальця правої ($7,346 \pm 6,823$ проти $11,36 \pm 6,66$ гребінців,

$p < 0,01$) (див. табл. А.11) кистей, сумарного гребінцевого рахунку лівої ($56,50 \pm 23,71$ проти $68,21 \pm 24,90$ гребінців, $p < 0,05$) та правої кистей ($59,27 \pm 24,43$ проти $69,36 \pm 25,36$ гребінців, $p = 0,060$) (див. табл. А.14), тотального гребінцевого рахунку ($115,7 \pm 45,7$ проти $137,7 \pm 48,7$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. А.16), дельтового індексу лівої ($4,538 \pm 1,964$ проти $5,468 \pm 2,095$, $p < 0,05$) (див. табл. А.15) і правої ($5,038 \pm 2,029$ проти $5,883 \pm 2,267$, $p = 0,059$) (див. табл. А.15) кистей, а також 10 пальців ($9,577 \pm 3,828$ проти $11,35 \pm 4,10$, $p < 0,01$) (див. табл. А.16) у чоловіків південного регіону. Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (див. табл. Б.4-Б.25).

Центральний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у центральному адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків загальної групи виявлені достовірні відмінності, які полягають у менших значеннях частоти дуг на II пальці лівої долоні ($14,1$ % проти $26,6$ %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5), більших – візерунка на тенарі лівої долоні ($78,1$ % проти $64,4$ %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.20) та в II міжпальцевому проміжку правої долоні ($76,6$ % проти $62,2$ %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.22) у чоловіків центрального регіону.

Західний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у західному адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків загальної групи виявлені достовірні або тенденції відмінностей, які полягають у більшій частоті дуг на V пальці правої кисті ($22,9$ % проти $11,2$ %, $p = 0,060$) (див. табл. А.8), менших значеннях частоти візерунка на гіпотенарі правої ($57,1$ % проти $75,5$ %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.19) і лівої ($57,1$ % проти $73,9$ %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.19) долонь, гребінцевого рахунку с-d лівої долоні ($31,28 \pm 8,93$ проти $34,97 \pm 7,70$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. Б.13), більш вираженій правобічній асиметрії гребінцевого рахунку с-d ($3,9358 \pm 5,876$ проти $1,314 \pm 6,214$ гребінців, $p < 0,05$) (див. табл. Б.13), гребінцевого рахунку II пальця ($2,486 \pm 6,541$ проти $0,266 \pm 5,958$ гребінців, $p = 0,065$) (див. табл. А.10) та лівобічній – гребінцевого рахунку V пальця (-

2,457±5,883 проти -0,718±4,526 гребінців, $p<0,05$) (див. табл. А.13) у чоловіків західного регіону.

Східний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВЗ), які мешкають у *східному* адміністративно-територіальному регіоні, і чоловіків *загальної* групи виявлені достовірні та виражені тенденції відмінностей, які полягають у більшій частоті ульнарних петель на III пальці лівої кисті (88,0 % проти 59,6 %, $p<0,01$) (див. табл. А.6), відсутності центральних кишень на V пальці лівої кисті (0 % проти 59,6 %, $p=0,054$) (див. табл. А.4) та більшому розмірі кута $\angle \text{dat}$ ($61,12 \pm 13,3$ проти $58,05 \pm 5,31$, $p<0,05$) (див. табл. Б.8) у чоловіків східного регіону.

6.2.4. Розбіжності показників дерматогліфіки між соматично здоровими чоловіками з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом між *різними* адміністративно-територіальними регіонами України.

Північний↔південний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВЗ), які мешкають у *північному* і *південному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у відсутності завитків (0 % проти 11,5 %, $p<0,05$) та наявності подвійних петель (26,3 % проти 0 %, $p<0,01$), меншій частоті дуг (2,6 % проти 15,4 %, $p=0,065$) (див. табл. А.4) на I пальці, більшій частоті ульнарних петель (31,6 % проти 7,7 %, $p<0,01$) та меншій – дуг (26,3 % проти 50,0 %, $p=0,057$) (див. табл. А.5) на II пальці, наявності центральних кишень (26,3 % проти 0 %, $p<0,01$) та меншій частоті дуг (15,8 % проти 42,3 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6) на III пальці, меншій частоті завитків (2,6 % проти 19,2 %, $p<0,05$) та більшій – центральних кишень на IV пальці (52,6 % проти 19,2 %, $p<0,01$) (див. табл. А.7) правої кисті, наявності проміжного трирадіуса правої (15,8 % проти 0 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.16) і лівої (21,1 % проти 3,8 %, $p=0,055$) (див. табл. Б.16) кистей, а також у наявності подвійних петель на I пальці (26,3 % проти 0 %, $p<0,01$) (див. табл. А.4), центральних кишень – на II пальці (31,6 % проти 0 %, $p<0,01$) (див. табл.

А.5), меншій частоті ульнарних петель (21,1 % проти 46,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) та більшій – центральних кишень на III (31,6 % проти 7,7 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) і IV (31,6 % проти 7,7 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) пальцях, меншій частоті візерунка на гіпотенарі (63,2 % проти 84,6 %, $p = 0,066$) (див. табл. Б.19) лівої кисті у чоловіків північного регіону.

Північний ↔ центральний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВЗ), які мешкають у північному і центральному адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у відсутності завитків на V пальці правої кисті (0 % проти 5,3 %, $p = 0,066$) (див. табл. А.8), меншій частоті ульнарних петель на II (21,1 % проти 42,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) і III (21,1 % проти 56,3 %, $p < 0,001$) (див. табл. А.6) пальцях, більшій частоті дуг (26,3 % проти 10,9 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) та центральних кишень на III пальці (31,6 % проти 10,9 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) лівої кисті, меншій частоті візерунків на гіпотенарі лівої (63,2 % проти 82,8 %, $p < 0,05$) і правої (68,4 % проти 84,4 %, $p = 0,060$) (див. табл. Б.19) долонь, тенарі лівої (57,9 % проти 78,1 %, $p < 0,05$) і правої (55,3 % проти 73,4 %, $p = 0,064$) (див. табл. Б.20) долонь та комбінацій варіантів вісьових трирадіусів (3,1 % проти 13,2 %, $p = 0,054$) (див. табл. Б.18) лівої долоні у чоловіків північного регіону.

Північний ↔ західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу (КПВЗ), які мешкають у північному і західному адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у відсутності завитків на I пальці (0 % проти 11,4 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.4) та радіальних петель на II пальці (0 % проти 8,6 %, $p = 0,069$) (див. табл. А.5), більшій частоті центральних кишень на III пальці (26,3 % проти 5,7 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) правої кисті, більшій частоті подвійних петель на I пальці (26,3 % проти 8,6 %, $p = 0,052$) (див. табл. А.4), меншій частоті ульнарних петель (21,1 % проти 60,0 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6) та більшій – центральних кишень на III пальці (31,6

% проти 11,4 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), відсутності подвійних петель на V пальці (0 % проти 8,6 %, $p = 0,069$) (див. табл. А.8) лівої кисті, більшій частоті проміжного трирадіуса (21,1 % проти 5,7 %, $p = 0,060$) (див. табл. Б.16), наявності комбінацій варіантів вісьових трирадіусів (13,2 % проти 0 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.18) лівої долоні у чоловіків північного регіону.

Північний ↔ східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *північному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на III пальці (44,7 % проти 72,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), більшій частоті центральних кишень на IV (52,6 % проти 24,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) і V пальцях (13,2 % проти 0 %, $p = 0,063$) (див. табл. А.8) правої кисті, меншій частоті ульнарних петель (21,1 % проти 88,0 %, $p < 0,001$) (див. табл. А.6), більшій – дуг (26,3 % проти 4,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), наявності центральних кишень на I (13,2 % проти 0 %, $p = 0,063$) (див. табл. А.4) і III пальцях (31,6 % проти 0 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6) лівої кисті, наявності комбінацій варіантів вісьових трирадіусів (15,8 % проти 0 %, $p < 0,05$) (див. табл. Б.18) правої долоні у чоловіків північного регіону.

Південний ↔ центральний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *південному* і *центральному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у більшій частоті дуг на II (50,0 % проти 26,6 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) і III (42,3 % проти 18,8 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6) пальцях, відсутності центральних кишень на III пальці (0 % проти 14,1 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), більшій частоті завитків на IV пальці (19,2 % проти 1,6 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.7) правої кисті, більшій частоті дуг (46,2 % проти 14,1 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.5) і відсутності центральних кишень (0 % проти 17,2 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5) на II пальці, більшій частоті дуг (38,5 % проти 10,9 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6) та відсутності випадкових візерунків (0 % проти 14,1 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6)

на III пальці, подвійних петель на I пальці (0 % проти 12,5 %, $p=0,062$) (див. табл. А.4) та меншій частоті наявності візерунка на тенарі (57,7 % проти 78,1 %, $p=0,053$) (див. табл. Б.20) лівої кисті у чоловіків південного регіону.

Південний↔західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *південному* і *західному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на II пальці (7,7 % проти 31,4 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5) та більшій – дуг на II (50,0 % проти 20,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5) і III (42,3 % проти 14,3 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6) пальцях, більшій частоті ульнарних петель (76,9 % проти 51,4 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) та меншій – дуг (3,8 % проти 22,9 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6) на V пальці правої кисті, відсутності центральних кишень на II пальці (0 % проти 28,6 %, $p<0,01$) (див. табл. А.5), більшій частоті дуг на III пальці (38,5 % проти 11,4 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6) та ульнарних петель на V пальці (88,5 % проти 62,9 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) лівої кисті, а також більшій частоті наявності візерунка на гіпотенарі правої (84,6 % проти 57,1 %, $p<0,05$) і лівої (84,6 % проти 57,1 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.19) долонь у чоловіків південного регіону.

Південний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *південному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у більшій частоті дуг на II (50,0 % проти 20,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5) і III (42,3 % проти 8,0 %, $p<0,01$) (див. табл. А.6) пальцях, меншій частоті ульнарних петель на II пальці (7,7 % проти 28,0 %, $p=0,063$) (див. табл. А.5) правої кисті, відсутності подвійних петель (0 % проти 20,0 %, $p<0,05$) та наявності центральних кишень (15,4 % проти 0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.4) на I пальці, відсутності центральних кишень (0 % проти 20,0 %, $p<0,01$) (див. табл. А.5) на II пальці, меншій частоті ульнарних петель (46,2 % проти 88,0 %, $p<0,001$) та більшій – дуг (38,5 % проти 4,0 %, $p<0,01$) (див. табл. А.6) на III пальці лівої кисті у чоловіків пів-

денного регіону. Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено (див. табл. Б.4-Б.25).

Центральний↔західний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *центральному* і *західному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті завитків на IV пальці (1,6 % проти 11,4 %, $p<0,05$) (див. табл. А.7), більшій частоті ульнарних петель (75,0 % проти 51,4 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) та меншій – дуг (6,3 % проти 22,9 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) на V пальці правої кисті, більшій частоті ульнарних петель (42,2 % проти 20,0 %, $p<0,05$) та меншій – дуг (14,1 % проти 34,3 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5) на II пальці лівої кисті, а також більшій частоті наявності візерунка на гіпотенарі правої (84,4 % проти 57,1 %, $p<0,01$) і лівої (82,8 % проти 57,1 %, $p<0,01$) (див. табл. Б.19) долонь, тенара правої (73,4 % проти 54,3 %, $p=0,057$) і лівої (78,1 % проти 51,4 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.20) долонь, II міжпальцевому проміжку правої (76,6 % проти 48,6 %, $p<0,01$) (див. табл. А.4) і лівої (73,4 % проти 48,6 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.22) долонь у чоловіків центрального регіону.

Центральний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *центральному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у більшій частоті подвійних петель на I пальці (23,4 % проти 4,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.4), відсутності завитків на V пальці (0 % проти 8,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8), меншій частоті ульнарних петель на III пальці (50,0 % проти 72,0 %, $p=0,064$) (див. табл. А.6) правої кисті, наявності центральних кишень на I пальці (17,2 % проти 0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.4), меншій частоті ульнарних петель (56,3 % проти 88,0 %, $p<0,01$) (див. табл. А.6) та наявності випадкових візерунків на III пальці (14,1 % проти 0 %, $p=0,051$) (див. табл. А.6) лівої кисті, а також більшій частоті наявності візерунка в II міжпальцевому проміжку правої (76,6 % проти 52,0 %, $p<0,05$) і лівої (73,4 % проти 52,0 %, $p=0,056$) долонь (див.

табл. Б.22) у чоловіків центрального регіону.

Західний↔східний регіони. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу (КПВ3), які мешкають у *західному* і *східному* адміністративно-територіальних регіонах виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, що полягають у меншій частоті ульнарних петель на III пальці (60,0 % проти 88,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), наявності центральних кишень на I пальці (14,3 % проти 0 %, $p = 0,053$) (див. табл. А.4) лівої кисті, меншій частоті візерунка на гіпотенарі правої (57,1 % проти 80,0 %, $p = 0,069$) і лівої (57,1 % проти 80,0 %, $p = 0,069$) (див. табл. Б.19) долонь у чоловіків західного регіону.

Таким чином у чоловіків *східного* та *південного* регіонів встановлена локальна специфіка дерматогліфіки із *низьким* рівнем інтенсивності ураженості карієсом, що відрізняє їх від загальної групи чоловіків із *низьким* рівнем КПВ; а у чоловіків *південного* та *північного* регіонів встановлена локальна специфіка дерматогліфіки із *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом, що відрізняє їх від загальної групи чоловіків із *середнім* рівнем КПВ. Серед представників різних регіонів України за дерматогліфічними маркерами карієсу з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості найбільш своєрідними є *західний* і *південний* регіони; а серед представників із *середнім* рівнем КПВ – *усі 5 регіонів* мають локальну специфіку дерматогліфічної картини.

6.3. Розбіжності дерматогліфічних показників між *низьким* і *середнім* рівнями КПВ у соматично здорових чоловіків загалом і в межах кожного адміністративно-територіального регіону України

6.3.1. Розбіжності показників дерматогліфіки між загальною групою з *низьким* і загальною групою з *середнім* рівнями інтенсивності карієсу у соматично здорових чоловіків без поділу на адміністративно-територіальні регіони

України.

Між показниками дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи з *низьким* (КПВ2) та *загальної* групи з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності ураженості карієсом виявлені достовірні відмінності та тенденції до відмінностей, які полягають у більшій частоті випадкових візерунків (8,9 % проти 3,7 % $p=0,055$) і меншій – завитків (2,4 % проти 8,5 % $p<0,05$) (див. табл. А.6) на III пальці, у меншій частоті ульнарних петель на IV пальці (22,0 % проти 31,9 %, $p=0,058$) (див. табл. А.7) і більшій – випадкових візерунків на V пальці (17,9 % проти 9,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) правої кисті; меншій частоті випадкових візерунків (3,3 % проти 8,5 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6) на III пальці, ульнарних петель на IV пальці (33,3 % проти 47,3 %, $p<0,05$) (див. табл. А.7) і більшій – випадкових візерунків на V пальці (19,5 % проти 8,5 %, $p<0,01$) лівої кисті з одночасним зниженням частоти ульнарних петель на ньому (65,0 % проти 76,6 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8), менш вираженій лівобічній асиметрії гребінцевого рахунку V пальця ($-0,569\pm 4,133$ проти $-0,718\pm 4,526$, $p<0,05$) (див. табл. А.13) у чоловіків з КПВ2. Між порівнюваними групами виявлені також відмінності за показниками долонної дерматогліфіки, що полягають у менших значеннях величини кута $\angle dat$ ($56,74\pm 6,87^\circ$ проти $58,05\pm 5,31^\circ$, $p=0,060$) (див. табл. Б.8) та меншій віддалі між трирадіусами $s-t$ ($80,99\pm 10,76$ мм проти $83,17\pm 9,46$ мм, $p=0,069$) (див. табл. Б.10) правої долоні; більших значеннях індекса Каммінса ($8,613\pm 2,187$ проти $8,099\pm 1,941$, $p<0,05$) (див. табл. Б.14) та більш частій наявності візерунка на гіпотенарі (83,7 % проти 73,9, $p<0,05$) (див. табл. Б.19) і III міжпальцевому проміжку (96,7 проти 89,9, $p<0,05$) (див. табл. Б.23) лівої долоні у чоловіків з КПВ2.

6.3.2. Розбіжності показників дерматогліфіки між групами з *низьким* і *середнім* рівнями інтенсивності карієсу в соматично здорових чоловіків у межах кожного адміністративно-територіального регіону України.

Північний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* (КПВ2) і чоловіків з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності уражено-

сті карієсом, які мешкають у *північному* адміністративно-територіальному регіоні, достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей полягають у наявності радіальних петель на II пальці правої кисті (10,0 % проти 0 % $p=0,052$), у більшій частоті ульнарних петель (60,0 % проти 21,1 %, $p<0,01$) і меншій – центральних кишень на III пальці (5,0 % проти 31,6 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6), більшій частоті випадкових візерунків на V пальці (25,0 % проти 5,3 %, $p<0,05$) (див. табл. А.8) лівої кисті та більш частій наявності візерунка на гіпотенарі лівої долоні (90,0 % проти 63,2 %, $p<0,05$) (див. табл. Б.19).

Південний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* (КПВ2) і чоловіків з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності ураженості карієсом, які мешкають у *південному* адміністративно-територіальному регіоні, достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей полягають у меншій частоті дуг на II пальці (11,1 % проти 50,0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5), наявності випадкових візерунків на III пальці (22,2 % проти 0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.6), більшій частоті центральних кишень на IV пальці (55,6 % проти 19,2 %, $p<0,05$) (див. табл. А.7), меншій частоті ульнарних петель (22,2 % проти 76,9 %, $p<0,01$) та більшій – випадкових візерунків (55,6 % проти 3,8 %, $p<0,01$) (див. табл. А.8) на V пальці правої кисті, наявності центральних кишень на II пальці (22,2 % проти 0 %, $p<0,05$) (див. табл. А.5) лівої кисті, а також правобічній асиметрії гребінцевого рахунку V пальця ($1,333\pm 2,872$ проти $-1,692\pm 4,550$, $p<0,05$) (див. табл. А.13). Між порівнюваними групами виявлені також відмінності за показниками долонної дерматогліфіки, що полягають у більших значеннях гребінцевого рахунку III пальця правої кисті ($13,11\pm 8,12$ проти $7,346\pm 6,823$, $p<0,05$) (див. табл. А.11), дельтового індексу лівої кисті ($6,000\pm 2,121$ проти $4,538\pm 1,964$, $p=0,054$) (див. табл. А.15), дельтового індексу обох кистей ($12,22\pm 4,41$ проти $9,577\pm 3,828$, $p<0,05$) (див. табл. А.16), у менших значеннях величини кута $\angle dat$ ($50,22\pm 9,08^\circ$ проти $57,62\pm 5,83^\circ$, $p<0,05$) (див. табл. Б.8) та меншій віддалі між трирадіусами $s-t$ ($69,00\pm 10,80$ мм проти $82,88\pm 10,28$ мм, $p<0,01$) (див. табл. Б.10) лівої долоні, меншій частоті наявності карпального трирадіуса правої (77,8 % проти 100 %, $p<0,01$) і лівої

(66,7 % проти 100 %, $p < 0,01$) долонь (див. табл. Б.15), натомість – більшій частоті проміжного трирадіуса лівої долоні (33,3 % проти 3,8 %, $p < 0,05$) долонь (див. табл. Б.16), а також лівобічній асиметрії значень кута $\angle btc$ ($-2,444 \pm 4,531$ проти $-0,600 \pm 4,340$, $p < 0,01$) (див. табл. Б.7) та правобічній – довжини відрізка $c-t$ ($2,896 \pm 5,621$ проти $-0,875 \pm 7,468$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.10) у чоловіків південного регіону з КПВ2.

Центральний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* (КПВ2) і чоловіків з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності ураженості карієсом, які мешкають у *центральному* адміністративно-територіальному регіоні, достовірні відмінності та виражені тенденції до відмінностей полягають у меншій частоті завитків на III пальці (3,1 % проти 12,5 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.6), ульнарних петель на V пальці (54,7 % проти 75,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.8) та більшій – дуг на IV пальці (15,6 % проти 4,7 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.7) правої кисті, відсутності випадкових візерунків на III пальці (0,0 % проти 14,1 %, $p < 0,01$) (див. табл. А.6), меншій частоті ульнарних петель на IV пальці (31,3 % проти 48,4 %, $p = 0,051$) (див. табл. А.7) у чоловіків центрального регіону з КПВ2.

Західний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* (КПВ2) і чоловіків з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності ураженості карієсом, які мешкають у *західному* адміністративно-територіальному регіоні, достовірні відмінності та тенденції до відмінностей полягають у більшій частоті ульнарних петель на II пальці (47,4 % проти 20,0 %, $p < 0,05$) (див. табл. А.5), випадкових візерунків на IV пальці (36,8 % проти 14,3 %, $p = 0,063$) (див. табл. А.7) лівої кисті, більшому значенні кутів $\angle atd$ правої ($43,79 \pm 6,21$ ° проти $40,54 \pm 5,20$ °, $p = 0,054$) і лівої ($41,84 \pm 6,28$ ° проти $38,60 \pm 4,91$ °, $p = 0,069$) (див. табл. Б.4) долонь та індекса Каммінса лівої долоні ($8,778 \pm 1,700$ проти $7,500 \pm 1,780$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.14) а також правобічній асиметрії гребінцевого рахунку V пальця ($0,789 \pm 2,573$ проти $-2,457 \pm 5,883$, $p < 0,01$) (див. табл. А.13), більш вираженій правобічній асиметрії гребінцевого рахунку $b-c$ ($2,474 \pm 2,932$ проти $0,419 \pm 3,510$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.12) та менш вираженій – правобічній

асиметрії індекса Каммінса ($0,944 \pm 2,127$ проти $2,029 \pm 2,222$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.14) у чоловіків західного регіону з КПВ2.

Східний регіон. Між показниками дерматогліфіки здорових чоловіків з *низьким* (КПВ2) і чоловіків з *середнім* (КПВ3) рівнями інтенсивності ураженості карієсом, які мешкають у *східному* адміністративно-територіальному регіоні, достовірні відмінності полягають у більшій частоті дуг на II пальці правої кисті ($54,5\%$ проти $20,0\%$, $p < 0,05$) (див. табл. А.5), менших значеннях кута $\angle atd$ лівої долоні ($37,27 \pm 5,48^\circ$ проти $38,88 \pm 3,92^\circ$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.4), гребінцевого рахунку a-b правої ($36,36 \pm 5,07$ проти $38,72 \pm 6,07$, $p < 0,05$) і лівої ($36,73 \pm 4,22$ проти $40,08 \pm 5,13$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.11) долонь, а також право-бічної асиметрії $\angle atd$ ($1,818 \pm 3,250$ проти $-0,760 \pm 3,479$, $p < 0,05$) (див. табл. Б.4) у чоловіків східного регіону з КПВ2.

Таким чином виявлені розбіжності дерматогліфічних показників між *низьким* і *середнім* рівнями КПВ у здорових чоловіків загалом і в межах кожного адміністративно-територіального регіону України вказують на можливість прогнозу перебігу карієсу з *низьким* чи *середнім* рівнем інтенсивності ураженості конкретно у кожному регіоні країни.

Результати досліджень, які представлені у даному розділі дисертації, відображені нами: у 3 наукових статтях у фахових журналах, що рекомендовані ДАК МОН України та входять до переліку міжнародних наукометричних баз [33, 294, 312]; у 3 статтях у зарубіжних фахових виданнях [36, 440, 441]; у 5 тезах науково-практичних конференцій [293, 295, 296, 304, 313].

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ Й УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

У попередніх розділах дисертаційної роботи були встановлені *регіональні особливості* ураження різців, іклів, премолярів і молярів у *соматично здорових чоловіків України* за даними стоматологічного та комп'ютерно-томографічного обстеження (частота поверхневого, середнього та глибокого карієсу, хронічного фіброзного, гранулюючого й гранулематозного періодонтиту, кістогранулем, кіст, хронічного фіброзного пульпіту, оцінка стану зубів після терапевтичного лікування та відсутності зубів і коронок зубів); показники інтенсивності карієсу зубів, резистентності емалі зубів до карієсу й рівня гігієни порожнини рота та зв'язки між даними показниками; якісні й кількісні ознаки пальцевої й долонної дерматогліфіки при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів; зв'язки між дерматогліфічними показниками та інтенсивністю карієсу зубів, або резистентності емалі зубів до карієсу; розроблені прогностичні математичні моделі схильності до певного рівня інтенсивності ураженості зубів карієсом, або резистентності емалі зубів до карієсу у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей дерматогліфічних показників.

Аналізуючи вітчизняні літературні джерела, встановлено, що лєвова частка епідеміологічних досліджень останніх років присвячена вивченню поширеності та інтенсивності карієсу зубів у осіб дитячого, підліткового та юнацького віку. Попри те, що зазначена патологія у представників старших вікових груп достатньо поширена і має тенденцію до наростання її рівня порівняно із минулими роками [158, 206, 234], відсоток робіт, що охоплюють дорослий вік вельми скромний [18, 47, 81, 109, 151, 158, 189, 234, 255, 290] і складає приблизно 16%.

Сучасні епідеміологічні дослідження покликані визначити індекси та критерії патологічних змін твердих тканин зуба у світлі порівняння факторів

ризика, розробки й запровадження адекватних та надійних методів профілактики і прогнозування [26, 88, 98, 169, 219, 240, 243, 252, 265, 269, 271].

Власне, у всіх регіонах України проводились ті чи інші епідеміологічні дослідження стоматологічної патології. Значна кількість робіт присвячена моніторингу поширеності патології порожнини рота у дорослого і дитячого населення, що проживає в умовах різного антропогенного фізико-хімічного навантаження території [12, 15, 29, 61, 105, 131, 147, 162, 168, 178, 190, 218, 289], з урахуванням мінералізації вживаної води [24, 85, 112, 266], особливостей харчування [246, 345], професійних шкідливостей [47, 151], соціально-гігієнічних і побутових умов [47, 117, 151, 187, 189, 245, 256, 272, 290].

Каріозний процес може розглядатися не лише як фактор ризику загальної патології, він також може бути її наслідком. Чисельна кількість робіт стосується дослідження показників захворюваності зубів у осіб із супутньою ендокринною [126, 127, 149], дихальною [127, 269], гематологічною [62, 63], інфекційною патологією [101, 104, 120]. Сюди ж відносяться роботи стосовно поєднання карієсу із дисбактеріозом [1], зубощелепними аномаліями [111], одонтогліфікою [235] та пародонтозом [81, 273]; дистонією [127], зниженням інтелекту [237], психоемоційним типом [229], гормональним фоном при вагітності і патологічних станах у жінок [109, 203, 255].

Зазначені вище роботи, безумовно, мають науково-практичний інтерес, але отримані показники захворюваності зубів значно варіюють за цифровим значенням, що пояснюється присутністю у досліджуваних обтяженого соматичного фону і/або впливом несприятливих еколого-соціальних умов. Щоб уникнути неточних і суб'єктивних уявлень стосовно зазначених показників, необхідно визначати їх у соматично здорових осіб, які проживають у сприятливих екологічних та соціальних умовах. Наразі подібних досліджень практично немає [18, 47, 219, 234]. Крім того, практично неможливо коректно застосувати й розглядати генетичні маркери, якщо досліджувана патологія не є монозахворюванням.

Рядом науковців встановлено, що резистентність або схильність до карі-

есу у різних груп зубів мають генетичну зумовленість та різноманітні варіації генетичної й фенотипової структури у популяції [18, 188, 219, 221, 235]. Тому пріоритетним і обов'язковим є опис уражень конкретних зубів, а не лише поширеності та КПВ, як це має місце у всіх попередніх роботах (див. табл. 7.1).

У літературі недостатньо даних щодо частоти ураження карієсом у дорослих, особливо це стосується соматично здорових досліджуваних [20, 47, 188, 221]. Тому пріоритетним і маловивченим на теперішній час напрямком є вивчення показників захворюваності зубів у соматично здорового населення, що відкрило б більші можливості для глибокого розуміння етіології карієсу та характеру його перебігу в здоровому організмі [121]. Крім того, аналіз частоти ураження карієсом доцільно проводити по ключовій віковій групі 19-35 років, яка обирається з тих позицій, що саме для цього віку ВООЗ визначає епідеміологічні події й аналіз епідеміологічної ситуації в популяції [121].

Згідно з даними епідеміологічного обстеження населення України карієс зубів є одним із найбільш поширених стоматологічних захворювань [81, 158, 234]. В останні роки дослідники повертаються до питання про те, що каріозний процес може розглядатися як фактор ризику загальної патології [35, 144]. Для покращення даної ситуації необхідно продовжити наукові пошуки адекватних лікувально-профілактичних заходів на основі отримання вичерпної та достовірної інформації стосовно частоти ураження карієсом на рівні популяції. Це дозволить економити ресурси (фінансові, професійні тощо) і направляти їх саме на ті групи населення, яким вони необхідні у більшій мірі [121, 144].

Визначення рівня захворюваності зубів за допомогою традиційних візуальних й тактильних методів обстеження не завжди дозволяє виявляти ранні стадії карієсу. Вважається, що виявлення карієсу та його ускладнень в умовах сучасних стоматологічних закладів не викликає труднощів. Однак необхідність в диференціації різних його форм, встановленні стадії розвитку та ускладнень патології зумовлює використання такого безпечного, безкровного, зручного та інформативного рентгенологічного методу дослідження як конусно-променева комп'ютерна томографія [113, 138, 191, 214, 277, 284, 406].

У зв'язку із своєрідною структурою й глибоко посадженим коренем ікла та різці найменш схильні до виникнення карієсу [35, 345, 439]. В свою чергу, це зменшує ймовірність «переповзання» інфекції на сусідні зуби. Втративши фронтальні зуби, всі виконувані ними завдання автоматично передаються іншим зубам, які до цього зовсім не пристосовані й ризикують не витримати навантаження. Результатом стає повне порушення краси й симетрії зубного ряду, не кажучи вже про здоров'я. Крім того, ікла, як найбільш стійкі зуби, є надійними помічниками й регулювальниками при оклюзії верхньої та нижньої щелеп, тобто під час прийому їжі й при розмові саме вони дозволяють іншим зубам не сточуватися один об одного [113, 277].

Встановлено, що частота *ураження різців верхньої щелепи: поверхневим карієсом* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в східному (в середньому відповідно 12,2 та 9,7 %), південному (відповідно 12,2 та 11,1 %) й північному (відповідно 13,2 та 9,3 %) регіонах, а найменші – в західному (відповідно 6,7 та 6,9 %) та в центральному (відповідно 9,5 та 7,0 %) регіонах; *середнім карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в південному й західному (по 3,7 %) регіонах, а найменші – в східному регіоні (0 %); *середнім карієсом* за даними КПКТ – найвищі значення в центральному (8,2 %), південному (8,3 %) й північному (9,3 %) регіонах, а найменші – в східному (0 %); *відсутність ураження карієсом різців верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в східному (відповідно 87,8 та 90,3 %), центральному (відповідно 88,1 та 84,8 %) й західному (відповідно 89,8 та 86,1 %) регіонах, а найменші – в північному (відповідно 84,4 та 81,4 %) та в південному (відповідно 80,0 та 80,6 %) регіонах.

Частота *ураження різців нижньої щелепи*, за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ: *поверхневим карієсом* має найвищі значення в північному (в середньому відповідно 1,8 та 3,6 %) й західному (відповідно 3,8 та 5,6 %) регіонах, а найменші – в східному регіоні (відповідно 1,1 та 0 %); *середнім карієсом* має найвищі значення в північному (відповідно 0,4 та 0,7 %) й

західному (відповідно 0,7 та 2,8 %) регіонах, а найменші – в південному й центральному (відповідно 0 та 0 %) регіонах; *відсутність ураження карієсом різців нижньої щелепи* має найвищі значення в південному (відповідно 98,4 та 97,9 %), центральному (відповідно 98,8 та 98,8 %) й східному (відповідно 98,9 та 98,6 %) регіонах, а найменші – в північному (відповідно 97,9 та 95,7 %) та в західному (відповідно 95,5 та 92,7 %) регіонах.

При співставленні частоти *ураження різців* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (табл. 7.1): *на верхній щелепі* – за винятком 22-го зуба, поодинокі менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,069-0,070$) частоти поверхневого карієсу в західному, ніж у північному, південному й східному регіонах та, лише для 21-го зуба, більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060$) частоти відсутності карієсу в західному, ніж у північному й південному регіонах; *на нижній щелепі* – лише для 42-го зуба більші значення ($p < 0,05$) частоти поверхневого карієсу в західному, ніж у центральному регіоні та, навпаки, менші значення частоти відсутності карієсу в західному, ніж у центральному регіоні.

При співставленні частоти *ураження різців* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – за винятком 12-го зуба, поодинокі менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,070$) частоти середнього карієсу в східному, ніж у північному, південному й центральному регіонах та, лише для 21-го зуба, більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060$) частоти відсутності карієсу в східному й західному, ніж у північному регіоні; *на нижній щелепі* – лише для 42-го зуба більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти поверхневого карієсу в західному, ніж у центральному й східному регіонах та, навпаки, менші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти відсутності карієсу в західному, ніж у центральному й східному регіонах, а також для 31-го та 32-го зубів більші значення ($p = 0,060$) частоти середнього карієсу в західному, ніж у центральному регіоні та, лише для 32-го зуба, менші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в західному, ніж у центральному регіоні. Крім того, *на верхній щелепі* (за винятком 12-го зуба) за

Таблиця 7.1

Відмінності частоти ураження карієсом в різних регіонах України.

Зуби	Стоматологічне обстеження					Комп'ютерно-томографічне обстеження				
	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.
12	↑			↓	↑					
11				↓	↑	▲		■		▼
21	▼▲	▼▲		▲▼		▼▲↓■	▲	▲■	↑	▲▼
22								▲■		▼
32								▲↓	▼↑	
31								↓	↑	
41										
42			▲▼	▼▲				▲▼	▼▲	▲▼
13	▲↓		▲▼	↑↓	▼▲↓↑	▲▼	▼			▼▲
23		▼▲↑	▲▼		↓	▲▼	▼▲	■		
33			▲▼	▼▲				▲↓	▼↑	
43		↑	▼↓	▲				↓	↑	
15	▼▲	▼▼↑↑	▲▼↑↓	^	▲↓	▼■	▼↑	▲▼●	▲↓	
14			▲▼▼↑	▲↓	▼▲	↑↓		▼↑■		▲↓↑
24	▲▼▼	▼▲↑	▲↓		^	■				
25			▲■	↑	▼↓	▲■		▼■	▼	
35	↓	▼			▲↑		↓	▼	↓	▲↑
34	↑↓●			↓↑		▲↓		▼↑	▼	
44										
45				↓	↑			■		
18	▲	▼▲	▼			▲	▼↑	↓●		
17							▼			▲
16	▼		▼↑		▲↓	↑	↑	▲▼↓	▲↓	▼↑
26	▲▼▲↑	▼▲↓	▲▲▼▼	▲▼	▼▲	▲▼▼	▼▼▲▲↑■	▲▼↑↓■	▼▲↓↑↓	▼▲
27	▼▲▼▲	▼▼▲▲↓	▲▼▼	▼▲▲↑	▼▲	▲▼	▼↑▲▲●	▲▲▼▼	▼▲	▲↓
28	▼▲	↓▲	▲▼↑↑■	●	▼↓	↓▲■	▲▼↑↓	↑↓↑↓■	▲■	▼↑▼↑
38	▼↑	▼▲↓	▲▼●				■			
37	▲▼▲↑	↓▼▲▼▼	▲▼▼↑↓	▲▲▼▼↓	▼▲	↑■		↓		
36	▲↓↓	▼▲↑		▲▼▼↑	▼		↓↑●		↑↓	↑
46	▼▲	▲▼↑	▼▼	▼↓			↑	↑	↓	
47	▲▼▼	▼▲↑	▲▲▼↑	▲▼▼↑	▲↓↓●	▲▼	▼▲	▲▼	↑	▲▼↓
48	▼▲↑↑	▼▲▲	▲▼↓	▼▲▲	▲▼↓	▼	▼▼▲	▲▼■	▼▲	▲▼

Примітки:

1. ▲▼▲▼ або ↑↓▲▼ – величина частоти відсутності карієсу між відповід-

ними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼ ▲▽) або тенденції (↑↓^v) відмінностей;

2. ▲ ▼ ▲▽ або ↑↓^v – величина частоти поверхневого карієсу між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼ ▲▽) або тенденції (↑↓^v) відмінностей;

3. ▲ ▼ ▲▽ або ↑↓^v – величина частоти середнього карієсу між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼ ▲▽) або тенденції (↑↓^v) відмінностей;

4. ▲ ▼ або ↑↓ – величина частоти глибокого карієсу між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

5. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти відсутності карієсу між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

6. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти поверхневого карієсу між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

7. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти середнього карієсу між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

8. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти глибокого карієсу між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники).

даними КПКТ встановлено більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти середнього карієсу в центральному регіоні та лише для 21-го зуба в північному регіоні, ніж при стоматологічному обстеженні (див. табл. 7.1).

Частота ураження *іклів верхньої щелепи: поверхневим карієсом* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в східному (в середньому відповідно 5,6 та 6,9 %) й південному (відповідно 9,6 та

7,0 %) регіонах, а найменші – в західному (відповідно 2,8 та 2,7 %), центральному (відповідно 3,1 та 3,9 %) та в північному (відповідно 3,5 та 2,9 %) регіонах; *середнім карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (4,4 %), а найменші – в північному (1,4 %) й центральному (1,5 %) регіонах; *середнім карієсом* за даними КПКТ – найвищі значення в південному регіоні (9,7 %), а найменші – в північному регіоні (0 %); *відсутність ураження карієсом іклів верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в західному (відповідно 94,4 та 91,7 %), центральному (відповідно 95,5 та 91,4 %) й північному (відповідно 95,1 та 97,2 %) регіонах, а найменші – в східному (відповідно 90,0 та 88,9 %) та в південному (відповідно 88,3 та 83,4 %) регіонах.

Частота *ураження іклів нижньої щелепи*, за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ: *поверхневим карієсом* має найвищі значення в західному регіоні (в середньому відповідно 4,2 та 5,6 %), а найменші – в центральному (відповідно 0,6 та 0,8 %) й східному (відповідно 1,1 та 1,4 %) регіонах; *середнім карієсом* має найвищі значення в західному регіоні (відповідно 0,7 та 2,8 %), а найменші – в північному, південному й східному (відповідно 0 та 0 %) регіонах; *відсутність ураження карієсом іклів нижньої щелепи* має найвищі значення в центральному регіоні (відповідно 99,4 та 97,7 %), а найменші – в західному регіоні (відповідно 95,1 та 91,7 %).

При співставленні частоти *ураження іклів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – переважно менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,054-0,060$) частоти поверхневого карієсу в центральному, ніж у південному й східному регіонах та більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,070$) частоти відсутності карієсу в центральному й північному, ніж у південному й східному регіонах; *на нижній щелепі* – менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,062$) частоти поверхневого карієсу в центральному, ніж у західному регіоні та, лише для 33-го зуба, більші значення ($p < 0,01$) частоти відсутності карієсу в центральному, ніж у західному регіоні.

При співставленні частоти ураження іклів між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – для 13-го зуба, більші значення ($p < 0,05$) частоти поверхневого карієсу в східному, ніж у північному регіоні та більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в північному, ніж у південному й східному регіонах, а для 23-го зуба, більші значення ($p < 0,05$) частоти середнього карієсу в південному, ніж у північному регіоні, та, навпаки, менші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в південному, ніж у північному регіоні; *на нижній щелепі* – менші значення ($p = 0,060$) частоти поверхневого (для 43-го зуба) та середнього (для 33-го зуба) карієсу в центральному, ніж у західному регіоні та, лише для 33-го зуба, більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в центральному, ніж західному регіоні. Крім того, *на верхній щелепі* для 23-го зуба за даними КПКТ встановлено більші значення ($p < 0,05$) частоти середнього карієсу в центральному регіоні, ніж при стоматологічному обстеженні (див. табл. 7.1).

Багато дослідників зростання інтенсивності карієсу фронтальних зубів у сучасних молодих осіб поряд із чисельними провокуючими чинниками пов'язують із процесами акселерації фізичного розвитку, яка із стоматологічної точки зору полягає у пришвидшеному прорізуванні зубів. Це, в свою чергу, зумовлює триваліший контакт більшої частини зубів, що знаходяться на стадії структурної незрілості, з агресивним зовнішнім середовищем ротової порожнини [141, 182].

П.А. Леус [142], вивчаючи ступені стійкості до карієсу різних груп зубів, встановив, що залучення до каріозного процесу окрім молярів і премолярів центральних і бічних різців (IV група стійкості зубів до карієсу за класифікацією П.А. Леуса) може свідчити про низький рівень карієсрезистентності зубів.

В результаті дослідження В.Б. Недосеко [173] встановлена залежність резистентності зубів від чинників, які впливають на їх формування вже у внутрішньоутробному періоді. Одні зуби закладаються в період внутрішньоутробного розвитку (різці, ікла, перший моляр), інші – після народження (другий й

третьої моляр, премоляри). Внаслідок цього одні зуби порівняно з іншими мають більш сприятливі умови для формування резистентної емалі [345]. Власне, різці й ікла, гістогенез яких проходить у період внутрішньоутробного розвитку, знаходяться під захистом материнського організму. Саме в цей період найбільше проявляється вплив генетичного кодування у структурних формуваннях зубів, коли вплив зовнішніх несприятливих чинників мінімальний [439].

З усіх груп зубів найважче визначаються каріозні порожнини на премолярах (особливо верхніх), що пояснюється особливостями їх форми, проекції та певними взаємовідносинами між каріозною порожниною і порожниною зуба [215]. При клінічному дослідженні не вдається діагностувати маленькі каріозні порожнини на жувальній, вестибулярній або язиковій поверхнях зуба та ураження, недоступні для безпосереднього огляду. Це призводить до хибної оцінки рівня ураження зубів карієсом (завідомо менші його значення). Протилежна ситуація, а саме гіпердіагностика зазначеної патології, спостерігається при складності віддиференціювання невеликих пришийкових каріозних порожнин від варіанту анатомічної їх будови (поглиблення, зумовлені відсутністю емалі на цих ділянках), що завідомо призводить до отримання «завищених» показників рівня ураження зубів карієсом [215, 284].

Гістогенез і початок мінералізації премолярів, які закладаються позаутробно проходять при несприятливих умовах. Організм матері під час формування зубів вже не захищає їх від несприятливих зовнішніх впливів, якими є різні інфекційні захворювання дитини. Саме в період формування і мінералізації зубів ці захворювання особливо несприятливо впливають на формування резистентності емалі [173]. Крім того, прорізування зазначеної групи зубів і остаточне формування їх емалі проходить в терміни від 9 до 13 років, тобто в критичному віці, коли в організмі людини йде активна гормональна перебудова. Відзначено більш високу інтенсивність ураження зубів карієсом у дівчаток [109, 238]. Отже, на остаточну мінералізацію тканин зубів величезний вплив справляє, власне, гормональний фактор (у більшій мірі вплив жіночих гормонів) і загальний стан організму [109, 238, 439]. Ці факти скеровують на цілком

закономірну дослідницьку спрямованість на чоловічу вибірку з необтяженим анамнезом життя та захворювання. Власне, тому ми досліджували частоту ураження зубів у чоловіків без супутньої соматичної патології, що дозволило уникнути фактору впливу гормональних перебудов та преморбиду на стан твердих тканин зубів у період їх формування.

Частота ураження *премолярів верхньої щелепи: поверхневим карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному (в середньому 13,9 %) й південному (14,9 %) регіонах, а найменші – в центральному регіоні (7,6 %); *поверхневим карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в південному (10,4 %), західному й східному (по 11,1 %) регіонах, а найменші – в центральному (7,4 %) й північному (7,9 %) регіонах; *середнім карієсом* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в південному (відповідно 5,9 та 13,2 %) й східному (відповідно 6,7 та 10,4 %) регіонах, а найменші – за даними стоматологічного обстеження в центральному регіоні (2,6 %) та за даними КПКТ в центральному (8,3 %), західному (8,4 %) й північному (8,6 %) регіонах; *глибоким карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в північному регіоні (4,3 %), а найменші – в південному й східному регіонах (по 0,7 %); *відсутність ураження карієсом пре-молярів верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в центральному регіоні (відповідно 89,9 та 83,2 %), а найменші – в південному (відповідно 79,2 та 75,7 %) й в східному (відповідно 79,5 та 77,8 %) регіонах.

Частота ураження *премолярів нижньої щелепи: поверхневим карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в південному (в середньому 9,1 %) й східному (9,5 %) регіонах, а найменші – в центральному (5,6 %) й північному (5,9 %) регіонах; *поверхневим карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в західному (9,7 %) й східному (8,3 %) регіонах, а найменші – в північному регіоні (5,7 %); *середнім карієсом* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в східному регіоні (відповідно 2,2 та 4,9 %), а найменші – в північному регіоні (відповідно 0,4 та

1,4 %); *відсутність ураження карієсом премолярів нижньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в північному регіоні (відповідно 93,8 та 92,9 %), а найменші – в східному регіоні (відповідно 88,3 та 86,8 %).

При співставленні частоти *ураження премолярів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – переважно для 14-го й 15-го зубів, менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,056$) частоти поверхневого карієсу в центральному, ніж у південному й східному регіонах та, переважно для 15-го зуба, менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,055$) частоти середнього карієсу в центральному, ніж у більшості інших регіонів, а для 24-го зуба менші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,055-0,070$) частоти середнього карієсу в північному, ніж у південному й східному регіонах, а також, переважно поодинокі, більші значення частоти відсутності карієсу в центральному, ніж в інших регіонах; *на нижній щелепі* – привертають увагу лише більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,054$) частоти середнього карієсу в східному, ніж у південному й північному регіонах. Крім того, *на верхній щелепі* для 25-го зуба при стоматологічному обстеженні встановлено більші значення ($p < 0,01$) частоти відсутності карієсу в центральному регіоні, а *на нижній щелепі* для 34-го зуба більші значення ($p = 0,059$) частоти відсутності карієсу в північному регіоні, ніж за даними КПКТ (див. табл. 7.1).

При співставленні частоти *ураження премолярів* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – для 14-го й 15-го зубів, поодинокі менші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,055$) частоти поверхневого карієсу в центральному, ніж у західному й східному регіонах та більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,069$) частоти відсутності карієсу в центральному, ніж у південному, північному (лише для 15-го зуба) й східному (лише для 14-го зуба) регіонах, а також лише для 25-го зуба більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти глибокого карієсу в північному, ніж у центральному й західному регіонах; *на ниж-*

ній щелепі – лише для 35-го зуба більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,051$) частоти середнього карієсу в східному, ніж у більшості інших регіонів (за винятком північного) та, лише для 34-го зуба, більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в північному, ніж у центральному й західному регіонах. Крім того, *на верхній щелепі* за даними КПКТ встановлено більші значення ($p < 0,01$; $p = 0,061$) частоти середнього карієсу для 15-го й 25-го зубів в центральному регіоні й для 24-го зуба в північному регіоні та більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти глибокого карієсу для 15-го й 25-го зубів в північному регіоні й для 14-го зуба в центральному регіоні, а *на нижній щелепі* для 45-го зуба більші значення ($p < 0,05$) частоти середнього карієсу в центральному регіоні, ніж при стоматологічному обстеженні (див. табл. 7.1).

Відомо, що в молодому віці інтенсивність ураження зубів карієсом вища, ніж у літньому. Це пов'язано із недостатньою мінералізацією емалі зуба відразу після його прорізування. Спочатку дозріває емаль в ділянці ріжучих країв і горбків всіх зубів, тому каріозний процес виникає саме в незрілих фісурах і пришийковій ділянці, які належать до зон ризику. Власне, у премолярів карієс починається зазвичай на жувальних поверхнях, в емалевих складках – фісурах і сліпих ямках, де шар емалі значно тонший, мінералізація її менш виражена (фісурний карієс), або на дотичних поверхнях. Рідко уражаються щічні поверхні і зовсім рідко – язикові. Порівняно рідко зустрічається пришийковий карієс і карієс цементу [35, 238].

Втрата премолярів внаслідок каріозного процесу суттєво відображається на функції зубощелепної системи. Через свою позицію в дузі, премоляри відіграють важливу роль в естетиці, підтримці вертикального розміру обличчя, приймають участь в підтримці кутів рота і щік, запобігають западінню обличчя в цих ділянках. Премоляри відіграють важливу роль у підтримці молярів. Опорна функція не єдина для премолярів, крім неї вони беруть участь в латеротрузії (рухові нижньої щелепи, при якому відбувається її відхилення від серединно-сагітальної площини назовні). Премоляри відіграють допоміжну роль в процесі роздавлювання і роздроблення їжі. Контактуючи з премоляром-

антагоністом, перший премоляр розводить моляри і другий премоляр, а в разі стирання або втрати ікла стає латеротрузійною направляючою при зміщенні нижньої щелепи вправо або вліво [35, 439].

Карієс зубів представляє собою патологічний процес, при якому проходить демінералізація, розм'якшення та формування дефекту спочатку в емалі, а потім в дентині. Слід відзначити, що вказані поетапні процеси частіше відбуваються в фісурах та ямках коронки молярів [35]. Завдяки складності будови, варіабельності, а також найбільш частому ураженню каріозним процесом моляри привертають увагу антропологів, одонтологів та стоматологів [144].

Виявлення карієсу молярів, особливо із локалізацією на контактних поверхнях зуба, найчастіше залишається не розпізнаним під час стоматологічного обстеження. В ряді досліджень було доведено, що конусно-променева комп'ютерна томографія є корисним інструментом для виявлення карієсу проксимальних поверхонь і визначення глибини уражень [164, 264]. В.А. Хавкин [274], досліджуючи велику групу стоматологічних пацієнтів, провів порівняльний аналіз діагностичної інформативності конусно-променевої комп'ютерної томографії та основних рутинних методів променевої діагностики в стоматології за стандартними критеріями аналізу стану зубощелепної системи. Застосування конусно-променевої комп'ютерної томографії має значні переваги перед іншими клініко-апаратними методами дослідження, а саме сприяє збільшенню виявлення карієсу на 18,7 %.

Частота ураження *молярів верхньої щелепи: поверхневим карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному (в середньому 29,2 %) й південному (30,5 %) регіонах, а найменші – в центральному (16,0 %) й північному (17,6 %) регіонах; *поверхневим карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в західному (27,8 %) й південному (29,2 %) регіонах, а найменші – в центральному (17,5 %) й північному (15,2 %) регіонах; *середнім карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в північному регіоні (21,1 %), а найменші – в західному регіоні (12,2 %); *середнім карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в південному регіо-

ні (25,5 %), а найменші – в центральному (19,3 %) й західному (19,0 %) регіонах; *глибоким карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в південному й східному (по 1,9 %) регіонах, а найменші – в західному регіоні (0 %); *відсутність ураження карієсом молярів верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в центральному регіоні (69,6 %), а найменші – в південному регіоні (51,1 %); *відсутність ураження карієсом молярів верхньої щелепи* за даними КПКТ має найвищі значення в північному (62,4 %) й центральному (62,2 %) регіонах, а найменші – в південному регіоні (43,5 %).

Частота ураження молярів нижньої щелепи: *поверхневим карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в південному регіоні (в середньому 38,7 %), а найменші – в центральному регіоні (18,9 %); *поверхневим карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в південному регіоні (33,3 %), а найменші – в східному регіоні (14,4 %); *середнім карієсом* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в північному регіоні (21,3 %), а найменші – в західному регіоні (9,4 %); *середнім карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в південному регіоні (18,5 %), а найменші – в західному регіоні (14,8 %); *глибоким карієсом* за даними КПКТ має найвищі значення в західному й східному (по 1,4 %) та північному (1,5 %) регіонах, а найменші – в південному регіоні (0 %); *відсутність ураження карієсом молярів нижньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в західному (66,4 %) й центральному (67,3 %) регіонах, а найменші – в південному регіоні (50,0 %); *відсутність ураження карієсом молярів нижньої щелепи* за даними КПКТ має найвищі значення в східному регіоні (66,7 %), а найменші – в південному регіоні (48,2 %).

При співставленні частоти ураження молярів між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – переважно для 26-го, 27-го й 28-го зубів, у більшості випадків, більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,055-0,070$) частоти поверхневого карієсу в південному, за-

хідному й східному, ніж у північному й центральному регіонах та більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,053-0,069$) частоти відсутності карієсу в центральному, ніж у більшості інших регіонів, а також переважно для 26-го й 27-го зубів, більші значення ($p < 0,05$) частоти середнього карієсу в північному, ніж у центральному регіоні; *на нижній щелепі* – у більшості випадків, більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,052-0,069$) частоти поверхневого карієсу в південному, ніж у більшості інших регіонів (для східного регіону лише для 47-го й 48-го зубів) та, переважно, більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,051-0,070$) частоти відсутності карієсу в центральному (для 37-го, 38-го, 47-го й 48-го зубів), північному (для 37-го й 47-го зубів) й західному (для 36-го, 37-го й 47-го зубів) ніж у південному й східному регіонах, а також переважно для 37-го й 46-го зубів, більші значення ($p < 0,05-0,001$) частоти середнього карієсу в північному, ніж у більшості інших регіонів. Крім того, *на верхній щелепі* для 28-го зуба при стоматологічному обстеженні встановлено більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,070$) частоти відсутності карієсу в центральному й західному регіонах, а *на нижній щелепі* для 38-го зуба більші значення ($p = 0,070$) частоти відсутності карієсу в центральному регіоні та для 47-го зуба більші значення ($p = 0,054$) частоти поверхневого карієсу в східному регіоні, ніж за даними КПКТ (див. табл. 7.1).

При співставленні частоти *ураження молярів* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.1): *на верхній щелепі* – переважно для 16-го, 26-го, 27-го й 28-го зубів, у більшості випадків, більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,051-0,059$) частоти поверхневого карієсу в південному й західному регіонах, ніж у північному (лише для 26-го й 27-го зубів), центральному й східному (лише для 27-го й 28-го зубів) та більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,065-0,070$) частоти відсутності карієсу в центральному й північному, ніж у південному (лише для 26-го й 27-го зубів), західному (лише для 26-го й 27-го зубів) й східному (лише для 16-го й 26-го зубів) регіонах і поодинокі менші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності карієсу в південному, ніж у північному (лише для 18-го зуба) й східному (лише для 17-го зуба) регіонах, а також переважно для 26-го й 27-го

зубів, більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти середнього карієсу в південному, ніж у північному й центральному регіонах та, лише для 28-го зуба, менші значення ($p < 0,01$; $p = 0,052$) частоти середнього карієсу в південному, ніж у північному й центральному регіонах; *на нижній щелепі* – переважно для 47-го й 48-го зубів, у більшості випадків, більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,070$) частоти поверхневого карієсу в південному й західному, ніж у інших регіонах та, переважно, більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти відсутності карієсу в центральному й східному, ніж у інших регіонах. Крім того, *на верхній щелепі* за даними КПКТ встановлено більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,059-0,070$) частоти середнього карієсу для 18-го зуба в центральному регіоні, для 26-го й 27-го зубів в південному регіоні й для 28-го зуба в північному, центральному й західному регіонах, та більші значення ($p < 0,05$) частоти глибокого карієсу для 26-го зуба в центральному регіоні, а *на нижній щелепі* для 38-го й 36-го зубів в південному регіоні й 48-го зуба в центральному регіоні більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти середнього карієсу та для 37-го зуба в північному регіоні більші значення ($p < 0,05$) частоти глибокого карієсу, ніж при стоматологічному обстеженні (див. табл. 7.1).

Функція перших молярів полягає в підтримці в центральному співвідношенні і стабілізації вертикального розміру, захисті скронево-нижньощелепного суглоба від компресії, недопущенні ексцентричних навантажень. Моляри відіграють ведучу роль в жуванні і впливають на стан скронево-нижньощелепного суглоба. Відомо, що збереження першого постійного моляра інтактним є надзвичайно важливим в процесі формування постійного прикусу, також він фіксує висоту прикусу в період зміни зубів, запобігає розвитку зубощелепних аномалій. Роль третіх молярів, так званих зубів мудрості, до кінця не вивчена. Вважають, що від мезіодистальних розмірів їх коронок залежить розмір щелеп, а положення осі третіх молярів і спрямування їх прорізування сприяють появі та/або посиленню вже наявної скупченості зубів в передньому відділі [35].

За допомогою близнюкового, сімейно-генеалогічного та популяційного

методів доведена ведуча роль спадкового фактора у виникненні карієсу [181, 183]. Зокрема показник Хольцингера свідчить про те, що виникнення карієсу на чотири п'ятих зумовлено генетично [68]. Інакше кажучи, вся сукупність безлічі зовнішніх і внутрішніх факторів впливає на виникнення захворювання лише на 20 %. Таким чином, патогенна можливість кожного з них окремо може бути оцінена лише одиницями пацієнтів [181, 183].

М.Л. Глікманом [71] встановлено, що резистентність зубів та схильність до карієсу, ступінь важкості мають генетичну зумовленість та різноманітні варіації генетичної й фенотипової структури у популяції. В результаті нашого дослідження отримано різні значення частот ураження різців, іклів, премолярів і молярів у чоловіків із різних етно-територіальних регіонів, що за умови однорідності досліджуваної вибірки (спільні медичні й соціально-середовищні чинники виникнення каріозного процесу) цілком очікувано і свідчить про наявність специфічних для певного регіону комбінацій генів. Це дозволило максимально повно виявити найбільш неблагополучні щодо генетики карієсу регіони, що у перспективі дозволить спрямовувати профілактичні заходи стосовно досліджуваного захворювання в конкретних популяціях.

За даними ВООЗ, в порівнянні з минулими роками майже вдвічі зростає частота вродженої та набутої адентії. 30-40 % дітей та осіб молодого віку мають дефекти зубних рядів внаслідок ранньої втрати як тимчасових, так і постійних зубів. Основною причиною дефектів зубних рядів є карієс та його ускладнення [41, 198, 389]. Клінічна картина ротової порожнини з повною або частковою відсутністю зубів характеризується основними симптомами, серед яких виділяють прогенію, атрофію коміркових відростків і частин, стан слизової оболонки, яка покриває їх і тверде піднебіння, втрату фіксованої міжкоміркової висоти, зміну зовнішнього вигляду хворого, порушення функції жування та мови. Часто відсутність зубів поєднується з іншою патологією як ротової порожнини, так і інших органів та систем. Встановлено, що значимим впливом на формування втрати зубів мають фактори неефективного лікування захворювань пародонта і ускладнень каріозної хвороби на тлі обтяженого сома-

тичного статусу [222]. А поєднання патологій завжди призводить до складних порушень в організмі людини [353].

Встановлено, що частота *відсутності різців верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (1,7 %), а найменші – в центральному (0,2 %) й південному (0 %) регіонах; *відсутність коронок різців* спостерігається лише в південному регіоні (1,6 %); частота *цілісних різців* має найвищі значення в центральному регіоні (99,9 %), а найменші – в південному регіоні (98,4 %).

Частота *відсутності різців, або коронок різців, нижньої щелепи* в усіх регіонах складає 0 %, а частота *цілісних різців* – 100 %.

При співставленні частоти *відсутності різців* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені лише наступні тенденції розбіжностей (табл. 7.2): більші значення ($p=0,056$) відсутності 11-го та 22-го зубів в східному, ніж у центральному регіонах; більші значення ($p=0,062$) відсутності коронок 11-го, 21-го та 22-го зубів в південному, ніж у центральному регіонах; більші значення ($p=0,056 - 0,062$) цілісних 11-го, 21-го та 22-го зубів в центральному, ніж у східному й південному регіонах.

Частота *відсутності іклів верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (1,7 %), а найменші – в західному регіоні (0 %); частота *цілісних іклів* має найвищі значення в західному регіоні (100 %), а найменші – в східному регіоні (98,3 %).

Частота *відсутності іклів, або коронок іклів, нижньої щелепи* в усіх регіонах складає 0 %, а частота *цілісних іклів* – 100 %.

При співставленні частоти *відсутності іклів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені лише наступні тенденції розбіжностей (див. табл. 7.2): більші значення ($p=0,056 - 0,070$) відсутності 23-го зуба в східному, ніж у центральному й західному регіонах; більші значення ($p=0,057 - 0,070$) цілісного 23-го зуба в центральному й західному, ніж у східному регіонах.

Частота *відсутності премолярів верхньої щелепи* за даними стоматолог-

Таблиця 7.2

Відмінності частоти відсутності зубів та їх коронок в різних регіонах України.

Зуби	Стоматологічне обстеження				
	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.
12					
11		↓↑	↑↓↓		↓↑
21		↓↑	↑↓		
22		↓↑	↑↓↓		↓↑
32					
31					
41					
42					
13					
23			↑↓	↑↓	↓↑
33					
43					
15				↑	↓
14		▼		▲▼	▼▲
24	↓			▼↑	▲↓↑
25					
35					
34		↑	↓		
44					
45		↑	↓		
18		↓↑		↑↓	
17	▼▲	↓↑	▲▼↑↓		↓↑
16	↑		↑↓	↓	↑
26		↑↓	↓↑		
27	↓	▲▼	▲▼		▼▲↑
28		↓↑		↑↓	
38					
37			↓		↑
36			▲▼	▼▲	▼▲
46			▲▼		▼▲
47	↑↓		▲▼	↑▼	▼▲↓↑
48				▲▼	▼▲

Примітки:

1. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти здорових зубів між відповідними ре-

гіонами в межах стоматологічного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

2. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти відсутності зуба між відповідними регіонами в межах стоматологічного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

3. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти відсутності коронки зуба між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей.

гічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (7,8 %), а найменші – в західному регіоні (2,1 %); *відсутність коронок премолярів* має найвищі значення в південному регіоні (1,6 %), а найменші – в західному регіоні (0 %); частота *цілісних премолярів* має найвищі значення в західному регіоні (97,9 %), а найменші – в східному регіоні (91,1 %).

Частота *відсутності премолярів нижньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в Західному регіоні (2,1 %), а найменші – в південному й східному (по 1,6 %) та центральному (1,5 %) регіонах; *відсутність коронок премолярів* спостерігається лише в західному (0,4 %) й південному (1,1 %) регіонах; частота *цілісних премолярів* має найвищі значення в північному (98,2 %), центральному (98,5 %) й східному (98,4 %) регіонах, а найменші – в південному (97,3 %) й західному (97,5 %) регіонах.

При співставленні частоти *відсутності премолярів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.2): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$) відсутності 14-го зуба в східному, ніж у західному регіонах; більші значення відсутності 24-го зуба в східному, ніж у західному ($p < 0,05$) й північному ($p = 0,054$) регіонах; більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,056 - 0,070$) цілісних 14-го, 15-го та 24-го зубів в західному, ніж у східному регіоні; *на нижній щелепі* – більші значення ($p = 0,062$) відсутності коронок 34-го та 45-го зубів в південному, ніж у центральному регіонах.

Частота *відсутності молярів верхньої щелепи* за даними стоматологіч-

ного обстеження має найвищі значення в північному регіоні (19,7 %), а найменші – в західному регіоні (9,9 %); *відсутність коронок молярів* має найвищі значення в східному регіоні (0,4 %); частота *цілісних молярів* має найвищі значення в західному регіоні (89,9 %), а найменші – в північному регіоні (80,0 %).

Частота *відсутності молярів нижньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (25,6 %), а найменші – в центральному регіоні (16,7 %); *відсутність коронок молярів* має найвищі значення в західному регіоні (0,5 %); частота *цілісних молярів* має найвищі значення в центральному регіоні (83,2 %), а найменші – в східному регіоні (74,4 %).

При співставленні частоти *відсутності молярів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.2): *на верхній щелепі* – більші значення ($p=0,055-0,057$) відсутності 16-го зуба в центральному, ніж у західному й північному регіонах; більші значення ($p=0,070$) відсутності 26-го зуба в центральному, ніж у південному регіоні; більші значення ($p<0,05$; $p=0,056-0,062$) відсутності 17-го зуба в північному, південному й східному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p<0,05-0,01$; $p=0,054$) відсутності 27-го зуба в східному, ніж у південному, центральному й північному регіонах; більші значення ($p=0,070$) відсутності 18-го й 28-го зубів в південному, ніж у західному регіоні; більші значення ($p=0,056$) відсутності коронок 16-го зуба в східному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p=0,070$) цілісного 26-го зуба в південному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p<0,05$; $p=0,056-0,062$) цілісного 17-го зуба в центральному, ніж у північному, південному й східному регіонах; більші значення ($p<0,05-0,01$) цілісного 27-го зуба в південному й центральному, ніж у східному регіоні; більші значення ($p=0,070$) цілісних 18-го й 28-го зубів в західному, ніж у південному регіоні; *на нижній щелепі* – більші значення ($p<0,05$; $p=0,057-0,067$) відсутності 36-го, 46-го, 37-го та 47-го зубів в східному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p<0,05$) відсутності 47-го та 48-го зубів в східному, ніж у

західному регіоні; більші значення ($p=0,067$) відсутності 47-го зуба в східному, ніж у північному регіоні; більші значення ($p<0,05$) відсутності 36-го зуба в західному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p<0,05$) цілісних 36-го, 46-го та 47-го зубів в центральному, ніж у східному регіоні; більші значення ($p<0,05$) цілісного 36-го зуба в центральному, ніж у західному регіоні; більші значення ($p<0,05$) цілісного 48-го зуба в західному, ніж у східному регіоні; більші значення ($p=0,067-0,070$) цілісного 47-го зуба в північному й західному, ніж у східному регіоні.

Число осіб із частковою або повною адентією істотно коливається залежно від віку і статі. Жінки частіше за чоловіків не мають зубів. Повна або часткова відсутність зубів на обох щелепах частіше спостерігається у тих осіб, що проживають у сільській місцевості, робітників і службовців, які мають початкову і середню освіту. Очевидно, це можна пояснити не лише різним стилем життя, умовами праці міських і сільських жителів, впливом довкілля і шкідливими звичками в контексті якості життя, але і різницею в стоматологічній допомозі, що надається в місті і селі [40, 222]. При аналізі факторів, що призводять до втрати зубів, відмічено, що незалежно від віку, соціальної належності і економічного рівня життя регулярне звернення за стоматологічною допомогою збільшує вірогідність зберегти власні зуби до глибокої старості [334].

Еволюція лицьової частини черепа пішла шляхом зменшення альвеолярних відростків і втрати ряду зубів, а також зменшення їх розмірів. Це призвело до зменшення альвеолярного відростка, міжзубних проміжків, тісного розташування зубів, що різко знизило можливість кровово- й лімфообігу, іннервації, очищення порожнини рота. У зв'язку з фізичним браком місця для цих процесів (в межах 15-30 %), різко погіршуються умови для повноцінного забезпечення зачатків і зубів кровопостачанням, лімфоток, іннервацією, що неминуче відображається на «якості» зуба як органа – на його мінералізації, морфології, карієсрезистентності, здатності протистояти шкідливим факторам. Власне, на сучасному етапі процес адаптації зубощелепної системи виразився в частковій адентії переважно на верхній щелепі (верхні бічні різці, другі премоляри

й треті моляри) [141]. На підставі матеріалів дослідження J.A. Morais та ін. [451] встановлено, що часткова або повна втрата зубів на одній із щелеп виявляється вже у віці 20-29 років. У віковій групі 30-44 роки і старше визначена вірогідно більш висока частота втрати зубів на верхній щелепі порівняно з нижньою щелепою. У нашому дослідженні у досліджуваних осіб частота адентії на верхній щелепі також була більшою порівняно із частотою відсутності зубів на нижній щелепі.

Руйнування твердих тканин зуба з подальшою втратою зубів, зумовлене генетичними факторами як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях залишається мало дослідженим, а отже залишає питання ефективних превентивних заходів адентії до кінця невирішеним [100, 389]. Популяційне дослідження частоти відсутності зубів за даними стоматологічного обстеження у міських осіб молодого віку (переважно чоловіків) без обтяженого соціального, медичного, психологічного анамнезу із різних етно-територіальних регіонів України зможе заповнити цю прогалину.

Згідно з даними різних досліджень, причиною дефектів коронкової частини зуба є велика розповсюдженість вторинного карієсу та ускладнення, що виникають через деякий час після препарування й пломбування каріозної порожнини (сколи, випадіння пломб) [223, 244].

Вторинний карієс і, як наслідок, руйнування пломби можуть виникнути в результаті недостатнього препарування каріозної порожнини, коли залишаються ділянки демінералізованого дентину на її дні і стінках. Недосконало або неправильно оброблені емалеві краї порожнини порушують крайове прилягання пломби, внаслідок чого утворюються щілини і в подальшому – карієс. Причинами вторинного карієсу можуть бути нераціональна форма каріозної порожнини, неправильне накладення ізолювальної прокладки, потрапляння вологи в порожнину під час її пломбування, неправильне приготування (замішування) пломбувального матеріалу. Відсутність загального лікування карієсу в тих випадках, коли воно необхідне, також може бути причиною появи каріозного процесу навколо запломбованих (навіть кращими сучасними матеріала-

ми) каріозних порожнин [90, 116, 139, 355, 359, 390].

Переважно у закордонних дослідженнях встановлено, що у певних осіб відмічається велика частота як вторинного, так і первинного карієсу [132, 331, 392, 399, 439]. І тут постає питання: чому ці два різні за етіопатогенезом та часом прояву процеси мають співзалежну частоту виникнення. Наразі відомо, що вторинному карієсу властиві всі гістологічні характеристики каріозних уражень, а сама пломба ніяк не впливає на розповсюдження або лікування захворювання, вона всього лише допомагає реставрувати хворий зуб після лікування [90, 116, 392, 399, 413].

Сучасна українська стоматологія у своїй лікувально-організаційній роботі наближується до європейських та світових стандартів, залишаючи у минулому неякісну в професійному та матеріально-технічному плані лікувально-ортопедичну допомогу [132, 160, 223, 413]. Попри новації у терапевтичній й хірургічній стоматології та адекватний догляд за ротовою порожниною, відносно сприятливій екологічній обстановці при видимому ідеальному стані зубного ряду, як для пацієнта, так і його лікуючого лікаря неочікуваним є поява сколу або відлому зуба разом із пломбою. Крім того, ступінь сколу може бути різним – в деяких випадках руйнується та відламується невеликий шматочок емалі, в інших може відбутись значне ушкодження коронки зуба бо навіть його коренів [392]. Зазначена ситуація може виникнути внаслідок порушення процесів амело- та дентиногенезу, зменшеної товщини тканини зубів, які генетично зумовлені. При патологічній стертості товщина тканини зубів зменшується, а після установа пломби процес ні в якій мірі не зупиняється, знижуючи із часом ступінь фіксації матеріалу до зуба [331, 399].

Необхідно відзначити, що виникнення вторинного карієсу та стан пломб залежить не тільки від якості пломбувальних матеріалів і професіоналізму лікуючого лікаря, але і від стану твердих тканин зубів. Виходячи із багаторічних клінічних спостережень відмічено, що вторинний карієс найрідше виникає при тих формах карієсу дентину, для яких характерні генетично зумовлені захисно-приспосувальні зони й висока карієсрезистентність. Цілком вірогідно, що

наявність цих зон сприяє більш якійсь адгезії реставраційного матеріалу до тканин зуба, а резистентність до каріозних уражень зумовлює меншу ураженість зубів вторинним карієсом [392, 399, 439].

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу різців верхньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в західному регіоні (в середньому відповідно 3,5 та 4,9 %), а найменші – в південному (відповідно 1,6 та 1,4 %) та в східному (відповідно 1,1 та 2,8 %) регіонах; частота *вторинного карієсу* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (2,2 %), найменші – в північному (0 %) й південному (0 %) регіонах, а за даними КПКТ – має найвищі значення в східному регіоні (2,8 %), найменші – в південному (0 %) й західному (0 %) регіонах; частота *сколу пломби* за даними КПКТ – має найвищі значення в західному регіоні (1,4 %), найменші – в північному (0 %) й центральному (0 %) регіонах; *відсутність пломб різців верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в південному регіоні (відповідно 98,4 та 97,9 %), а в інших регіонах відповідно зустрічаються від 96,1 % до 96,8 % та від 93,7 % до 94,9 %.

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу різців нижньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ лише в південному регіоні в середньому складає відповідно 0,5 та 0,7 %; частота *вторинного карієсу* за даними КПКТ лише в західному регіоні в середньому складає 0,7 %; *відсутність пломб різців нижньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження за винятком південного регіону складає 100 % (99,5 % в південному регіоні), а за даними КПКТ – за винятком південного й західного регіонів складає 100 % (по 99,3 % в південному й західному регіонах).

При співставленні частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу різців* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (табл. 7.3): *на*

Таблиця 7.3

Стан зубів після терапевтичного лікування в різних регіонах України.

Зуби	Стоматологічне обстеження					Комп'ютерно-томографічне обстеження				
	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.
12	↕		↕		↑					
11			•			↓	▲↑	▼	▼	
21	↓				↑	▲			▼•	▼
22						↕		↕		
32		↕	↕							
31										
41										
42										
13										
23										
33										
43										
15							↑	▲↓	▼	
14						↓	▼		▼▲	▲▼↑
24	↓	^	▼v	↓	▲↑			■		
25				▲	▼					
35		↑	↓				▼▼▲	▲▼↓	▼↑	△
34										
44										
45			↓		↑					
18		↑	↓							
17						▲^•	▲	▼↓	↑■	v
16			▼	▲↓	↑	↑	▼	↓■	▲	
26				▼	▲	■	▼	▲■	■	▲
27	▼		▼		▲	↑			↓	
28		↕	↕			↓		↑		
38							▲			▼
37	↓			▲	▼↑	▲↑		↓↓•	▼↑■	
36	↑	↑	▲↓■	▲↓	▼↓↑	•		▼■		▲
46	▲↓	▲▼	↑■	▼▲↓↑■	▲▼			■	■	
47	▲	▼↑		▲↓			↓		↑	
48										

Примітки:

1. ▲▼▲▼ або ↕ – величина частоти відсутності пломб між відповідни-

ми регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼ ▲▽) або тенденції (↑↓) відмінностей;

2. ▲ ▼ або ↑↓ – величина частоти цілісних пломб між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

3. ▲ ▼ або ↑↓^v – величина частоти вторинного карієсу між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼) або тенденції (↑↓^v) відмінностей;

4. ▲ ▼ або ↑↓^v – величина частоти сколу пломби між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲ ▼) або тенденції (↑↓^v) відмінностей;

5. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти відсутності пломб між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

6. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти цілісних пломб між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

7. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти вторинного карієсу між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

8. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти сколу пломби зуба між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники).

верхній щелепі – більші значення ($p=0,051$) частоти відсутності пломб 12-го зуба в центральному, ніж у північному регіоні, а також менші значення ($p=0,051-0,056$) частоти вторинного карієсу в центральному, ніж у східному регіоні та частоти цілісних пломб в центральному, ніж у північному регіоні; більші значення ($p=0,070$) частоти вторинного карієсу в східному, ніж у північному регіоні; *на нижній щелепі* – лише більші значення ($p=0,062$) відсутності

пломб 32-го зуба в центральному, ніж у південному регіоні та, навпаки, менші значення ($p=0,062$) частоти цілісних пломб в центральному, ніж у південному регіоні. Крім того, *на верхній щелепі* за даними стоматологічного обстеження встановлено більші значення ($p=0,051$) частоти відсутності пломб 11-го зуба в центральному регіоні, ніж за даними КПКТ.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу *різців* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей лише *на верхній щелепі* (див. табл. 7.3): більші значення ($p<0,05$; $p=0,070$) частоти відсутності пломб 11-го зуба в південному, ніж у центральному, західному й північному регіонах; більші значення ($p<0,05$) частоти відсутності пломб 21-го зуба в північному, ніж у західному й східному регіонах; більші значення ($p=0,056$) частоти відсутності пломб 22-го зуба в центральному, ніж північному регіоні та навпаки менші значення ($p=0,056$) частоти цілісних пломб в центральному, ніж у північному регіоні. Крім того, *на верхній щелепі* за даними КПКТ встановлено більші значення ($p=0,070$) частоти цілісних пломб 21-го зуба в західному регіоні, ніж при стоматологічному обстеженні.

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу іклів верхньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в північному (в середньому відповідно 0,7 та 1,5 %) та східному (відповідно 1,1 та 1,4 %) регіонах, а найменші – в південному й західному регіонах (0 %); частота *вторинного карієсу* за даними КПКТ – лише північному регіоні в середньому складає 1,5 %; *відсутність пломб іклів верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в південному й західному регіонах (по 100 %), а в інших регіонах відповідно зустрічаються від 98,9 % до 99,4 % та від 97,0 % до 99,2 %.

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу іклів нижньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними стоматологічного обстеження лише в центральному регіоні в середньому складає 0,3 %; *ві-*

відсутність пломб іклів нижньої щелепи за даними стоматологічного обстеження за винятком центрального регіону складає 100 % (99,7 % в центральному регіоні).

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу *іклів* між різними регіонами за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ не встановлено статистично значущих, або тенденцій розбіжностей (див. табл. 7.3).

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу* **премолярів** *верхньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в західному регіоні (в середньому відповідно 5,3 та 8,3 %), а найменші – в східному регіоні (відповідно 1,1 та 1,4 %); частота *вторинного карієсу* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (1,7 %), найменші – в північному регіоні (0,4 %), а за даними КПКТ – має найвищі значення в західному регіоні (2,8 %), найменші – в південному регіоні (0 %); частота *сколу стінки зуба* за даними КПКТ – лише в південному й західному регіонах в середньому відповідно складає 1,4 та 0,7 %; частота *сколу пломби* за даними КПКТ – має найвищі значення в південному регіоні (1,4 %), а найменші – в північному (0 %) й центральному (0 %) регіонах; *відсутність пломб премолярів* *верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в східному регіоні (по 97,2 %), а найменші – в західному регіоні (відповідно 92,9 та 87,5 %).

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу* **премолярів** *нижньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в західному регіоні (в середньому відповідно 2,1 та 3,5 %), найменші – за даними стоматологічного обстеження в східному регіоні (0,6 %), а за даними КПКТ в центральному (0,4 %) й східному (0,7 %) регіонах; частота *вторинного карієсу* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в південному регіоні (1,1 %), найменші – в північному регіоні (0 %), а за даними КПКТ лише в централь-

ному й західному регіонах в середньому відповідно складає 0,4 та 0,7 %; частота *сколу пломби* за даними КПКТ – за винятком центрального регіону (0 %), в усіх інших середньому складає по 0,7 %; *відсутність пломб премолярів верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження складає від 97,3 % в південному регіоні до 98,6 % в північному регіоні, а за даними КПКТ – має найвищі значення в східному регіоні (98,6 %), найменші – в західному регіоні (95,1 %).

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу *премолярів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.3): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,01$; $p = 0,070$) частоти вторинного карієсу 24-го зуба в східному, ніж у центральному, північному й західному регіонах, а також більші значення ($p = 0,062$) частоти вторинного карієсу в південному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p < 0,05$) частоти цілісних пломб в західному, ніж у східному регіоні; *на нижній щелепі* – лише менші значення ($p = 0,062$) частоти вторинного карієсу 35-го зуба в центральному, ніж у південному регіоні та менші значення ($p = 0,056$) частоти сколу пломб 45-го зуба в центральному, ніж у східному регіоні.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу *премолярів* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.3): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$) частоти цілісних пломб 14-го зуба в західному, ніж у східному регіоні; більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,070$) частоти відсутності пломб 14-го зуба в східному, ніж у північному, південному й західному регіонах та 15-го зуба в центральному, ніж у західному регіоні; більші значення ($p = 0,060$) частоти сколу пломб 15-го зуба в південному, ніж у центральному регіоні; *на нижній щелепі* – менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060$) частоти цілісних пломб 35-го зуба в центральному, ніж у південному й західному регіонах; більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти відсутності пломб 35-го зуба в центральному, ніж у південному й західному регіонах та в східному, ніж у південному регіоні. Крім того, *на верхній щелепі* за даними КПКТ встановлено більші зна-

чення ($p < 0,05$) частоти вторинного карієсу 24-го зуба в центральному регіоні, ніж при стоматологічному обстеженні.

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу молярів верхньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в західному регіоні (в середньому 8,7 %), найменші – в східному регіоні (5,2 %), а за даними КПКТ має найвищі значення в північному регіоні (8,6 %), найменші – в центральному регіоні (3,9 %); частота *вторинного карієсу* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (3,0 %), найменші – в центральному регіоні (1,0 %), а за даними КПКТ – має найвищі значення в центральному й східному (по 4,2 %) та західному (4,6 %) регіонах, найменші – в південному регіоні (0,9 %); частота *сколу пломби* за даними стоматологічного обстеження – має найвищі значення в східному регіоні (1,1 %), найменші – в західному регіоні (0 %), а за даними КПКТ – має найвищі значення в північному (3,8 %) й південному (3,2 %) регіонах, найменші – в центральному (0,8 %) й східному (0,9 %) регіонах; *відсутність пломб молярів верхньої щелепи* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в центральному регіоні (відповідно 91,6 та 91,1 %), найменші – за даними стоматологічного обстеження в південному регіоні (88,9 %), а за даними КПКТ в північному регіоні (84,7 %).

При аналізі частоти та стану *пломб*, а також *вторинного карієсу молярів нижньої щелепи* встановлено: частота *цілісних пломб* за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ має найвищі значення в західному регіоні (в середньому відповідно 18,8 та 12,5 %), найменші – за даними стоматологічного обстеження в східному регіоні (6,3 %), а за даними КПКТ в північному, центральному (по 7,6 %) й східному (7,9 %) регіонах; частота *вторинного карієсу* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (3,7 %), найменші – в північному регіоні (0,7 %), а за даними КПКТ має найвищі значення в центральному (3,4 %) й східному (3,2 %) регіонах, найменші – в південному (0,5 %) й західному (0,9 %) регіонах; частота *сколу*

стілки зуба за даними КПКТ – лише в західному регіоні в середньому складає 0,5 %; частота *сколу пломби* за даними стоматологічного обстеження – має найвищі значення в південному регіоні (1,4 %), найменші – в північному регіоні (0 %), а за даними КПКТ – має найвищі значення в східному регіоні (3,3 %), найменші – в північному регіоні (0 %); *відсутність пломб молярів нижньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження має найвищі значення в східному регіоні (89,2 %), найменші – в західному регіоні (79,6 %), а за даними КПКТ – має найвищі значення в північному регіоні (90,0 %), найменші – в західному регіоні (83,3 %).

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу молярів між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.3): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,062$) частоти вторинного карієсу 16-го зуба в західному, ніж у центральному регіоні, 26-го зуба в східному, ніж у західному регіоні, 27-го зуба в східному, ніж у центральному й північному регіонах, а також 18-го й 28-го зубів в південному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p = 0,070$) частоти сколу пломб 16-го зуба в східному, ніж у західному регіоні; більші значення ($p = 0,063$) частоти відсутності пломб 28-го зуба в центральному, ніж у південному регіоні; *на нижній щелепі* – менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,065$) частоти цілісних пломб 36-го зуба в східному, ніж у більшості інших регіонів (за винятком південного), а також 47-го зуба в південному, ніж у північному й західному регіонах; більші значення ($p < 0,05-0,01$; $p = 0,054$) частоти цілісних пломб 46-го зуба в західному, ніж у більшості інших регіонів (за винятком центрального), а також 37-го зуба в західному, ніж у східному регіоні; більші значення ($p = 0,065-0,070$) частоти вторинного карієсу 36-го зуба в східному, ніж у західному регіоні та 37-го зуба в східному, ніж у північному регіоні; більші значення ($p = 0,063$) частоти сколу пломби 36-го зуба в південному, ніж у центральному регіоні; менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,067-0,070$) частоти відсутності пломб 46-го зуба в західному, ніж у центральному регіоні та 47-го зуба в західному, ніж у південному регіоні.

Крім того, *на нижній щелепі* за даними стоматологічного обстеження встановлено більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти цілісних пломб 36-го зуба в центральному та 46-го зуба в центральному й західному регіонах, ніж за даними КПКТ.

При співставленні частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу *молярів* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.3): *на верхній щелепі* – менші значення ($p < 0,05$) частоти вторинного карієсу 16-го зуба в південному, ніж у західному регіоні та 26-го зуба в південному, ніж у центральному й східному регіонах; більші значення ($p = 0,070$) частоти цілісних пломб 16-го зуба в північному, ніж у центральному та 27-го зуба в північному, ніж у західному регіонах; менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060-0,070$) частоти сколу пломб 17-го зуба в центральному, ніж у більшості інших регіонів (за винятком східного) та у східному, ніж у північному регіоні; більші значення ($p = 0,056$) частоти відсутності пломб 28-го зуба в центральному, ніж у північному регіоні; *на нижній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,070$) частоти цілісних пломб 38-го зуба в південному, ніж у східному регіоні та 47-го зуба в західному, ніж у південному регіоні; менші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060$) частоти сколу пломб 36-го зуба в центральному, ніж у східному, а 37-го зуба в центральному, ніж у західному регіонах; більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,056$) частоти відсутності пломб 37-го зуба в північному, ніж у центральному й західному регіонах. Крім того, *на верхній щелепі* за даними КПКТ встановлено більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти вторинного карієсу 16-го й 26-го зубів в центральному регіоні, а також більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,069$) частоти сколу пломб 17-го й 26-го зубів в північному й західному регіонах, ніж при стоматологічному обстеженні; а *нижній щелепі* за даними КПКТ – більші значення ($p = 0,061$) частоти вторинного карієсу 37-го зуба в центральному регіоні, більші значення ($p < 0,05$) частоти сколу пломб 37-го й 46-го зубів в західному регіоні, а також більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,064$) частоти відсутності пломб 36-го зуба в північному й центральному та 46-го зуба в центральному регіоні, ніж при стоматологічному

обстеженні.

Зазвичай каріозні порожнини добре видно при огляді. Але є випадки, коли сучасні променеві дослідження такі як КПКТ та радіовізіографія дозволяють з більшою точністю виявити розмір і глибину каріозної порожнини різців, оцінити стан оточуючих зуб тканин, діагностувати каріозні ураження під пломбами й коронками, на коренях зуба, проконтролювати правильність заповнення каріозної порожнини матеріалом для пломби, оцінити стан раніше виконаних пломб із використанням різних пломбувальних матеріалів [215, 267]. У нашому дослідженні частота й стан пломб, а також частота вторинного карієсу різних груп зубів, визначена за допомогою КПКТ, більша порівняно із аналогічними показниками, отриманими в результаті стоматологічного обстеження. Окрім теоретичного, це має велике практичне значення, адже, на перший погляд, невелика різниця у відсотках зазначених показників при стоматологічному та рентгенологічному дослідженнях криє в собі небезпеку пропустити стоматологічну проблему і, позбавивши своєчасної кваліфікованої допомоги, наразити на небезпеку стоматологічне та соматичне здоров'я пацієнта. Крім того отримані цифрові відмінності змінюють і загальну картину показників по регіонам, що також може змістити фокус уваги з регіону, де стоматологічна ситуація є більш критичною й потребує негайних радикальних лікувально-превентивних заходів, до регіонів із більш сприятливою ситуацією.

Встановлені на верхній щелепі більші значення частоти пломб, сколу пломби, а також вторинного карієсу відповідних зубів, порівняно із аналогічними показниками нижньої щелепи, пояснюється тим, що зуби на нижній щелепі знаходяться в більш сприятливих умовах стосовно кращого кровопостачання, легшого очищення від залишків їжі, а отже мають нижчий рівень ризику виникнення вторинного карієсу та руйнування і випадіння пломб в місцях його виникнення [35, 90, 116].

Генетична схильність до виникнення карієсу як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях реалізується в основному через відповідні структурні особливості твердих тканин зубів. За наявності відповідних умов взаємодія

карієсогенних чинників стає можливою й в результаті виникає вторинний карієс зубів та руйнування твердих тканин зуба та зміна стану пломб [100, 155, 186]. Крім того, не зважаючи на те, що рівень гігієнічної самосвідомості сучасних пацієнтів значно покращився, частота вторинного карієсу та дефектів пломб залишається високою [144]. Це дозволяє припустити, що основна причина руйнування твердих тканин зуба криється в генетично зумовленому порушенні амелогенеза.

Захворювання періодонта в структурі стоматологічної захворюваності посідають третє місце після карієсу і пульпіту. Пацієнти з хронічним періодонтитом, кістогранулемами або кістами складають третину від числа звернень за стоматологічною допомогою осіб молодого і середнього віку, що свідчить про медико-соціальну значущість цієї нозології в ряді інших проблем стоматології [3, 80, 199]. Найчастіше періодонтит розвивається при карієсі зубів через інфікування періодонта через кореневий канал [10]. Якщо зубів, уражених періодонтитом, у людини кілька, розвиваються ускладнення з боку внутрішніх органів: нирках (гломерулонефрит), серце (ревматизм), суглобах (ревматизм) [92, 213].

Періодонтит є багатофакторним захворюванням і передбачає врахування взаємопов'язаних факторів, що існують ще до маніфестації хвороби [121, 209, 444]. Сучасна концепція розвитку захворювань періодонта передбачає врахування впливу, як спадкових чинників ризику, так і придбаних, до яких відносяться багато системних захворювань, наявність патогенних мікроорганізмів; паління; недостатня гігієна порожнини рота; аномалії положення зубів, прикусу; психологічний стрес; застосування деяких ліків, побічним ефектом яких є сухість у роті; дефіцит вітамінів, несприятлива екологічна обстановка, неправильне харчування; помилки стоматолога при пломбування та протезування зубів [92, 444].

За даними епідеміологічних досліджень, гігієна порожнини рота на популяційному рівні покращилася в даний час, однак поширеність захворювань періодонта, а саме важких форм періодонтитів, залишилася незмінною за

останні 20 років [3, 80, 92]. Багато пацієнтів із різко вираженими, гострими симптомами добре піддаються лікуванню, у той час як у інших, з набагато менш важкими проявами і за відсутності впливу зовнішніх факторів, незважаючи на терапію, продовжує розсмоктуватися кісткова тканина та формуються кісти та кістогранулеми різців та іклів, які, як відомо, відносно рідше уражаються карієсом та періодонтитом порівняно з іншими групами зубів [362]. При лікуванні хронічного періодонтиту премолярів і молярів спостерігається великий відсоток невдач, як у найближчі, так і у віддалені терміни. Завершене ендодонтичне лікування нерідко помилково приймають за успіх [91, 199]. Наразі деструктивні форми періодонтиту залишаються основною причиною видалення зубів, крім того, періодонтит здатний призвести до розвитку таких серйозних ускладнень як періостит, флегмона, остеомієліт [10, 259]. У популяційних клініко-епідеміологічних дослідженнях зазначена категорія пацієнтів потребує пильної уваги науковців стосовно визначення прогнозу захворювання ще до стадії його клінічних проявів та залучення необхідних лікувально-превентивних заходів [121, 364].

Діагностика періодонтальних деструктивних уражень заснована на аналізі рентгенологічної картини. Однак більша частина рентгенологічних проявів не дозволяє точно диференціювати між собою різні форми навколореневику деструктивних процесів (кісти, кістогранулеми) і необхідно враховувати взаємозв'язок клінічних, рентгенологічних і морфологічних змін [76, 91, 249]. Саме тому для визначення частоти хронічного періодонтиту, кістогранулем і кіст ми поєднували клінічне стоматологічне дослідження і конусово-променеву комп'ютерну томографію.

При аналізі частоти *періодонтиту різців верхньої щелепи* за даними КПКТ встановлено: частота *хронічного фіброзного* має найвищі значення в західному регіоні (в середньому 4,9 %), а найменші – в північному (2,2 %), східному (2,1 %) та в центральному (2,0 %) регіонах; частота *хронічного гранулюючого* – лише в центральному регіоні в середньому складає 0,4 %; частота *хронічного гранулематозного* – найвищі значення в центральному регіоні (2,4

%), а найменші – в південному регіоні (0 %); частота *кістогранулем* – лише в південному й західному регіонах в середньому складає по 0,7 %; частота *кист* – лише в північному, центральному й західному регіонах в середньому складає від 0,7 до 0,8 %; *відсутність періодонтиту* має найвищі значення в східному регіоні (97,2 %), а найменші – в західному регіоні (93,0 %).

При співставленні частоти періодонтиту *різців* між різними регіонами за даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ не встановлено статистично значущих, або тенденцій розбіжностей (табл. 7.4).

При співставленні частоти періодонтиту *різців* у відповідних регіонах між даними стоматологічного обстеження та КПКТ встановлені наступні статистично значущі розбіжності лише *на верхній щелепі* (див. табл. 7.4): більші значення ($p < 0,05-0,001$) частоти відсутності періодонтиту 11-го зуба в більшості регіонів (за винятком східного), 21-го зуба в північному, центральному й західному регіонах, 12-го зуба в центральному регіоні та 22-го зуба в центральному й західному регіонах за даними стоматологічного обстеження; більші значення ($p < 0,01$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 11-го зуба в центральному регіоні за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 11-го зуба в північному й західному регіонах, 21-го зуба в центральному й західному регіонах, 12-го зуба в центральному регіоні та 22-го зуба в західному регіоні за даними КПКТ.

При аналізі частоти *періодонтиту іклів верхньої щелепи* за даними КПКТ встановлено: частота *хронічного фіброзного* має найвищі значення в західному регіоні (в середньому 1,4 %), а найменші – в північному (0 %), південному (0 %) та в східному (0 %) регіонах; частота *хронічного гранулематозного* – найвищі значення в північному регіоні (1,5 %), а найменші – в південному (0 %), західному (0 %) та в східному (0 %) регіонах; *відсутність періодонтиту* має найвищі значення в південному (100 %) й східному (100 %) регіонах, а найменші – в центральному (98,4 %), північному (98,5 %) й західному (98,6 %) регіонах.

При співставленні частоти періодонтиту *іклів* між різними регіонами за

Таблиця 7.4

Відмінності частоти періодонтиту та кист в різних регіонах України.

Зуби	Стоматологічне обстеження					Комп'ютерно-томографічне обстеження				
	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.	Півн.	Півд.	Центр.	Захід.	Схід.
12			■					■		
11	■	■	■	■		■		■	■	
21	■		■	■				■	■	
22			■	■					■	
32										
31										
41										
42										
13			■							
23										
33										
43										
15	■	■	■					■		
14	■		■	■			↓	▼↑■		▲↓
24	■	■	■	■		■	■	■■	▲■	▼
25		■	■	■	●			■	■	
35				■				↓	↑■	
34										
44										
45										
18										
17			■	■						
16	■	■	■	■	■	▼■	▼	■■	▲■	▼▲■
26	■	■	↑↓■	■	↓↑■	■		■		●
27	■		■			▲↓↑■	↑↓	▼■	↑↓	
28										
38										
37			■		■	▲				▼
36	■	■	■	■	■	■	■	■■	▼■	▲■●
46	■	■	■	■	■		▼■	■■	▲■	
47	■		■	■	●		▲	↓■	▼■	↑
48										

Примітки:

1. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти відсутності періодонтиту між відпові-

дними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

2. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти хронічного фіброзного періодонтиту між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

3. ▲▼ або ↑↓ – величина частоти хронічного гранулематозного періодонтиту між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має статистично значущі (▲▼) або тенденції (↑↓) відмінностей;

4. ↑↓ – величина частоти кист між відповідними регіонами в межах відповідного обстеження має тенденції відмінностей;

5. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти відсутності періодонтиту між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

6. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти хронічного фіброзного періодонтиту між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

7. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти хронічного гранулематозного періодонтиту між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

8. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти кістогранулеми між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники);

9. ■ або ● – статистично значущі (■) або тенденції (●) відмінностей частоти кист між відповідними регіонами при порівнянні результатів стоматологічного обстеження та КПКТ (відмічені більші показники).

даними як стоматологічного обстеження, так і КПКТ не встановлено статистично значущих, або тенденцій розбіжностей (див. табл. 7.4).

При співставленні частоти періодонтиту *іклів* у відповідних регіонах між даними стоматологічного обстеження та КПКТ встановлено лише більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності періодонтиту 13-го зуба в центральному регіоні за даними стоматологічного обстеження (див. табл. 7.4).

При аналізі частоти *періодонтиту премолярів верхньої щелепи* встановлено: за даними стоматологічного обстеження – в середньому лише від 0,2 до 0,4 % частота *хронічного фіброзного періодонтиту* в центральному й західному регіонах; за даними КПКТ – *хронічний фіброзний періодонтит* має найвищі значення в західному регіоні (в середньому 4,9 %), а найменші в південному регіоні (1,4 %); *хронічний гранулематозний* має найвищі значення в центральному регіоні (6,3 %), а найменші в східному регіоні (0,7 %); *кістогранулеми* мають найвищі значення в південному регіоні (1,4 %), а найменші в центральному (0 %) й західному (0 %) регіонах; частота *кист* окрім західного регіону (0 %) коливається в інших регіонах від 0,4 до 0,7 %; *відсутність періодонтиту премолярів верхньої щелепи* має найвищі значення в східному регіоні (95,8 %), а найменші в центральному регіоні (89,8 %).

При аналізі частоти *періодонтиту премолярів нижньої щелепи* за даними КПКТ встановлено: *хронічний фіброзний періодонтит* має найвищі значення в північному регіоні (в середньому 1,5 %), а найменші – в південному (0 %) й східному (0 %) регіонах; *хронічний гранулюючий* – лише в північному регіоні в середньому складає 0,7 %; *хронічний гранулематозний* має найвищі значення в південному регіоні (1,4 %), а найменші – в північному (0 %) й центральному (0 %) регіонах; *кістогранулеми* мають найвищі значення в східному регіоні (1,4 %), а найменші – в північному (0 %), центральному (0 %) й західному (0 %) регіонах; частота *кист* має найвищі значення в західному регіоні (1,4 %), а найменші – в північному (0 %) й східному (0 %) регіонах; *відсутність періодонтиту малих кутніх зубів нижньої щелепи* має найвищі значення в центральному регіоні (99,2 %), а в інших регіонах коливається від 97,2 до 97,9 %.

При співставленні частоти періодонтиту *премолярів* між різними регіо-

нами за даними стоматологічного обстеження не встановлено статистично значущих, або тенденцій розбіжностей (див. табл. 7.4).

При співставленні частоти періодонтиту *премолярів* між різними регіонами за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.4): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,061$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 14-го зуба в центральному, ніж у південному й східному регіонах та 24-го зуба західному, ніж у східному регіоні та більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності періодонтиту 14-го зуба в східному, ніж у центральному регіоні; *на нижній щелепі* – лише більші значення ($p = 0,060$) частоти кист 35-го зуба в західному, ніж у центральному регіоні.

При співставленні частоти періодонтиту *премолярів* у відповідних регіонах між даними стоматологічного обстеження та КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.4): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,052$) частоти відсутності періодонтиту 14-го зуба в північному, центральному й західному регіонах, 24-го зуба в більшості регіонів (за винятком східного), 15-го зуба в північному, південному й центральному регіонах та 25-го зуба в більшості регіонів (за винятком північного) за даними стоматологічного обстеження; більші значення ($p < 0,05-0,001$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 14-го, 15-го та 25-го зубів в центральному регіоні, а також 24-го зуба в південному, центральному й західному регіонах за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05-0,01$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 14-го зуба в центральному регіоні, 24-го зуба в північному, центральному й західному регіонах, а також 25-го зуба в західному регіоні за даними КПКТ; *на нижній щелепі* – лише більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності періодонтиту 35-го зуба в західному регіоні за даними стоматологічного обстеження та більші значення ($p < 0,05$) частоти кист 35-го зуба в західному регіоні за даними КПКТ.

При аналізі частоти *періодонтиту молярів верхньої щелепи* встановлено: за даними стоматологічного обстеження – в середньому лише 0,4 % частото-

та *хронічного фіброзного періодонтиту* в східному регіоні; за даними КПКТ – *хронічний фіброзний періодонтит* має найвищі значення в північному регіоні (в середньому 3,8 %), а найменші в південному регіоні (1,4 %); *хронічний гранулематозний* має найвищі значення в східному регіоні (3,7 %), а найменші в північному регіоні (0,5 %); *кістогранулеми* лише в середньому в 0,5 та 0,8 % зустрічаються відповідно в західному й центральному регіонах; частота *кист* лише в середньому в 0,5 та 0,8 % зустрічаються відповідно в південному й центральному регіонах; *відсутність періодонтиту молярів верхньої щелепи* має найвищі значення в південному регіоні (96,7 %), а найменші в східному регіоні (94,0 %).

При аналізі частоти *періодонтиту молярів нижньої щелепи* встановлено: за даними стоматологічного обстеження – в середньому лише 0,2 % частота *хронічного фіброзного* та 0,2 % частота *хронічного гранулематозного періодонтиту* в західному регіоні; за даними КПКТ – *хронічний фіброзний періодонтит* має найвищі значення в західному регіоні (в середньому 4,2 %), а найменші в північному (1,4 %) й південному (1,4 %) регіонах; *хронічний гранулематозний* має найвищі значення в східному регіоні (5,1 %), а найменші в центральному (1,3 %) й західному (1,4 %) регіонах; *кістогранулеми* лише в середньому в 0,5 % зустрічаються в західному регіоні; частота *кист* має найвищі значення в центральному (1,8 %) й західному (1,9 %) регіонах, а найменші в північному (0,5 %) й південному (0,5 %) регіонах; *відсутність періодонтиту молярів нижньої щелепи* має найвищі значення в північному регіоні (96,2 %), а найменші в східному регіоні (90,3 %).

При співставленні частоти періодонтиту *молярів* між різними регіонами за даними стоматологічного обстеження встановлені лише наступні тенденції розбіжностей *на верхній щелепі* – більші значення ($p=0,056$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 26-го зуба в східному, ніж у центральному регіоні та, навпаки, менші значення ($p=0,056$) частоти відсутності періодонтиту 26-го зуба в східному, ніж у центральному регіоні (див. табл. 7.4).

При співставленні частоти періодонтиту *молярів* між різними регіонами

за даними КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.4): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 16-го зуба в східному, ніж у північному й південному регіонах; більші значення ($p < 0,05$, $p = 0,070$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 16-го зуба в західному, ніж у східному регіоні та 27-го зуба в північному, ніж у південному, центральному й західному регіонах; менші значення ($p = 0,070$) частоти відсутності періодонтиту 27-го зуба в північному, ніж у південному й західному регіонах; *на нижній щелепі* – більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,060$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 36-го зуба в східному, ніж у західному регіоні та 47-го зуба в східному, ніж у центральному регіоні; більші значення ($p < 0,05$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 46-го зуба в західному, ніж у південному регіоні; більші значення ($p < 0,05$) частоти відсутності періодонтиту 37-го зуба в північному, ніж у східному регіоні та 47-го зуба в південному, ніж у західному регіоні.

При співставленні частоти періодонтиту *молярів* у відповідних регіонах між даними стоматологічного обстеження та КПКТ встановлені наступні статистично значущі, або тенденції розбіжностей (див. табл. 7.4): *на верхній щелепі* – більші значення ($p < 0,05-0,001$) частоти відсутності періодонтиту 16-го й 26 зуба в усіх регіонах, 17-го зуба в центральному й західному регіонах та 27-го зуба в північному й центральному регіонах за даними стоматологічного обстеження; більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,052$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 16-го зуба в центральному й східному регіонах, а також 26-го зуба в східному регіоні за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05-0,001$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 16-го зуба в північному, центральному й західному регіонах, 26-го зуба в північному й центральному регіонах, 27-го зуба в північному регіоні за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05$) частоти кістогранулеми 16-го зуба в центральному регіоні за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05$) частоти кист 27-го зуба в центральному регіоні за даними КПКТ; *на нижній щелепі* – більші значення ($p < 0,05-0,001$; $p = 0,052$) час-

тоти відсутності періодонтиту 36-го й 46 зуба в усіх регіонах, 37-го зуба в центральному й східному регіонах та 47-го зуба в більшості регіонів (за винятком південного) за даними стоматологічного обстеження; більші значення ($p < 0,05$) частоти хронічного гранулематозного періодонтиту 36-го зуба в більшості регіонів (за винятком західного) і 46-го зуба в південному, центральному й західному регіонах за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05$; $p = 0,052$) частоти хронічного фіброзного періодонтиту 36-го зуба в центральному, західному й східному регіонах, 46-го зуба в центральному й західному регіонах, 47-го зуба в західному регіоні за даними КПКТ; більші значення ($p < 0,05$) частоти кист 36-го зуба в центральному й західному регіонах, а також 46-го й 47-го зубів в центральному регіоні за даними КПКТ.

Прояв і прогресування ознак хронічного періодонтиту та його наслідків залежить від багатьох факторів і детермінант, включаючи індивідуальні особливості суб'єкта, соціальні, поведінкові, системні, зміни на рівні зубів, мікробний склад зубного нальоту, і інші індикатори та фактори ризику [10, 364, 444]. Проте, зовнішні чинники даної патології не є вузькоспецифічними і притаманні більшості інших стоматологічних захворювань. У зв'язку з цим, важко зрозуміти, в результаті яких процесів відбувається ініціювання і прогресування захворювання [421, 444].

Недавніми дослідженнями підтверджена зумовленість періодонтиту генетичним поліморфізмом населення кожного окремо взятого регіону проживання [87, 209, 327, 364, 400, 447]. Виявлено генетичний зв'язок між періодонтитом і захворюваннями серця, судин, ендокринною патологією [92, 213, 351, 386, 422]. Зазначеній патології властиві певні фенотипові ознаки й гендерні особливості (у чоловіків більш агресивний перебіг і більша кількість симптомів) [386].

Встановлено, що гетерогенність популяції як за структурним, так і за динамічним різноманіттям тісно пов'язана з її адаптаційним потенціалом [174]. Людські популяції, які перебувають у більш-менш постійних умовах, відрізняються гетерогенністю, яка забезпечує їм здатність до адаптації, а від-

так – динамічну рівновагу в часі. Що стосується адаптаційного потенціалу континуальних популяцій стосовно захворювань зубів, то він забезпечується адаптаційним потенціалом їхніх субпопуляцій [94, 174, 447]. Це збігається із даними досліджень закордонних дослідників [327, 364, 386], які визначали зміни рівня захворюваності на періодонтит у досліджуваних в різних регіонах та при зміні генетичного складу популяції в не модифікованому довкіллі.

R.T. Demmer і P.N. Parapanou [364] встановили приблизно однакові показники захворюваності на дану патологію у місцевого населення та у населення, яке протягом не менш трьох поколінь живуть на даній території. У групі ж метисів (першого-другого покоління) спостерігалось різке достовірне збільшення поширеності як хронічного, так і гострого періодонтиту. В результаті метисації всупереч очікуваному поліпшенню стоматологічного здоров'я в популяції (у зв'язку з припливом нової генетичної інформації) відбулося збільшення поширеності досліджуваного запального ураження періодонта, найімовірніше, пов'язане з розбалансованістю генного комплексу.

M. Kechschull та ін. [386] у аналогічній вибірці провів перехресний повногеномний аналіз експресії генів ясенної тканини представників трьох субпопуляцій і вияв дві кластери пацієнтів, які різко відрізняються за важкістю перебігу хронічного періодонтиту. Кількість осіб із більш агресивним перебігом захворювання виявилася не набагато численнішою в групі метисів. Це говорить за те, що для кожної території проживання притаманний свій кількісний і якісний склад генів, алельний стан яких вірогідно впливає на ймовірність розвитку періодонтиту у даного індивіда, а також на швидкість прогресування і важкість захворювання. Кількісний склад генів зумовлює число випадків всіх варіантів перебігу хронічного періодонтиту, а якісний – кількість випадків захворювання як із помірним, так і важким перебігом [327, 380, 400, 447].

Дослідники з Медичного центру при Колумбійському університеті запропонували новий підхід до класифікації періодонтиту, що базується не так на клінічних проявах і симптомах, як це прийнято зараз, а на генетичних характеристиках порушених захворюванням тканин. Їм вдалося виявити два клас-

тери пацієнтів (дві популяції), що різко відрізняються за цими ознаками один від одного, причому в одному з них виявилось більше чоловіків з важким перебігом хвороби. Вони провели перехресний повногеномний аналіз експресії генів в 241 зразку ясенної тканини, залученої в патологічний процес, взятому у 120 пацієнтів з гострим або хронічним періодонтитом. Пацієнти обох статей, вік яких коливався від 11 до 76 років, в цілому були здорові і не палили. Відмінності в профілях експресії генів, як було встановлено, для кластера 1 виявилися пов'язані із підвищеною клітинної проліферацією, а для кластера 2 – з активацією лімфоцитів і такою ознакою клітинного стресу, як реакція не згорнутих білків. Було виявлено, що у пацієнтів з обох груп, незалежно від віку, спостерігаються значні відмінності в фенотипічних ознаках, зокрема, у складі мікрофлори ротової порожнини. Так, серед пацієнтів з кластера 2 виявилось більше представників чоловічої статі, у них частіше спостерігалось зрушення орального мікробіома в сторону патогенних мікроорганізмів, а симптоми захворювання були більш вираженими, ніж у пацієнтів з кластера 1 [327, 386]. Вищезазначене пояснює наявність отриманих нами регіональних відмінностей частоти хронічного періодонтиту, кістогранулем і кіст і дає підстави припускати, що властиві певному регіону алельні поєднання адекватно корелюють із клінічними проявами хвороби. Це дає величезні переваги в ранній діагностиці та виборі персоналізованої стратегії профілактики і терапії періодонтиту та його наслідків.

Хронічний фіброзний пульпіт – це форма пульпіту, що найбільш часто зустрічається і є результатом гострого запального процесу пульпи. Неліковані або несвоєчасно діагностовані дентальні вогнища інфекції є причиною видалення зубів, розвитку одонтогенних гайморитів, хроніосепсису, запальних процесів в щелепно-лицевій ділянці, які іноді призводять до летального наслідку [47].

Частота *хронічного фіброзного пульпіту* **різців** та **іклів** верхньої та нижньої щелеп, а також **премолярів** і **молярів** нижньої щелепи за даними стоматологічного обстеження складає 0 % в усіх регіонах.

Частота *хронічного фіброзного пульпіту премолярів верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження складає лише 2,2 % для 15-го зуба в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з аналогічним зубом у центральному регіоні); відповідно частота *відсутності пульпіту премолярів верхньої щелепи* також лише для 15-го зуба в східному регіоні складає 97,8 % ($p=0,056$ порівняно з аналогічним зубом у центральному регіоні).

Частота *хронічного фіброзного пульпіту молярів верхньої щелепи* за даними стоматологічного обстеження складає лише по 2,2 % для 16-го та 27-го зубів в східному регіоні ($p=0,056$ порівняно з аналогічними зубами в центральному регіоні), а також лише 2,1 % для 18-го зуба в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з аналогічним зубом у центральному регіоні); відповідно частота *відсутності пульпіту молярів верхньої щелепи* також лише для 16-го та 27-го зубів в східному регіоні складає по 97,8 % ($p=0,056$ порівняно з аналогічними зубами в центральному регіоні) та 97,9 % для 18-го зуба в південному регіоні ($p=0,062$ порівняно з аналогічним зубом у центральному регіоні).

Досвід, накопичений в останні роки, свідчить, що наростання патології тканин порожнини рота неможливо зупинити лише за допомогою сучасних методів лікування [130, 158]. Наразі зростання поширеності та інтенсивності каріозного ураження зубів розглядається не тільки як біологічний процес, а й як соціальне явище. У зв'язку з цим необхідне впровадження первинної профілактики карієсу [44]. Розрахунок даних епідеміологічних досліджень з використанням уніфікованих діагностичних критеріїв, що розробляються експертами ВООЗ, є необхідним етапом для подальшого планування первинних профілактичних заходів, потреби в силах і засобах профілактики [417, 459].

Інтенсивність каріозного ураження зубів в різних регіонах України і світу вагається в широкому діапазоні. Варто зазначити, що в групах населення із високим і низьким рівнями інтенсивності карієсу встановлені значні відхилення від середніх значень показника. Крім того, незалежно від рівня поширеності каріозного процесу, навіть у регіонах із високою поширеністю, можна зустріти осіб (приблизно 1 % дорослих), у яких карієс взагалі не спостерігається

або його інтенсивність мінімальна [103, 201, 206, 234, 283, 348, 449]. Той факт, що серед тих, які проживають в аналогічних умовах в одних досліджуваних визначається множинне ураження зубів карієсом, тоді як в інших він майже відсутній, дає підставу для твердження про існування осіб, не резистентних і резистентних до зазначеної патології [121, 224, 234, 247].

Власне, індексна оцінка інтенсивності карієсу та рівня резистентності емалі зубів до карієсу застосовується фахівцями більшості країн світу і, як правило, має проводитись на соматично здорових, соціально-благополучних людях, які не піддаються будь-яким шкідливим впливам і вживають повноцінну їжу і воду з необхідним вмістом макро-і мікроелементів. Для епідеміологічного обстеження враховуються попередні дані про природні умови в кожному регіоні та захворюваності в ньому [224, 247, 417].

Встановлено, що при стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України *загальна інтенсивність карієсу* статистично значуще менша, або має тенденцію до менших значень у представників центрального ($7,684 \pm 0,392$), ніж північного ($8,750 \pm 4,449$, $p < 0,05$), південного ($10,23 \pm 4,47$, $p < 0,001$), західного ($8,930 \pm 5,349$, $p = 0,070$) та східного ($9,378 \pm 5,010$, $p < 0,05$) регіонів. Крім того, відмічається тенденція ($p = 0,063$) до більших значень величини даного показника в південному, ніж у західному регіоні. За даними КПКТ *загальна інтенсивність карієсу* статистично значуще більша, або має тенденцію до більших значень в південному ($12,28 \pm 4,31$), ніж у східному ($10,31 \pm 5,31$, $p < 0,05$) й центральному регіонах ($10,31 \pm 5,96$, $p = 0,058$); причому, найвищі середні значення даний показник має в західному регіоні ($12,42 \pm 5,75$). При порівнянні *загальної інтенсивності карієсу* між відповідними групами без розподілу та з розподілом на різні регіони України, в усіх випадках встановлені статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) більші значення величини даного показника за даними КПКТ, ніж при стоматологічному обстеженні.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України встановлено, що серед *середніх значень різних рівнів*

КПВ (дуже низького, низького, середнього, високого, дуже високого) лише *дуже високий рівень* статистично значуще більший, або має тенденцію до більших значень в західному регіоні ($22,00 \pm 2,24$), ніж у представників південного ($18,25 \pm 1,50$, $p < 0,05$), центрального ($18,85 \pm 0,55$, $p < 0,05$) та північного ($18,67 \pm 1,16$, $p = 0,053$) регіонів. За даними КПКТ серед *середніх значень різних рівнів КПВ* встановлені статистично значуще більші ($p < 0,05$) значення *високого рівня* в центральному ($15,13 \pm 0,99$), ніж у південному ($14,09 \pm 0,94$) регіоні та *дуже високого рівня* в західному ($23,20 \pm 2,77$), ніж у північному ($18,50 \pm 1,73$), південному ($19,33 \pm 1,63$) та центральному ($19,08 \pm 2,02$) регіонах.

При стоматологічному обстеженні у соматично здорових чоловіків при порівнянні *частоти різних рівнів КПВ* між різними етно-територіальними регіонами України встановлено статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення *низького рівня* в центральному (38,8 %), ніж у південному (19,1 %) регіоні та статистично значуще ($p < 0,05$) менші значення *середнього рівня* в центральному (38,8 %), ніж у північному (52,8 %), південному (55,3 %) й східному (55,6 %) регіонах, а також *високого рівня* в центральному (5,5 %), ніж у південному (14,9 %) регіоні. За даними КПКТ при порівнянні *частоти різних рівнів КПВ* встановлено статистично значуще ($p < 0,05$) менші значення *високого рівня* в центральному (12,5 %) й східному (8,3 %), ніж у південному (30,6 %) й західному (30,6 %) регіонах, а також тенденція ($p = 0,062$) до більших значень *низького рівня* в центральному (23,4 %), ніж у південному (8,3 %) регіоні.

При порівнянні *частоти різних рівнів КПВ* за даними стоматологічного та комп'ютерно-томографічного обстеження встановлено, що *частота низького рівня* у соматично здорових чоловіків має статистично значуще більші, або тенденцію до більших значень в загальній групі (відповідно 30,8 % та 16,4 %, $p < 0,001$) та в центральному (відповідно 38,8 % та 23,4 %, $p < 0,05$) й західному (відповідно 26,8 % та 11,1 %, $p = 0,065$) регіонах України при стоматологічному обстеженні; а *частота високого рівня* в загальній групі (відповідно 8,2 % та 20,3 %), північному (відповідно 9,7 % та 25,7 %) й західному (відповідно 9,9 % та 30,6 %) регіонах та *частота дуже високого рівня* в загальній

групі (відповідно 7,5 % та 15,9 %) й центральному (відповідно 7,9 % та 20,3 %) регіоні України має статистично значуще ($p < 0,05-0,001$) більші значення за даними КПКТ.

При порівнянні *рівня резистентності емалі зубів до карієсу* без розподілу та з розподілом на різні рівні карієсрезистентності (висока, помірна, низька, дуже низька) у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних етно-територіальних регіонів України встановлено лише статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення помірної резистентності емалі в західному ($4,405 \pm 0,497$), ніж у південному ($4,111 \pm 0,320$) регіоні. При порівнянні *частоти різних рівнів резистентності емалі зубів до карієсу* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України статистично значущих, або тенденцій розбіжностей не встановлено.

Між *інтенсивністю карієсу та рівнем резистентності емалі зубів до карієсу* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України, в більшості випадків (за винятком представників південного й східного регіонів), встановлені прямі, переважно слабкі, зв'язки ($r = 0,23 - 0,32$).

Величезне значення в розвитку карієсу надається *гігієні порожнини рота* [50, 239]. Разом з тим клінічні спостереження показують, що інтенсивність каріозного процесу нерідко мінімальна у осіб, які не проводили регулярний гігієнічний догляд за зубами та вживають велику кількість вуглеводів. Отже активність каріозного процесу не можна пояснити лише впливом цілої низки несприятливих чинників порожнини рота [64, 100].

При порівнянні *рівня гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено лише статистично значуще ($p < 0,05$) більші значення поганого рівня гігієни в південному, ніж у північному й центральному регіонах. При порівнянні *частоти різних рівнів гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної* у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України статистично значущих, або тенденцій розбіжностей не встановлено.

Між інтенсивністю карієсу та рівнем гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної у соматично здорових чоловіків загальної групи та представників центрального й західного різних регіонів України встановлені прямі слабкої сили ($r=0,24 - 0,28$) зв'язки. Між рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та рівнем гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної встановлені лише прямий слабкий зв'язок ($r=0,20$) у соматично здорових чоловіків загальної групи та прямий середньої сили ($r=0,31$) зв'язок у представників центрального регіону України.

При порівнянні рівня гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено статистично значуще ($p<0,01$) більші значення загального рівня в південному й східному, ніж у північному й центральному регіонах, а також тенденція ($p=0,066$) до більших значень даного показника в східному, ніж у західному регіоні. При порівнянні частоти різних рівнів гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України встановлено статистично значуще ($p<0,05$) менші значення хорошого рівня гігієни в східному, ніж у північному й центральному регіонах, а також статистично значуще ($p<0,05-0,001$) менші значення поганого рівня гігієни в центральному, ніж у південному й східному регіонах та більші значення ($p<0,01$) даного показника в східному, ніж у північному й західному регіонах.

Між інтенсивністю карієсу та рівнем гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion у соматично здорових чоловіків загальної групи та із різних регіонів України, в більшості випадків (за винятком представників східного регіону), встановлені прямі середньої сили зв'язки ($r=0,41 - 0,54$). Між рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та рівнем гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion у соматично здорових чоловіків загальної групи та центрального регіону України встановлені прямі слабкої сили зв'язки ($r=0,15 - 0,16$), а у представників південного регіону – прямий середньої сили ($r=0,31$) зв'язок.

Таким чином, серед показників інтенсивності карієсу зубів, резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота за індексами Федорова-Володкіної й Green-Vermillion без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ, а також їх частотного розподілу при різних рівнях КПВ, найбільша кількість регіональних відмінностей встановлена для показників інтенсивності карієсу зубів та їх частотного розподілу (привертає увагу більший загальний рівень КПВ в усіх групах за даними КПКТ, а також більша частота низького рівня КПВ за даними стоматологічного обстеження та високого й дуже високого рівня КПВ за даними КПКТ), а найменша – для показників рівня резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної. Необхідно відмітити відсутність однотипних регіональних розбіжностей показників інтенсивності карієсу зубів і рівня гігієни порожнини рота, що, поряд із встановленою вище різною частотою ураження зубів, також вказує на генетичну схильність до даної патології.

При аналізі кореляцій між показниками показники інтенсивності карієсу зубів і резистентності емалі зубів до карієсу, а також цих показників із показниками рівня гігієни порожнини рота встановлено, що переважна більшість зв'язків є прямими слабкої сили, за винятком кореляцій між інтенсивністю карієсу зубів і рівнем гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion, де, практично в усіх регіонах, встановлені прямі середньої сили зв'язки. Враховуючи те, що індекс Green-Vermillion, крім площі зубного нальоту дає змогу визначати площу над- чи під'ясенного зубного каменя, можна припустити, що саме наявність зубного каменя, а не зубного нальоту, є одним із факторів ризику виникнення карієсу зубів.

На початок XXI століття склалося досить цілісне уявлення про карієс як про широку медико-біологічну проблему, яка далека від остаточного вирішення. Набирають гостроти глобальні питання карієсології, що стають предметом наукових дискусій, починаючи від визначення карієсу зуба як «хвороби», завершуючи основними положеннями сучасної карієсології, що ґрунтується на вузькогігієнічних і хімічних уявленнях [143, 185].

Базуючись на останніх даних літературних джерел, безсумнівними, на наш погляд, є тези про наявність пандемії карієсу в цивілізованих регіонах планети, про недостатність стратегії протидії карієсу лише шляхом усунення встановлених і в подальшому нововиявлених «чинників ризику», про об'єктивну неможливість остаточного подолання карієсу у зв'язку з тим, що етіологія карієсу зубів ще до кінця не розкрита та наявність груп ризику, які дуже важко, або взагалі не піддаються жодним відомим методам профілактики карієсу, але в той же час, і про наявність ще не використаних можливостей як щодо попередження, так і щодо управління епідеміологічною ситуацією. У цьому контексті на разі актуальними є інноваційні підходи до вивчення причини карієсу на основі цілісності організму людини [143]. Останніми роками думки щодо необхідності інтеграційного підходу в медицині, в тому числі і стоматології із залученням даних антропології, антропогенетики та біології сучасної людини, стають все більш популярними [45]. Обґрунтуванням для таких думок є наслідки позитивних змін умов життя, харчування, організації охорони здоров'я сучасної людини, що відбулись у більшості країн світу впродовж ХХ ст. До таких наслідків можна віднести зменшення тиску стабілізуючого відбору, в результаті чого збільшується внутрішньопопуляційна варіабельність, яка в рамках піднятої проблеми, проявляється різною інтенсивністю і часовими параметрами виникнення карієсу, що диктує необхідність враховувати індивідуальні особливості людини в різних сферах її життєдіяльності та мати на увазі вплив такого сучасного чинника як дисбаланс між споживаною енергією та її утилізацією, в умовах якого здійснюється функціонування організму. Із соціально-економічним благополуччям тісно пов'язані встановлені позитивні зміни розмірів тіла, швидкостей росту, темпів статевого дозрівання [72]. Паралельно, пришвидшена програма розвитку сучасної людини проявилась й у випередженні колишніх природних термінів масового прорізування і формування зубів на 1,5 - 2 роки, а раннє прорізування відносно незрілих зубів прирікає їх на руйнування карієсом [185]. Таким чином, властивості саме цілісного організму, а не ізольованої мікробіоти, що оточує окремі зуби, повинні

бути під прицілом науковців. Як зазначає Е.В. Беляєв [18] вдосконалення методів діагностики і лікування карієсу в наш час неможливе без врахування антропогенетичного підходу.

Тому був застосований один із методів генетичного аналізу – метод дерматогліфіки [70, 361, 357, 366, 369, 370, 376, 404, 438, 443], який дав змогу оцінити внесок соматично здорових чоловіків України віком 19 - 35 років, уражених карієсом різного рівня інтенсивності, у результуючу дерматогліфіки популяції України.

У чоловіків загальної групи *кореляційний аналіз* показав наявність малочисельних достовірних зв'язків лише між інтенсивністю ураження зубів карієсом та *якісними дерматогліфічними показниками*. Із 32 досліджених кореляцій виявлено 6 зв'язків слабкої сили, з яких переважна більшість представлена зворотними зв'язками (5 кореляцій).

Проведений аналіз кореляцій між стоматологічним і дерматогліфічним статусами чоловіків, поділених на групи за етно-територіальними регіонами України, показав наявність малочисельних достовірних зв'язків не лише між інтенсивністю ураження зубів карієсом, а й між резистентністю емалі зубів до карієсу та якісними дерматогліфічними показниками. Найбільшу кількість кореляцій між інтенсивністю ураження зубів карієсом і якісними дерматогліфічними показниками виявлено у чоловіків південного (5 зворотних кореляцій), центрального (3 зворотні та 2 прямі кореляції) та західного (2 зворотні та 2 прямі кореляції) регіонів України. Більш сильні, а саме, кореляції середньої сили виявлені у чоловіків південного (4 кореляції), західного (1 кореляція) та східного (2 кореляції) регіонів. Встановлені також малочислені достовірні зв'язки між резистентністю емалі зубів до карієсу та якісними дерматогліфічними показниками у чоловіків північного (1 пряма слабка кореляція), південного (1 зворотна кореляція середньої сили) та західного (1 пряма слабка кореляція) регіонів України.

Більшість із перерахованих взаємозалежностей по абсолютних показниках співпадають із такими по груповим показникам інтенсивності ураження

зубів карієсом, або резистентності емалі зубів до карієсу, що вказує на закономірний характер виявлених кореляцій.

У чоловіків із різних регіонів України кількість, характер і сила кореляцій між інтенсивністю ураження зубів карієсом, або резистентністю емалі зубів до карієсу та якісними ознаками дерматогліфіки мають відмінності:

- у чоловіків *північного регіону* встановлені достовірні прямі слабкі кореляції ($r =$ від 0,24 до 0,26) між інтенсивністю ураження зубів карієсом і частотою наявності візерунка в долонному міжпальцевому проміжку, а також між резистентністю емалі зубів до карієсу і частотою наявності карпального вісьового трирадіуса;
- у чоловіків *південного регіону* – достовірні зворотні зв'язки слабкої та середньої сили ($r =$ від -0,29 до -0,51) між інтенсивністю ураження зубів карієсом і типами пальцевих візерунків та частотою локалізації вісьового трирадіуса в карпальній області долоні, а також між резистентністю емалі зубів до карієсу і частотою наявності візерунка в міжпальцевому проміжку долоні;
- у чоловіків *центрального регіону* – достовірні як прямі ($r =$ від 0,16 до 0,18), так і зворотні ($r =$ від -0,16 до -0,21) слабкі кореляції між інтенсивністю ураження зубів карієсом і типами пальцевих візерунків та частотою наявності візерунка в долонному міжпальцевому проміжку;
- у чоловіків *західного регіону* – достовірні як прямі (r від 0,25 до 0,32), так і зворотні (r від -0,26 до -0,27), як слабкі, так і середньої сили кореляції між інтенсивністю ураження зубів карієсом і частотою наявності карпального та проміжного вісьових трирадіусів, а також частотою наявності візерунка в долонному міжпальцевому проміжку, а також між резистентністю емалі зубів до карієсу і типом пальцевого візерунка;
- у чоловіків *східного регіону* – достовірні прямі зв'язки середньої сили (r від 0,34 до 0,36) між інтенсивністю ураження зубів карієсом і типами пальцевих візерунків.

При аналізі кореляцій **кількісних** дерматогліфічних показників у чолові-

ків загальної групи встановлена наявність малочисельних достовірних зв'язків із інтенсивністю ураження зубів карієсом. Із 38 досліджених кореляцій, вирахованих як на основі абсолютних, так і групових значень, виявлено 4 зв'язки слабкої сили, як прямих, так і зворотних, які повністю співпали як за характером, так і напрямком та силою. Кореляцій між резистентністю емалі зубів до карієсу і кількісними дерматогліфічними показниками, вирахованих на основі абсолютних значень показників, не виявлено, а вирахованих на основі групових значень – виявлено лише одну кореляцію, що свідчить на користь випадковості виявленого зв'язку.

Проведений аналіз кореляцій між стоматологічним і дерматогліфічним статусами чоловіків, поділених на групи за етно-територіальними регіонами України, показав наявність малочисельних достовірних зв'язків не лише між інтенсивністю ураження зубів карієсом, а й між резистентністю емалі зубів до карієсу та кількісними дерматогліфічними показниками. Найбільшу кількість взаємопідтверджених кореляцій, вирахованих як на основі абсолютних, так і групових значень показників між інтенсивністю ураження зубів карієсом або резистентністю емалі зубів до карієсу і кількісними дерматогліфічними показниками, виявлено у чоловіків центрального (3 кореляції: 2 і 1 відповідно), східного (3 кореляції: 2 і 1 відповідно) та західного (2 кореляції: 2 і 0 відповідно) регіонів України. Більш сильні, а саме, кореляції середньої сили виявлені у чоловіків східного (3 взаємопідтвержені кореляції) та західного (2 взаємопідтвержені кореляції) регіонів.

Встановлені наступні достовірні взаємопідтвержені для абсолютних і групових показників кореляції:

- у чоловіків *північного регіону* – зворотні середньої сили зв'язки ($r = -0,30$ і $-0,29$) між інтенсивністю ураження зубів карієсом і ходом головних долоньних ліній, тобто індексом Каммінса;
- у чоловіків *південного регіону* – достовірних взаємопідтверджених зв'язків не виявлено;
- у чоловіків *центрального регіону* – зворотні слабкі зв'язки ($r = -0,16$ та

-0,17) між інтенсивністю ураження зубів карієсом і величиною кута $\angle ctd$ та прямі слабкі зв'язки ($r=0,22$ і $0,20$) з величиною кута $\angle dat$, а також зворотні слабкі зв'язки ($r= -0,16$ і $-0,19$) між резистентністю емалі зубів до карієсу та значенням відрізка a-d правої долоні;

- у чоловіків *західного регіону* – прямі середньої сили зв'язки між інтенсивністю ураження зубів карієсом і величиною кута $\angle dat$ ($r=0,32$ і $0,29$) та з довжиною відрізка c-t ($r=0,34$ і $0,32$) правої долоні;
- у чоловіків *східного регіону* – прямі середньої сили зв'язки між інтенсивністю ураження зубів карієсом і дельтовим індексом правої кисті ($r=0,34$ і $0,30$) та дельтовим індексом обох кистей ($r=0,35$ і $0,31$), а також прямі середньої сили зв'язки ($r=0,37$ і $0,43$) між резистентністю емалі зубів до карієсу і значенням відрізка a-d правої долоні.

Таким чином, проведений кореляційний аналіз між стоматологічним і дерматогліфічним статусами чоловіків продемонстрував наявність малочислених зв'язків між ними, вирахованих як на основі абсолютних, так і на основі групових значень показників, більшість з яких співвідноситься з інтенсивністю ураження зубів карієсом, а меншість – з резистентністю емалі зубів до карієсу.

Своєчасне виявлення людей, найбільш схильних до захворювань зубів, дозволяє запобігти розвитку та прогресуванню стоматологічної патології, що, в свою чергу, відображається на показниках здоров'я населення країни в цілому. Тому застосування сучасних методів прогнозування захворювань зубів необхідно з огляду їх клінічної, соціальної та економічної значущості [53, 121, 150, 234, 247, 325, 326, 435].

У міру того, як змінювалися підходи до прогнозування рівня захворювань зубів, одночасно удосконалювалися і статистичні методи дослідження. Особливо цьому сприяв розвиток електронної обчислювальної техніки й програмного забезпечення, широке поширення персональних комп'ютерів [53, 205]. Для побудови математичних моделей необхідно проведення популяційного дослідження, вивчення впливу багатьох чинників на результативний про-

гнозований показник або явище. Математичні моделі – прообрази досліджуваного явища або процесу, представлені в абстрактній формі, в яких враховуються не всі фактори та зв'язки, а найбільш суттєві з них. Модель прогнозованої події повинна включати в себе також і чинники можливої випадкової події. Якщо модель створена вдало, вона буде відображати найхарактерніші риси досліджуваного процесу й дозволить отримати обґрунтовані прогнози. Для створення таких моделей потрібно не стільки знання спеціальних розділів математики, скільки суті самого досліджуваного явища [207, 338, 344].

Стоматологи, які використовують принципи доказової медицини, ідентифікують і застосовують найбільш ефективні методи виявлення етіологічних факторів, прогнозування, діагностики, профілактики й лікування органів і тканин порожнини рота з метою підвищення якості стоматологічної допомоги своїм пацієнтам. Без застосування останніх наукових досягнень стоматологічна практика ризикує стати застарілою та неспроможною надати пацієнтам сучасний рівень стоматологічної допомоги [17, 77, 344]. Застосування необґрунтованих наукових даних може нанести шкоду.

Дерматогліфічні маркери мають ряд переваг перед іншими типами маркерів, оскільки визначаються чіткими кількісними й якісними методами. Ці маркери представлені кількома ознаками, кожна з яких має діагностичне значення, вони досить доступні для дослідження, не змінюються з віком і при змінах пропорцій тіла [115, 155, 230]. Результати дерматогліфічних клінічних досліджень вважаються науковими, оскільки отримані на основі принципів клінічної епідеміології, дозволяють мінімізувати систематичні похибки шляхом стандартизованого дизайну дослідження й зменшити випадкові похибки за допомогою адекватного статистичного аналізу отриманих даних [115, 153]. Математичний апарат обробки зазначених даних і побудова дискримінантних моделей схильності до рівня захворювань зубів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від показників дерматогліфіки, власне, у нашому дослідженні дозволить звести до мінімуму упередженість оцінок окремих авторів і забезпечити надійні й достовірні результати визначення

залежності показників захворюваності зубів від фенотипових особливостей організму.

Оскільки в усіх регіонах України у соматично здорових чоловіків при аналізі рівня КПВ найбільш часто встановлені низький (північний – 27,8 %; південний – 19,1 %; центральний – 38,8 %; західний – 26,8 %; східний – 24,4 %) та середній (північний – 52,8 %; південний – 55,3 %; центральний – 38,8 %; західний – 49,3 %; східний – 55,6 %), а дуже низький, високий та дуже високий рівні, у більшості випадків, коливались у межах 5-10 % (що обумовлює високу похибку при моделюванні), **дискримінантні моделі можливого рівня КПВ в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки нами побудовані лише для чоловіків з низьким і середнім рівнями КПВ.**

Встановлено, що модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *північного регіону* коректна в 72,4 % випадків. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками найбільший внесок в дискримінацію має наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,806; $p < 0,01$). Визначення показника класифікації (*Df*), за допомогою якого можна передбачити належність показників до «типових» для чоловіків північного регіону із із низьким або середнім рівнями КПВ, наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні *Df*, близькому до 24,71, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні *Df*, близькому до 23,97:

Df (для чоловіків північного регіону з низьким рівнем КПВ) = наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні \times 5,233 – гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті \times 0,096 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні \times 21,81 – 24,71;

Df (для чоловіків північного регіону з середнім рівнем КПВ) = наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні \times 7,418 + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті \times 0,016 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на лівій долоні \times 19,67 – 23,97.

У представників *південного регіону* дискримінантна функція охоплює 100 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 100 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками найбільший внесок в дискримінацію має наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні. В цілому сукупність усіх змінних має значну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,078; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні *Df*, близькому до 147,9, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні *Df*, близькому до 53,66:

Df (для чоловіків *південного регіону з низьким рівнем КПВ*) = наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні \times 193,4 + тип візерунку на V пальці правої кисті \times 22,09 – значення асиметрії кута *dat* \times 3,741 + гребінцевий рахунок II пальця правої кисті \times 2,803 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 34,04 – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні \times 2,197 – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні \times 108,7 – значення асиметрії гребеневого рахунка IV пальця \times 1,565 + значення асиметрії довжини лінії *ad* \times 2,766 – значення асиметрії за типами візерунку на V пальці \times 14,77 – 147,9;

Df (для чоловіків *південного регіону з середнім рівнем КПВ*) = наявність вісьового трирадіуса в карпальній області лівої долоні \times 96,23 + тип візерунку на V пальці правої кисті \times 11,58 – значення асиметрії кута *dat* \times 1,773 + гребінцевий рахунок II пальця правої кисті \times 1,454 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 17,78 – міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні \times 0,770 – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні \times 46,75 – значення асиметрії гребеневого рахунка IV пальця \times 0,793 + значення асиметрії довжини лінії *ad* \times 1,572 – значення асиметрії за типами візерунку на V пальці \times 5,784 – 53,66.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *центрального регіону* коректна в 70,3 % випадків. Між різними за

інтенсивністю карієсу чоловіками найбільший внесок в дискримінацію має значення асиметрії за типами візерунку на III пальці. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса* $\lambda = 0,778$; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні *Df*, близькому до 40,58, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні *Df*, близькому до 42,24:

Df (для чоловіків центрального регіону з низьким рівнем КПВ) = значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 6,466$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні $\times 1,151$ + тип візерунку на V пальці правої кисті $\times 3,511$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 1,781$ + гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,194$ + значення асиметрії гребеневого рахунка V пальця $\times 0,289$ + тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 2,584$ + значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 0,181$ – 40,58;

Df (для чоловіків центрального регіону з середнім рівнем КПВ) = значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 8,497$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні $\times 1,220$ + тип візерунку на V пальці правої кисті $\times 3,153$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 1,449$ + гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,148$ + значення асиметрії гребеневого рахунка V пальця $\times 0,168$ + тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 2,226$ + значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 0,262$ – 42,24.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *західного регіону* коректна в 88,9 % випадків. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками найбільший внесок в дискримінацію мають індекс Каммінса на лівій долоні, величина кута atd на лівій долоні, значення асиметрії за типами візерунку на III пальці та значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса* $\lambda = 0,456$; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у

вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df , близькому до 63,45, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні Df , близькому до 52,11:

Df (для чоловіків західного регіону з низьким рівнем КПВ) = індекс Каммінса на лівій долоні $\times 3,008$ + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c $\times 1,529$ + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 0,565$ + величина кута atd на лівій долоні $\times 2,915$ + наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні $\times 7,167$ – гребінцевий рахунок III пальця правої кисті $\times 0,048$ – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 8,240$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 0,647$ – величина кута atb на лівій долоні $\times 1,799$ + значення асиметрії кута atd $\times 1,547$ – 63,45;

Df (для чоловіків західного регіону з середнім рівнем КПВ) = індекс Каммінса на лівій долоні $\times 2,006$ + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c $\times 1,002$ + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 4,111$ + величина кута atd на лівій долоні $\times 2,309$ + наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні $\times 8,098$ + гребінцевий рахунок III пальця правої кисті $\times 0,150$ – наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 3,860$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 1,171$ – величина кута atb на лівій долоні $\times 1,171$ + значення асиметрії кута atd $\times 1,319$ – 52,11.

У представників *східного регіону* дискримінантна функція охоплює 100 % чоловіків із низьким рівнем КПВ та 100 % чоловіків із середнім рівнем КПВ. Між різними за інтенсивністю карієсу чоловіками найбільший внесок в дискримінацію мають значення асиметрії кута atd і значення асиметрії за типами візерунку на I пальці. В цілому сукупність усіх змінних має значну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,219; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (Df) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із низьким рівнем КПВ можливе при значенні Df ,

близькому до 57,10, а до чоловіків із середнім рівнем КПВ – при значенні *Df*, близькому до 71,08:

Df (для чоловіків східного регіону з низьким рівнем КПВ) = – гребінцевий рахунок II пальця правої кисті $\times 0,256$ + тип візерунку на II пальці лівої кисті $\times 3,602$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні $\times 1,730$ – значення асиметрії кута *atd* $\times 0,241$ + значення асиметрії за типами візерунку на I пальці $\times 0,131$ + значення асиметрії індекса Каммінса $\times 0,710$ + дельтовий індекс лівої долоні $\times 3,586$ + наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні $\times 7,604$ + тип візерунку на IV пальці правої кисті $\times 1,541$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 2,797$ – 57,10;

Df (для чоловіків східного регіону з середнім рівнем КПВ) = гребінцевий рахунок II пальця правої кисті $\times 0,105$ – тип візерунку на II пальці лівої кисті $\times 0,202$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами a-b на лівій долоні $\times 2,217$ – значення асиметрії кута *atd* $\times 2,117$ – значення асиметрії за типами візерунку на I пальці $\times 10,61$ – значення асиметрії індекса Каммінса $\times 1,651$ + дельтовий індекс лівої долоні $\times 6,052$ + наявність візерунку у II міжпальцевому проміжку лівої долоні $\times 15,91$ + тип візерунку на IV пальці правої кисті $\times 3,451$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 0,038$ – 71,08.

Таким чином, найвища коректність моделей встановлена у представників південного й східного регіонів, а найменша – у чоловіків центрального й північного регіонів. До складу моделей у чоловіків із різних регіонів України найбільш часто входять показники пальцевої дерматогліфіки (55,5 %) – типи візерунків і значення їх асиметрії на пальцях кисті (33,3 %), а також значення гребінцевих рахунків та їх асиметрії на пальцях кисті (22,2 %). Однак, найбільший внесок у дискримінацію більш часто вносять показники долонної дерматогліфіки (66,7 %).

Для перевірки роботи розроблених дискримінантних моделей можливого рівня КПВ нами було додатково обстежено по 10 соматично здорових чоловіків із південного та східного регіонів України (регіони в яких побудовані

найбільш значущі моделі). Результати практичної перевірки роботи моделей вказують на достатньо високу коректність їх застосування у чоловіків в даних регіонах України для раннього прогнозу низького та середнього рівнів інтенсивності карієсу зубів.

Оскільки в усіх регіонах України у соматично здорових чоловіків при аналізі рівня резистентності емалі найбільш часто встановлені висока (північний – 27,8 %; південний – 29,8 %; центральний – 30,3 %; західний – 32,4 %; східний – 28,9 %) та помірна (північний – 58,3 %; південний – 57,4 %; центральний – 58,2 %; західний – 59,2 %; східний – 66,7 %), а низька резистентність коливались у межах 4,4-12,8 % (що обумовлює високу похибку при моделюванні), *дискримінантні моделі можливого рівня резистентності емалі в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки нами побудовані лише для чоловіків з високим і помірним рівнем резистентності емалі.*

Встановлено, що модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *північного регіону* коректна в 90,3 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками найбільший внесок в дискримінацію мають тип візерунку на V пальці лівої кисті та гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,337; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*), за допомогою якого можна передбачити належність показників до «типових» для чоловіків північного регіону із високим або помірним рівнем резистентності емалі, наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем резистентності емалі можливе при значенні *Df*, близькому до 99,63, а до чоловіків із помірним рівнем резистентності емалі – при значенні *Df*, близькому до 107,3:

Df (для чоловіків північного регіону з високим рівнем резистентності емалі) = величина кута atd на лівій долоні \times 1,915 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця \times 0,319 + тип візерунку на V пальці лівої кисті \times 4,793 + наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні \times 12,71 + наяв-

ність візерунка на тенарі лівій долоні $\times 10,29$ + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті $\times 0,254$ – дельтовий індекс лівої долоні $\times 0,516$ + індекс Каммінса на правій долоні $\times 8,288$ + гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,078$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 0,236$ – 99,63;

Df (для чоловіків північного регіону з помірним рівнем резистентності емалі) = величина кута atd на лівій долоні $\times 1,450$ – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 0,862$ + тип візерунку на V пальці лівої кисті $\times 8,082$ + наявність вісьового трирадіуса в карпальній області правої долоні $\times 17,53$ + наявність візерунка на тенарі лівій долоні $\times 13,73$ + гребінцевий рахунок II пальця лівої кисті $\times 0,858$ – дельтовий індекс лівої долоні $\times 1,693$ + індекс Каммінса на правій долоні $\times 9,675$ – гребінцевий рахунок I пальця лівої кисті $\times 0,097$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами a-b $\times 0,460$ – 107,3.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *південного регіону* коректна в 92,7 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками найбільший внесок в дискримінацію має наявність візерунка на тенарі лівій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,264; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем резистентності емалі можливе при значенні *Df*, близькому до 117,9, а до чоловіків із помірним рівнем резистентності емалі – при значенні *Df*, близькому до 94,30:

Df (для чоловіків південного регіону з високим рівнем резистентності емалі) = наявність візерунка на тенарі лівій долоні $\times 32,49$ – значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці $\times 7,655$ – величина кута atd на лівій долоні $\times 0,212$ – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця $\times 1,227$ + тип візерунку на V пальці лівої кисті $\times 18,30$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 7,749$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами c-d на правій долоні \times

2,286 + значення асиметрії гребеневого рахунка II пальця \times 0,427 + величина кута ctd на правій долоні \times 2,200 + значення асиметрії за напрямком ходу головних долонних ліній \times 3,550 – 117,9;

Df (для чоловіків південного регіону з помірним рівнем резистентності емалі) = наявність візерунка на тенарі лівій долоні \times 21,89 – значення асиметрії за типами візерунку на IV пальці \times 1,233 + величина кута atd на лівій долоні \times 0,444 – значення асиметрії гребеневого рахунка III пальця \times 0,693 + тип візерунку на V пальці лівої кисті \times 14,27 + тип візерунку на III пальці правої кисті \times 5,532 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами c-d на правій долоні \times 1,878 + значення асиметрії гребеневого рахунка II пальця \times 0,115 + величина кута ctd на правій долоні \times 1,563 + значення асиметрії за напрямком ходу головних долонних ліній \times 2,579 – 94,30.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *центрального регіону* коректна в 71,9 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками найбільший внесок в дискримінацію мають величина кута atb на лівій долоні та значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c . В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,702; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем резистентності емалі можливе при значенні *Df*, близькому до 78,74, а до чоловіків із помірним рівнем резистентності емалі – при значенні *Df*, близькому до 77,99:

Df (для чоловіків *центрального регіону* з високим рівнем резистентності емалі) = величина кута atb на лівій долоні \times 2,443 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами b-c на лівій долоні \times 0,955 + тип візерунку на IV пальці правої кисті \times 2,095 + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці \times 10,04 + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами b-c \times 0,319 + значення асиметрії кута btc \times 0,133 + індекс Каммінса на лівій долоні \times 1,935 + наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої

долоні $\times 20,95$ + наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні $\times 7,164$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 0,687 - 78,74$;

Df (для чоловіків центрального регіону з помірним рівнем резистентності емалі) = величина кута *atb* на лівій долоні $\times 2,168$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами *b-c* на лівій долоні $\times 1,037$ + тип візерунку на IV пальці правої кисті $\times 2,666$ + значення асиметрії за типами візерунку на III пальці $\times 9,169$ + значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами *b-c* $\times 0,558$ – значення асиметрії кута *btc* $\times 0,250$ + індекс Каммінса на лівій долоні $\times 1,624$ + наявність вісьового трирадіуса в проміжній області лівої долоні $\times 23,04$ + наявність візерунку у I міжпальцевому проміжку правої долоні $\times 8,023$ + тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 0,279 - 77,99$.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків західного регіону коректна в 83,1 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками найбільший внесок в дискримінацію мають значення асиметрії кута *dat* і величина кута *ctd* на правій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має незначну статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,586; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем резистентності емалі можливе при значенні *Df*, близькому до 90,46, а до чоловіків із помірним рівнем резистентності емалі – при значенні *Df*, близькому до 77,68:

Df (для чоловіків західного регіону з високим рівнем резистентності емалі) = тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 3,539$ + величина кута *atb* на лівій долоні $\times 3,085$ – значення асиметрії кута *ctd* $\times 1,392$ – значення асиметрії кута *dat* $\times 1,062$ – величина кута *ctd* на правій долоні $\times 0,994$ + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні $\times 43,54$ + значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунка $\times 0,449$ + індекс Каммінса на лівій долоні $\times 2,858$ + наявність візерунка на тенарі лівої долоні $\times 5,763$ + дельтовий індекс лівої долоні $\times 1,331 - 90,46$;

Df (для чоловіків західного регіону з помірним рівнем резистентності емалі) = тип візерунку на IV пальці лівої кисті $\times 2,811$ + величина кута *atb* на лівій долоні $\times 2,664$ – значення асиметрії кута *ctd* $\times 1,104$ – значення асиметрії кута *dat* $\times 0,756$ – величина кута *ctd* на правій долоні $\times 0,425$ + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні $\times 39,65$ + значення асиметрії сумарного гребінцевого рахунка $\times 0,378$ + індекс Каммінса на лівій долоні $\times 2,376$ + наявність візерунка на тенарі лівої долоні $\times 7,086$ + дельтовий індекс лівої долоні $\times 1,045$ – 77,68.

Модель, яка враховує особливості пальцевої й долонної дерматогліфіки у чоловіків *східного регіону* коректна в 97,7 % випадків. Між різними за резистентністю емалі чоловіками найбільший внесок в дискримінацію має наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні. В цілому сукупність усіх змінних має середню статистично значущу дискримінацію (*статистика Уїлкса лямбда* = 0,284; $p < 0,001$). Визначення показника класифікації (*Df*) наведено у вигляді рівнянь, в яких віднесення до чоловіків із високим рівнем резистентності емалі можливе при значенні *Df*, близькому до 220,5, а до чоловіків із помірним рівнем резистентності емалі – при значенні *Df*, близькому до 289,2:

Df (для чоловіків *східного регіону* з високим рівнем резистентності емалі) = міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами *b-c* на правій долоні $\times 4,178$ + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні $\times 114,7$ + величина кута *atb* на правій долоні $\times 8,436$ – значення асиметрії кута *dat* $\times 2,124$ – значення асиметрії кута *btc* $\times 8,391$ + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами *c-d* на лівій долоні $\times 1,585$ – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами *a-b* $\times 4,493$ + значення асиметрії кута *atb* $\times 3,946$ – наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні $\times 13,48$ – тип візерунку на III пальці правої кисті $\times 5,119$ – 220,5;

Df (для чоловіків *східного регіону* з помірним рівнем резистентності емалі) = міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами *b-c* на правій долоні \times

4,994 + наявність комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні \times 131,7 + величина кута atb на правій долоні \times 9,633 – значення асиметрії кута dat \times 2,608 – значення асиметрії кута btc \times 10,40 + міжпальцевий гребінцевий рахунок між трирадіусами $c-d$ на лівій долоні \times 1,830 – значення асиметрії міжпальцевого гребінцевого рахунку між трирадіусами $a-b$ \times 5,322 + значення асиметрії кута atb \times 4,835 – наявність візерунка на гіпотенарі правої долоні \times 17,11 – тип візерунку на III пальці правої кисті \times 6,692 – 289,2.

Таким чином, найвища коректність моделей, що дозволяють прогнозувати імовірність високого або помірного рівнів резистентності емалі зубів до карієсу встановлена у представників південного, східного й північного регіонів, а найменша – у чоловіків західного й центрального регіонів. До складу моделей у чоловіків із різних регіонів України найбільш часто входять показники долонної дерматогліфіки (65,3 %) – величина долонних кутів і значення їх асиметрії (26,5 %), наявність візерунків і вісьових трирадіусів на долонях (16,3 %), величина міжпальцевих гребінцевих рахунків між трирадіусами та значення їх асиметрії (14,3 %), а також величина індексу Каммінса та значення його асиметрії (8,2 %). Найбільший внесок у дискримінацію між рівнями резистентності емалі до карієсу також більш часто вносять показники долонної дерматогліфіки (75,0 %).

Для перевірки роботи розроблених дискримінантних моделей можливого рівня резистентності емалі зубів до карієсу нами було додатково обстежено по 10 соматично здорових чоловіків із *південного* та *східного* регіонів України (регіони в яких побудовані найбільш значущі моделі). Результати практичної перевірки роботи моделей вказують на їх середню коректність навіть в регіонах, де моделі мали найвищий рівень дискримінації (південний та східний).

Враховуючи результати аналізу кореляцій між показниками пальцевої й долонної дерматогліфіки та інтенсивністю ураження зубів карієсом, або резистентністю емалі до карієсу у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України (встановлена значно більша кількість достовірних зв'язків між рівнем КПВ і дерматогліфічними показниками), а також

результати моделювання схильності до різної інтенсивності ураження зубів карієсом, або резистентності емалі до карієсу (достатньо висока коректність застосування моделей також у чоловіків із різним рівнем КПВ), нами для подальшого дослідження були обрані лише **особливості дерматогліфічних показників у чоловіків із різною інтенсивністю ураження зубів карієсом.**

Нами проведено порівняння показників дерматогліфіки чоловіків *загальної групи та загальних груп з різним рівнем інтенсивності ураженості карієсом* з усіх адміністративних регіонів України. За результатами аналізу достовірних відмінностей між вказаними групами виявлена більша розмежовуюча здатність пальцевої дерматогліфіки порівняно з долонною; якісних ознак пальцевої дерматогліфіки порівняно з кількісними; та кількісних ознак долонної дерматогліфіки порівняно з якісними.

Найбільшу кількість достовірних відмінностей (6 з 10-ти показників пальцевої і 1 долонної дерматогліфіки) серед груп з різним рівнем інтенсивності ураженості карієсом порівняно із загальною групою демонструє загальна група чоловіків із *дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом (КПВ5)*. Виявлені достовірні відмінності стосуються частоти дводельтових і рідкісних візерунків. Так, якщо чоловікам загальної групи притаманна локалізація дводельтових візерунків на IV пальці (33,8 %) і не характерна для III пальця правої кисті (6,5 %), то у чоловіків з дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом, навпаки, у 3 рази рідше фіксуються центральні кишені на IV пальці (10,0 %) та більш, ніж у 2,5 рази частіше зустрічаються завитки на III пальці правої кисті (16,7 %). На лівій кисті у чоловіків з дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом дводельтові візерунки зустрічаються частіше, ніж у чоловіків загальної групи: так, у 2 рази частіше зустрічаються подвійні петлі на I пальці (33,3 % проти 16,3 %) та у 3 рази частіше – завитки на IV пальці (13,3 % проти 4,5 %). Що стосується візерунків, які зустрічаються з найменшою частотою в популяції, то у чоловіків з дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом спостерігається перебільшення їх частоти: у 3 рази частіше зустрічаються випадкові візерунки на I пальці правої кисті (13,3

% проти 4,5 %) та більш часто – дуги на V пальці лівої кисті (20,0 % проти 8,8 %) порівняно із загальною групою чоловіків. Слід зазначити, що у чоловіків з дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом реєструється більша довжина долонного відрізка a-d ($57,53 \pm 4,84$ мм проти $55,66 \pm 5,31$ мм) та спостерігається порушення білатеральної асиметрії, що проявляється більшими значеннями кута $\angle ctd$ на лівій долоні порівняно з правою, на відміну від загальної групи, в якій кут $\angle ctd$ має більші значення на правій долоні порівняно з лівою ($-0,815 \pm 3,541$ проти $0,557 \pm 3,070$). Крім того, у них спостерігається більш виражене лівобічне переважання значень кута $\angle atb$ ($-1,567 \pm 3,636$ проти $-0,333 \pm 2,493$) та правобічне – гребінцевого рахунку b-c ($2,393 \pm 4,306$ проти $0,843 \pm 4,164$).

Виявлені також достовірні відмінності між чоловіками загальної групи та загальної групи з *високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ4) за частотою якісних показників пальцевої дерматогліфіки, які полягають у 10 кратному перебільшенні частоти радіальних петель на III пальці (3,0 % проти 0,3 %) та більшій частоті ульнарних петель на IV пальці (48,5 % проти 30,8 %) правої кисті, а також меншій частоті наявності візерунка в IV міжпальцевому проміжку правої долоні (72,7 проти 85,8 %) у чоловіків з високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом.

Достовірні відмінності виявлені також між чоловіками загальної групи та загальної групи з *дуже низьким рівнем* інтенсивності ураженості карієсом (КПВ1), які полягають у більшій частоті (у 2 рази) випадкових візерунків на IV пальці лівої кисті (42,3 % і 22,5 %) у чоловіків з дуже низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом. Слід зазначити, що це єдина група, в якій виявлені відмінності долонної дерматогліфіки більше, ніж за одним показником: для групи чоловіків з КПВ1 характерні більші значення кута $\angle ctd$ ($16,69 \pm 4,26^\circ$ проти $15,20 \pm 2,92^\circ$) правої долоні, менші значення кута $\angle dat$ ($55,85 \pm 5,45^\circ$ проти $58,28 \pm 5,47^\circ$) лівої долоні та менші значення гребінцевого рахунку b-c ($23,96 \pm 5,05$ проти $26,27 \pm 5,64$ гребінців) правої долоні.

Між чоловіками загальної групи та загальних груп з *низьким (КПВ2) та середнім (КПВ3) рівнями* інтенсивності ураженості карієсом достовірних відмінностей не виявлено. Отримані результати пов'язані із розподілом осіб з різними рівнями інтенсивності ураженості карієсом в популяції, оскільки частка осіб з *низьким та середнім рівнями* інтенсивності ураженості карієсом в популяції України, за нашими даними, відображеними в кількості обстежених осіб в різних групах, є найбільшою.

Таким чином популяційна дерматогліфічна картина соматично здорових чоловіків формується переважно за рахунок генетичного внеску осіб з *низьким та середнім рівнями* інтенсивності ураженості карієсом. Найбільші відхилення дерматогліфіки від популяційної зафіксовані у чоловіків з *дуже високим рівнем* інтенсивності ураженості карієсом, що полягають у зміні частот дводельтових і рідкісних візерунків: у них більш часто зустрічаються завитки на III пальці, у 3 рази частіше фіксуються центральні кишені на IV пальці правої кисті; у 2 рази рідше – подвійні петлі на I та у 3 рази частіше – завитки на IV пальцях лівої кисті, а також у 3 рази частіше зустрічаються випадкові візерунки на I пальці правої кисті та більш часто – дуги на V пальці лівої кисті; долонний відрізок a-d має більшу довжину; спостерігається виражене порушення білатеральної асиметрії, що стосується як ознак пальцевої, так і долонної дерматогліфіки: дводельтові візерунки IV пальця зустрічаються практично з однаковою частотою на правій і лівій кистях, а не на правій, $\angle ctd$ має більші значення на лівій, а не на правій долоні.

Також проведено порівняння показників дерматогліфіки між загальними групами чоловіків, які відрізнялись між собою за *рівнем інтенсивності ураженості карієсом*, відібраних з усіх адміністративних регіонів України. Встановлено, що найбільшу кількість достовірних відмінностей демонструють групи чоловіків з *середнім (КПВ3) і дуже низьким (КПВ1)* (1 з 10-ти якісних показників пальцевої дерматогліфіки, а також 7 кількісних показників долонної дерматогліфіки), з *середнім (КПВ3) і низьким (КПВ2)* (5 з 10-ти якісних і 1 – з кількісних показників пальцевої дерматогліфіки, а також 3 якісних показника

долонної дерматогліфіки), з *середнім* (КПВ3) і *дуже високим* (КПВ5) (5 з 10-ти якісних показників пальцевої дерматогліфіки та 1 кількісний показник долонної дерматогліфіки), з *дуже низьким* (КПВ1) і *дуже високим* (КПВ5) *рівнями інтенсивності ураженості карієсом* (4 з 10-ти якісних 1 – з кількісних показників пальцевої дерматогліфіки, а також 2 кількісних показника долонної дерматогліфіки) та *низьким* (КПВ2) і *дуже високим* (КПВ5) *рівнями інтенсивності ураженості карієсом* (3 з 10-ти якісних і 1 з кількісних показників пальцевої дерматогліфіки та 3 якісних показника долонної дерматогліфіки). Зазначимо, що переважна кількість виявлених відмінностей стосуються *якісних*, а не кількісних показників пальцевої дерматогліфіки.

Так, у чоловіків з *середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом* порівняно з *дуже низьким* у 2 рази рідше зустрічаються випадкові візерунки на IV пальці лівої кисті, у них на 4 мм більша відстань між трирадіусами s і t на обох долонях, для них характерна більша папілярна насиченість (на 3 гребінця) обох долонь в області відрізка $b-c$, більші значення кута $\angle dat$ обох долонь (на $2 - 3^\circ$) та менші – кута $\angle ctd$ правої долоні (на $1,5^\circ$).

У чоловіків з *середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом* порівняно з *низьким* достовірно частіше зустрічаються завитки на III пальці правої кисті (у 4 рази), ульнарні петлі – на IV і V пальцях лівої кисті та достовірно рідше – випадкові візерунки на V пальці обох кистей. При цьому у чоловіків з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом значення гребінцевого рахунку V пальця лівої кисті переважає над таким правої, а у чоловіків з низьким – навпаки, гребінцевий рахунок цього пальця більший на правій, ніж на лівій кисті. Отриманий результат обумовлений більшою ємністю петлі порівняно з випадковим візерунком, яка на цьому пальці частіше зустрічається у чоловіків з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом. Слід зазначити, що для чоловіків з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом менш характерна наявність долонних візерунків в області гіпотенара та II міжпальцевого проміжку, у них менші значення індекса Каммінса лівої долоні порівняно з чоловіками з низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом.

У чоловіків з *середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом* порівняно з *дуже високим* майже у 4 рази достовірно частіше зустрічаються центральні кишені на IV пальці та рідше – випадкові візерунки на I пальці правої кисті; у 2,5 рази частіше – випадкові візерунки на III пальці та у стільки ж разів рідше – подвійні петлі на I пальці та дуги на V пальці лівої кисті, у них менша відстань між трирадіусами a-d правої долоні.

У чоловіків з *дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом* порівняно з *дуже низьким* у 3 рази рідше зустрічаються центральні кишені на IV пальці правої кисті, на III пальці правої кисті зустрічаються завитки (16,7%), в той час як у чоловіків з *дуже низьким рівнем* вони не трапляються; на лівій кисті на I пальці у 4 рази частіше зустрічаються подвійні петлі, на IV пальці у 3,5 рази рідше – випадкові візерунки, що супроводжується практично нівелюванням у різниці гребінцевого рахунку V пальця між показниками правої та лівої кисті, в той час як у чоловіків з *дуже низьким рівнем* гребінцевий рахунок цього пальця на правій кисті переважає над таким лівої. Для чоловіків з *дуже високим рівнем інтенсивності ураженості карієсом* характерна більша папілярна насиченість (на 4 гребінця) долоні в області відрізка b-c і більша віддаль (на 3 мм) між трирадіусами a-d правої долоні.

Отримані результати мають прогностичне значення, оскільки за встановленою типологічною картиною дерматогліфіки виникає можливість прогнозу розвитку карієсу у соматично здорових чоловіків для вікового проміжку 19 - 35 років середнього чи низького, середнього чи дуже високого та дуже низького чи дуже високого рівня інтенсивності ураженості.

Таким чином виділені комплекси ознак дерматогліфіки, пов'язані із можливими варіантами розвитку карієсу за рівнем інтенсивності ураженості: середній ↔ дуже низький, середній ↔ низький, середній ↔ дуже високий та дуже низький ↔ дуже високий:

- відсутність випадкових візерунків на IV пальці лівої кисті, значна відстань між трирадіусами c і t на обох долонях, висока папілярна насиченість в області відрізка b-c обох долонь, широкий кут $\angle dat$ обох долонь і вузький кут

∠ctd правої долоні асоціюється із розвитком карієсу середнього, а не дуже низького рівня інтенсивності ураженості карієсом;

- наявність завитка на III пальці правої кисті, ульнарних петель – на IV і V пальцях лівої кисті та відсутність випадкових візерунків на V пальці обох кистей, відсутність долонних візерунків в області гіпотенара та II міжпальцевого проміжку, низькі значення індекса Каммінса лівої долоні свідчать на користь розвитку карієсу середнього, а не низького рівня інтенсивності ураженості карієсом;
- у випадку наявності центральної кишені на IV пальці та відсутності випадкового візерунку на I пальці правої кисті, наявності випадкового візерунка на III пальці, відсутності подвійної петлі на I пальці та дуги на V пальці лівої кисті, меншої відстані між трирадіусами a-d правої долоні розвивається карієс середнього, а не дуже високого рівня інтенсивності ураженості;
- наявність завитка на III пальці та відсутність центральної кишені на IV пальці правої кисті, наявність подвійної петлі на I пальці та відсутність випадкового візерунка на IV пальці лівої кисті, більша папілярна насиченість долоні в області відрізка b-c і більша віддаль між трирадіусами a-d правої долоні асоціюється із розвитком карієсу з дуже високим, а не з дуже низьким рівнем інтенсивності ураженості.

Оскільки було встановлено, що популяційна дерматогліфічна картина соматично здорових чоловіків віком 19 - 35 років, уражених карієсом, формується переважно за рахунок генетичного внеску осіб з *низьким та середнім* рівнями інтенсивності його ураженості, то далі було логічним розглянути питання наявності/відсутності відмінностей ознак дерматогліфіки між *загальною групою з низьким або середнім рівнями* інтенсивності та групами чоловіків з *низьким або середнім рівнями* інтенсивності ураженості карієсом з *різних адміністративно-територіальних регіонів України*. Таким порівнянням досягається мета максимальної однорідності порівнюваних груп чоловіків, за виключенням їх місця проживання, що дає змогу, зважаючи на давно відомі факти щодо високої спадкової схильності до карієсу [18, 71, 77, 100, 155, 183, 217,

219, 225, 331] й ознак дерматогліфіки як високо успадкованих маркерів [21, 115, 357, 366, 438], опосередковано судити про антропологічну однорідність/неоднорідність складу населення локальних популяцій, як наслідку змішування населення в історичному процесі та їх переважну схильність до перебігу каріесу з тим чи іншим рівнем його інтенсивності.

Виявлено, що найбільша кількість відмінностей за ознаками дерматогліфіки чоловіків, що мешкають у різних адміністративно-територіальних регіонах і загальною групою з *низькими рівнями інтенсивності ураженості каріесом* реєструється між чоловіками загальної групи і чоловіками східного регіону (7 ознак) та між чоловіками загальної групи і чоловіками південного регіону (6 ознак); поодинокі відмінності виявляються між чоловіками загальної групи і північного регіону з низьким рівнем інтенсивності ураженості каріесом (1 ознака) і між чоловіками загальної групи й західного регіону (2 ознаки); відсутні відмінності між чоловіками загальної групи і центрального регіону з низьким рівнем інтенсивності ураженості каріесом.

Дерматогліфічний комплекс соматично здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності каріесу *східного* регіону відрізняється від дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи з аналогічним рівнем інтенсивності каріесу (тут і далі наводяться достовірні відмінності, а при необхідності – виражені тенденції до відмінностей) та представлений високою частотою візерунків з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуга) на I (27,3 % проти 7,3 %) і II (54,5 % проти 23,6 %) пальцях правої кисті, що логічно пов'язано як із більш низьким значенням ємності візерунків цих пальців (I палець: $12,55 \pm 8,48$ проти $18,85 \pm 7,67$ гребінців; і II палець: $6,273 \pm 7,336$ проти $11,63 \pm 7,61$ гребінців), так і з меншими значеннями дельтового індексу правої кисті ($4,364 \pm 2,063$ проти $5,837 \pm 2,292$), що відобразилось на значеннях дельтового індексу 10 пальців ($8,909 \pm 3,618$ проти $11,44 \pm 4,28$); крім того, у них більш часто виявляється така рідкісна ознака як наявність центрального вісьового трирадіуса на лівій долоні (9,1 % проти 0,8 %). Отже дерматогліфічна картина чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності каріесу у *східному* регіоні вибудовується 2 якісними, 4 кількіс-

ними ознаками пальцевої та 1 якісною ознакою долонної дерматогліфіки.

Дерматогліфічний комплекс соматично здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу *південного* регіону відрізняється від дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи з аналогічним рівнем інтенсивності карієсу та представлений високою частотою рідкісних візерунків (випадковий візерунок) (55,6 % проти 17,9 %) і низькою частотою – візерунків з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарна петля) (22,2 % проти 56,9 %) на V пальці правої кисті; спостерігається відхилення у віддалі між долонними трирадіусами, що проявляється більшими значеннями величини кута $\angle ctd$ лівої долоні ($16,75 \pm 2,25^\circ$ проти $14,85 \pm 2,87^\circ$) та меншими – кута $\angle dat$ правої долоні ($50,22 \pm 9,08^\circ$ проти $56,74 \pm 6,87^\circ$), меншій довжині відрізка $c-t$ ($69,00 \pm 10,80$ мм проти $81,72 \pm 11,41$ мм), що логічно пов'язано із меншою частотою наявності карпального трирадіуса (66,7 % проти 89,4 %) на лівій долоні, а також з лівобічною асиметрією кута $\angle btc$ ($-2,444 \pm 4,535$ проти $0,077 \pm 2,513$) на відміну від загальної групи чоловіків, у яких значення цього кута є більшим на правій долоні. Отже дерматогліфічна картина чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу у *південному* регіоні вибудовується 2 якісними ознаками пальцевої та 1 якісною ознакою і 3 кількісними ознаками долонної дерматогліфіки.

Таким чином, при наявності локальної специфіки дерматогліфіки чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості карієсом *східного* та *південного* адміністративно-територіальних регіонів, комплекс ознак чоловіків тієї ж інтенсивності ураженості карієсом *центрального, північного та західного* регіонів є *формуотворюючим* загальної дерматогліфічної картини чоловіків України з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості карієсом.

Специфіка дерматогліфіки чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості карієсом *східного* адміністративно-територіального регіону полягає у переважанні візерунків з нулевою інтенсивністю гребенеутворення і низькими значеннями їх ємності на радіальній стороні правої кисті, низькими значеннями дельтових індексів, наявності центрального вісьового трирадіуса на лівій долоні.

Специфіка дерматогліфіки чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості каріесом *південного* адміністративно-територіального регіону полягає у переважанні рідкісних візерунків на ульнарній стороні правої кисті на фоні низької частоти візерунків з середньою інтенсивністю гребенеутворення, а також у відхиленнях локалізації долонних трирадіусів і меншою частотою наявності карпального трирадіуса, що обумовлює відхилення у розмірах долонних кутів.

На основі аналізу показників дерматогліфіки чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості каріесом виявлені адміністративно-територіальні регіони як із поодинокими, так і більш значними відмінностями між ними. Незначні відмінності показників дерматогліфіки виявлені у напрямках захід↔північ↔схід (1 ознака), центр↔схід↔південь (2 ознаки) та північ↔центр (2 ознаки), що дає підстави оцінювати їх у зазначених територіальних межах як генетично споріднених за схильністю до перебігу карієсу з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості. У той же час встановлено, що вектор відмінностей за ознаками дерматогліфіки, пролягаючи через центральні області України на захід і південь країни (по 3 ознаки), максимальних відмінностей досягає у напрямку південь↔захід (5 ознак).

Отже практично однакова незначна кількість відмінностей дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості каріесом зосереджена у сегменті території північ↔центр↔схід (5 ознак), захід↔центр↔північ (6 ознак), а також – у сегменті схід↔центр↔південь (7 ознак), а найбільша – у сегменті захід↔центр↔південь (11 ознак) (рис. 7.1).

Так, для здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному*, порівняно із такими, що проживають у *південному* адміністративно-територіальних регіонах України, не характерні рідкісні візерунки на правій кисті: випадкові візерунки на I (4,7 % проти 11,1 %) і V пальцях (12,5 % проти 55,6 %) і, навпаки, для них властиві візерунки в I міжпальцевому проміжку правої долоні (29,7 % проти 0 %) та карпальна локалізація трирадіуса на лівій долоні (90,6 % проти 66,7 %).

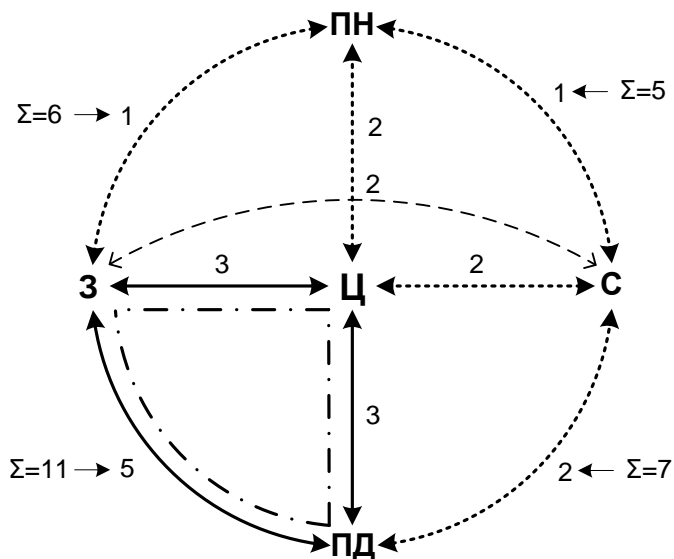


Рис. 7.1 Районування відмінностей адміністративно-територіальних регіонів України за ознаками дерматогліфіки соматично здорових чоловіків із низьким рівнем інтенсивності ураженості карієсом. **Примітки:** тут і далі

1. ПН – південь;
2. ПД – північ;
3. З – захід;
4. С – схід;
5. Ц – центр;
6. цифри вказують на кількість ознак, за якими виявлені достовірні відмінності.

Для здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному*, порівняно із такими, що проживають у *західному* адміністративно-територіальних регіонах України, не характерні візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) на I пальці правої кисті (32,8 % проти 68,4 %) та рідкісні візерунки (випадкові) на III пальці лівої кисті (0 % проти 10,5 %), реєструється висока частота центральних кишень на IV пальці лівої кисті (31,3 % проти 5,3 %). Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено.

Для здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *південному*, порівняно із такими, що проживають у *західному* адміністративно-територіальних регіонах України, характерні візерунки з високою

інтенсивністю гребенеутворення та рідкісні візерунки на правій кисті: на I пальці реєструється висока частота подвійних петель (33,3 % проти 21,9 %) і низька ульнарних петель (22,2 % проти 68,4 %), на II пальці наявні подвійні петлі (22,0 % проти 0 %) або, як альтернатива, випадкові візерунки (22,0 % проти 0 %) при відсутності ульнарних петель (0 % проти 47,4 %), рідко виявляються ульнарні петлі на V пальці (22,2 % проти 68,4 %). Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено.

Ймовірно, що отримані результати свідчать про виражену своєрідність дерматогліфіки чоловіків-українців з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу із *західного* і *південного* регіонів країни. Зазначимо, що ознаки дерматогліфіки, будучи високо успадкованими, незмінними протягом життя, можуть ілюструвати генетичні відмінності між популяціями, що відносяться до одного етносу. Тому інтерпретація встановленого факту потребує залучення наукових даних антропогенетики щодо структури генофонду народу – генетичних особливостей населення в різних частинах етнічного ареалу. Відомо, що значні міжетнічні відмінності найкраще виявляються за Y хромосоною, яка є ідеальною генетичною системою для вивчення історії генофонду: прослідковування міграцій населення, змішування різних груп, контактів із сусідніми етносами і процесами внутрішньої диференціації [13].

За даними Пшеничнова А. С. [210], який вивчав структуру генофонду українців за даними поліморфізму мітохондріальної ДНК і Y хромосоми, за маркерами Y хромосоми на міжетнічному рівні українці більш подібні один з одним, ніж з популяціями інших народів, за маркерами мтДНК кожна українська популяція схожа не лише з іншими українцями, але і з іншими народами Європи. На популяційному рівні найбільш подібними між собою є подільські та дніпровські українці за обома типами маркерів, до цієї групи популяцій за маркером NRY більш генетично близькими є східні українці. Найбільш генетично своєрідними за маркерами Y хромосоми на популяційному рівні є західні українці, а за мтДНК – східні. Що стосується населення півдня України, то

переконливі дані відсутні, зважаючи, що воно сформувалось не так давно при взаємодії генетичного різноманіття різних народів. Отже отримані нами дані щодо яскраво виражених особливостей дерматогліфіки соматично здорових чоловіків, уражених карієсом низької інтенсивності, західного і південного регіонів, а також східного регіону, зважаючи на виявлені особливості його дерматогліфіки при порівнянні даних із загальною групою, підтверджуються даними щодо подібності/відмінності популяцій України за маркерами Y хромосоми та за мтДНК. *Цей факт схиляє до інтерпретації отриманих даних з дерматогліфіки чоловіків, уражених карієсом низької інтенсивності, на користь прояву загально біологічних закономірностей, які відображають популяційні особливості генофонду українців, а не як схильність до перебігу карієсу з низькою інтенсивністю ураженості.*

Таким чином, за дерматогліфічними маркерами карієсу з *низьким* рівнем інтенсивності ураженості найбільш своєрідними є *західний і південний* адміністративно-територіальні регіони, які найбільш віддалені між собою і рівновіддалені від центрального регіону та *відображають популяційно-регіональні особливості генофонду українців*. Загалом, неможливість виявити специфічний для кожного з регіонів дерматогліфічний комплекс чоловіків, уражених карієсом низького рівня, свідчить про відповідність їхнього стану здоров'я поняттю повного фізичного здоров'я.

Виявлено, що найбільша кількість відмінностей за ознаками дерматогліфіки чоловіків, які мешкають у різних адміністративно-територіальних регіонах і загальною групою з *середніми* рівнями інтенсивності ураженості карієсом реєструється між чоловіками *загальної* групи і чоловіками *південного* регіону (14 ознак: 7 якісних і 7 кількісних); менш виражені відмінності виявляються між чоловіками *загальної* групи і *північного* регіону (4 якісні ознаки), між чоловіками *загальної* групи і *західного* регіону (3 ознаки: 2 якісні і 1 кількісна), між чоловіками *загальної* групи і *центрального* регіону (3 якісні ознаки) та між чоловіками *загальної* групи і *східного* регіону (2 ознаки: 1 якісна і 1 кількісна). Відмінності дерматогліфіки південного і північного регіонів від за-

гальної групи представлені показниками лише пальцевої дерматогліфіки, західного – лише долонної, а центрального і східного – як пальцевої, так і долонної дерматогліфіки.

Дерматогліфічний комплекс соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу *південного* регіону відрізняється від дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи з аналогічним рівнем КПВ та представлений на правій кисті високою частотою візерунків з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуга) на II (50,0 % проти 27,7 %) пальці на фоні меншої частоти візерунків із середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарних петель) на ньому (7,7 % проти 25,0 %), а також – на III (42,3 % проти 19,1 %) пальці на фоні відсутності візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишеня) на ньому (0 % проти 12,2 %) та високою частотою візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (завиток) на IV пальці (19,2 % проти 6,9 %); на лівій кисті – відсутністю візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (подвійних петель) на I пальці (0 % проти 13,8 %), високою частотою візерунків з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуга) на II пальці (46,2 % проти 26,6 %) на фоні відсутності візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишеня) на ньому (0 % проти 20,2 %), а також – на III пальці (38,5 % проти 14,4 %). Отримані результати щодо відмінностей між порівнюваними групами за якісними ознаками логічно пов'язані із отриманими значеннями кількісних ознак пальцевої дерматогліфіки, які полягають у більш низьких значеннях ємності візерунків цих пальців: II палець – $7,769 \pm 8,896$ проти $10,86 \pm 7,82$ гребінців і III палець – $8,577 \pm 7,251$ проти $12,57 \pm 6,42$ гребінців лівої кисті та III пальця ($7,346 \pm 6,823$ проти $11,36 \pm 6,66$ гребінців) правої кисті, що знайшло своє відображення у більш низьких значеннях сумарної ємності візерунків лівої ($56,50 \pm 23,71$ проти $68,21 \pm 24,90$ гребінців) та правої ($59,27 \pm 24,43$ проти $69,36 \pm 25,36$ гребінців) кистей і, як наслідок, тотального гребінцевого рахунку ($115,7 \pm 45,7$ проти $137,7 \pm 48,7$ гребінців), а також дельтового індексу лівої ($4,538 \pm 1,964$ проти $5,468 \pm 2,095$) і правої ($5,038 \pm 2,029$ проти $5,883 \pm 2,267$) кистей, що призвело до низьких значень дель-

тового індексу на 10 пальцях ($9,577 \pm 3,828$ проти $11,35 \pm 4,10$). Між показниками долонної дерматогліфіки достовірних відмінностей між порівнюваними групами не виявлено.

Дерматогліфічний комплекс соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу *північного* регіону відрізняється від дерматогліфіки чоловіків *загальної* групи з аналогічним рівнем КПВ та представлений на правій кисті високою частотою візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишеня) на III пальці правої кисті (26,3 % проти 12,2 %), на лівій кисті на III пальці також спостерігається висока частота візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишеня) (31,6 % проти 10,1 %) або, як альтернатива, наявні рідкісні візерунки (радіальна петля) (2,6 % проти 0 %) на фоні зниженої частоти візерунків із середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарна петля) на ньому (21,1 % проти 59,6 %), що супроводжується високими значеннями дельтового індексу 10 пальців ($12,24 \pm 4,51$ проти $11,35 \pm 4,10$) та більшою насиченістю папілярними лініями області a-b ($1,053 \pm 4,770$ проти $-0,651 \pm 4,418$) та c-d ($1,314 \pm 6,214$ проти $-1,714 \pm 5,300$) на правій долоні, а не на лівій як у загальній групі.

Таким чином, при наявності локальної специфіки дерматогліфіки чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом *південного* та *північного* адміністративно-територіальних регіонів, комплекс ознак чоловіків тієї ж інтенсивності ураженості карієсом *центрального, східного та західного* регіонів є *формууючим* загальної дерматогліфічної картини чоловіків України з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом.

Специфіка дерматогліфіки чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом *південного* адміністративно-територіального регіону полягає у переважанні візерунків з нулевою інтенсивністю гребенеутворення на радіальній стороні обох кистей і переважанні візерунка з високою інтенсивністю гребенеутворення на ульнарній стороні правої кисті, а також у низьких значеннях локальних, сумарних і тотальної ємностей візерунків і дельтових індексів.

Специфіка дерматогліфіки чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом *північного* адміністративно-територіального регіону полягає у переважанні візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення на III пальці обох кистей або наявності радіальної петлі, як альтернативи, на цьому ж пальці лівої кисті, а також у високих значеннях дельтового індексу обох кистей.

На основі аналізу *міжрегіональних особливостей* показників дерматогліфіки чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом встановлено, що кожен із регіонів характеризується своїм власним дерматогліфічним комплексом ознак. Яскраві відмінності дерматогліфів виявлені у напрямках південь↔північ (12 ознак), південь↔захід (10 ознак), центр↔захід (10 ознак), значні відмінності виявлені у напрямках центр↔південь (8 ознак), південь↔схід (7 ознак), менш значні відмінності виявлені у напрямках центр↔північ (6 ознак), північ↔схід (6 ознак), центр↔схід (5 ознак), північ↔захід (5 ознак), практично відсутні відмінності у напрямку захід↔схід (1 ознака).

Отже найменша, але значна, кількість відмінностей дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом зосереджена у сегменті території північ↔центр↔схід (17 ознак), найбільша – у сегменті захід↔центр↔південь (28 ознак), а також – у сегменті північ↔центр↔південь (26 ознак) і практично однакова – у сегментах захід↔центр↔північ (21 ознака) та південь↔центр↔схід (20 ознак) (рис. 7.2).

Так, для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *північному* адміністративно-територіальному регіоні України, характерні візерунки з більш високою інтенсивністю гребенеутворення і наявність проміжного трирадіусу долоні, а для *південного* – з менш високою або нулевою інтенсивністю гребенеутворення. Так, на II пальці обох кистей у чоловіків північного регіону виявляються візерунки з середньою (права: ульнарні петлі – 31,6 % проти 7,7 %) і високою (ліва: центральні кишені – 31,6 % проти 0 %) інтенсивністю гребенеутворення, а у чоловіків півден-

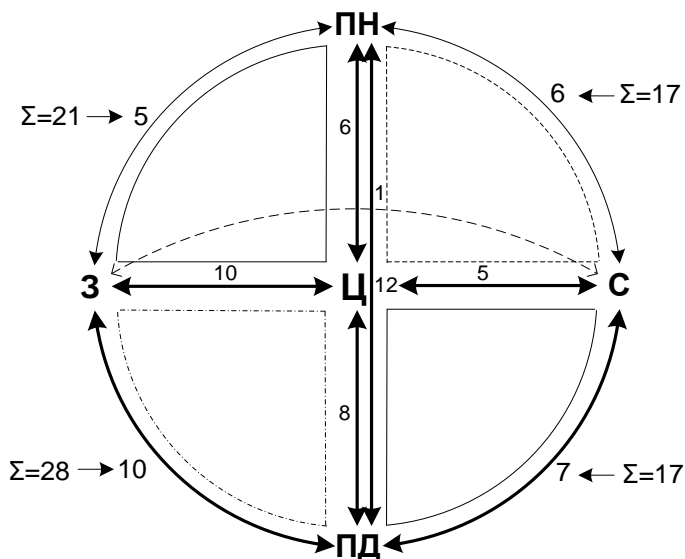


Рис. 7.2 Районування відмінностей адміністративно-територіальних регіонів України за ознаками дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з середнім рівнем інтенсивності карієсу.

ного регіону на цьому пальці виявляються візерунки з нулевою інтенсивністю гребенеутворення на правій кисті (дуги – 50,0 % проти 26,3 %) і відсутні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральні кишені) на лівій кисті; на III пальці обох кистей чоловіків північного регіону виявляються візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (права: центральні кишені – 26,3 % проти 0 %; у ліва: 31,6 % проти 7,7 %), а у чоловіків південного регіону на цьому пальці переважають візерунки з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (права: дуги – 42,3 % проти 15,8 %) і середньою інтенсивністю гребенеутворення (ліва: ульнарні петлі – 46,2 % проти 21,1 %); у випадку наявності візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення в обох регіонах, їх тип різний: у чоловіків північного регіону на IV пальці обох кистей виявляються центральні кишені (права: 52,6 % проти 19,2 %; ліва: 31,6 % проти 7,7 %), а на I пальці – подвійні петлі (права і ліва: 26,3 % проти 0 %), в той час як у чоловіків південного регіону на цих пальцях виявляються завитки (IV палець правої: 19,2 % проти 2,6 %; I палець: 11,5 % проти 0 %); крім того, у чоловіків північного, на відміну від південного регіону, наявний проміжний трирадіус (права: 15,8 % проти 0 %).

При порівнянні дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному* і *північному* адміністративно-територіальних регіонах відмінності виявляються лише по лівій кисті: у чоловіків центрального регіону переважають візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) на II (21,1 % проти 42,2 %) і III (21,1 % проти 56,3 %) пальцях, у чоловіків північного регіону переважають конкуруючі візерунки: або з високою (центральні кишені: 31,6 % проти 10,9 %) або з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги: 26,3 % проти 10,9 %); крім того, у чоловіків центрального регіону порівняно з північним, переважають візерунки на гіпотенарі (82,8 % проти 63,2 %) і тенарі (78,1 % проти 57,9 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному* адміністративно-територіальному регіоні України, характерні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення та рідкісні візерунки з низькою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з нулевою інтенсивністю і високою інтенсивністю гребенеутворення. Так, на II пальці лівої і III пальці правої кистей у чоловіків центрального регіону виявляються візерунки з високою (центральні кишені) (II: 17,2 % проти 0 % та III: 14,1 % проти 0 %) та низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадкові візерунки) на III пальці лівої кисті (14,1 % проти 0 %), а у чоловіків південного регіону на цих пальцях обох кистей виявляються візерунки з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги) (II права: 50,0 % проти 26,6 % і II ліва: 46,2 % проти 14,1 %; III права: 42,3 % проти 18,8 % і III ліва: 38,5 % проти 10,9 %), а на IV пальці правої кисті – візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (завитки) (19,2 % проти 1,6 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному* регіоні України, характерні візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення, їм властива підвищена візерунчастість гіпотенара, тенора та II міжпальцевого проміжку долонь, а для *західного* – з високою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення. Так, на II пальці лівої

і V пальці правої кистей у чоловіків центрального регіону виявляються візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) (II: 42,2 % проти 20,0 % та V: 75,0 % проти 51,4 %), а у чоловіків західного регіону на цих пальцях – з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги) (II: 34,3 % проти 14,1 % та V: 22,9 % проти 6,3 %), а на IV пальці правої кисті – візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (завитки) (11,4 % проти 1,6 %), крім того, у чоловіків центрального регіону порівняно із західним, переважають візерунки на гіпотенарі обох долонь (права: 84,4 % проти 57,1 % і ліва: 82,8 % проти 57,1 %), тенарі (ліва: 78,1 % проти 51,4 %) та II міжпальцевому проміжку обох долонь (права: 76,6 % проти 48,6 % і ліва: 73,4 % проти 48,6 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *західному* регіоні України, характерні візерунки з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *північного* – з високою інтенсивністю гребенеутворення, їм властива наявність комбінацій вісьових трирадіусів долоні. Так, візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення виявляються на I пальці правої (завитки) (11,4 % проти 0 %) і середньою – на III пальці лівої кистей (ульнарні петлі) (60,0 % проти 21,1 %) у чоловіків західного регіону, а в чоловіків північного регіону на III пальці обох кистей – візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральні кишени) (права: 26,3 % проти 5,7 % і ліва: 31,6 % проти 11,4 %) та наявність комбінацій вісьових трирадіусів лівої долоні (13,2 % проти 0 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *західному* регіоні України, характерні візерунки з високою, середньою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з середньою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення, їм також властива підвищена візерунчастість гіпотенара. Так, у західному регіоні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення виявляються на II пальці лівої (центральні кишени) (28,6 % проти 0 %), з середньою – на II пальці правої (ульнарні петлі) (31,4 % проти 7,7 %), з нулевою – на V пальці правої кисті (22,9 % проти 3,8 %), а в чоловіків південного регіону – з нулевою інтенсивністю гребене-

утворення (дуги) на II правої (50,0 % проти 20,0 %) та III пальці обох кистей (права: 42,3 % проти 14,3 % і ліва: 38,5 % проти 11,4 %) і з середньою інтенсивністю гребенеутворення – на V пальці обох кистей (права: 76,9 % проти 51,4 % і ліва: 88,5 % проти 62,9 %); крім того, у чоловіків південного регіону порівняно із західним, переважають візерунки на гіпотенарі обох долонь (84,6 % проти 57,1 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *центральному* адміністративно-територіальному регіоні України, характерні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення, їм властива підвищена візерунчастість II міжпальцевого проміжку долоні, а для *східного* – з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення. Так, на I пальці обох кистей у чоловіків центрального регіону виявляються візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (права: подвійні петлі, ліва: центральні кишени) (права: (23,4 % проти 4,0 % та ліва: 17,2 % проти 0 %), а у чоловіків східного регіону наявні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (завитки) на V пальці правої кисті (8,0 % проти 0 %) і з середньою (ульнарні петлі) – на III пальці лівої кисті (88,0 % проти 56,3 %); крім того, у чоловіків центрального регіону порівняно із східним, переважають візерунки в II міжпальцевому проміжку правої долоні (76,6 % проти 52,0 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *східному* регіоні України, характерні візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *північного* – з високою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення, їм властива наявність комбінацій вісьових трирадіусів долоні. Так, на III пальці обох кистей у чоловіків *східного* регіону виявляються візерунки з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) (права: 72,0 % проти 44,7 % і ліва: 88,0 % проти 21,1 %), а у чоловіків північного регіону наявні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральні кишени) на IV правої (52,6 % проти 24,0 %) і III лівої (1,6 % проти 0 %) кистей, або, як альтернатива, візерунки з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги) на III пальці лівої кисті (26,3 % проти 4,0 %); крім то-

го, у чоловіків північного регіону на противагу східному, наявні комбінації вісьових трирадіусів на правій долоні (15,8 % проти 0 %).

Для соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу, які мешкають у *східному* регіоні України, характерні візерунки з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з високою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення. Так, на I і II пальці лівої кисті у чоловіків *східного* регіону виявляються візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (подвійні петлі і центральні кишені відповідно) (20,0 % проти 0 % і 20,0 % проти 0 %, відповідно) і середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) на III пальці лівої кисті (88,0 % проти 46,2 %), а у чоловіків південного регіону наявні візерунки з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральні кишені) на I пальці лівої кисті (15,4 % проти 0 %) і нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги) на II пальці правої кисті (50,0 % проти 20,0 %) і на III пальці обох кистей (права: 42,3 % проти 8,0 % і ліва: 38,5 % проти 4,0 %).

Зіставлення територіальної поширеності трьох варіантів дерматогліфіки – південного, центрального та північного, виявлених С. П. Сегедою [228], який вивчав диференціацію людності України за даними дерматогліфіки, з розташуванням адміністративно-територіальних регіонів, які ми вивчали, *не виявило аналогій, що дає підстави трактувати отримані дані як прояв схильності до карієсу з середнім рівнем інтенсивності, а не відображення структури генотипу чоловіків-українців.*

Таким чином, виявлена наступна локальна специфіка дерматогліфіки соматично здорових чоловіків з *середнім* рівнем інтенсивності ураженості карієсом кожного з 5 вивчених адміністративно-територіальних регіонів України:

- для *північного* регіону – наявність візерунків з більш високою інтенсивністю гребенеутворення і проміжного трирадіусу долоні, а для *південного* – менш висока або нульова інтенсивність гребенеутворення;
- для *центрального* регіону – наявність візерунків з середньою інтенсивніс-

тю гребенеутворення та візерунків на гіпотенарі і тенарі, а для *північного* – наявність конкуруючих візерунків (або з високою або з нулевою інтенсивністю гребенеутворення);

- для *центрального* регіону – переважання візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення та рідкісних візерунків з низькою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з нулевою і високою інтенсивністю гребенеутворення;
- для *центрального* регіону – переважання візерунків з середньою інтенсивністю гребенеутворення, підвищена візерунчастість гіпотенара, тенара та II міжпальцевого проміжку долонь, а для *західного* – висока і нульова інтенсивність гребенеутворення;
- для *центрального* регіону – переважання візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення та підвищена візерунчастість II міжпальцевого проміжку долоні, а для *східного* – з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення;
- для *західного* регіону – переважання візерунків з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *північного* – лише з високою інтенсивністю гребенеутворення та наявністю комбінацій вісьових трирадіусів долоні;
- для *західного* регіону – переважання візерунків з високою, середньою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з середньою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення та підвищеною візерунчастістю гіпотенара;
- для *східного* регіону – переважання візерунків з середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *північного* – з високою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення та наявністю комбінацій вісьових трирадіусів долоні;
- для *східного* регіону – переважання візерунків з високою і середньою інтенсивністю гребенеутворення, а для *південного* – з високою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення.

На основі аналізу дерматогліфічної картини *загальної групи* соматично

здорових чоловіків з *низьким чи середнім рівнями інтенсивності карієсу*, виявлені узагальнені критерії схильності до перебігу карієсу з відповідним рівнем інтенсивності ураження. Дерматогліфічний комплекс соматично здорових чоловіків з *низьким* рівнем інтенсивності карієсу відрізняється від дерматогліфіки чоловіків з середнім рівнем та представлений високою частотою рідкісних візерунків з низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадкові візерунки) на V пальці обох кистей (права: 17,9 % проти 9,0 % і ліва: 19,5 % проти 8,5 %), більшими значеннями індексу Каммінса лівої долоні ($8,613 \pm 2,187$ проти $8,099 \pm 1,941$), більш частою наявністю візерунків в III міжпальцевому проміжку (96,7 % проти 89,9 %) та гіпотенарі лівої долоні (83,7 % проти 73,9 %); а з *середнім* рівнем інтенсивності карієсу – представлений високою частотою візерунків з високою інтенсивністю гребенеутворення (завитки) на III пальці правої кисті (8,5 % проти 2,4 %), з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) на IV (47,3 % проти 33,3 %) і V (76,6 % проти 65,0 %) пальцях лівої кисті, рідкісних візерунків з низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадкові візерунки) на III пальці лівої кисті (8,5 % проти 3,3 %) та більш вираженою лівобічною асиметрією гребінцевого рахунку V пальця ($-0,718 \pm 4,526$ проти $-0,569 \pm 4,133$).

При аналізі показників дерматогліфіки чоловіків з *низьким і середнім рівнями інтенсивності ураженості карієсом у межах кожного з адміністративно-територіальних регіонів України* виявлені регіони як з менш, так і більш значними відмінностями. Найменше відмінностей виявлено між показниками дерматогліфіки чоловіків, уражених карієсом різного рівня у західному регіоні України (2 ознаки), дещо більше – у східному (4 ознаки), північному (4 ознаки) та центральному (5 ознак) регіонах, найбільше відмінностей виявлено у південному регіоні (13 ознак). З урахуванням показників асиметрії кількість відмінностей у західному і східному регіонах збільшується до 5, а в південному – до 16, у північному та центральному регіонах відхилень за показниками асиметрії не зафіксовано.

У західному регіоні України розмежування перебігу карієсу з середнім/

низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки проявляється на рівні візерунка з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарні петлі) на II пальці лівої кисті, який менш характерний для чоловіків з середнім рівнем КПВ (20,0 % проти 47,4 %) та менших значеннях індексу Каммінса у них ($7,500 \pm 1,780$ проти $8,778 \pm 1,700$), крім того, у чоловіків з середнім рівнем КПВ індекс Каммінса значно вищий на правій долоні, порівняно з лівою, в той час як у чоловіків з низьким рівнем КПВ його значення на правій/лівій долонях близькі ($2,029 \pm 2,222$ проти $0,944 \pm 2,127$) і, навпаки, гребінцеві рахунки b-c на правій/лівій долоні у чоловіків з середнім рівнем КПВ мало відрізняються один від одного, в той час як у чоловіків з низьким рівнем КПВ його значення на правій долоні більш високі порівняно з лівою ($0,419 \pm 3,510$ проти $2,474 \pm 2,932$), за значеннями гребінцевого рахунку V пальця для чоловіків з середнім рівнем КПВ характерне лівобічне переважання, а для чоловіків з низьким рівнем КПВ незначне правобічне ($-2,457 \pm 5,883$ проти $0,789 \pm 2,573$).

У *східному* регіоні України розмежування перебігу карієсу з середнім/низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки проявляється на рівні візерунка з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуги) на II пальці правої кисті, який менш характерний для чоловіків з середнім рівнем КПВ (20,0 % проти 54,5 %), а також більших значеннях розміру кута $\angle atd$ лівої долоні ($38,88 \pm 3,92^\circ$ проти $37,27 \pm 5,48^\circ$) і гребінцевих рахунків a-b обох долонь (права: $38,72 \pm 6,07$ проти $36,36 \pm 5,07$ і ліва: $40,08 \pm 5,13^\circ$ проти $36,73 \pm 4,22^\circ$) у них, крім того, у чоловіків з середнім рівнем КПВ розмір кута $\angle atd$ більший на лівій долоні, а у чоловіків з низьким рівнем КПВ – на правій ($-0,760 \pm 3,479^\circ$ проти $1,818 \pm 3,250^\circ$).

У *північному* регіоні України розмежування перебігу карієсу з середнім/низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки проявляється на рівні візерунка з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишень) на III пальці лівої кисті, який більш характерний для чоловіків з середнім рівнем КПВ (31,6 % проти 5,0 %), в той час як для чоловіків

з низьким рівнем КПВ характерне переважання візерунка з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарна петля) на III пальці (60,0 % проти 21,1 %), рідкісних візерунків з низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадковий візерунок) на V пальці (25,0 % проти 5,3 %) лівої кисті та більш часта наявність візерунка на гіпотенарі лівої долоні (90,0 % проти 63,2 %).

У *центральному* регіоні України розмежування перебігу карієсу з середнім/низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки проявляється на рівні візерунка з високою інтенсивністю гребенеутворення (завиток) на III пальці (12,5 % проти 3,1 %), з середньою (ульнарна петля) – на V пальці (75,0 % проти 54,7 %) правої кисті і низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадковий візерунок) – на III пальці лівої кисті (14,1 % проти 0 %), які більш характерні для чоловіків з середнім рівнем КПВ. Для чоловіків з низьким рівнем КПВ характерна наявність візерунка з нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуга) на IV пальці правої кисті (15,6 % проти 4,7 %).

У *південному* регіоні України розмежування перебігу карієсу з середнім/низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки проявляється на рівні візерунка з середньою інтенсивністю гребенеутворення (ульнарна петля) на V пальці (76,9 % проти 22,2 %) і нулевою інтенсивністю гребенеутворення (дуга) на II пальці (50,0 % проти 11,1 %) правої кисті, а також більших розмірів кута $\angle \text{dat}$ правої долоні ($57,62 \pm 5,83^\circ$ проти $50,22 \pm 9,08^\circ$), більший віддалі між долонними трирадіусами c-t ($82,88 \pm 10,28$ мм проти $60,00 \pm 10,80$ мм) та обов'язкової наявності карпального трирадіуса (права: 100 % проти 77,8 % і ліва: 100 % проти 66,7 %) у чоловіків з середнім рівнем КПВ. Для чоловіків з низьким рівнем КПВ характерна наявність візерунка з високою інтенсивністю гребенеутворення (центральна кишеня) на IV пальці правої (55,6 % проти 19,2 %) і II пальці лівої (22,2 % проти 0 %) кистей, а також візерунки з низькою інтенсивністю гребенеутворення (випадковий візерунок) – на III і V пальці правої кисті (III: 22,2 % проти 0 % і V: 55,6 % проти 3,8 %), для них характерні більш високий дельтовий індекс обох кистей ($12,22 \pm 4,41$ проти $9,577 \pm 3,828$), високі значення гребінцевого рахунку III пальця правої кисті ($13,11 \pm$

8,12 проти $7,346 \pm 6,823$), а також більш часта наявність проміжного вісьового трирадіуса на лівій долоні (33,3 % проти 3,8 %). Крім того у чоловіків з середнім рівнем КПВ порівняно з чоловіками з низьким рівнем КПВ спостерігається лівобічне переважання значень гребінцевого рахунку V пальця ($-1,692 \pm 4,550$ проти $1,333 \pm 2,872$) і відрізка c-t ($-0,875 \pm 7,468$ проти $2,896 \pm 5,621$) та правобічне розміру кута $\angle btc$ ($0,600 \pm 4,340$ проти $-2,444 \pm 4,531$).

Підводячи підсумок роботи, необхідно відзначити, що отримані в ході дослідження значення частоти ураження карієсом різців, іклів, премолярів і молярів відрізнялись у досліджуваних із різних регіонів. Це принципово компрометує результати безлічі сучасних досліджень, які повідомляють про ефективність різних засобів профілактики карієсу, які базуються лише на урахуванні медичних й соціально-середовищних факторів виникнення карієсу. Такий результат без кількісної та якісної оцінки генофонду популяції неможливий за визначенням. Тому інтеграція карієсологічних знань в загальномедичні, біологічні, генетичні – єдиний шлях практичного контролю над цією цивілізаційною недугою [121]. Групові дані дерматогліфіки, отримані нами, створюють можливість передбачення розвитку карієсу того чи іншого рівня інтенсивності на індивідуальному рівні та вжиття своєчасних попереджувальних лікувально-профілактичних заходів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі подано вирішення науково-прикладної проблеми, яка полягає у встановленні у *соматично здорових чоловіків України регіональних особливостей*: ураження різців, іклів, премолярів і молярів за даними стоматологічного й комп'ютерно-томографічного обстеження; показників інтенсивності карієсу зубів, резистентності емалі зубів до карієсу й рівня гігієни порожнини рота та зв'язків між даними показниками; ознак пальцевої й долонної дерматогліфіки при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів; зв'язків між дерматогліфічними показниками та інтенсивністю карієсу зубів, або резистентності емалі зубів до карієсу. Отримані результати дозволили розробити прогностичні математичні моделі схильності до певного рівня інтенсивності ураженості зубів карієсом, або резистентності емалі зубів до карієсу у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей дерматогліфічних показників.

1. Незважаючи на практичну однорідність вибірок соматично здорових чоловіків першого зрілого віку із різних етно-територіальних регіонів України за результатами соціально-гігієнічних досліджень (лише поодинокі достовірні, не маючі системного характеру відмінності в характері праці та умовах проживання, показників використання засобів догляду порожнини рота і суб'єктивної оцінки стану тканин пародонту), нами встановлені виразні регіональні відмінності частоти ураження карієсом та його ускладнень усіх груп зубів як верхньої, так і нижньої щелепи.

2. Для *різців* частота ураження поверхневим карієсом має найвищі значення на верхній щелепі у північному, південному і східному регіонах (не перевищує 13,2%); а середнім карієсом – у північному, південному і центральному регіонах (не перевищує 9,3%). Для *іклів* найбільша частота ураження поверхневим і середнім карієсом спостерігається на верхній щелепі у південному регіоні (не перевищує 9,7%). Ураження глибоким карієсом різців і іклів у со-

матично здорових чоловіків відсутнє. Ураження *премолярів* поверхневим і середнім карієсом на верхній щелепі має найвищі значення в південному і східному регіонах (не перевищує 14,9%), а на нижній щелепі – ураження поверхневим карієсом найбільш виражено в південному, західному і східному регіонах (не перевищує 9,5%). Найбільш високий рівень ураження карієсом встановлений для *молярів*: найвищі значення поверхневого карієсу на верхній і нижній щелепах встановлені у представників південного регіону (не перевищує 38,7%); а середнього карієсу – у представників північного (не перевищує 21,3%) і південного регіону (не перевищує 25,5%). Для *премолярів* і *молярів* частота глибокого карієсу не перевищує 1,5%.

3. При порівнянні частоти ураження карієсом у відповідних регіонах між даними стоматологічного і комп'ютерно-томографічного дослідження достовірно більші значення частоти середнього і глибокого карієсу (більш виражено для усіх груп зубів на верхній щелепі) встановлені за даними комп'ютерної томографії, переважно в центральному і північному регіонах.

4. При аналізі частоти та стану пломб, а також вторинного карієсу встановлено, що для *різців*, *іклів* і *премолярів* частота цілісних пломб більш виражена на верхній щелепі (не перевищує 3-4%), а вторинного карієсу – лише для *премолярів* (не перевищує 1,5%). Найбільша частота цілісних пломб і вторинного карієсу встановлена в усіх регіонах для *молярів*. Причому, на відміну від інших груп зубів, більш високі значення спостерігаються на нижній щелепі (відповідно частота цілісних пломб не перевищує 18,8%; вторинного карієсу – 3,7%). Найвищі показники для усіх груп зубів, у більшості випадків, встановлені для представників західного регіону.

5. При аналізі частоти відсутності зубів та їх коронок встановлено, що для *різців* і *іклів* дані показники у більшості випадків відсутні; для *премолярів* – відсутність зубів у більшості регіонів не перевищує 2-3% (лише у східному регіоні відсутність даних зубів на верхній щелепі складає 7,8%), а відсутність коронок зубів – 1%; для *молярів* – встановлено найвищий відсоток відсутності

зубів, причому, як на верхній (не вище 19,7%), так і на нижній щелепах (не вище 25,6%), а відсутність коронок зубів – не перевищує 0,5%.

6. При аналізі частоти періодонтитів за даними комп'ютерної томографії найвищий рівень ураження хронічним фіброзним (не більше 4,2%) та хронічним гранулематозним періодонтитом (не більше 5,1%) встановлений в усіх регіонах для *молярів*, у більшості випадків більш виражено на нижній щелепі.

7. Серед показників інтенсивності карієсу зубів, резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота без розподілу та з розподілом на різні рівні КПВ, найбільша кількість регіональних відмінностей встановлена для показників інтенсивності карієсу зубів (привертає увагу більший загальний рівень КПВ в усіх групах за даними комп'ютерної томографії), а найменша – для показників рівня резистентності емалі зубів до карієсу та рівня гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної. Відсутність однотипних регіональних розбіжностей показників інтенсивності карієсу зубів і рівня гігієни порожнини рота, поряд із встановленою вище різною частотою ураження зубів, вказує на генетичну схильність до даної патології.

8. При аналізі достовірних кореляцій між показниками показники інтенсивності карієсу зубів і резистентності емалі зубів до карієсу, а також цих показників із показниками рівня гігієни порожнини рота встановлено, що переважна більшість зв'язків є прямими слабкої сили (r від 0,15 до 0,32, $p < 0,05$), за винятком кореляцій між інтенсивністю карієсу зубів і рівнем гігієни порожнини рота за індексом Green-Vermillion, де, практично в усіх регіонах, встановлені прямі середньої сили зв'язки (r від 0,41 до 0,51, $p < 0,05$).

9. Популяційна дерматогліфічна картина соматично здорових чоловіків із різних регіонів України формується переважно за рахунок генетичного внеску осіб з *низьким та середнім рівнями* інтенсивності ураженості карієсом.

За дерматогліфічними маркерами карієсу з *низьким* рівнем КПВ найбільш своєрідними є *західний і південний* регіони, які *відображають популяційно-регіональні особливості генофонду українців*, що підтверджується да-

ними інших дослідників щодо поліморфізму мітохондріальної ДНК і Y хромосоми, встановленому в різних регіонах України.

10. Встановлена варіабельність процесів схильності до перебігу карієсу з *середнім* рівнем КПВ у соматично здорових чоловіків з різних регіонів України, підтверджена дерматогліфічними маркерами в їх регіональних варіантах. Зіставлення територіальної поширеності популяційних варіантів дерматогліфіки, встановлених іншими дослідниками, з розташуванням досліджуваних нами адміністративно-територіальних регіонів, *не виявило аналогій при середньому рівні КПВ, що дає підстави трактувати отримані дані в якості прояву схильності до перебігу карієсу з середнім рівнем інтенсивності.*

11. У межах кожного регіону України у соматично здорових чоловіків виявлені розбіжності дерматогліфічних показників між низьким і середнім рівнями КПВ, які вказують на можливість прогнозу перебігу карієсу з тим чи іншим рівнем інтенсивності ураженості відповідно до встановленої специфіки дерматогліфіки кожного регіону країни.

Розмежування перебігу карієсу з середнім/низьким рівнями інтенсивності ураженості за маркерами дерматогліфіки найбільш яскраво проявляється у південному регіоні, достатньо – у східному, північному та центральному регіонах і менше – у західному регіонах України: у *південному* регіоні – на рівні візерунка з високою, середньою, низькою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення, дельтового індексу, пальцевого гребінцевого рахунку, а також розміру кута $\angle dat$, відстані між долонними трирадіусами c-t, наявності карпального і проміжного трирадіусів та асиметрії пальцевого гребінцевого рахунку, відстані c-t й розміру кута $\angle btc$; у *східному* регіоні – на рівні візерунка з нулевою інтенсивністю гребенеутворення, розміру кута $\angle atd$ і гребінцевих рахунків a-b також, асиметрії розміру кута $\angle atd$; у *північному* регіоні – на рівні візерунка з високою інтенсивністю гребенеутворення, рідкісних візерунків з низькою інтенсивністю гребенеутворення та наявності візерунка на гіпотенарі лівої долоні; у *центральному* регіоні – на рівні візерунка з високою, середнь-

ою, низькою і нулевою інтенсивністю гребенеутворення; у *західному* регіоні – на рівні візерунка з середньою інтенсивністю гребенеутворення, індексу Каммінса та асиметрії індексу Каммінса, пальцевого (V пальця) і долонного (b-c) гребінцевих рахунків.

12. Кореляційний аналіз між стоматологічним і дерматогліфічним статусами чоловіків із різних регіонів України продемонстрував наявність малочислених зв'язків між ними, вирахованих як на основі абсолютних, так і на основі групових значень стоматологічних показників, більшість з яких співвідноситься з інтенсивністю ураження зубів карієсом, а меншість – з резистентністю емалі зубів до карієсу.

13. Розроблені, на основі показників пальцевої і долонної дерматогліфіки, дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати імовірність низького або середнього рівнів інтенсивності карієсу зубів, або імовірність високого або помірного рівнів резистентності емалі зубів до карієсу у чоловіків із різних регіонів України. Найвища коректність моделей встановлена у представників південного (відповідно статистика Уїлкса лямбда = 0,078 і 0,264; $F = 28,44$ і $8,37$; $p < 0,001$) й східного (відповідно статистика Уїлкса лямбда = 0,219 і 0,284; $F = 8,91$ і $8,09$; $p < 0,001$) регіонів.

14. До складу моделей *рівнів інтенсивності карієсу зубів* у чоловіків із різних регіонів України найбільш часто входять показники пальцевої дерматогліфіки (55,5%) – типи візерунків і значення їх асиметрії на пальцях кисті (33,3%), а також значення гребінцевих рахунків та їх асиметрії на пальцях кисті (22,2%); а моделей *рівнів резистентності емалі зубів до карієсу* – показники долонної дерматогліфіки (65,3%) – величина долонних кутів і значення їх асиметрії (26,5%), наявність візерунків і вісьових трирадіусів на долонях (16,3%), величина міжпальцевих гребінцевих рахунків між трирадіусами та значення їх асиметрії (14,3%) та величина індексу Каммінса і значення його асиметрії (8,2%). Причому найбільший внесок у дискримінацію, *в обох випадках*, найбільш часто вносять показники долонної дерматогліфіки (відповідно 66,7 і 75%).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акжитова Г. О. Повышение резистентности твердых тканей временных зубов у детей с дисбактериозом кишечника: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. О. Акжитова. – Полтава, 2011. – 18 с.
2. Александров Е. І. Особливості електролітного складу слини і крові та стану зубної емалі у жінок з дефіцитом естрогенів / Е. І. Александров, О. В. Авсянкін, І. М. Александров // Питання експериментальної та клінічної медицини (Збірник статей). – 2012. – Т. 3, № 16. – С. 349.
3. Аналіз показників стоматологічної допомоги населенню України в 2010 році / К. М. Косенко, О. Е Рейзвіх, Р. Т. Жадько [та ін.] // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 82-85.
4. Андреева Т. И. Оценка состояния полости рта населения как индикатор для мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний / Т. И. Андреева, И. П. Фроес // Охорона здоров'я України. – 2009. – №1 (33). – С. 43-44.
5. Андреева Ю. В. Оптимизация диагностики и лечения начального кариеса у лиц, инфицированных вирусом простого герпеса: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Андреева. – Уфа, 2013. – 24 с.
6. Антропогенетический подход к формированию групп риска при проведении профилактики кариеса зубов / Ф. З. Савранский, Н. Н. Береза, С. И. Зайонц [и др.] // Стоматология. – 1987. – С. 9-12.
7. Аржанцев А. П. Информативность лучевых методик при анализе состояния костных тканей пародонта / А. П. Аржанцев, М. И. Тамасханова, С. Ю. Махатадзе // Материалы XXV и XXVI научно-практ. конф. «Актуальные проблемы стоматологии». – М., 2011. – С. 206-208.
8. Аржанцев А. П. Некоторые аспекты рентгенодиагностики заболеваний пародонта / А. П. Аржанцев, М. И. Тамасханова // Стоматология для всех. – 2014. – № 1. – С. 30-34.
9. Аржанцев А. П. Рентгенодиагностика пародонтальных костных воспали-

тельних процесів / А. П. Аржанцев, М. И. Тамасханова // Стоматологія. – 2012. – № 3. – С. 80-85.

10. Артюшкевич А. С. Клиническая периодонтология / А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимова, С. В. Латышева. – Мн.: Ураджай, 2002. – С. 106-110.

11. Ахмедова З. Р. Инструментальная обработка и рентгенологическое исследование корневых каналов зубов / З. Р. Ахмедова, Ю. А. Винниченко, А. П. Аржанцев. – М.: Миклош, 2010. – 112 с.

12. Бабушкина Н. С. Оценка стоматологического статуса детей, проживающих в различных геохимических районах Крыма / Н. С. Бабушкина // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, № 4 (64). – С. 18-21.

13. Балановский О. П. Генофонд белорусов по данным о трех типах генетических маркеров – аутосомных, митохондриальных, Y хромосомы / О. П. Балановский, О. В. Тегако // Актуальные вопросы антропологии: сб. статей. – Минск, 2008. – Т. 2. – С. 53-65.

14. Барановський В. А. Екологічний атлас України / В. А. Барановський. – К, 2003. – 220 с.

15. Безвужко Е. В. Вплив забруднення довкілля на стоматологічну захворюваність дітей / Е. В. Безвужко, М. А. Климчук // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 65-68.

16. Безруков В. М. Медицинская реабилитация больных со значительной атрофией челюстей / В. М. Безруков, А. А. Кулаков, М. А. Ахмадова // Стоматология. – 2003. – № 1. – С. 47-49.

17. Беляев Е. В. Кореляційні взаємозв'язки між інтенсивністю карієсу зубів із кількісними та якісними показниками пальцевої та долонної дерматогліфіки у практично здорових міських юнаків і дівчат / Е. В. Беляев // Вісник Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2007. – Т. 11, № 1/2. – С. 387-391.

18. Беляев Е. В. Антропогенетичні фактори виникнення карієсу у практично здорових міських юнаків і дівчат Подільського регіону України: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Беляев. – Вінниця, 2007. – 21 с.

19. Беляев Е. В. Особливості деяких антропометричних параметрів у прак-

тично здорових міських юнаків і дівчат із низькою, середньою і високою інтенсивністю карієсу / Е. В. Беляєв // Вісник морфології. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 364-368.

20. Беляєв Е. В. Оцінка гігієнічного статусу порожнини рота у соматично здорових міських мешканців юнацького віку Подільського регіону України / Е. В. Беляєв, О. В. Шакірова // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасний стан і актуальні проблеми ортопедичної стоматології». – Івано-Франківськ, 2005. – С. 4-5.

21. Береза Н. Н. Дерматоглифика при кариесе зубов / Н. Н. Береза, Ф. З. Савранский // Вопросы антропологии: тезисы докладов. – Тарту, 1985. – С. 185-186.

22. Березкина И. В. Оптимизация эндодонтического лечения осложненного кариеса зубов с использованием цифровых методов рентгенодиагностики / И. В. Березкина. – Санкт-Петербург, 2010. – 26 с.

23. Белікова І. В. Деякі аспекти проблеми взаємозв'язку якості питної води та виникнення захворювань порожнини рота / І. В. Белікова // X конгрес світової федерації Українських лікарських товариств, 2004: тези доповідей. – Чернівці-Київ-Чікаго, 2004. – С.38-39.

24. Белікова І. В. Наукове обґрунтування оптимізації функціонально-організаційної моделі профілактики стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / І. В. Белікова. – Київ, 2010. – 24 с.

25. Белікова І. В. Поширеність та інтенсивність карієсу серед дитячого населення, яке вживає питну воду з джерел різної мінералізації (на прикладі Полтавської області) / І. В. Белікова // Укр. стоматол. альманах. – 2008. – № 5. – С. 29-30.

26. Биденко Н. В. Патогенез, клиническая картина, прогнозирование, особенности лечения и профилактики кариеса зубов у детей в возрасте до 3-х лет: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н. В. Биденко. – Киев, 2012. – 35 с.

27. Бимбас Е. С. Прогнозирование множественного кариеса у детей / Е. С. Бимбас, Е. С. Иощенко // Фундаментальные и прикладные проблемы стомато-

логии, 2009: тезисы международной научно-практической конференции. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2009. – С. 237-238.

28. Біденко Н. В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі / Н. В. Біденко // Современная стоматология. – 2007. – № 1. – С. 66-72.

29. Білищук М. В. Прогностична оцінка і профілактика карієсу зубів у дітей Прикарпаття: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Білищук. – Одеса, 2008. – 22 с.

30. Боднарук Ю. Б. Стоматологічна захворюваність у дітей з дитячим церебральним паралічем : (огляд л-ри) / Ю. Б. Боднарук, М. М. Рожко, З. Б. Попович // Галиц. лікар. вісн. – 2013. – Т. 20, № 1 (ч. 1). – С. 136-138.

31. Болонкин В. П. Реабилитация больных при значительной атрофии костной ткани альвеолярного отростка / В. П. Болонкин, Т. В. Меленберг, И. В. Болонкин // Урал. мед. ж. – 2009. – №5 (59), июнь. – С. 12-17.

32. Борисенко А. В. Дискримінантні моделі рівня резистентності емалі зубів до карієсу у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей дерматогліфічних показників / А. В. Борисенко, М. М. Шінкарук-Диковицька // Загальна патологія і клінічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 32-41.

33. Борисенко А. В. До питання щодо генетичної складової в ураженні зубів карієсом різної інтенсивності / А. В. Борисенко, М. М. Шінкарук-Диковицька // Світ медицини та біології. – 2014. – № 4 (47). – С. 18-22.

34. Борисенко А. В. Индексная оценка интенсивности кариеса и уровня резистентности эмали зубов к кариесу у соматически здоровых мужчин из разных регионов Украины / А. В. Борисенко, Н. Е. Лисничук, М. М. Шинкарук-Диковицкая // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2015. – № 2 (83). – С. 17-23.

35. Борисенко А. В. Карієс зубів. Практическое руководство / А. В. Борисенко. – К.: Книга плюс, 2005. – 416 с.

36. Борисенко А. В. Региональные особенности дерматоглифики соматически здоровых мужчин, пораженных кариесом низкого уровня интенсивности / А. В. Борисенко, М. М. Шинкарук-Диковицкая // Российский медико-биологи-

ческий вестник имени академика И. П. Павлова . – 2015. – №3. – С. 111-115.

37. Борисенко А. В. Характеристика премолярів після терапевтичного лікування у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / А. В. Борисенко, М. М. Шінкарук-Диковицька // Інновації в стоматології. – 2015. – № 1 (7). – С. 19-24.

38. Борисенко А. В. Частота ураження каріесом молярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження та конусно-променевої комп'ютерної томографії / А. В. Борисенко, М. М. Шінкарук-Диковицька // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2014. – № 23. – С. 80-86.

39. Борисенко А. В. Частота хронічного періодонтиту, кістогранулем або кист молярів у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України / А. В. Борисенко, М. М. Шінкарук-Диковицька // Медичний форум. – 2015. – № 4 (04). – С. 86-90.

40. Борисенко Л. Г. Компьютерная программа “Аденция” / Л. Г. Борисенко // Стоматол. журнал. – 2004. – № 3. – С. 16-19.

41. Борисенко Л. Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л. Г. Борисенко // Стоматол. журнал. – 2004. – № 2. – С. 13-15.

42. Борискина О. А. Обнаружение прогностически значимых молекулярно-генетических маркеров для ранней высокоточной диагностики развития агрессивного пародонтита: дис. ... канд. мед. наук / О. А. Борискина. – 2014.– 146 с.

43. Боровиков В. П. STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В. П. Боровиков, И. П. Боровиков. – М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1998. – 608 с.

44. Боровский Е. В. Профилактическая направленность при лечении пациентов с кариесом зубов / Е. В. Боровский, К. А. Суворов // Стоматология. – 2011. – № 3. – С. 23-25.

45. Брагин А. В. Клинико-физиологический статус лиц с различной устойчивостью к кариесу зубов и заболеваниям пародонта (механизмы резистентности, основы системной профилактики и комплексного лечения) : автореф. дис. ... докт. мед. наук / А. В. Брагин. – Омск, 2008. – 40 с.

46. Бударина Н. В. Алгоритм проектирования первичной профилактики кариеса у детей на основе генетического анализа / Н. В. Бударина, А. А. Антонова, М. И. Елистратова // Актуальные проблемы педиатрии и хирургии детского возраста: сб. материалов науч.-практ. конф. с междунар. участием к 50-летию каф. дет. хирургии, ортопедии и травматологии ДВГМУ, г. Хабаровск, 28-29 марта 2013 г. – Хабаровск, 2013. – Ст. 13. – С. 53-56.

47. Буртова Ю. О. Оптимізація системи організації надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в сучасних умовах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. О. Буртова. – Київ, 2007. – 26 с.

48. Варивода В. О. Сучасні погляди на антропо-генетичні аспекти виникнення карієсу / В. О. Варивода // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2005. – № 4. – С. 117-121.

49. Васильев А. Ю. Комплексная диагностика травматических поврежденных зубов и челюстей / А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев, В. П. Трутень // Материалы конгресса радиологов Украины. – Киев, 2006. – С. 73-74.

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

51. Взаємозв'язок інтенсивності карієсу зубів з дерматогліфічними показниками у практично здорових підлітків / І. В. Руда, Ю. Й. Рудий, Л. А. Клімас // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 53-54.

52. Викторов С. В. Прогнозирование тяжести клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей с применением генетических маркеров: дис. ... канд. мед. наук / С. В. Викторов. – Уфа, 2012. – 111 с.

53. Власов В. В. Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. – М.: Медиа Сфера, 2007. – с. 392.

54. Влияние биохимических, микробиологических факторов на развитие кариеса в полости рта / А. В. Рябинин // Современные аспекты медицины и биологии : материалы XII межвуз. науч. конф. молодых ученых и студентов, 23-26 апр. 2012 г., г. Ижевск. – Ижевск, 2012. – С. 10-11.

55. Влияние различных факторов среды жизнедеятельности на распространенность стоматологической патологии у беременных женщин / В. Э. Акберов, А. Я. Сапельников, С. В. Капранов [и др.] // Гігієна населених місць. – 2011. – № 58. – С. 392-395.

56. Волков А. Н. Значение полиморфизма генов человека, участвующих в амелогенезе и формировании микросреды ротовой полости, для развития кариеса / А. Н. Волков, Л. Ю. Лошакова // Медицинская генетика. – 2011. – Т. 10. – № 2 (104). – С. 11-15.

57. Волков А. Н. Полиморфизм генетических маркеров rs2664152 и rs2664153, расположенных в 5'-области, по соседству с геном KLK4, среди детей дошкольного возраста с различным уровнем кариеса / А. Н. Волков, Л. Ю. Лошакова, А. С. Сухих // Медицинская генетика. – 2011. – Т. 10, № 9 (111). – С. 11-15.

58. Волков Е. А. Терапевтическая стоматология: учебник. В 3 ч. Часть 1. Болезни зубов / Под ред. Е. А. Волкова, О. О. Янушевича. – Издательство: ГЕОТАР-Медиа, 2013. – 168 с.

59. Волчек Д. А. Современные методы обследования пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти / Д. А. Волчек // Ортодонтия. – 2006. – № 1. – С. 24–26.

60. Вплив взаємодії алюмінію і фтору на захворювання карієсом мешканців Північної Буковини / С. С. Руденко, Б. П. Том'юк, М. А. Бербець, Т. М. Філянович // Екологія та ноосферологія. – 2005. – Т. 16, № 3-4. – С. 243-248.

61. Вплив негативних факторів довкілля на рівень стоматологічної захворюваності дитячого населення / М. А. Лучинський, Ю. І. Лучинська, О. І. Остапко, В. М. Лучинський // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, № 2. – С. 221-223.

62. Гавриленко М. А. Оценка стоматологического статуса детей с онкогематологической патологией / М. А. Гавриленко // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №1 (82). – С. 13-15.

63. Гасюк А. П. Аспекти розвитку каріозного процесу в фісурах і ямках великих кутніх зубів у гендерному аспекті / А. П. Гасюк, А. Б. Воробець, С. О. Росоловська // Клінічна стоматологія. – 2015. – № 3-4. – С.132.

64. Гамзаев Б. М. Незученные аспекты патогенеза кариеса зубов / Б. М. Гамзаев, Л. К. Ибрагимова // Новое в стоматологии. – 2007. – № 17. – С. 18-19.

65. Гамзаев Б. М. О роли зубного ликвора в кариозном процессе / Б. М. Гамзаев // Новое в стоматологии. – 2003. – № 6. – С. 114.

66. Генетические факторы предрасположенности к пародонтиту / А. Н. Петрин, А. В. Сафонова, С. Д. Арутюнов [и др.] // Стоматолог. – 2009. – № 4. – С. 32-34.

67. Географічна енциклопедія України. – К.: Укр. енциклопедія, 1993. – Т. 3. – 305 с.

68. Гинтер Е. К. Медицинская генетика / Е. К. Гинтер. – М.: Медицина, 2003. – 449 с.

69. Гігієнічна скринінг-оцінка впровадження здоров'яформуючих інновацій у загальноосвітніх навчальних закладах / Г. М. Даниленко, Л. Д. Покроєва, І. С. Кратенко [та ін.]. – Харків, 2006. – 76 с.

70. Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. – М.: Наука, 1966. – 151 с.

71. Гликман М. Л. Роль наследственности в этиологии кариеса зубов: автореф. дис.... канд. мед. наук / М. Л. Гликман. – М., 1978. – 18 с.

72. Година Е. З. Динамика процессов роста и развития у человека: пространственно-временные аспекты : дис. ... д-ра биол. наук : спец. 03.00.14 «Антропология» / Е. З. Година. – М., 2001. – 383 с.

73. Гончаров И. Ю. Планирование хирургического этапа дентальной имплантации при лечении пациентов с различными видами отсутствия зубов, де-

фектами и деформациями челюстей: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / И. Ю. Гончаров. – Москва, 2009. – 50 с.

74. Горбунова И. Л. Использование ДНК-технологий для раннего выявления предрасположенности к кариесу / И. Л. Горбунова // Стоматология. – 2006. – № 4. – С.18-19.

75. Горбунова И. Л. Клиническая интерпретация метаболических и молекулярно-генетических характеристик тканевой резистентности полости рта: дис. ... докт. мед. наук / И. Л. Горбунова. – Омск, 2007. – 279 с.

76. Громов О. В. Сравнительная характеристика различных методов рентгенологического исследования стоматологических больных / О. В. Громов, Р. Э. Василенко, Д. А. Миончинский // Современная стоматология. – 2009. – №4. – С. 139-141.

77. Гунас І. В. Прогнозування ризику виникнення карієсу зубів в залежності від будови тіла і показників пальцевої і долонної дерматогліфіки у підлітків різної статі / І. В. Гунас, І. В. Руда, Г. В. Даценко [та ін.] // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2005. – № 4. – С. 66-70.

78. Гусева И. С. Генетические проблемы в дерматоглифике : автореф. дис. ... докт. биол. наук / И. С Гусева. – Минск, 1982. – 38 с.

79. Давыдов Б. Н. Толерантность к фториду при кариесе и флюорозе зубов / Б. Н. Давыдов, Ю. Н. Боринский, В. А. Беляев // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 13-20.

80. Данилевский Н. Ф. Мониторинг состояния гигиены полости рта взрослого населения Украины как медикаментозное обоснование планирования региональных программ профилактики / Н. Ф. Данилевский, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 164-168.

81. Данилевский Н. Ф. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины / Н. Ф. Данилевский, Л. Ф. Сидельникова, А. Г. Ткаченко // Совр. стоматология. – 2003. – №3. – С. 14-16.

82. Дегтярєва Л. А. Вплив генотипічних чинників на клінічні проявлення та плин хронічного верхівкового періодонтиту: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. А. Дегтярєва. – Київ, 2010. – 20 с.

83. Демчина Г. Р. Оцінка ризику виникнення фісурного карієсу за тестом одонтогліфіки / Г. Р. Демчина, С. Й. Кухта // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Епідеміологія основних стоматологічних захворювань». – Івано-Франківськ, 2004. – С. 28-29.

84. Денисова Е. Г. Распространенность заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста / Е. Г. Денисова, И. И. Соколова // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 113-116.

85. Деньга О. В. Мікроелементи та стоматологічне здоров'я дитячого населення / О. В. Деньга, О. М. Світлична, Ю. М. Ворохта // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 53-56.

86. Динаміка каріозного процесу та стану тканин пародонта жінок під час вагітності / Л. Й. Островська, Т. Д. Бублій, Т. О. Петрушанко, Н. В. Петрученко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2012. – Т. 12, № 4 (40). – С. 39-42.

87. Достижения, инновационные направления, перспективы развития и проблемы современной медицинской науки, генетики и биотехнологий: Материалы заочной международной научно-практической конференции. – Москва, 2011. – 275 с.

88. Дубецька І. С. Особливості клінічного перебігу та профілактики карієсу молочних зубів: автореф. дис. ... канд. мед. наук / І. С. Дубецька. – Львів, 2007. – 24 с.

89. Елизарова В. М. Нарушение гомеостаза кальция при множественном кариесе зубов у детей / В. М. Елизарова, Ю. А. Петрович // Стоматология. – 2002. – № 1. – С. 67-71.

90. Жук Н. А. Оценка краевого прилегания пломб при различных условиях лечения кариеса зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Н. А. Жук. – Новосибирск, 2009. – 22 с.

91. Журочко О. І. Спосіб оцінки перебігу хронічного верхівкового періодонтиту. Методичні рекомендації / О. І. Журочко, Л. А. Дегтярьова, О. І. Долгов // МОЗ України. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи. – Київ, 2008. – 12 с.

92. Заболевания пародонта и здоровье / Р. М. Bartold, Р. М. Marshal, Т. Geogiou, F. В. Mercado // Пародонтология. – 2003. – № 3 (28). – С. 3-9.

93. Зависимость уровня активности нитраредуктазного комплекса ротовой жидкости подростков от уровня гигиены полости рта и индекса КПУ / В. И. Комарова, Э. М. Геншпринг, Э. С. Темкин [и др.] // Стоматология. – 2005. – № 2. – С. 21-23.

94. Запорожан В. М. Генетичні передумови здоров'я нації / В. М. Запорожан // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 455-463.

95. Звягін В. Н. Медико-антропологічні аспекти дерматоглифики фаланг кисті / В. Н. Звягін, Л. Ю. Шпак // Суд.-мед. експертиза. – 2000 – Т. 43, № 4. – С. 16-20.

96. Зелинская Н. А. Характеристика ультраструктуры эмали как маркера генетической детерминированности к кариесу зубов / Н. А. Зелинская, Т. А. Мельничук, Л. В. Стрюк // Современ. стоматология. – 2012. – № 5. – С. 19-20.

97. Зорян Е. В. Конституциональные особенности пациентов и их роль в прогнозировании и профилактике стоматологических заболеваний / Е. В. Зорян. – М., ЗАО «Арнебия», 2005. – 154 с.

98. Иванов В. С. Интенсивность кариеса зубов, симптомов кровоточивости, зубного камня у детей 12, 15 лет города Севастополь в динамике за 25 летний период наблюдений / В. С. Иванов, О. В. Деньга, В. Я. Скиба // Інновації в стоматології. – 2013. – № 1. – С. 35-39.

99. Иванова Д. В. Возможности лучевых методов в диагностике и определении тактики лечения ретенированных и дистопированных зубов / Д. В. Иванова // REJR. – 2011. – Т. 1, № 3. – С. 23-31.

100. Изучение влияния наследственности и среды на возникновение кариеса / Т. И. Исакова, О. Н. Чепурняк, С. В. Исаков [и др.] // Питання експериментальної та клінічної медицини: збірник статей. – 2012. – Т. 3, № 16. – С. 350-352.

101. Исаева Н. С. Стоматологическая заболеваемость у детей с гельминтозами (нематодозами) / Н. С. Исаева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2013. – Т. 3, № 9. – С. 1080-1081.

102. Использование рентгенологических методик при изучении строения корней разных групп зубов // Материалы Всеросс. конгресса лучевых диагностов. – М., 2007. – С. 30.

103. Індексна оцінка стану твердих тканин зубів і фізико-біохімічні властивості ротової рідини у практично здорових підлітків з різними рівнями інтенсивності карієсу зубів / І. В. Руда, Ю. Й. Рудий, Т. В. Чугу, М. А. Березняк // Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2009. – Т. 13, № 1. – С. 14-18.

104. Исаева Н. С. Вивчення стоматологічної захворюваності в дітей з аскаридозом / Н. С. Исаева // Современная стоматология. – 2011. – № 5. – С. 45-48.

105. Казакова Р. В. Порівняльний аналіз показників карієсу зубів і захворювань тканин пародонта у підлітків, які проживають у різних екологічних умовах / Р. В. Казакова, В. С. Мельник, М. В. Білищук // Новини стоматології. – 2013. – № 1. – С. 78-79.

106. Калининская А. А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А. А. Калининская, В. Н. Сорокин, Б. В. Трифонов // Рос. стоматол. ж. – 2006. – № 6. – С. 47-49.

107. Камалов Р. Х. Реформування системи управління стоматологічним забезпеченням Збройних Сил України: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Х. Камалов. – Київ, 2006. – 24 с.

108. Капранов М. Ю. Оптимизация клинико-лучевого мониторинга стоматологического лечения с использованием имплантатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Ю. Капранов. – Москва, 2013. – 24 с.

109. Кариес зубов, хронический генерализованный пародонтит и дефицит эстрогенов и электролитов у женщин / Е. И. Александров, Г. Ю. Агафонова, И.

Н. Александров [и др.] // «Медикосоциальные проблемы семьи». – 2013. – Т.18, № 3. – с. 24-28.

110. Каськова Л. Ф. Карієс зубів та його профілактика в дітей із родин ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л. Ф. Каськова. – Полтава, 2003. – 45 с.

111. Каськова Л. Ф. Показники карієсу постійних зубів у дітей із зубощелепними аномаліями / Л. Ф. Каськова, К. В. Марченко // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2010. – Т.10, № 3. – С. 24-27.

112. Каськова Л. Ф. Показники стоматологічної захворюваності у дітей Полтавської області / Л. Ф. Каськова, О. Е. Абрамова, О. Ф. Чуприна // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2009. – Т. 9, № 3 (27). – С. 83-84.

113. Кидд Эдвина А. М. Карієс зубів / пер. с англ. под ред. В. С. Иванова, Е. В. Ивановой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 192 с.

114. Клак Н. Н. Дерматоглифический статус мужчин первого периода зрелого возраста / Н. Н. Клак, Н. С. Горбунов // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – № 5. – С. 34-37.

115. Клак Н. Н. Перспективы применения дерматоглифики в медицине / Н. Н. Клак, Н. С. Горбунов, В. П. Чикун // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – № 3. – С. 10-14.

116. Клемин В. А. Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей / В. А. Клемин, А. В. Борисенко, П. В. Ищенко. – М.: «Медпресс-информ», 2004. – 112 с.

117. Ковач І. В. Захворюваність карієсом зубів та рівень гігієнічного стану порожнини рота у дітей дошкільного віку м. Дніпропетровська / І. В. Ковач, Г. В. Штомпель // Вісник стоматології. – 2010. – №3. – С. 75-78.

118. Колісник Д. А. Стоматологічний статус у хворих із остеопорозом / Д. А. Колісник, Ю. І. Силенко // Укр. стоматол. альманах. – 2007. – № 4. – С. 22-24.

119. Конусно-лучевая компьютерная томография при эндодонтическом лечении зубов: Новая медицинская технология / А. П. Аржанцев, З. Р. Ахмедова, С. А. Перфильев, Ю. А. Винниченко. – М., 2010. – 11 с.

120. Корнієнко Л. В. Стан стоматологічного здоров'я дітей з хронічними вірусними гепатитами та шляхи корекції: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. В. Корнієнко. – Київ, 2009. – 24 с.

121. Косенко К. Н. Стратегия профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом их эпидемиологической и биологической особенностей Украины / К. Н. Косенко, О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 2009. – № 4. – С. 24-25.

122. Кравець Т. П. Кальций и фтор: какой из них более для зубов ценен? / Т. П. Кравець // Стоматолог. – 2004. – № 10. – С. 19-23.

123. Кравець Т. П. Прогнозування росту карієсу зубів / Т. П. Кравець, В. В. Кушанова // Стоматолог. – 2004. – № 3. – С. 26-27.

124. Крюченко Н. О. Біогеохімічні провінції Закарпаття / Н. О. Крюченко, П. С. Папарига, Ю. К. Осадчук // Пошукова та екологічна геохімія. – 2009. – №1 (9). – С. 53-55.

125. Кузнецов Е. В. Микробная флора полости рта и ее роль в развитии патологических процес сов. Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие / Е. В. Кузнецов, В. Н. Царев / Под ред. проф. Л. А. Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – С. 178-212.

126. Кузник Н. Б. Стоматологічна захворюванність у дітей з ендокринною патологією / Н. Б. Кузник, О. І. Годованець, В. А. Гончаренко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2013. – Т. 12, №2 (44). – С. 100-102.

127. Кузник Н. Б. Стоматологічний статус дітей із супутньою соматичною патологією / Н. Б. Кузник, О. І. Годованець // Буковинський медичний вісник. – 2010. – Т. 14, №1 (53). – С. 45-47.

128. Кузник Н. Б. Стоматологічний статус дітей, які мешкають на нітратно забруднених територіях / Н. Б. Кузник, О. І. Годованець // Новини стоматології. – 2010. – № 2. – С. 83-84.

129. Курдиш Л. Ф. Лікування, профілактика та прогнозування множинного карієсу зубів у підлітків: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Ф. Курдиш. – Львів, 2010. – 20 с.

130. Курдиш Л. Ф. Результаты внедрения метода лечения и профилактики множественного кариеса зубов на основе клинического наблюдения / Л. Ф. Курдиш // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2013. – № 2. – С. 70-73.

131. Куцевляк В. Ф. Интенсивность кариеса зубов среди населения, что проживает в условиях повышенного содержания солей тяжелых металлов / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтин // Новости стоматологии. – 2011. – № 3. – С. 58-60.

132. Лабий Ю. А. Пломбирование кариозных полостей / Ю. А. Лабий // Профилактика детской терапевтической стоматологии: науч. пособие за ред. проф. Р. В. Казаковой. – К.: Медицина, 2006. – С. 143-160.

133. Лаврова Е. А. Пародонтологический статус и кариесвосприимчивость у детей с ювенильным ревматоидным артритом / Е. А. Лаврова, Л. В. Лаврова // Материалы VIII Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний. Санкт-Петербург-2014»; 12-13 мая 2014 г. – СПб, 2014. – С. 130-132.

134. Ларина М. В. Психогенные факторы риска развития кариеса зубов у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Ларина. – Уфа, 2006. – 24 с.

135. Лахтин Ю. В. Оценка степени влияния избытка солей тяжелых металлов доклина на возникновение основных стоматологических заболеваний / Ю. В. Лахтин // Вестник СумДУ. Серия «Медицина». – 2012. – № 1. – С. 150-154.

136. Лебеденко И. Ю. Ортопедическая стоматология: учебник / И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.

137. Левицкий В. В. Разработка системы трехмерной визуализации лица и зубных рядов и ее применение в стоматологической клинике: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В. В. Левицкий. – Москва, 2009. – 23 с.

138. Леманн К. Основы терапевтической стоматологии / К. Леманн, Э. Хельвиг / под ред. С. И. Абакарова; пер. с нем. – Львов: ГалДент, 2011. – 262 с.

139. Леманн К. М. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии / К. М. Леманн, Э. Хельвиг / Под ред. С. И. Абакарова, В. Ф. Макеева. Пер. с нем. Львов: ГалДент, 1999. – 262 с.

140. Леонтьев В. К. Концепция типовой вариабельности физиологической индивидуальности – фундаментальная основа системной профилактики и комплексной терапии в стоматологии / В. К. Леонтьев, В. В. Колпаков, А. В. Брагин // Стоматология. – 2005. – № 5. – С. 4-9.

141. Леонтьев В. К. Роль эпохального процесса редукции зубо-челюстной системы человека в развитии основных стоматологических заболеваний // В. К. Леонтьев // Материалы научно-практической конференции Центрального Федерального округа Российской Федерации с международным участием / Под ред. М. Н. Калинкина, Б. Н. Давыдова, О. А. Гавриловой, К. Б. Баканова. – Тверь, 2013. – С. 125-129.

142. Леус П. А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: автореф. дис. д-ра мед. наук / П. А. Леус. – М., 1977. – 30 с.

143. Леус П. А. Перспективы искоренения кариозной болезни / П. А. Леус // Предиктивность в фундаментальной и клинической стоматологии: Материалы V Научно-практической конференции Ассоциации стоматологов Приднестровья, 1 нояб. 2013 г. – Тирасполь: Изд-во Приднестровского ун-та, 2013. – С. 9-15.

144. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. – 2008. – 443 с.

145. Лихорад Е. В. Слюна: значение для органов и тканей в полости рта в норме и при патологии / Е. В. Лихорад, Н. В. Шаковец // Медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 7-11.

146. Лучевая диагностика деструктивных изменений зубочелюстной области / А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев, О. В. Аббясова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 26-28.

147. Лучинский М. А. Уровень стоматологического здоровья детей, проживающих в разных климато-географических зонах Прикарпатья / М. А. Лучинский // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 1. – С. 171-173.

148. Любарець С. Ф. Інтенсивність карієсу та гігієнічний стан порожнини рота у підлітків, які мешкають в різних зонах радіаційного забруднення / С. Ф. Любарець // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: Сб. научн. трудов. – Харьков, 2011. – Вып.4. – С. 53-56.

149. Любарець С. Ф. Характеристика стану твердих тканин зубів та пародонта у дітей з хронічним тиреоїдитом та його фармакологічна корекція: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Ф. Любарець. – Київ, 2004. – 16 с.

150. Максимовский Ю. М. Комплексная стоматологическая активность и здоровье зубов молодежи (Методические рекомендации) / Ю. М. Максимовский, З. М. Каплан, Д. И. Кича. – М., Изд.РУДН. – 2006. – 17 с.

151. Маляр Р. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації стоматологічної допомоги сільському населенню: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. В. Маляр. – Київ, 2010. – 26 с.

152. Маркарян М. М. Мониторинг стоматологической заболеваемости и его роль в разработке программ профилактики для населения РА: автореф. дис. ... докт. мед. наук / М. М. Маркарян. – Ереван, 2005. – 38 с.

153. Матвеев Н. В. Использование дистанционной оценки дерматоглифических показателей для количественного определения риска развития некоторых заболеваний / Н. В. Матвеев, А. А. Пенкнович // Телемедицина и проблемы передачи изображения: тезисы докладов 3-го Московского ежегодного симпозиума по телемедицине. – М., 2000. – С. 39-40.

154. Матчин А. А. Среда обитания и стоматологическое здоровье детей, проживающих в крупном промышленном городе / А. А. Матчин, Н. П. Сетко, Е. С. Нефедова // Материалы научно-практической конференции Центрального Федерального округа Российской Федерации с международным участием / Под ред. М. Н. Калинкина, Б. Н. Давыдова, О. А. Гавриловой, К. Б. Баканова. – Тверь, 2013. – С. 133-136.

155. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов / Под редакцией Янушевича О. О. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 371-380.

156. Мельничук Г. М. Встановлення маркерів спадкової обтяженості до хвороб пародонта за аналізом взаємозв'язків груп крові систем АВ0 і Rh / Г. М. Мельничук // Одес. мед. журн. – 2004. – № 6 (86). – С. 69-71.

157. Мельничук Г. М. Дерматогліфічні маркери ризику розвитку захворювань тканин пародонту / Г. М. Мельничук, Л. Є. Ковальчук // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конф.. – Івано-Франківськ, 2003. – С. 23-24.

158. Медведєва М. Б. Поширеність та інтенсивність гострого початкового карієсу, сучасні методи його профілактики та лікування в осіб молодого віку: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Б. Медведєва. – Київ, 2006. – 24 с.

159. Микрофлора полости рта: норма и патология / Е. Г. Зеленова, М. И. Засланская, Е. В. Салина, С. П. Рассанов // Уч. пособие, Издательство НГМА: Нижний Новгород, 2004. – 130 с.

160. Минимально-инвазивные методы лечения кариеса зубов / Л. М. Ломиашвили, Д. В. Погадаев, М. Б. Елендо, С. Г. Михайловский // Клинич. стоматология. – 2010. – № 1. – С. 30-33.

161. Мінцер О. П. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині / О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, В. В. Власов. – К. : Вища шк., 2003. – 350 с.

162. Михайлова Т. В. Влияние факторов окружающей среды на заболеваемость кариесом зубов у детей разных физико-географических районов Крыма / Т. В. Михайлова, Ю. Г. Чумакова // Вісник стоматології. – 2010. – № 2. – С. 25-27.

163. Михайлова Т. В. Вплив екологічних і соціальногігієнічних факторів на захворюваність карієсом зубів у дітей та обґрунтування методів профілактики в різних кліматогеографічних районах Криму: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Михайлова. – Одеса, 2010. – 20 с.

164. Молоков В. Д. Рентгенодиагностика кариеса и его осложнений / сост.: В. Д. Молоков, З. В. Доржиева, Е. М. Казанкова; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России. – Иркутск: ИГМУ, 2012. – 26 с.

165. Мосеева М. В. Взаимосвязь кариеса с эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью / М. В. Мосеева, Е. В. Белова // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. – № 2. – С. 191-193.

166. Навколишнє середовище і стоматологічне здоров'я дітей України / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, Н. В. Біденко, О. О. Тимофєєва // Архів клінічної медицини. – 2004. – № 1 (4). – С. 82-85.

167. Назаренко Л. П. Клинико-генеалогический анализ и области его применения / Л. П. Назаренко, О. А. Салюкова. – «Печатная мануфактура»: Томск, 2004. – 264 с.

168. Назарук Р. М. Клініко-експериментальне обґрунтування лікувально-профілактичних заходів при ураженні твердих тканин зубів важкими металами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. М. Назарук. – Івано-Франківськ, 2008. – 24 с.

169. Назарян Р. С. Показатели распространённости и интенсивности кариеса зубов у детей 6-7 лет Харьковского региона / Р. С. Назарян, Н. Н. Удовиченко, К. Ю. Спиридонова // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 3. – С. 108-113.

170. Наказ МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» від 23.11.2004 р. № 566.

171. Наумова В. Н. Влияние сахарного диабета на формирование стоматологического здоровья детей / В. Н. Наумова // Материалы научно-практической конференции Центрального Федерального округа Российской Федерации с международным участием / Под ред. М. Н. Калинин, Б. Н. Давыдова, О. А. Гавриловой, К. Б. Баканова. – Тверь, 2013. – С. 136-138.

172. Наумович С. С. Конусно-лучевая компьютерная томография: современные возможности и перспективы применения в стоматологии / С. С. Наумович, С. А. Наумович // Современная стоматология. – 2012. – № 2. – С. 31-36.

173. Недосеко В. Б. Резистентность в проблеме кариеса: автореф. дис. д-ра мед. наук / В. Б. Недосеко. – М., 1988. – 41 с.

174. Нейко Є. М. Епігенетичні механізми регуляції активності генів і мультифакторні хвороби / Є. М. Нейко, Л. Є. Ковальчук, Н. В. Чернюк // Гал. лік. вісн. – 2007. – Т. 14, № 1. – С. 11-14.

175. Нейко Є. М. Медикогеоекологічний аналіз стану довкілля як інструмент оцінки контролю здоров'я населення / Є. М. Нейко, Г. І. Рудько, Н. І. Смоляр. – Івано-Франківськ - Львів, 2001. – 350 с.

176. Некрылов Д. В. Приемущества конусно-лучевой компьютерной томографии по сравнению со стандартным рентгенологическим обследованием / Д. В. Некрылов, О. Ю. Шалаев, О. Б. Селина // Врач - аспирант. – 2013. – № 6 (61). – С. 431-435.

177. Николаева Е. Н. Молекулярно-генетические маркеры риска генерализованного пародонтита и их применение в диагностике: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Е. Н. Николаева. – Москва, 2008. – 48 с.

178. Ніколаєва Г. В. Профілактика карієсу зубів у дівчат із порушенням статевого розвитку: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. В. Ніколаєва. – Одеса, 2007. – 24 с.

179. Новиков С. В. Трехмерная реконструкция края кости атрофированной альвеолярной части челюсти / С. В. Новиков // Институт стоматологии. – 2008. – № 4. – С. 36.

180. Окушко В. Р. Акцелерация физического развития и кариес зубов / В. Р. Окушко // Новое в стоматологии. – 2002. – № 5. – С. 7-9.

181. Окушко В. Р. Антропологические аспекты кариеса зубов и парадонтоза: автореферат дис. на соискание учен. степени д. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. Р. Окушко. – Кишинёв, 1971. – 17 с.

182. Окушко В. Р. Кариесная болезнь / В. Р. Окушко // Новое в стоматологии. – 2003. – № 6. – С. 10-15.

183. Окушко В. Р. Наследственный фактор кариеса в качестве эпигенетического феномена / В. Р. Окушко // Інновації в стоматології. – 2013. – №1. – С. 43-46.

184. Окушко В. Р. Основы физиологии зуба / В. Р. Окушко. – Тирасполь, 2005. – 233 с.

185. Окушко В. Р. Проблема кариеса с позиций естественно-научной фактологии / В. Р. Окушко // Материалы V научно-практической конференции Ассоциации стоматологов Приднестровья «Предиктивность в фундаментальной и клинической стоматологии», 1 нояб. 2013 г. – Тирасполь : Изд-во Приднестровского ун-та, 2013. – С. 4-9.

186. Определение генетической предрасположенности к некоторым мультифакториальным заболеваниям. Генетический паспорт: Методические рекомендации / Т. Э. Иващенко, Д. Л. Стрекалов, М. В. Асеев [и др.]. – СПб.: Фолиант, 2001. – 47 с.

187. Особливості розвитку захворюваності дітей міста Ужгород віком 6-12 років / О. В. Фера, М. О. Фера, Г.- С. І. Свалявчик, О. М. Рошко // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2012. – № 1 (43). – С. 155-161.

188. Особливості ураженості карієсом окремих груп зубів та їх поверхонь у практично здорових підлітків Подільського регіону України при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів / І. В. Гунас, І. В. Руда, І. Д. Кухар [та ін.] // *Biomedical and Biosocial Anthropology* – 2005. – № 4 – С. 77-81.

189. Особливості формування показників захворюваності органів ротової порожнини жителів міста Ужгород у динаміці за 2006-2010 роки / О. В. Фера, М. О. Фера, Г.- С. І. Свалявчик, О. М. Рошко // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2012. – №1 (43). – С. 162-167.

190. Остапко О. І. Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля: автореф. дис. ... докт. мед. наук / О. І. Остапко. – Київ, 2011. – 48 с.

191. Отдаленные результаты лечения зубов с клиновидными дефектами // Н. Ф. Алешина, Т. Н. Радышевская, Л. И. Рукавишникова, Н. В. Питерская / *Волгоградский научно-медицинский журнал*. – 2013. – №1. – С. 42-45.

192. Отримання та обробка дерматогліфічних відбитків: складнощі та інтерпретація / Л. А. Клімас, М. П. Костенко, Н. А. Камінська [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. – Т. 13, № 2. – С. 433-438.

193. Павленко О. В. Сучасні проблеми стоматологічного здоров'я населення України / О. В. Павленко, І. О. Головня, І. П. Мазур // Журн. практ. лікаря. – 2005. – № 5. – С. 8-13.

194. Патент на корисну модель № 98616 Україна, МПК А61В 5/00. Спосіб прогнозування інтенсивності ураження зубів карієсом у чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки / Борисенко А. В., Шінкарук-Диковицька М. М., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. – № u201501149; заявл. 12.02.15; опубл. 27.04.15, Бюл. № 8/2015.

195. Патент на корисну модель № 98617 Україна, МПК А61В 5/00. Спосіб прогнозування схильності до різного рівня резистентності емалі до карієсу у чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей показників пальцевої й долонної дерматогліфіки / Шінкарук-Диковицька М. М., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. – № u201501150; заявл. 12.02.15; опубл. 27.04.15, Бюл. № 8/2015.

196. Патент на корисну модель №21138 U Україна, МПК А61В 5/107. Спосіб прогнозування інтенсивності карієсу зубів у осіб юнацького віку в залежності від статі та дерматогліфічних показників / Гунас І. В., Беляєв Е. В., Дмитрієв М. О., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. – № u201501149; заявл. 12.02.07; опубл. 25.02.07, Бюл. №2, 2007р.

197. Петрова А. П. Комплексная оценка общих и местных факторов риска развития кариеса у детей 11-14 лет с хроническим гастродуоденитом: автореферат дис. ... канд. мед. наук / А. П. Петрова. – Волгоград, 2004. – 24 с.

198. Повна втрата зубів. Поширеність. Потреба в ортопедичному лікуванні / М. М. Ватаманюк, О. Б. Беліков, О. О. Максимів, Х. Ю. Манюх // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 4 (64). – С. 191-195.

199. Політун А. М. Сучасний стан і перспективи розвитку ендодонтії в Україні / А. М. Політун // Інноваційні технології – в стоматологічну практику: III (X) з'їзд асоціації стоматологів України, 2008 р.: матеріали. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С. 227-228.

200. Поліщук І. В. Епідеміологія фізико-біохімічних властивостей ротової рідини у міських соматично здорових підлітків Подільського регіону / І. В. Поліщук, В. М. Кулигіна, Л. О. Димніч // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И Георгиевского: “Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения”. – 2002. – Т. 138, Ч. 3. – С. 81-82.

201. Поліщук І. В. Стан індексної оцінки порожнини рота у міських соматично здорових підлітків Подільського регіону / І. В. Поліщук, В. М. Кулигіна // Вісник проблем біології і медицини. – 2003. – Вип. 3. – С. 98-99.

202. Попович З. Б. Екологічні чинники стоматологічної захворюваності дітей Прикарпаття / З. Б. Попович // Науковий вісник НМУ імені О. О. Богомольця. – 2007. – Спецвипуск. – С. 171-173.

203. Порівняльна характеристика стоматологічного статусу вагітних / Л. Й. Островська, Т. Д. Бублій, Т. О. Петрушанко, Л. І. Дубова // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2013. – Т. 13, № 3 (43). – С. 62-65.

204. Почтаренко В. А. Генетика и пародонтология. Трудности большого пути / В. А. Почтаренко, О. О. Якушевич // Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 4-6.

205. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 192 с.

206. Проведення стоматологічного епідеміологічного обстеження населення України : метод. рек. / Л. О. Хоменко, О. В. Деньга, Н. В. Біденко [та ін.]. – К., 2006. – 40 с.

207. Прогнозирование стоматологических заболеваний у детей на основе математических моделей / В. Ф. Михальченко, Т. Н. Радышевская, К. В. Гав-

риков, О. Н. Андрейчикова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2004. – № 11. – С. 78-79.

208. Психофизиологические типы личности у клинически здоровых лиц с различной степенью устойчивости зубов к кариесу / В. Г. Халтурина, В. Ф. Киричук, А. И. Кодочигова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 271-273.

209. Пузырев В. П. Генетика мультифакториальных заболеваний между прошлым и будущим / В. П. Пузырев // Медицинская генетика: Ежемесячный научно-практический журнал. – 2003. – Т. 2, № 12. – С. 498-508.

210. Пшеничнов А. С. Структура генофонда украинцев по данным о полиморфизме митохондриальной ДНК и Y хромосомы: дис... канд. биол. наук: 03.00.15 «Генетика» / А. С. Пшеничнов. – Мед.-генет. науч. центр РАМН. – М.: 2007. – 191 с.

211. Радлинский С. В. Топография слоев композита в реставрационной конструкции бокового зуба / С. В. Радлинский, В. Грисимов // ДентАрт. – 2007. № 2. – С. 42-48.

212. Расулов И. М. Одонтологические и одонтоглифические исследования особенностей зубов у лиц различных национальностей и перспективы использования полученных данных в стоматологии: автореф. дис. ... докт. мед. наук / И. М. Расулов. – Москва, 2011. – 48 с.

213. Робустова Т. Г. Хронический апикальный периодонтит, причинно-следственная связь очагов инфекции с сопутствующими заболеваниями / Т. Г. Робустова, А. В. Митронин // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 38-42.

214. Рогацкин Д. В. Лучевая диагностика проксимального кариеса / Д. В. Рогацкин, А. В. Хейгетян // Институт стоматологии. – 2013. – № 3. – С. 48-50.

215. Рогацкин Д. В. Обоснование применения конусно-лучевой компьютерной томографии в стоматологии / Д. В. Рогацкин // Стоматолог-практик. – 2010. – № 4. – С. 22-26.

216. Рогацкин Д. В. Особенности применения конусно-лучевой компьютерной томографии в стоматологии / Д. В. Рогацкин // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2010. – № 3. – С. 12-14.

217. Роль наследственного фактора в этиологии кариеса зубов / Т. И. Исакова, О. Н. Чепурняк, С. В. Исаков [и др.] // Питання експериментальної та клінічної медицини. Збірник статей. – 2008. – Т. 12, № 2. – С. 280-283.

218. Романюк А. М. Порівняльний аналіз поширеності та інтенсивності карієсу серед дітей різних екологічних регіонів Сумщини / А. М. Романюк, Є. В. Кузенко, О. І. Кузенко // Вісник СумДУ. – 2011. – № 1. – С. 198-201.

219. Руда І. В. Клініко-епідеміологічні та антропогенетичні аспекти карієсу зубів у практично здорових міських підлітків України: автореф. дис. ... канд. мед. наук / І. В. Руда. – Івано-Франківськ, 2006. – 24 с.

220. Руда І. В. Особливості антропометричних та соматотипологічних параметрів тіла у практично здорових міських підлітків з різними рівнями інтенсивності карієсу зубів / І. В. Руда, І. Д. Кухар // Вісник національного медичного університету. – 2005. – № 1. – С. 129-134.

221. Руда І. В. Частота ураженості карієсом фронтальних груп зубів у практично здорових міських підлітків у залежності від віку і статі / І. В. Руда // Вісник Вінницького національного медичного університету – 2013. –Т. 17, № 1. – С. 118-121.

222. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. Изд. 2-е, испр. и дополн. / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна, Т. И. Ибрагимова, Е. А. Брагина – М.: Медицинская пресса, 2008. –372 с.

223. Савичук Н. О. Інноваційні підходи до профілактики карієсу зубів у дітей і вагітних жінок / Н. О. Савичук // Современная стоматология. – 2013. – № 5. – С. 46-50.

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

225. Савранский Ф. З. Закономерности развития клинического течения кариеса зубов, болезней пародонта и факторы их обуславливающие / автореф. дис... д-ра мед. наук // Ф. З. Савранский. – Киев, 1989. – 32 с.

226. Самойленко А. В. Распространенность стоматологических заболеваний у детей со сколиозом / А. В. Самойленко, В. А. Дрок // Современная стоматология. – 2011. – № 3. – С. 116-119.

227. Світлична О. М. Розробка та обґрунтування регіональної програми профілактики основних стоматологічних захворювань: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. М. Світлична. – Одеса, 2013. – 20 с.

228. Сегеда С. П. Антропологічний склад українського народу: етногенетичний аспект: автореф. дис. ... докт. істор. наук: спец. 07.00.05 «Етнологія», 03.00.14 «Антропология» / С. П. Сегеда – Київ, 2002 – 28 с.

229. Семенов К. А. Показатели интенсивности и распространенности кариеса у детей с различным психоэмоциональным состоянием / К. А. Семенов // Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 64-67.

230. Сенько В. И. Дерматоглифическое и психосоматическое направления в учении о конституции / В. И. Сенько, Е. С. Околокулак // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – № 3. – С. 65-70.

231. Серова Н. С. Значение методов лучевой диагностики в восстановительно-реабилитационном периоде у пациентов после операции стоматологической имплантации / Н. С. Серова // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 3 (37). – С. 21-22.

232. Серова Н. С. Лучевая диагностика в стоматологической имплантологии: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Н. С. Серова. – Москва, 2010. – 47 с.

233. Сидалиев А. А. Влияние социально-экономических факторов на динамику распространённости кариеса у детей школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Сидалиев. – Воронеж, 2009. – 24 с.

234. Сідаш Ю. В. Епідеміологічне дослідження стоматологічного статусу студентів / Ю. В. Сідаш, Л. Й. Островська, Т. Д. Бублій // Вісник ВНДЗУ: Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2009. – Т.13, № 2 (42). – С. 62-64.

235. Сіренко О. А. Особливості перебігу карієсу в премолярах в залежності від їх одонтогліфічного малюнка / О. А. Сіренко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – Полтава. – 2004. – Т.4, вип.1(7). – С.49-52.

236. Скачкова А. В. Стоматологический статус ребенка с острой эрозией двенадцатиперстной кишки, хроническим гастродуоденитом в стадии обострения / А. В. Скачкова // Материалы научно-практической конференции Центрального Федерального округа Российской Федерации с международным участием / Под ред. М. Н. Калинин, Б. Н. Давыдова, О. А. Гавриловой, К. Б. Баканова. – Тверь, 2013. – С. 167-170.

237. Скрипник Ю. В. Изучение распространенности кариеса постоянных зубов у детей с легкой степенью снижения интеллекта / Ю. В. Скрипник, И. И. Якубова, В. И. Скрипник // Вісник стоматології. – 2010. – № 2. – С. 37-38.

238. Скрипніков П. М. Розвиток і структурно-функціональні особливості емалі зубів людини: автореф. дис. ... докт. мед. наук / П. М. Скрипніков. – Харків, 2003. – 35 с.

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

240. Смоляр Н. І. Аналіз захворюваності на карієс зубів у дітей Львівської області / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко // Львівський клінічний вісник. – 2013. – № 2 (2). – С. 57-60.

241. Смоляр Н. І. Аналіз стану соматичного здоров'я та ураженості карієсом зубів у дітей зі сколіозом / Н. І. Смоляр, М. О. Шаран, В. В. Подолянська // Експерим. та клініч. фізіологія і біохімія. – 2008. – № 2. – С. 91-93.

242. Смоляр Н. І. Особливості перебігу карієсу зубів у дітей з хронічним тонзилітом / Н. І. Смоляр, О. В. Скибчик, У. О. Стадник // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2011. – № 2. – С. 84-88.

243. Смоляр Н. І. Порівняльна оцінка захворюваності карієсом зубів дітей м. Львова / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко, Н. Л. Чухрай // Вісник стоматології. – 2006. – № 3. – С. 77-81.

244. Смоляр Н. І. Тенденція та прогноз ураження зубів карієсом у дітей м. Львова у світлі глобальних цілей ВООЗ / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко, Т. Г. Гутор // Практична стоматологія. – 2009. – № 3 (60). – С. 90-92.

245. Смоляр Н. І. Ураженість карієсом постійних зубів у дітей, що проживають у дитячих будинках та школах-інтернатах / Н. І. Смоляр, Е. В. Чухрай, О. Т. Нарепеха // Новини стоматології. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 80-82.

246. Смоляр Н. І. Ураженість карієсом тимчасових зубів у дітей дошкільного віку м. Львова / Н. І. Смоляр, І. С. Дубецька // Укр. стомат. альманах. – 2004. – № 3-4. – С. 68-71.

247. Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения / И. Н. Кузьмина, Э. М. Кузьмина, Т. А. Смирнова [и др.] // Стоматолог. – 2008. – № 3. – С. 23-33.

248. Соколова І. І. Особливості патогенезу, клініки, діагностики і лікування генералізованого пародонтиту в осіб зі спадковою схильністю до його розвитку: автореф. дис... докт. мед. наук / І. І. Соколова. – Київ, 2008. – 36 с.

249. Соловьёва А. М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой одонтогенной инфекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. М. Соловьёва. – СПб., 2006. – 35 с.

250. Сорокин А. П. Диагностика и комплексное лечение хронических деструктивных форм инфекционного периодонтита: дис. ... канд. мед. наук / А. П. Сорокин. – Уфа, 2014. – 117 с.

251. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (для студентів стомат. ф-ту): Навч. посіб. / Н. І. Кольцова, О. З. Дерик, М. М. Рожко [та ін.]. – Івано-Франківськ, 2000. – 304 с.

252. Сравнительный анализ влияния факторов риска возникновения кариеса зубов у дошкольников Хмельницкой области / М. К. Добровольская, В. И. Левицкая, Л. И. Чепель [и др.] // Материалы II (IX) съезда Ассоциации стома-

тологов Украины «Современные технологии профилактики и лечения в стоматологии». – Киев: Книга плюс, 2004. – С. 95-96.

253. Сравнительный анализ психофизиологических особенностей клинически здоровых лиц со средней карьерезистентностью гармоничного и тревожного типов личности / В. Г. Халтурина, В. Ф. Киричук, А. И. Кодочигова, М. Г. Кучеров // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 385-387.

254. Стан довкілля Одеської області. Регіональна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Одеській області у 2010 році // Причорноморський екологічний бюлетень, 2011. – № 3 (41). – С. 7-100.

255. Сташків О. І. Ураженість зубів карієсом у вагітних жінок Івано-Франківської області / О. І. Сташків, А. В. Курілець // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, №2. – С. 49-50.

256. Стоматологическая заболеваемость и уровень гигиены полости рта у дошкольников 3-6 лет г. Запорожья / О. В. Деньга, М. А. Гавриленко, В. С. Иванов [и др.] // Вісник стоматології. – 2007. – № 4. – С. 22-29.

257. Стоматологические проблемы и состояние минеральной плотности костной ткани у подростков с хроническим гастродуоденитом / А. Ю. Щербакова, Д. А. Кузьмина, В. П. Новикова [и др.] // Материалы VIII Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний. Санкт-Петербург-2014»; 12-13 мая 2014 г. – СПб. – 2014. – С. 281-283.

258. Стоматологічна профілактика у дітей / Л. О. Хоменко, В. І. Шматко, О. І. Остапко [та ін.]. – К.: ІСДО, 1993. – 192 с.

259. Струк В. І. Аналіз видалення перших молярів лікарями-стоматологами державних установ м. Чернівців / В. І. Струк, А. Д. Дорубець, М. Д. Король // Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 5. – С. 18-19.

260. Супиева Э. Т. Роль слюны в гомеостазе минеральных компонентов полости рта / Э. Т. Супиева // Проблемы стоматологии. – 2002. – Т. 17, № 3. – С. 3-5.

261. Тамасханова М. И. Клинико-рентгенологическая оценка состояния костной ткани при воспалительных заболеваниях пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. И. Тамасханова. – Москва, 2014. – 26 с.

262. Тегако О. В. Конституция, диагностика и лечение заболеваний зубной системы / О. В. Тегако // Материалы IV Международного Конгресса по интегративной антропологии. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2002. – С. 362-363.

263. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун [та ін.] / За редакцією А. В. Борисенко. Т. 3. – К.: Медицина, 2008. – 616 с.

264. Терновой С. К. Лучевая диагностика в стоматологии. Национальное руководство по лучевой диагностике и терапии / С. К. Терновой, А. Ю. Васильев. – Москва, 2010. – 288 с.

265. Трачук Ю. М. Прогнозування карієсу постійних зубів та його індивідуальна профілактика у дітей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. М. Трачук. – Київ, 2008. – 26 с.

266. Тригуб В. І. Вміст фтору в питних водах Одещини та його вплив на захворюваність населення карієсом і флюорозом зубів / В. І. Тригуб // Вісник Одеського національного університету. – 2012. – Т. 17, № 2 (15). – С. 71-78.

267. Трофимова Т. Н. Лучевая диагностика в стоматологии / Т. Н. Трофимова. – М.: МИА, 2010. – 192 с.

268. Труфанова В. П. Профілактика карієсу в дітей, які проживають у зоні ендемічного флюорозу, з використанням полівітамінного препарату / В. П. Труфанова, О. В. Шешукова // Укр. стоматол. альманах. – 2008. – № 1. – С. 38-41.

269. Тюгашкіна Є. Г. Особливості перебігу карієсу зубів у дітей із захворюваннями органів дихання / Є. Г. Тюгашкіна // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 2. – С. 8-9.

270. Удовицкая Е. В. Зависимость активности кариеса зубов от функционального состояния половых желез у женщин / Е. В. Удовицкая // Стоматология. – 1978. – Т. 57, № 1. – С. 32-34.

271. Удод О. А. Шляхи об'єктивізації прогнозування карієсу зубів у дітей / Удод О. А., О. В. Сироткіна // Здоровье ребенка. – 2013. – № 1 (44). – С. 81-84.

272. Федак П. П. Оцінка стоматологічного статусу дітей м. Чернівці / П. П. Федак, М. М. Рожко, Р. М. Назарук // Буковинський медичний вісник. – 2010. – Т. 14, №3 (55). – С. 88-91.

273. Фліс П. С. Ортопедичне лікування тимчасових зубів при повному руйнуванні їх коронкової частини / П. С. Фліс, В. П. Вознюк // Новини стоматології. – 2005. – № 3. – С. 7-10.

274. Хавкин В. А. Возможности конусной компьютерной томографии при обследовании стоматологических больных (клинико-экономическое исследование): дис. ... канд. мед. наук / В. А. Хавкин. – Москва, 2011. – 132 с.

275. Халилова О. Ю. Оценка качества obturации корневых каналов зубов и планирование повторного эндодонтического лечения на основании данных конусно-лучевой компьютерной: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Ю. Халилова. – Москва, 2011. – 24 с.

276. Хаят Б. Конусный луч в эндодонтии / Б. Хаят, Ж. Мичоно // Endodontic practice. – 2009. – Вып. 4, № 1. – С. 23-28.

277. Хидирбегешвили О. Э. Современная кариеология / О. Э. Хидирбегешвили. – М.: Медицина, 2010. – 240 с.

278. Хить Г. Л. Дерматоглифика в антропологии / Г. Л. Хить, И. Г. Ширококов, И. А. Славолубова; под ред. И. Г. Широкова. – СПб : Нестор-история, 2013. – 376 с.

279. Хоменко Л. А. Стоматологическое здоровье детей, проживающих в условиях загрязнения окружающей среды высокого уровня / Л. А. Хоменко, Е. И. Остапко, Т. С. Поночовная // Современ. стоматология. – 2006. – № 3. – С. 72-74.

280. Хоменко Л. О. Епідеміологія карієсу постійних зубів у дітей в районах з низьким вмістом фтору у питній воді / Л. О. Хоменко, В. І. Левицькі // Вісник стоматології. – 2009. – № 4 (20). – С. 52-53.

281. Цифровые методики лучевого исследования при определении качества obturации корневых каналов зубов / А. П. Аржанцев, О. Ю. Халилова, Ю. А. Винниченко [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология I. – 2011. – С. 2-7.

282. Чайковска И. В. Микробиоценоз полости рта в норме и при кариесе / И. В. Чайковска, Т. С. Осипенкова // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2002. – Т. 11, № 3. – С. 394-397.

283. Частота ураженості карієсом перших постійних молярів у практично здорових міських підлітків при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів / І. В. Руда, Ю. Й. Рудий, М. О. Дмитрієв, А. А. Вакар // Вісник морфології. – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 480-481.

284. Чибисова М. А. Алгоритмы обследования пациентов при применении денальной объемной томографии в амбулаторной стоматологической практике / М. А. Чибисова // Dental Market. – 2010. – Р. 76-78.

285. Чибисова М. А. Возможности денальной объемной томографии в диагностике ошибок и осложнений эндодонтического лечения / М. А. Чибисова, Н. М. Батюков // Эндодонтия. – 2010. – № 1-2. – С. 73-84.

286. Чибисова М. А. Возможности денальной объемной томографии в повышении качества планирования имплантации и результатов дальнейшего ортопедического лечения / М. А. Чибисова // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2010. – № 3. – С. 2-11.

287. Чибисова М. А. Денальная объемная томография в дифференциальной диагностике заболеваний детского возраста и аномалий развития зубочелюстной системы / М. А. Чибисова // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2011. – № 1. – С. 8-15.

288. Чибисова М. А. Клинико-инструментальные особенности и трехмерная лучевая диагностика различных форм хронического генерализованного пародонтита / М. А. Чибисова, Л. Ю. Орехова, Н. В. Серова // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2013. – № 3. – С. 17-26.

289. Чижевський І. В. Клінічне та гігієнічне обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей в промислово розвиненому регіоні: автореферат дис. ... докт. мед. наук / І. В. Чижевський. – Київ, 2004. – 48 с.

290. Чопчик В. Д. Концептуальні напрями розвитку організації стоматологічної допомоги дорослому населенню в системі державних амбулаторних закладів великих міст України: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Д. Чопчик. – Київ, 2007. – 26 с.

291. Шарайкин П. Н. Региональные особенности формы, размеров зубов и поражаемость их кариесом в зависимости от пола и строения мозгового и лицевого отделов черепа / П. Н. Шарайкин, Н. Г. Шарайкина // Актуальные вопросы интегративной антропологии: тезисы конференций. – Красноярск, 2001. – Т. 1. – С. 192-194.

292. Шешукова О. В. Показники стоматологічного здоров'я у дітей в регіоні з високим вмістом фтору в питній воді / О. В. Шешукова, В. П. Труфанова // Укр. стоматол. альм. – 2005. – № 2. – С. 42-44.

293. Шинкарук-Диковицька М. Генетические аспекты кариеса и заболевания пародонта / М. Шинкарук-Диковицька // Архів клінічної та експериментальної медицини. – 2012. – Т. 21, № 2. – С. 256.

294. Шинкарук-Диковицька М. М. Адміністративно-територіальні закономірності в мінливості ознак дерматогліфіки чоловіків України з середнім рівнем інтенсивності ураженості карієсом / М. М. Шинкарук-Диковицька, Л. А. Клімас // Світ медицини та біології. – 2015. – № 2 (50). – С. 94-99.

295. Шинкарук-Диковицька М. М. Варіанти дерматогліфічного фенотипу серед чоловіків України, уражених карієсом низької і середньої інтенсивності процесу / М. М. Шинкарук-Диковицька // Міжнародна науково-практична конференція «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя», м. Львів, 27-28 березня 2015 р. – 2015. – С. 69-71.

296. Шинкарук-Диковицька М. М. Варіації дерматогліфічного статусу чоловіків, уражених карієсом середнього рівня інтенсивності, які проживають у різних регіонах України / М. М. Шинкарук-Диковицька // Міжнародна науко-

во-практична конференція «Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього», м. Київ, 3-4 квітня 2015 р. – 2015. – С. 30-32.

297. Шінкарук-Диковицька М. М. Взаємозв'язок рівня захворюваності зубів з якісними показниками дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків з різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Світ медицини та біології. – 2013. – № 4 (42). – С. 65-71.

298. Шінкарук-Диковицька М. М. Взаємозв'язок рівня захворюваності зубів з кількісними показниками дерматогліфіки у соматично здорових чоловіків з різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Український медичний альманах. – 2013. – Т. 16, № 5. – С. 74-79.

299. Шінкарук-Диковицька М. М. Використання дерматогліфічних маркерів при оцінці схильності до певного рівня інтенсивності ураженості зубів карієсом у чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька, А. В. Борисенко, Л. А. Клімас // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я №58-2015. Випуск 4 з проблеми «Стоматологія» підписано до друку 23.06.2015.

300. Шінкарук-Диковицька М. М. Дискримінантні моделі схильності до рівня захворювань зубів на карієс у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України в залежності від особливостей дерматогліфічних показників / М. М. Шінкарук-Диковицька // Світ медицини та біології. – 2015. – № 1 (48). – С. 89-94.

301. Шінкарук-Диковицька М. М. Етно-територіальні особливості міжсистемних зв'язків «дерматогліфіка – зубна система» / М. М. Шінкарук-Диковицька, Л. А. Клімас // Матеріали «VII міжнародного конгресу з інтегративної антропології». – 17-18 жовтня 2013р. – С. 171-172.

302. Шінкарук-Диковицька М. М. Кореляції між інтенсивністю карієсу, рівнем резистентності емалі зубів до карієсу та рівнем гігієни порожнини рота у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Міжнародна науково-практична конференція «Перспективні на-

прями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук», м. Дніпропетровськ, 13-14 лютого 2015 р. – 2015. – С. 57-59.

303. Шінкарук-Диковицька М. М. Медико-соціальні фактори умов життя соматично здорових чоловіків із різних природних та адміністративних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // *Biomedical and biosocial anthropology*. – 2012. – № 19. – С. 248-254.

304. Шінкарук-Диковицька М. М. Особливості дерматогліфіки чоловіків, уражених карієсом низького рівня інтенсивності, які проживають у різних регіонах України / М. М. Шінкарук-Диковицька, Л. А. Клімас // Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації», м. Одеса, 10-11 квітня 2015 р. – 2015. – С. 126-129.

305. Шінкарук-Диковицька М. М. Оцінка рівня гігієни порожнини рота за допомогою індексу Green-Vermillion у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 23-24 січня 2015 року). – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2015. – С. 81-85.

306. Шінкарук-Диковицька М. М. Оцінка стану молярів після терапевтичного лікування у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження та комп'ютерної томографії / М. М. Шінкарук-Диковицька // *Клінічна стоматологія*. – 2015. – № 1 (10). – С. 38-44.

307. Шінкарук-Диковицька М. М. Оцінка стану різців та іклів після терапевтичного лікування у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // *Вісник стоматології*. – 2015. – № 1 (90). – С. 46-51.

308. Шінкарук-Диковицька М. М. Показники використання засобів догляду порожнини рота соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // *Український медичний альманах*. – 2012. – Т. 15, № 5. – С. 164-169.

309. Шінкарук-Диковицька М. М. Показники відсутності зубів у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Вісник наукових досліджень. – 2014. – № 4 (77). – С. 62-66.

310. Шінкарук-Диковицька М. М. Показники суб'єктивної оцінки стану тканин пародонту в соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Український медичний альманах. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 184-187.

311. Шінкарук-Диковицька М. М. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №59877 Комп'ютерна програма для прогнозування інтенсивності ураження зубів карієсом та резистентності емалі до карієсу «CariTest» / М. М. Шінкарук-Диковицька, М. П. Костенко. – 28.05.2015

312. Шінкарук-Диковицька М. М. Прогностичне значення ознак долонної дерматогліфіки щодо можливих варіантів перебігу карієсу за рівнем його інтенсивності / М. М. Шінкарук-Диковицька // Український морфологічний альманах. – 2014. – Т. 12, № 3. – С. 91-96.

313. Шінкарук-Диковицька М. М. Регіональні особливості дерматогліфічної картини у соматично здорових чоловіків з низьким і середнім рівнями інтенсивності ураженості зубів карієсом / М. М. Шінкарук-Диковицька // Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства», м. Одеса, 20-21 лютого 2015 р. – 2015. – С. 99-101.

314. Шінкарук-Диковицька М. М. Регіональні особливості частоти хронічного періодонтиту, кістогранулем або кист премолярів у соматично здорових чоловіків за даними стоматологічного обстеження та комп'ютерної томографії / М. М. Шінкарук-Диковицька // Світ медицини та біології. – 2015. – № 3 (52). – С. 69-73.

315. Шінкарук-Диковицька М. М. Рівень гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // «Вітчизняна та світова медицина в сучасних умовах»: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної кон-

ференції (м. Дніпропетровськ, 16-17 січня 2015 року). – Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2015. – С. 86-89.

316. Шінкарук-Диковицька М. М. Сучасні променеві та антропометричні методи дослідження в стоматології / М. М. Шінкарук-Диковицька, О. О. Кощюра, В. О. Орловський // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2012. – Т. 16, № 2. – С. 546-550.

317. Шінкарук-Диковицька М. М. Частота ураження карієсом премолярів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України за даними стоматологічного та комп'ютерно-томографічного обстежень / М. М. Шінкарук-Диковицька // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 4. – С. 22-28.

318. Шінкарук-Диковицька М. М. Частота ураження карієсом різців та іклів у соматично здорових чоловіків із різних етно-територіальних регіонів України за даними стоматологічного обстеження та конусно-променевої комп'ютерної томографії / М. М. Шінкарук-Диковицька // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – Т. 18, № 2. – С. 477-484.

319. Шінкарук-Диковицька М. М. Частота хронічного періодонтиту, кістогранулем або кист різців та іклів у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України / М. М. Шінкарук-Диковицька // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 47-50.

320. Шінкарук-Диковицька М. М. Частота хронічного фіброзного пульпіту у соматично здорових чоловіків з різних регіонів України за даними стоматологічного обстеження / М. М. Шінкарук-Диковицька // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини» (м. Одеса, 19-20 грудня, 2014). – Одеса, 2014. – С. 88-90.

321. Шмидт Т. А. Диагностика и планирование лечения хронических форм верхушечных периодонтитов зубов с использованием трехмерной дентальной компьютерной томографии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. А. Шмидт – СПб., 2011. – 21 с.

322. Яковлева В. Я. Особенности кариозного поражения и заболевания пародонта у юношей с конституционно обусловленной недостаточностью питания / В. Я. Яковлева, В. Б. Горбуленко // *Стоматология*. – 2005. – № 5. – С. 32-35.

323. Якубова І. І. Обґрунтування та розробка схеми профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей до двох років / І. І. Якубова // *Современная стоматология*. – 2012. – № 2. – С. 1-5.

324. Ярулина З. И. Особенности лучевой анатомии зубов по данным конусно-лучевой компьютерной томографии / З. И. Ярулина // *X-Ray Art*. – 2012. – № 1 (01). – С. 8-15.

325. A comparative evaluation of dermatoglyphics in different classes of malocclusion / G. Jindal, R. K. Pandey, S. Gupta, M. Sandhu // *Saudi Dent. J.* – 2015. – Vol. 27, № 2. – P. 88-92.

326. A comparative study of dermatoglyphics in individuals with normal occlusions and malocclusions / Boggula Rama Mohan Reddy, Singaraju Gowri Sankar, Roy E. T., Supraja Govulla // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2013. – Vol. 7, № 12. – P. 3060-3065.

327. A comparison of periodontal status in the two regional, population-based studies of SHIP and INVEST / B. Holtfreter, R. T. Demmer, O. Bernhardt [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2012. – Vol. 39, № 12. – P. 1115-1124.

328. A cross sectional study of dermatoglyphics and dental caries in Bengalee children / A. B. Sengupta, B. A. Bazmi, S. Sarkar [et al.] // *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent.* – 2013. – Vol. 31, № 4. – P. 245-248.

329. Abid A. A. Oral health in Tunisia / A. A. Abid // *Int. Dent. J.* – 2004. – Vol. 54, № 6. – P. 389-394.

330. Accuracy of Cone Beam Computed Tomography and Panoramic and Periapical Radiography for Detection of Apical Periodontitis / C. Estrela, M. R. Bueno, C. R. Leles, J. R. Azevedo // *J. Endod.* – 2008. – № 34. – P. 273-279.

331. Alexandre R. V. Genetics and Caries – Prospects / R. V. Alexandre // *Braz Oral Res.*, (São Paulo). – 2012. – Vol. 26, № 1. – P. 7-9.

332. Ammari J. B. Effects of programs for prevention of early childhood caries. A systematic review / J. B. Ammari, Z. H. Baqain, P. F. Ashley // *Med Princ Pract.* – 2007. – Vol. 16 (6) – P. 437-442.
333. Analysis of etiologic factors and periodontal conditions involved with 309 abfractions / N. Miller, J. Penaud, P. Ambrosini [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2008. – Vol. 30. – P. 828-832.
334. Anderson G. F. Population aging: a compression among industrialized countries / G. F. Anderson, P. S. Hussey // *Health Affairs.* – 2010. – № 19. – C. 191-203.
335. Assessing dental caries prevalence in African-American youth and adults / W. Y. Seibert, C. J. Farmer-Dixon, T. E. Bolden [et al.] // *J. Tenn. Dent. Assoc.* – 2004. – Vol. 84, № 2. – P. 24-27.
336. Association of interleukin-1 LT- α (+252 A / G) gene polymorphisms with aggressive periodontitis / L. Quappe, L. Jara, N. J. Lopez [et al.] // *J. Periodontol.* – 2004. – Vol. 75. – P. 1509-1515.
337. Atasu M. P. Dermatoglyphic findings in dental caries: a preliminary report / M. P. Atasu // *J. Clin. Pediatr. Dent.* – 1998. – Vol. 22, № 2. – P. 147-149.
338. Ballini A. Evidence-Based Dentistry: What's New? / A. Ballini, S. Capodiferro, M. Toia // *JCDA.* – 2008. – Vol. 4, № 1. – P. 174-178.
339. Basic research and 12 years of clinical experience in computer-assisted navigation technology: a review / R. Ewers, K. Schicho, M. Truppe [et al.] // *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* – 2008. – № 34. – P. 1-8.
340. Behbehani J. M. Oral health in Kuwait / J. M. Behbehani, F. O. Scheutz // *Int. Dent. J.* – 2004. – Vol. 54, № 6. – P. 401-408.
341. Behnke A. R. Need for genetics education in U. S. dental and dental hygiene programs / A. R. Behnke, T. M. Hassell // *J. Dent. Educ.* – 2009. – Vol. 68, № 8. – P. 819-822.
342. Beighton D. The complex oral microflora of high-risk individuals and groups and it's role in the caries process / D. Beighton // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2009. – № 33. – P. 248-255.

343. Blagojevic D. F. Effects of fluoride in drinking water on health of deciduous teeth / D. F. Blagojevic, I. T. Stojšin // *Med. Pregl.* – 2014. – Vol. 57, № 7-8. – P. 323-326.

344. Bower E. The contributions of qualitative research towards dental public health practice / E. Bower, S. Scambler // *Com. Dent. Oral Epidemiol.* – 2007. – Vol. 35, № 3. – P. 161-169.

345. Broffitt B. A. Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status / B. A. Broffitt, J. J. Warren, S. M. Levy // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2007. – № 5. – P. 449-458.

346. Ca/P mol ratio of caries-affected dentin structures / Z. K. Hashemi, Y. T. Oshida, J. J. Deely [et al.] // *Biomed. Mater. Eng.* – 2005. – Vol. 15, № 4. – P. 251-260.

347. Caries experience and caries predictors – a study of Tanzanian children consuming drinking water with different fluoride concentrations / A. K. Awadia, J. M. Birkeland, O. L. Haugejorden [et al.] // *Clin. Oral Investig.* – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 98-103.

348. Caries experience of some countries and areas expressed by the Significant Caries Index / M. Nishi, J. Stjernswärd, P. Carlsson, D. Bratthall // *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* – 2012. – Vol. 30, № 4. – P. 296-301.

349. Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-year-old children and erosive wear prevalence among 12-year-old children in The Hague / G. J. Truin, H. M. van Rijkom, J. A. Mulder [et al.] // *Caries Res.* – 2005. – Vol. 39, № 1. – P. 2-8.

350. Caufield P. W. Diversity of lactobacilli in the oral cavities of young women with dental caries / P. W. Caufield, Y. O. Li, A. A. Dasanayake // *Caries Res.* – 2007. – Vol. 41, № 1. – P. 2-8.

351. Changes in clinical and microbiological periodontal profiles relate to progression of carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology study / M. Desvarieux, R. T. Demmer, D. R. Jacobs [et al.] // *J. Am. Heart Assoc.* – 2013. – № 2 (6). – P. 11-18.

352. Characterization of recombinant, ureolytic *Streptococcus mutans* demonstrates an inverse relationship between dental plaque ureolytic capacity and cariogenicity / K. A. Clancy, S. E. Pearson, W. H. Bowen [et al.] // *Infect. Immun.* – 2010. – Vol. 68, № 5. – P. 2621-2629.

353. Charles James Essig. *The American text book of Prosthetic Dentistry: in contributions by Eminent Authorities* / James Essig Charles // *University of Michigan Library.* – 2009. – 780 p.

354. Clinical and experimental evaluation of an augmented reality system in cranio-maxillofacial surgery / R. A. Mischkowski, M. J. Zinser, A. C. Kubler [et al.] // *J. Comp. Assist. Radiol. Surg.* – 2008. – P. 565-570.

355. Clinical performance of all-ceramic inlay and onlay restorations in posterior teeth / U. S. Beier, I. Kapferer, D. Busterscher [et al.] // *Int. J. Prosthodont.* – 2012. – Vol. 25, № 4. – P. 395-402.

356. Cobankara F. K. The quantitative evaluation of apical scaling of four endodontic sealers / F. K. Cobankara // *J. Endod.* – 2006. – Vol. 32, № 1. – P. 66-68.

357. Comparison of dermatoglyphic traits and dental anomalies associated with cleft lip or cleft lip and palate patients with normal healthy children / N. Maheshwari, K. Bansal, D. J. Rao, R. Chopra // *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* – 2013. – Vol. 31, № 4. – P. 260-264.

358. Comparison of image validity between cone beam computed tomography for dental use and multidetector row helical computed tomography / K. Hashimoto, K. Kawashima, S. Kameoka [et al.] // *Dentomaxillofacial Radiology.* – 2007. – № 36. – P. 465-471.

359. Composite materials: Composition, properties and clinical applications. A Literature Review / B. Zimmerli, M. Strub, F. Jeger [et al.] // *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* – 2010. – Vol. 120, № 11. – P. 972-979.

360. Cone beam tomography for the detection of approximal carious cavitations / R. Haak, M. J. Wicht, L. Ritter [et al.] // *Caries Res.* – 2006. – № 40. – P. 346.

361. Cummins H. *Finger Prints, Palms and Soles. An Introduction to Dermatoglyphics* / H. Cummins and Ch. Midlo. – Philadelphia, 1961. – 300 p.

362. Deas D. Response to chronic and aggressive periodontitis to treatment / D. Deas, B. L. Mealey // *Periodontol 2000*. – 2010. – № 53. – P. 154-165.
363. Deeley K. Possible association of amelogenin to high caries experience in a Guatemalan-Mayan population / K. Deeley, A. Letra, E. K. Rose // *Caries Res.* – 2008. – Vol. 42. – P. 7-9.
364. Demmer R. T. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis / R. T. Demmer, P. N. Papapanou // *Periodontol 2000*. – 2010. – № 53. – P. 28-44.
365. Dental health indices and caries-related microflora in children with severe haemophilia / H. D. Sonbol, M. C. Pelargidou, V. S. Lucas [et al.] // *Haemophilia*. – 2006. – Vol. 7, № 5. – P. 468-474.
366. Dermatoglyphic Features in Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate Patients and Their Parents in China / H. Ma, Y. Qiu, W. Zhu [et al.] // *Cleft Palate Craniofac J.* – 2014. – Vol. 51, № 1. – P. 76-82.
367. Dermatoglyphics from All Chinese Ethnic Groups Reveal Geographic Patterning / H. G. Zhang, Y. F. Chen, M. Ding [et al.] // *PLoS ONE*. – 2010. – Vol. 5, № 1: e8783. doi:10.1371/journal.pone.0008783
368. Dermatoglyphic patterns and salivary pH in subjects with and without dental caries: A cross-sectional study / A. Yamunadevi, J. Dineshshankar, S. Banu [et al.] // *J. Nat. Sci. Biol. Med.* – 2015. – Vol. 6, № 2. – P. 295-299.
369. Dermatoglyphic patterns in cystic fibrosis children / A. Ezzati, F. Batoei, S. A. Jafari [et al.] // *Iran J. Pediatr.* – 2014. – Vol. 24, № 5. – P. 609-616.
370. Dermatoglyphics and Reproductive Risk in a Family with Robertsonian Translocation 14q;21q / S. Kolgeci, J. Kolgeci, M. Azemi [et al.] // *Acta Inform. Med.* – 2015. – Vol. 23, № 3. – P. 178-183.
371. Dermatoglyphics in patients with dental caries: a study on 1250 individuals / P. R. Abhilash, R. Divyashree, S. G. Patil [et al.] // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2012. – Vol. 13, № 3. – P. 266-274.
372. Dermatoglyphics: a genetic marker of early childhood caries / C. Anitha, S. Konde, N. S. Raj [et al.] // *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* – 2014. – Vol. 32, № 3. – P. 220-224.

373. Eating disorders and oral health: a review of the literature / A. M. Frydrych, G. R. Davies, B. M. McDermott [et al.] // *Aust. Dent. J.* – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 6-15.

374. Effect of interleukin-1 genepolymorphisms on gingival inflammation assessed by bleeding on probing in a periodontal maintenance population / M. P. Lang, M. S. Tonetti, J. Suter [et al.] // *J. Periodontal Res.* – 2010. – № 35 (2). – P. 102-107.

375. Emingil G. Gingival crevicular fluid matrix metalloproteinase-25 and -26 levels in periodontal disease / G. Emingil, H. Kuula, T. Sorsa // *J. Periodontol.* – 2006. – Vol. 77, № 4. – P. 664-671.

376. Eslami N. Palm and finger print characteristics in nonfamilial cleft lip and palate patients and their parents / N. Eslami, A. Jahanbin, A. Ezzati // *J. Craniofac. Surg.* – 2013. – Vol. 24, № 3. – P. 769-772.

377. Evaluation of transversal slice imaging in the diagnosis of tooth displacement with special consideration of the upper canines / N. Broer, A. Fuhrmann, S. Brement [et al.] // *J. Orofac. Orthop.* – 2005. – № 66. – P. 94-109.

378. Fandeyeva O. Special dermatoglyphic technique in identifying blood relations / O. Fandeyeva, A. Fandeyev // *Medicina Legalis Baltica.* – 2004. – № 14. – P. 22.

379. Folwaczny M. Polymorphisms of the interleukin-18 gene in periodontitis patients / M. Folwaczny, J. Glas, H.- P. Torok // *Journal of Clinical Periodontology.* – 2005. – Vol. 32, № 5. – P. 530-534.

380. Functional gene polymorphisms in aggressive and chronic periodontitis / H.M. Brett, P. Zygianni, G.S. Griffiths [et al.] // *J. of dental research.* – 2005. – Vol. 84, № 12. – P. 1149-1153.

381. Gene polymorphisms in pro-inflammatory cytokines are associated with systemic inflammation, in patients with severe periodontal infections / F. D'Aiuto, M. Parkar, P. M. Brett, P. Ready [et al.] // *Cytokine.* – 2007. – Vol. 28, Issue 1. – P. 29-34.

382. Genetic signatures of strong recent positive selection at the lactase gene / T. Bersaglieri, P. C. Sabeti, N. Patterson [et al.] // *Am.J.Hum.Genet.* – 2009. – Vol. 74, № 6. – P. 1111-1120.

383. Genome-wide association Scan of dental caries in the permanent dentition / X. Wang, J. R. Shaffer, Z. Zeng [et al.] // *BMC Oral Health.* – 2012. – Vol. 18, № 2. – P. 207-212.

384. Genome-wide association studies: theoretical and practical concerns / Y. S. Wang, B. J. Barratt, D. G. Clayton [et al.] // *A Nature Reviews Genetics.* – 2005. – Vol. 6, № 2. – P. 109-118.

385. Gerke V. Annexins: from structure to function / V. Gerke, S. E. Moss // *Physiol Rev.* – 2009. – Vol. 82. – P. 44-47.

386. Gingival Tissue Transcriptomes Identify Distinct Periodontitis Phenotypes / M. Kebschull, R. T. Demmer, B. Grün [et al.] // *J. Dent. Res.* – 2014. – Vol. 93, № 5. – P. 459-468.

387. Handfield M. In vivo induced genes in human diseases / M. Handfield, A. Progulsk-Fox, J. D. Hillman // *Periodontology* – 2005. – Vol. 38. – P. 123-134.

388. Harris R. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature / R. Harris, A. D. Nicoll, P. M. Adair // *Community Dent. Health.* – 2004. – Vol. 21. – P. 71-851.

389. Harrison H. J. Prothero. *Prothetic Dentistry* / H. J. Harrison. – University of Michigan Library, 2009. – 379 p.

390. Hopp C. D. Considerations for ceramic inlays in posterior teeth: a review / C. D. Hopp, M. F. Land // *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry.* – 2013. – № 5. – P. 21-32.

391. How does fluoride affect dentin microhardness and mineralization? / A. P. Vieira, R. A. Hancock, M. H. Dumitriu [et al.] // *J. Dent. Res.* – 2005. – Vol. 84, № 10. – P. 951-957.

392. Hugh D. Complete and partial dentures. A clinical manual for the general dental practitioner / D. Hugh. – Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hon Kong, London, Milan, Paris, Tokyo, 2012. – 30 p.

393. Hunter L. P. Oral health and oral health care practices among women / L. P. Hunter, S. M. Yount // *J. of Midwifery & Women's Health*. – 2011. – Vol. 56. – P. 103-109.

394. Investigation of an IL-2 polymorphisms in patients with different levels of chronic periodontitis / R. M. Scarel-Caminaga, P. C. Trevilatto, A. P. Souza [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2012. – Vol. 29, № 7. – P. 587-591.

395. Jacobsson B. K. Dental caries and caries associated factors in Swedish 15-year-olds in relation to immigrant background / B. K. Jacobsson, L. K. Wendt, I. P. Johansson // *Swed. Dent. J.* – 2005. – Vol. 29, № 2. – P. 71-79.

396. Jain P. O. Dental caries and social deprivation / P. O. Jain, A. I. Shankar, S. O. Ramaiah // *Lancet*. – 2007. – Vol. 24, № 3. – P. 639.

397. Kleinberg I. A mixed-bacteria ecological approach to understanding the role for the oral bacteria in dental caries causation: an alternative and the specific-plaque hypothesis / I. Kleinberg // *Crit. Rev. Oral. Biol Med.* – 2008. – № 13. – P. 108-125.

398. Kumar J. Oral health care during pregnancy recommendations for oral health professionals / J. Kumar, R. Samelson // *N. Y. State Dent J.* – 2009. – № 75. – P. 29-33.

399. Kunin A. Our experience in prophylaxis of recurrence (second) caries / A. Kunin, I. Belenova // *Papers of the 3rd Pan-European Dental Congress, 9-11 dec. 2009.* – P. 30-31.

400. Laine M. L. Gene polymorphisms in chronic periodontitis / M. L. Laine, B. G. Loos, W. Crielaard // *International journal of dentistry*. – 2010. – Vol. 3, № 5. – P. 1-22.

401. Levin L. R. Oral hygiene, caries status and bad breath among young Israeli recruits / L. R. Levin, M. G. Rosenberg // *Refuat. Hapeh. Vehashinayim*. – 2005. – Vol. 22, № 1. – C. 27-31.

402. Lillehagen M. A. Detection of approximal caries by clinical and radiographic examination in 9-year-old Swedish children / M. A. Lillehagen, M. P. Grindefjord, I. I. Mejare // *Caries Res.* – 2007. – Vol. 41, № 3. – P. 177-185.

403. Little J. W. Eating disorders: dental implications / J. W. Little // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. – 2012. – Vol. 3, № 2. – P. 138-43.
404. Luna P. C. Profuse congenital familial milia with absent dermatoglyphics (Basan's Syndrome): description of a new family / P. C. Luna, M. Larralde // *Pediatr Dermatol.* – 2012. – Vol. 29, № 4. – P. 527-529.
405. Madan N. Palmistry: a tool for dental caries prediction! / N. Madan, A. Rathnam, N. Bajaj // *Indian J. Dent. Res.* – 2011. – Vol. 22, № 2. – P. 213-218.
406. Mah J. K. Cone Beam Computed Tomography in the Management of Impacted Canines / J. K. Mah, S. Alexandroni // *Seminars in Orthodontics.* – 2010. – № 16 (3). – P. 199-204.
407. Manjunatha B. S. Taurodontism – A Review on its etiology, prevalence and clinical considerations / B. S. Manjunatha, S. K. Kovvuru // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2010. – № 2 (4). – P. 187-90.
408. Marsh P. D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? / P. D. Marsh // *Microbiology.* – 2006. – Vol. 149, № 2. – P. 279-294.
409. Menon P. V. Comparison of antibacterial properties of two fluoride – releasing and a nonfluoride – releasing pit and fissure sealants / P. V. Menon, N. D. Shashikiran, V. V. Reddy // *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent.* – 2007. – Vol. 25, № 3. – P. 133-136.
410. MGB probes detect *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in real time / J. Q. Ling, J. C. Lin, Z. Y. Tang [et al.] // *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* – 2005. – Vol. 23, № 1. – P. 26-28.
411. Mombelli A. Can presence or absence of periodontal pathogens distinguish between subjects with chronic and aggressive periodontitis? A systematic review / A. Mombelli, F. Casagni, P. N. Madianos // *J. Clin. Periodontol.* – 2008. – Vol. 29, Suppl. 3. – P. 10-21.
412. Naitoh M. Assessment of three-dimensional X-ray images: reconstruction from conventional tomograms and compact computerized tomography images / M. Naitoh // *J. Oral Implantol.* – 2005. – Vol. 31, № 5. – P. 234-241.

413. Nandini S. Indirect resin composites / S. Nandini // *J. Conserv. Dent.* – 2010. – Vol. 13, № 4. – P. 184-194.

414. No association between selected candidate gene polymorphisms and severe chronic periodontitis / Y. Li, J. C. Wohlfahrt, T. Wu [et al.] // *J. of Periodontology.* – 2006. – Vol. 77, № 3. – P. 426-436.

415. Oral health care for the pregnant patient / J. A. Giglio, S. M. Lanni, D. M. Laskin, N. W. Giglio // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2009. – № 75. – P. 43-48.

416. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden / P. P. de Palma, L. G. Frithiof, L. H. Persson [et al.] // *Acta Odontol. – Scand.* – 2005. – Vol. 63, № 1. – P.50-55.

417. *Oral Health Surveys: Basic Methods.* – 4th edition. – Geneva: World Health Organization, 1997. – 66 p.

418. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women / K. A. Boggess, D. M. Urrlaub, K. E. Massey [et al.] // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2010. – № 141. – P. 553-661.

419. Ouryouji K. Analysis of mutations in the amelogenin and the enamelin genes in severe caries in Japanese pediatric patients / K. Ouryouji, Y. Imamura, Y. Fujigaki // *Pediatric Dental Journal.* – 2008. – Vol. 18. – P. 79-85.

420. Patir A. Enamel formation genes are associated with high caries experience in Turkish children / A. Patir, F. Seymen, M. Yildirim // *Caries Res.* – 2008. – Vol. 42. – P. 394-400.

421. Periodontal infection and cardiorespiratory fitness in younger adults: results from continuous national health and nutrition examination survey / A. Thai, P. N. Papapanou, D. R. Jr. Jacobs [et al.] // *PLoS One.* – 2014. – № 24. – P. 9.

422. Periodontal infection, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: results from the Continuous National Health and Nutrition Examination Survey / N. Arora, P. N. Papapanou, M. Rosenbaum [et al.] // *J. Clin Periodontol.* – 2014. – № 41 (7). – P. 643-652.

423. Petersen P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives / P. E. Petersen // *Community Dent. Oral. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 33,

№ 4. – P. 274-279.

424. Petersen P. E. The global burden of oral diseases / P. E. Petersen, D. Bourgeois // *Bulletin of the WHO*. – 2005. – Vol. 83. – P. 661-669.

425. Petronis A. Human morbid genetics revisited: relevance of epigenetics / A. Petronis // *Trends Genet*. – 2011. – Vol. 17. – P. 142-146.

426. Prevalence and severity of dental caries are associated with the worst socioeconomic conditions: a Brazilian cross-sectional study among 18-year-old males / M. A. Peres, K. G. Peres, J. K. Traebert [et al.] // *J. Adolesc. Health*. – 2005. – Vol. 37, № 2. – P. 103-109.

427. Reliability of specific finger dermatoglyphic patterns and their association with dental caries / P. Ramani, G. Sentamilselvi, V. Narayan [et al.] // *Gen. Dent*. – 2014. – Vol. 62, № 5. – P. 9-11.

428. Reid B. C. Race/ethnicity and untreated dental caries: the impact of material and behavioral factors / B. C. Reid, J. J. Hyman, M. D. Macek // *Community Dent. Oral Epidemiol*. – 2004. – Vol. 32, № 5. – P. 329-336.

429. Release and activation Of matrix metalloproteinase 8 from human neutrophils triggered by leukotoxin of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* / R. Claesson, A. Johansson, G. Belibasakis [et al.] // *J. Periodontol. Res*. – 2007. – Vol. 37. – P. 353.

430. Reproducibility and accuracy of measuring unerupted teeth using limited cone beam X-ray CT / J. Sakabe, Y. Kuroki, S. Fujimaki [et al.] // *Dentomaxillofac Radiol*. – 2007. – № 36. – P. 2-6.

431. Risk factors for developing-apical periodontitis in general population / L. L. Kirkevang, M. Vaeth, P. Horsed-Bindslev [et al.] // *Int. Endod. J*. – 2007. – Vol. 20, № 4. – P. 290-299.

432. Robertson A. K. Changes in South Australian children's caries experience / A. K. Robertson // *Aust. Dent. J*. – 2004. – Vol. 49, № 4. – P. 212.

433. Rodrigues E. A. A case of unusual anatomy: maxillary central incisor with two root canals / E. A. Rodrigues, S.J.A. Silva // *Int. J. Morphol*. – 2009. – № 27 (3). – P. 827-830.

434. Rupesh S. Genetic sensitivity to the bitter taste of 6-n propylthiouracil: a new risk determinant for dental caries in children / S. Rupesh, U. A. Nayak // *J. Indian Soc Pedod. Prev. Dent.* – 2006. – Vol. 24, № 2. – P. 63-68.

435. Sachdeva S. Dermatoglyphic assessment in subjects with different dental arch forms: an appraisal / S. Sachdeva, A. Tripathi, P. Kapoor // *J. Indian Prosthodont. Soc.* – 2014. – Vol. 14, № 3. – P. 281-288.

436. Saliva: its role in health and disease. Working Group 10 of the Commission on Oral Health, Research and Epidemiology (CORE) // *Int. Dent. J.* – 1998. – Vol. 42, № 4, suppl. 2. – P. 287–304.

437. Salivary levels of mutans streptococci associated with restorations: a case-control study / S. Y. Petti, G. T. Campus, A. R. Lumbau [et al.] // *New Microbiol.* – 2009. – Vol. 24, № 3. – P. 281-288.

438. Saxena R. S. Dermatoglyphic evaluation in subjects and parents of cleft lip with and without cleft palate / R. S. Saxena, M. P. David, A. P. Indira // *Cleft Palate Craniofac J.* – 2013. – Vol. 50, № 6. – P. 105-110.

439. Selwitz R. H. Dental caries / R. H. Selwitz, A. I. Ismail, N. B. Pitts // *Lancet.* – 2007. – № 3. – P. 51-59.

440. Shinkaruk-Dykovytska M. M. Local administrative-territorial specificity dermatoglyphics of men in Ukraine affected by caries at various levels of intensity / M. M. Shinkaruk-Dykovytska, A. V. Borisenko // *Curr. Issues Pharm. Med. Sci.* – 2015. – Vol. 28, Issue 1. – P. 51-54. ISSN (Online) 2300-6676, ISSN (Print) 2084-980X, doi: 10.1515/cipms-2015-0043

441. Shinkaruk-Dykovytska M. M. Дерматогліфічні маркери карієсу зубів при визначенні рівня інтенсивності процесу у чоловіків із різних регіонів України = Dermatoglyphic markers dental caries when determining the level of intensity of process in men from different regions of Ukraine / M. M. Shinkaruk-Dykovytska // *Journal of Education, Health and Sport.* – 2015. – Vol. 5 (3). – P. 79-90. ISSN 2391-8306.

442. Simmer J. P. Dental enamel formation and its impact on clinical dentistry / J. P. Simmer, J. C. Hu // *J. Dent. Educ.* – 2007. – Vol. 65, № 9. – P. 896-905.

443. Sontakke B. R. Dermatoglyphics of fingers and palm in Klinefelter's syndrome / B. R. Sontakke, S. K. Ghosh, A. K. Pal // Nepal Med. Coll. J. – 2010. – Vol. 12, № 3. – P. 142-144.

444. Stabholz A. Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis / A. Stabholz, W. A. Soskolne, L. Shapira // Periodontol 2000. – 2010. – № 53. – P. 138-153.

445. Study of caries polarization in 2-5 year-old children of Shenyang, China / X. F. Zhang, X. B. Xu, R. B. Cheng [et al.] // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2005. – Vol. 23, № 3. – P. 258-259.

446. Takahashi N. Caries ecology revisited: Microbial dynamics and the caries process / N. Takahashi, B. Nyvad // Caries Res. – 2008. – № 42. – P. 409-418.

447. Takashiba S. Gene polymorphism in periodontal health and disease / S. Takashiba, K. Naruishi // J Periodontology. – 2006. – Vol. 40, № 1. – P. 94-106.

448. Tetè S. Microarray expression profiling of human dental pulp from single subject / S. Tetè, F. Mastrangelo, A. P. Scioletti // Clin Invest Med. – 2008. – Vol. 31, № 2. – P. 12-17.

449. The «Significant Caries Index» (SiC): A Critical Approach / G. Campus, G. Solinas, C. Maida, P. Castiglia // Oral Health & Preventive Dentistry. – 2003. – № 1 (3). – P. 171-178.

450. The effects of diet, breast-feeding and weaning on caries risk for preterm and low birth weight children / E. S. Davenport, C. C. Litenas, P. O. Barbayiannis [et al.] // Int. J. Paediatr. Dent. – 2008. – Vol. 14, № 4. – P. 251-259.

451. The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals / J. A. Morais, G. Heydecke, J. Pawliuk [et al.] // J. of dental research. – 2003. – № 1. – P. 82.

452. Tranaeus S. R. Caries risk assessment: methods available to clinicians for caries detection / S. R. Tranaeus, X. Q. Shi, B. F. Angmar-Mansson // Community Dent. Oral. Epidemiol. – 2005. – Vol. 33, № 4. – P. 265-273.

453. Van Daatselaar A. N. Detection of caries with local CT / A. N. van Daatselaar, D. A. Tyndall, P. F. van der Stelt // Dentomaxillofac Radiol. – 2008. – Vol.

32, № 4. – P. 235-241.

454. Van Wyk P. J. Oral health in South Africa / P. J. Van Wyk, C. A. Van Wyk // *Int. Dent. J.* – 2009. – Vol. 54, № 6. – P. 373-377.

455. Variables associated with oral hygiene levels in 7-year-olds in Belgium / L. R. Martens, J. G. Vanobbergen, R. D. Leroy [et al.] // *Community Dent. Health.* – 2004. – Vol. 21, № 1. – P. 4-10.

456. Vertucci F. J. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures / F. J. Vertucci // *Endodontic Topics* – 2005. – № 10. – P. 3-29.

457. World Health Organization. Country Oral Health Profiles. – WHO 2010.

458. World Health Organization. Oral Health Surveys Methods, 5th Ed. – WHO Geneva. – 2013 (in press).

459. World Health Organization: Oral health information systems. Режим доступа: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en

460. Wright J. T. Human and mouse enamel phenotypes resulting from mutation or altered expression of AMEL, ENAM, MMP20 and KLK4 / J. T. Wright, T. C. Hart, P. S. Hart // *Cells Tissues Organs.* – 2009. – Vol. 189. – P. 224-229.

461. Wyne A. H. The bilateral occurrence of dental caries among 12-13 and 15-19 years old school children / A. H. Wyne // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2007. – Vol. 15, № 5. – P.42-52.

Продовження табл. А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
R -	ЦК	9,8	15,4	11,4	9,6	6,1	3,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ЛКП	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
V	ПП	2,0	0	3,3	2,1	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ВВ	11,8	11,5	17,9	9,0	9,1	6,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примітки: тут і в подальшому у подібних таблицях

1. КПВ1 – дуже низький рівень інтенсивності ураженості карієсом;
2. КПВ2 – низький рівень інтенсивності ураженості карієсом;
3. КПВ3 – середній рівень інтенсивності ураженості карієсом;
4. КПВ4 – високий рівень інтенсивності ураженості карієсом;
5. КПВ5 – дуже високий рівень інтенсивності ураженості карієсом;
6. р0-1 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ1;
7. р0-2 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ2;
8. р0-3 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ3;
9. р0-4 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ4;
10. р0-5 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ5;
11. р1-2 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ2;
12. р1-3 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ3;

13. p1-4 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ4;
14. p1-5 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ5;
15. p2-3 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ3;
16. p2-4 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ4;
17. p2-5 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ5;
18. p3-4 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ3 та загальної групи групи з КПВ4;
19. p3-5 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ3 та загальної групи групи з КПВ5;
20. p4-5 – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ4 та загальної групи групи з КПВ5.

Продовження табл. А.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
L - III	A	14,8	15,4	15,4	14,4	12,1	16,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	ЦК	9,5	3,8	10,6	10,1	6,1	10,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	ЛКП	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	ПП	3,8	0	4,1	4,3	3,0	3,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	ВВ	6,5	15,4	3,3	8,5	3,0	3,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,069</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L - IV	W	4,5	0	4,1	3,2	9,1	13,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,059</u>	>0,05	>0,05	<u>0,057</u>	>0,05	<0,05	>0,05	
	L ^u	41,8	42,3	33,3	47,3	39,4	43,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	L ^r	0,3	0	0	0,5	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	A	7,3	7,7	8,9	6,4	3,0	10,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	ЦК	21,0	7,7	26,0	20,2	24,2	13,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ЛКП	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ВВ	22,5	42,3	24,4	19,1	24,2	16,7	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,065</u>	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L - V	W	1,3	0	1,6	0,5	3,0	3,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	L ^u	72,0	76,9	65,0	76,6	72,7	66,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	L ^r	0,3	0	0	0,5	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
	A	8,8	3,8	9,8	7,4	6,1	20,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
	ЦК	3,3	3,8	1,6	3,7	6,1	3,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ЛКП	0	0	0	0	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ПП	2,0	0	2,4	2,7	0	0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	ВВ	12,5	15,4	19,5	8,5	12,1	6,7	>0,05	<u>0,052</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця А.4

Частота та розподіл окремих типів пальцевих візерунків на першому пальці правої (R-I) й лівої (L-I) кисті у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	Тип візер.	Права кисть			Ліва кисть		
		КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Без розподілу	W	4,9 (n=123)	6,4 (n=188)	>0,05	1,6 (n=123)	2,1 (n=188)	>0,05
	L ^u	39,8 (n=123)	45,2 (n=188)	>0,05	52,0 (n=123)	55,9 (n=188)	>0,05
	L ^r	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	A	7,3 (n=123)	5,9 (n=188)	>0,05	8,9 (n=123)	9,6 (n=188)	>0,05
	ЦК	25,2 (n=123)	23,4 (n=188)	>0,05	16,3 (n=123)	13,3 (n=188)	>0,05
	ЛКП	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	ПП	18,7 (n=123)	16,0 (n=188)	>0,05	17,9 (n=123)	13,8 (n=188)	>0,05
	ВВ	4,1 (n=123)	3,2 (n=188)	>0,05	3,3 (n=123)	5,3 (n=188)	>0,05
Регіон 1	W	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	L ^u	40,0 (n=20)	42,1 (n=38)	>0,05	45,0 (n=20)	52,6 (n=38)	>0,05
	L ^r	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	A	5,0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	15,0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	ЦК	30,0 (n=20)	34,2 (n=38)	>0,05	20,0 (n=20)	13,2 (n=38)	>0,05
	ЛКП	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	ПП	25,0 (n=20)	18,4 (n=38)	>0,05	20,0 (n=20)	26,3 (n=38)	>0,05
	ВВ	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
Регіон 2	W	0 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
	L ^u	22,2 (n=9)	38,5 (n=26)	>0,05	55,6 (n=9)	61,5 (n=26)	>0,05
	L ^r	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	A	11,1 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	15,4 (n=26)	>0,05
	ЦК	22,2 (n=9)	23,1 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	15,4 (n=26)	>0,05
	ЛКП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ПП	33,3 (n=9)	7,7 (n=26)	0,067	11,1 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ВВ	11,1 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	W	7,8 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05	1,6 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	L ^u	32,8 (n=64)	42,2 (n=64)	>0,05	48,4 (n=64)	50,0 (n=64)	>0,05
	L ^r	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	A	6,3 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05	7,8 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05
	ЦК	26,6 (n=64)	20,3 (n=64)	>0,05	17,2 (n=64)	17,2 (n=64)	>0,05
	ЛКП	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	ПП	21,9 (n=64)	23,4 (n=64)	>0,05	21,9 (n=64)	12,5 (n=64)	>0,05
	ВВ	4,7 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05	3,1 (n=64)	9,4 (n=64)	>0,05

Продовження табл. А.4

1	2	3	4	5	6	7	8
Регіон 4	W	0 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	L ^u	68,4 (n=19)	51,4 (n=35)	>0,05	63,2 (n=19)	62,9 (n=35)	>0,05
	L ^r	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	A	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05
	ЦК	26,3 (n=19)	20,0 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05
	ЛКП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	ПП	5,3 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05	15,8 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05
	ВВ	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
Регіон 5	W	9,1 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	L ^u	45,5 (n=11)	56,0 (n=25)	>0,05	63,6 (n=11)	60,0 (n=25)	>0,05
	L ^r	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	A	27,3 (n=11)	12,0 (n=25)	>0,05	18,2 (n=11)	12,0 (n=25)	>0,05
	ЦК	9,1 (n=11)	20,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ЛКП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ПП	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	20,0 (n=25)	>0,05
	ВВ	9,1 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ w	>0,05	>0,05		<u>0,066</u>	>0,05		
p ₀₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₄ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₄₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₁ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ L ^u	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		

Продовження табл. А.4

1-2	3	4	5	6	7	8
$p_{1-4} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-5} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-4} L^u$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-5} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-4} L^u$	<0,01	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-5} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} L^u$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-1} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-2} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-3} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-2} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-3} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-1} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-2} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-3} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-2} A$	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,065</u>	
$p_{1-3} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-5} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-5} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.4

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₀₋₁ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,054</u>	
p ₁₋₂ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,063</u>	
p ₂₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₃₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₄₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,053</u>	
p ₀₋₁ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,056</u>	
p ₀₋₂ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
p ₁₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,052</u>	

Продовження табл. А.4

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₁₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,062</u>	
p ₂₋₄ ПП	<u>0,059</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ПП	<u>0,053</u>	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₃₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ПП	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ВВ	<0,01	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Примітки: тут і в подальшому у подібних таблицях

1. p – рівень достовірності відмінностей між показниками з рівнем КПВ2 та з рівнем КПВ3;

2. p₀₋₁ – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону1;

3. p₀₋₂ – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону2;

4. p₀₋₃ – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону3;

5. p₀₋₄ – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону4;

6. p₀₋₅ – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону5;

7. p_{1-2} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону2;
8. p_{1-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону3;
9. p_{1-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону4;
10. p_{1-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону5;
11. p_{2-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону3;
12. p_{2-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону4;
13. p_{2-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону5;
14. p_{3-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону3 та Регіону4;
15. p_{3-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону3 та Регіону5;
16. p_{4-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону4 та Регіону5.

Таблиця А.5

Частота та розподіл окремих типів пальцевих візерунків на другому пальці правої (R-II) й лівої (L-II) кисті у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	Тип візер.	Права кисть			Ліва кисть		
		КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Без розподілу	W	4,1 (n=123)	3,7 (n=188)	>0,05	4,1 (n=123)	6,4 (n=188)	>0,05
	L ^u	28,5 (n=123)	25,0 (n=188)	>0,05	31,7 (n=123)	31,9 (n=188)	>0,05
	L ^r	8,1 (n=123)	4,3 (n=188)	>0,05	4,1 (n=123)	2,1 (n=188)	>0,05
	A	23,6 (n=123)	27,7 (n=188)	>0,05	23,6 (n=123)	26,6 (n=188)	>0,05
	ЦК	21,1 (n=123)	22,9 (n=188)	>0,05	20,3 (n=123)	20,2 (n=188)	>0,05
	ЛКП	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	ПП	6,5 (n=123)	5,9 (n=188)	>0,05	9,8 (n=123)	5,9 (n=188)	>0,05
	ВВ	8,1 (n=123)	10,6 (n=188)	>0,05	6,5 (n=123)	6,9 (n=188)	>0,05

Продовження табл. А.5

1	2	3	4	5	6	7	8
Регіон 1	W	5,0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	L ^u	25,0 (n=20)	31,6 (n=38)	>0,05	25,0 (n=20)	21,1 (n=38)	>0,05
	L ^r	10,0 (n=20)	0 (n=38)	<u>0,052</u>	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	A	30,0 (n=20)	26,3 (n=38)	>0,05	25,0 (n=20)	26,3 (n=38)	>0,05
	ЦК	25,0 (n=20)	23,7 (n=38)	>0,05	30,0 (n=20)	31,6 (n=38)	>0,05
	ЛКП	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	ПП	0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
	ВВ	5,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
Регіон 2	W	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
	L ^u	0 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	30,8 (n=26)	>0,05
	L ^r	22,2 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	A	11,1 (n=9)	50,0 (n=26)	<0,05	22,2 (n=9)	46,2 (n=26)	>0,05
	ЦК	22,2 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	0 (n=26)	<0,05
	ЛКП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ПП	22,2 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
	ВВ	22,2 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
Регіон 3	W	6,3 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05	6,3 (n=64)	6,3 (n=64)	>0,05
	L ^u	26,6 (n=64)	23,4 (n=64)	>0,05	32,8 (n=64)	42,2 (n=64)	>0,05
	L ^r	6,3 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05	6,3 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05
	A	20,3 (n=64)	26,6 (n=64)	>0,05	21,9 (n=64)	14,1 (n=64)	>0,05
	ЦК	21,9 (n=64)	28,1 (n=64)	>0,05	15,6 (n=64)	17,2 (n=64)	>0,05
	ЛКП	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	ПП	9,4 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05	12,5 (n=64)	7,8 (n=64)	>0,05
	ВВ	9,4 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05	4,7 (n=64)	9,4 (n=64)	>0,05
Регіон 4	W	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05
	L ^u	47,4 (n=19)	31,4 (n=35)	>0,05	47,4 (n=19)	20,0 (n=35)	<0,05
	L ^r	10,5 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	A	15,8 (n=19)	20,0 (n=35)	>0,05	15,8 (n=19)	34,3 (n=35)	>0,05
	ЦК	26,3 (n=19)	20,0 (n=35)	>0,05	26,3 (n=19)	28,6 (n=35)	>0,05
	ЛКП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	ПП	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	ВВ	0 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
Регіон 5	W	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05
	L ^u	36,4 (n=11)	28,0 (n=25)	>0,05	18,2 (n=11)	40,0 (n=25)	>0,05
	L ^r	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	A	54,5 (n=11)	20,0 (n=25)	<0,05	45,5 (n=11)	28,0 (n=25)	>0,05
	ЦК	0 (n=11)	24,0 (n=25)	>0,05	18,2 (n=11)	20,0 (n=25)	>0,05
	ЛКП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ПП	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ВВ	9,1 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	18,2 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05

Продовження табл. А.5

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₀₋₁ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ L ^u	<u>0,064</u>	<u>0,051</u>		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^u	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₁₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^u	<0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ L ^u	<u>0,058</u>	<u>0,063</u>		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₃₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ L ^r	>0,05	<u>0,069</u>		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.5

1-2	3	4	5	6	7	8
$p_{1-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-4} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} L^r$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-1} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-2} A$	>0,05	<0,05		>0,05	<0,05	
$p_{0-3} A$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
$p_{0-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-2} A$	>0,05	<u>0,057</u>		>0,05	>0,05	
$p_{1-3} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-5} A$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} A$	>0,05	<0,05		>0,05	<0,01	
$p_{2-4} A$	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-5} A$	<u>0,058</u>	<0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-4} A$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
$p_{3-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} A$	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-1} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-2} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
$p_{0-3} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-4} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-5} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-2} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
$p_{1-3} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-4} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{1-5} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{2-3} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
$p_{2-4} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
$p_{2-5} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
$p_{3-4} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{3-5} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{4-5} ЦК$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
$p_{0-1} ЛКП$	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.5

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₀₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ПП	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ПП	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.5

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₂₋₃ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ BB	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ BB	>0,05	>0,05		<u>0,065</u>	>0,05	

Таблиця А.6

Частота та розподіл окремих типів пальцевих візерунків на третьому пальці правої (R-III) й лівої (L-III) кисті у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	Тип візер.	Права кисть			Ліва кисть		
		КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Без розподілу	W	2,4 (n=123)	8,5 (n=188)	<0,05	4,1 (n=123)	3,2 (n=188)	>0,05
	L ^u	56,9 (n=123)	53,7 (n=188)	>0,05	62,6 (n=123)	59,6 (n=188)	>0,05
	L ^r	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	A	18,7 (n=123)	19,1 (n=188)	>0,05	15,4 (n=123)	14,4 (n=188)	>0,05
	ЦК	9,8 (n=123)	12,2 (n=188)	>0,05	10,6 (n=123)	10,1 (n=188)	>0,05
	ЛКП	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	ПП	3,3 (n=123)	2,7 (n=188)	>0,05	4,1 (n=123)	4,3 (n=188)	>0,05
	BB	8,9 (n=123)	3,7 (n=188)	<u>0,055</u>	3,3 (n=123)	8,5 (n=188)	<0,05
Регіон 1	W	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	5,0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	L ^u	55,0 (n=20)	44,7 (n=38)	>0,05	60,0 (n=20)	21,1 (n=38)	<0,01
	L ^r	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	A	10,0 (n=20)	15,8 (n=38)	>0,05	20,0 (n=20)	26,3 (n=38)	>0,05
	ЦК	15,0 (n=20)	26,3 (n=38)	>0,05	5,0 (n=20)	31,6 (n=38)	<0,05
	ЛКП	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	ПП	5,0 (n=20)	5,3 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
	BB	15,0 (n=20)	5,3 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
Регіон 2	W	0 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
	L ^u	33,3 (n=9)	50,0 (n=26)	>0,05	44,4 (n=9)	46,2 (n=26)	>0,05
	L ^r	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	A	22,2 (n=9)	42,3 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	38,5 (n=26)	>0,05
	ЦК	11,1 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
	ЛКП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ПП	11,1 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
	BB	22,2 (n=9)	0 (n=26)	<0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05

Продовження табл. А.6

1	2	3	4	5	6	7	8
Регіон 3	W	3,1 (n=64)	12,5 (n=64)	<0,05	3,1 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05
	L ^u	56,3 (n=64)	50,0 (n=64)	>0,05	59,4 (n=64)	56,3 (n=64)	>0,05
	L ^r	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	A	21,9 (n=64)	18,8 (n=64)	>0,05	17,2 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05
	ЦК	9,4 (n=64)	14,1 (n=64)	>0,05	14,1 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05
	ЛКП	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	ПП	3,1 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05	6,3 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05
	ВВ	6,3 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	14,1 (n=64)	<0,01
Регіон 4	W	0 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	L ^u	68,4 (n=19)	60,0 (n=35)	>0,05	73,7 (n=19)	60,0 (n=35)	>0,05
	L ^r	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	A	15,8 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05
	ЦК	5,3 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05
	ЛКП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	ПП	0 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	ВВ	10,5 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05
Регіон 5	W	9,1 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	L ^u	63,6 (n=11)	72,0 (n=25)	>0,05	81,8 (n=11)	88,0 (n=25)	>0,05
	L ^r	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	A	18,2 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	ЦК	9,1 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ЛКП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ПП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	ВВ	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		

Продовження табл. А.6

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₄₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,001	
p ₀₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
p ₁₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₁₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,001	
p ₁₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
p ₁₋₅ L ^u	>0,05	<0,05		>0,05	<0,001	
p ₂₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	0,003	
p ₃₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ L ^u	>0,05	<u>0,064</u>		>0,05	<0,01	
p ₄₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₁ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ A	>0,05	<0,01		>0,05	<0,01	
p ₀₋₃ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ A	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ A	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	

Продовження табл. А.6

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₁₋₄ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₂₋₃ А	>0,05	<0,05		>0,05	<0,01	
p ₂₋₄ А	>0,05	<0,05		>0,05	<0,05	
p ₂₋₅ А	>0,05	<0,01		>0,05	<0,01	
p ₃₋₄ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЦК	>0,05	<0,05		>0,05	<0,001	
p ₀₋₂ ЦК	>0,05	<u>0,061</u>		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЦК	>0,05	<0,01		>0,05	<0,05	
p ₁₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₁₋₄ ЦК	>0,05	<0,05		>0,05	<0,05	
p ₁₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	<0,01	
p ₂₋₃ ЦК	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.7							
1	2	3	4	5	6	7	8
Без роз- поділу	W	8,1 (n=123)	6,9 (n=188)	>0,05	4,1 (n=123)	3,2 (n=188)	>0,05
	L ^u	22,0 (n=123)	31,9 (n=188)	<u>0,058</u>	33,3 (n=123)	47,3 (n=188)	<0,05
	L ^r	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0,5 (n=188)	>0,05
	A	13,0 (n=123)	6,9 (n=188)	>0,05	8,9 (n=123)	6,4 (n=188)	>0,05
	ЦК	36,6 (n=123)	37,2 (n=188)	>0,05	26,0 (n=123)	20,2 (n=188)	>0,05
	ЛКП	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	ПП	3,3 (n=123)	1,1 (n=188)	>0,05	3,3 (n=123)	3,2 (n=188)	>0,05
	ВВ	17,1 (n=123)	16,0 (n=188)	>0,05	24,4 (n=123)	19,1 (n=188)	>0,05
Регіон 1	W	15,0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	5,0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	L ^u	15,0 (n=20)	23,7 (n=38)	>0,05	20,0 (n=20)	36,8 (n=38)	>0,05
	L ^r	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	A	5,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
	ЦК	45,0 (n=20)	52,6 (n=38)	>0,05	45,0 (n=20)	31,6 (n=38)	>0,05
	ЛКП	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	ПП	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05
	ВВ	20,0 (n=20)	10,5 (n=38)	>0,05	20,0 (n=20)	21,1 (n=38)	>0,05
Регіон 2	W	0 (n=9)	19,2 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
	L ^u	11,1 (n=9)	42,3 (n=26)	>0,05	44,4 (n=9)	57,7 (n=26)	>0,05
	L ^r	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	A	11,1 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05
	ЦК	55,6 (n=9)	19,2 (n=26)	<0,05	11,1 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05
	ЛКП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ПП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ВВ	22,2 (n=9)	7,7 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	15,4 (n=26)	>0,05
Регіон 3	W	7,8 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05	3,1 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05
	L ^u	20,3 (n=64)	31,3 (n=64)	>0,05	31,3 (n=64)	48,4 (n=64)	<u>0,051</u>
	L ^r	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	A	15,6 (n=64)	4,7 (n=64)	<0,05	9,4 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05
	ЦК	32,8 (n=64)	39,1 (n=64)	>0,05	31,3 (n=64)	20,3 (n=64)	>0,05
	ЛКП	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	ПП	6,3 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05	3,1 (n=64)	4,7 (n=64)	>0,05
	ВВ	17,2 (n=64)	21,9 (n=64)	>0,05	21,9 (n=64)	18,8 (n=64)	>0,05
Регіон 4	W	0 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	L ^u	31,6 (n=19)	28,6 (n=35)	>0,05	42,1 (n=19)	45,7 (n=35)	>0,05
	L ^r	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	A	15,8 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05
	ЦК	42,1 (n=19)	40,0 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	22,9 (n=35)	>0,05
	ЛКП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	ПП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
	ВВ	10,5 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05	36,8 (n=19)	14,3 (n=35)	<u>0,063</u>

Продовження табл. А.7

1	2	3	4	5	6	7	8
Регіон 5	W	18,2 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	L ^u	36,4 (n=11)	40,0 (n=25)	>0,05	45,5 (n=11)	52,0 (n=25)	>0,05
	L ^r	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	A	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ЦК	18,2 (n=11)	24,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	12,0 (n=25)	>0,05
	ЛКП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ПП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ВВ	18,2 (n=11)	24,0 (n=25)	>0,05	27,3 (n=11)	28,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₃ w	>0,05	<0,01		>0,05	>0,05		
p ₂₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₄ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₄₋₅ w	<u>0,065</u>	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₁ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₂₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₃₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₄₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		

Продовження табл. А.7

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₀₋₁ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ A	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЦК	>0,05	<0,01		>0,05	<0,05	
p ₁₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		<0,01	>0,05	

Продовження табл. А.7

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₁₋₅ ЦК	>0,05	<0,05		<0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.7

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₀₋₂ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ BB	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.8

Частота та розподіл окремих типів пальцевих візерунків на п'ятому пальці правої (R-V) й лівої (L-V) кисті у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	Тип візер.	Права кисть			Ліва кисть		
		КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Без розподілу	W	0,8 (n=123)	2,7 (n=188)	>0,05	1,6 (n=123)	0,5 (n=188)	>0,05
	L ^u	56,9 (n=123)	65,4 (n=188)	>0,05	65,0 (n=123)	76,6 (n=188)	<0,05
	L ^r	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0,5 (n=188)	>0,05
	A	9,8 (n=123)	11,2 (n=188)	>0,05	9,8 (n=123)	7,4 (n=188)	>0,05
	ЦК	11,4 (n=123)	9,6 (n=188)	>0,05	1,6 (n=123)	3,7 (n=188)	>0,05
	ЛКП	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
	ПП	3,3 (n=123)	2,1 (n=188)	>0,05	2,4 (n=123)	2,7 (n=188)	>0,05
	BB	17,9 (n=123)	9,0 (n=188)	<0,05	19,5 (n=123)	8,5 (n=188)	<0,01
Регіон 1	W	0 (n=20)	5,3 (n=38)	>0,05	5,0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	L ^u	55,0 (n=20)	60,5 (n=38)	>0,05	60,0 (n=20)	78,9 (n=38)	>0,05
	L ^r	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	A	15,0 (n=20)	10,5 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
	ЦК	10,0 (n=20)	13,2 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
	ЛКП	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	ПП	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
	BB	20,0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05	25,0 (n=20)	5,3 (n=38)	<0,05

Продовження табл. А.8

1	2	3	4	5	6	7	8
Регіон 2	W	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	L ^u	22,2 (n=9)	76,9 (n=26)	<0,01	66,7 (n=9)	88,5 (n=26)	>0,05
	L ^r	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	A	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
	ЦК	11,1 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ЛКП	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
	ПП	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
	ВВ	55,6 (n=9)	3,8 (n=26)	<0,01	22,2 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	W	1,6 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	1,6 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	L ^u	54,7 (n=64)	75,0 (n=64)	<0,05	60,9 (n=64)	75,0 (n=64)	>0,05
	L ^r	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	A	9,4 (n=64)	6,3 (n=64)	>0,05	10,9 (n=64)	6,3 (n=64)	>0,05
	ЦК	15,6 (n=64)	9,4 (n=64)	>0,05	3,1 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05
	ЛКП	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
	ПП	6,3 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05	1,6 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05
	ВВ	12,5 (n=64)	7,8 (n=64)	>0,05	21,9 (n=64)	15,6 (n=64)	>0,05
Регіон 4	W	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05
	L ^u	68,4 (n=19)	51,4 (n=35)	>0,05	73,7 (n=19)	62,9 (n=35)	>0,05
	L ^r	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	A	5,3 (n=19)	22,9 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05
	ЦК	5,3 (n=19)	11,4 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
	ЛКП	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
	ПП	0 (n=19)	2,9 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05
	ВВ	21,1 (n=19)	8,6 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	W	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	L ^u	81,8 (n=11)	56,0 (n=25)	>0,05	81,8 (n=11)	84,0 (n=25)	>0,05
	L ^r	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	A	9,1 (n=11)	16,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	ЦК	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
	ЛКП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ПП	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
	ВВ	9,1 (n=11)	20,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₀₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		
p ₁₋₂ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		

Продовження табл. А.8

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₁₋₃ w	>0,05	<u>0,066</u>		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ w	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ w	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ L ^u	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^u	<0,05	<0,05		>0,05	<0,05	
p ₂₋₅ L ^u	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ L ^u	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ L ^u	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.8

1-2	3	4	5	6	7	8
p ₄₋₅ L ^r	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ А	>0,05	<u>0,060</u>		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ А	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ А	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ А	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅ ЦК	>0,05	<u>0,063</u>		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅ ЦК	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₁ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃ ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. А.8

1-2	3	4	5	6	7	8
p1-4 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-5 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-3 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-4 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-5 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-4 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-5 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p4-5 ЛКП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-1 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-2 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-3 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-4 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-5 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-2 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-3 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-4 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,069</u>	
p1-5 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-3 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-4 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-5 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-4 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-5 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p4-5 ПП	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-1 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-2 ВВ	<0,01	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-3 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-4 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p0-5 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-2 ВВ	<u>0,066</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-3 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-4 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p1-5 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-3 ВВ	<0,01	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-4 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p2-5 ВВ	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-4 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p3-5 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p4-5 ВВ	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.9

Показники пальцевого гребінцевого рахунку на першому пальці правої (FRC-R-I) й лівої кисті (FRC-L-I) та їх асиметрія (RL-FRCI) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	FRC-R-I			FRC-L-I			RL-FRCI		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	18,85± 7,67	18,82± 7,28	>0,05	17,36± 8,02	16,38± 7,37	>0,05	1,488± 5,090	2,415± 5,093	>0,05
Регіон 1	19,60± 7,74	19,58± 6,43	>0,05	16,70± 10,17	18,47± 6,93	>0,05	2,900± 4,576	1,105± 4,666	>0,05
Регіон 2	17,89± 8,21	17,96± 7,82	>0,05	17,56± 6,75	14,04± 7,14	>0,05	0,333± 6,423	3,769± 5,271	>0,05
Регіон 3	19,61± 7,81	19,41± 7,79	>0,05	18,20± 8,07	16,80± 7,87	>0,05	1,406± 5,067	2,609± 5,166	>0,05
Регіон 4	19,58± 4,97	19,46± 6,78	>0,05	17,11± 5,60	15,57± 6,94	>0,05	2,474± 4,695	3,886± 4,764	>0,05
Регіон 5	12,55± 8,48	16,16± 7,11	>0,05	13,91± 8,10	15,72± 7,13	>0,05	-1,364± 5,085	0,440± 5,034	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.10

Показники пальцевого гребінцевого рахунку на другому пальці правої (FRC-R-II) й лівої кисті (FRC-L-II) та їх асиметрія (RL-FRCII) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	FRC-R-II			FRC-L-II			RL-FRCII		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	11,63± 7,61	11,11± 7,81	>0,05	11,36± 7,53	10,86± 7,82	>0,05	0,187± 5,769	0,266± 5,958	>0,05
Регіон 1	10,00± 7,71	12,21± 8,41	>0,05	10,45± 7,13	12,84± 8,81	>0,05	-0,450± 5,817	-0,632± 5,175	>0,05
Регіон 2	14,00± 7,38	7,962± 8,492	>0,05	10,67± 6,78	7,769± 8,896	>0,05	3,333± 6,062	0,192± 6,040	>0,05
Регіон 3	12,75± 7,72	11,03± 7,69	>0,05	12,50± 7,99	11,84± 6,26	>0,05	0,094± 5,946	-0,766± 5,597	>0,05
Регіон 4	11,53± 6,30	11,71± 6,91	>0,05	11,32± 6,42	9,229± 7,585	>0,05	0,211± 4,577	2,486± 6,541	>0,05
Регіон 5	6,273± 7,336	12,04± 7,33	>0,05	7,000± 7,197	10,80± 8,17	>0,05	-0,727± 6,420	1,240± 6,495	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,065</u>	
p ₀₋₅	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.11

Показники пальцевого гребінцевого рахунку на третьому пальці правої (FRC-R-III) й лівої кисті (FRC-L-III) та їх асиметрія (RL-FRCIII) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	FRC-R-III			FRC-L-III			RL-FRCIII		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	11,70± 6,87	11,36± 6,66	>0,05	12,64± 6,98	12,57± 6,42	>0,05	-0,984± 4,595	-1,165± 4,934	>0,05
Регіон 1	12,20± 5,80	13,16± 7,03	>0,05	11,10± 6,62	13,95± 7,02	>0,05	1,100± 4,400	-0,789± 4,288	>0,05
Регіон 2	13,11± 8,12	7,346± 6,823	<0,05	13,11± 6,90	8,577± 7,251	>0,05	0,000± 4,062	-1,231± 5,948	>0,05
Регіон 3	11,69± 7,49	11,84± 6,58	>0,05	13,11± 7,73	12,97± 6,23	>0,05	-1,469± 4,811	-1,125± 4,702	>0,05
Регіон 4	10,89± 5,98	10,94± 5,91	>0,05	12,05± 5,18	12,60± 5,89	>0,05	-1,263± 3,914	-1,657± 5,241	>0,05
Регіон 5	11,09± 6,12	12,12± 5,78	>0,05	13,36± 6,44	13,60± 4,18	>0,05	-2,273± 4,606	-1,080± 5,187	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	<0,01		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.12

Показники пальцевого гребінцевого рахунку на четвертому пальці правої (FRC-R-IV) й лівої кисті (FRC-L-IV) та їх асиметрія (RL-FRCIV) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	FRC-R-IV			FRC-L-IV			RL-FRCIV		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	15,27± 7,22	15,51± 6,11	>0,05	15,34± 6,50	15,55± 5,93	>0,05	-0,073± 5,491	-0,144± 4,437	>0,05
Регіон 1	16,10± 5,57	16,82± 6,69	>0,05	15,70± 6,28	16,58± 6,39	>0,05	0,400± 4,005	0,237± 4,487	>0,05
Регіон 2	14,89± 6,83	14,12± 6,69	>0,05	13,89± 7,49	13,31± 6,07	>0,05	1,000± 7,778	0,346± 6,026	>0,05
Регіон 3	15,44± 7,72	15,55± 5,40	>0,05	15,69± 6,93	16,00± 5,76	>0,05	-0,250± 5,538	-0,578± 3,919	>0,05
Регіон 4	13,16± 7,20	14,49± 6,55	>0,05	14,53± 5,36	14,74± 6,06	>0,05	-1,368± 6,300	-0,257± 4,210	>0,05
Регіон 5	16,73± 7,66	16,32± 5,58	>0,05	15,27± 6,05	16,28± 4,98	>0,05	1,455± 4,108	0,040± 4,247	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.13

Показники пальцевого гребінцевого рахунку на п'ятому пальці правої (FRC-R-V) й лівої кисті (FRC-L-V) та їх асиметрія (RL-FRCV) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	FRC-R-V			FRC-L-V			RL-FRCV		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	13,74± 6,10	12,56± 5,95	>0,05	13,17± 5,81	13,14± 5,28	>0,05	0,569± 4,133	-0,718± 4,526	<0,05
Регіон 1	12,40± 6,24	14,16± 6,38	>0,05	12,75± 5,90	13,29± 5,38	>0,05	-0,350± 4,614	0,395± 4,169	>0,05
Регіон 2	12,56± 5,13	11,88± 4,48	>0,05	11,22± 4,89	13,58± 4,79	>0,05	1,333± 2,872	-1,692± 4,550	<0,05
Регіон 3	14,36± 6,06	13,28± 4,98	>0,05	13,78± 6,24	13,64± 4,79	>0,05	0,578± 4,323	-0,359± 3,556	>0,05
Регіон 4	13,37± 6,62	10,20± 6,94	>0,05	12,58± 5,25	12,37± 6,87	>0,05	0,789± 2,573	-2,457± 5,883	<0,01
Регіон 5	14,18± 6,40	12,28± 6,67	>0,05	13,00± 4,90	12,28± 4,35	>0,05	1,182± 5,382	0,120± 4,531	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.14

Показники сумарного пальцевого гребінцевого рахунку на правій (SRC-R) й лівій кисті (SRC-L) та їх асиметрія (RL-SRC) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	SRC-R			SRC-L			RL-SRC		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	70,73± 26,75	69,36± 25,33	>0,05	69,78± 27,97	68,21± 24,90	>0,05	1,033± 11,05	1,213± 12,71	>0,05
Регіон 1	70,35± 25,78	75,92± 27,45	>0,05	66,70± 28,83	75,16± 28,51	>0,05	4,850± 10,79	0,763± 12,63	>0,05
Регіон 2	71,33± 26,35	59,27± 24,43	>0,05	66,44± 24,57	56,50± 23,71	>0,05	4,889± 15,99	1,769± 14,67	>0,05
Регіон 3	73,13± 28,31	71,11± 24,79	>0,05	73,08± 30,46	70,81± 22,57	>0,05	0,047± 10,36	-0,172± 12,01	>0,05
Регіон 4	68,53± 23,13	66,80± 24,32	>0,05	67,68± 20,80	64,63± 26,11	>0,05	0,105± 10,42	4,400± 13,08	>0,05
Регіон 5	60,82± 27,27	68,96± 23,84	>0,05	62,55± 26,36	68,16± 20,68	>0,05	-1,727± 11,55	0,400± 12,08	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	<u>0,060</u>		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.15

Показники дельтового індексу на пальцях правої (DTR-R) й лівої кисті (DTR-L) та їх асиметрія (DTR-SRC) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	DTR-R			DTR-L			DTR-SRC		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	5,837± 2,292	5,883± 2,267	>0,05	5,602± 2,179	5,468± 2,095	>0,05	0,285± 1,303	0,426± 1,495	>0,05
Регіон 1	6,100± 2,024	6,342± 2,485	>0,05	5,650± 2,134	5,895± 2,227	>0,05	0,450± 1,317	0,447± 1,389	>0,05
Регіон 2	6,222± 2,682	5,038± 2,029	>0,05	6,000± 2,121	4,538± 1,964	<u>0,054</u>	0,222± 1,986	0,500± 1,140	>0,05
Регіон 3	6,047± 2,426	6,031± 2,239	>0,05	5,750± 2,377	5,609± 1,899	>0,05	0,391± 1,242	0,453± 1,511	>0,05
Регіон 4	5,526± 1,837	5,886± 2,233	>0,05	5,474± 1,775	5,571± 2,524	>0,05	0,053± 1,268	0,314± 1,676	>0,05
Регіон 5	4,364± 2,063	5,680± 2,193	>0,05	4,545± 1,695	5,280± 1,646	>0,05	-0,182± 1,079	0,400± 1,756	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	<u>0,059</u>		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	<0,05	>0,05		<u>0,064</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця А.16

Показники тотального гребінцевого рахунок (TRC) та сумарного дельтового індексу (DTR) на пальцях кистей у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	TRC			DTR		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7
Без розпод.	140,5±53,6	137,7±48,7	>0,05	11,44±4,28	11,35±4,10	>0,05
Регіон 1	137,1±53,7	151,1±54,5	>0,05	11,75±3,95	12,24±4,51	>0,05
Регіон 2	137,8±48,4	115,7±45,7	>0,05	12,22±4,41	9,577±3,828	<0,05
Регіон 3	146,2±57,9	142,4±46,1	>0,05	11,80±4,63	11,64±3,86	>0,05
Регіон 4	136,2±42,8	131,3±48,7	>0,05	11,00±3,38	11,46±4,46	>0,05
Регіон 5	123,4±52,4	137,1±43,1	>0,05	8,909±3,618	10,96±3,46	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₂	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
R-DAT (град.)	57,48± 6,22	55,04± 7,90	56,74± 6,87	58,05± 5,31	57,73± 6,75	58,83± 6,03	<u>0,057</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<u>0,055</u>	<u>0,060</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-DAT (град.)	58,28± 5,47	55,85± 5,45	58,11± 6,10	58,50± 4,98	59,94± 4,45	57,87± 6,25	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-AD (мм)	55,66± 5,31	54,65± 4,87	55,21± 5,91	55,63± 4,85	56,58± 5,91	57,53± 4,84	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05
L-AD (мм)	55,32± 5,31	54,92± 4,60	54,73± 5,39	55,36± 5,44	56,58± 5,00	56,47± 4,95	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,060</u>	>0,05	>0,05
R-CT (мм)	82,31± 10,13	78,58± 13,49	80,99± 10,76	83,17± 9,46	83,52± 8,40	84,50± 8,72	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<u>0,069</u>	<u>0,069</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-CT (мм)	82,64± 10,26	79,46± 11,49	81,72± 11,41	83,48± 9,30	85,29± 7,65	81,11± 11,77	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<u>0,051</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-AB (аб.од.)	38,75± 6,16	37,62± 6,88	38,56± 6,37	38,90± 5,79	39,00± 7,15	39,33± 6,04	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-AB (аб.од.)	39,34± 5,78	38,00± 5,30	39,06± 5,91	39,68± 5,34	38,09± 6,29	40,90± 7,34	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-BC (аб.од.)	26,27± 5,64	23,96± 5,05	26,52± 5,34	26,47± 5,93	25,32± 4,61	27,26± 6,26	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-BC (аб.од.)	25,69± 6,08	23,46± 5,24	25,71± 5,86	26,15± 6,45	24,65± 5,30	25,89± 5,85	<u>0,069</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-CD (аб.од.)	36,20± 6,07	34,96± 5,49	36,63± 6,11	36,25± 6,20	35,81± 5,61	35,71± 6,24	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-CD (аб.од.)	34,77± 7,07	33,88± 7,14	34,28± 6,14	34,97± 7,70	35,19± 7,02	35,89± 6,73	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-İK (аб.од.)	9,628± 1,659	9,696± 1,521	9,882± 1,514	9,511± 1,752	9,531± 1,545	9,379± 1,821	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,058</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-İK (аб.од.)	8,247± 2,094	8,727± 1,751	8,613± 2,187	8,099± 1,941	7,875± 2,121	7,724± 2,617	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL- ATD	0,433± 4,790	1,077± 7,515	0,545± 4,155	0,596± 4,126	0,485± 4,617	-1,667± 7,476	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,056</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,057</u>	>0,05	<0,05
RL- CTD	0,557± 3,070	1,462± 3,942	0,635± 3,013	0,713± 2,741	-0,161± 3,455	-0,815± 3,541	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<u>0,052</u>	>0,05	<0,05	>0,05

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
RL- ATB	-0,333± 2,493	-0,154± 3,585	-0,325± 2,051	-0,255± 2,385	0,182± 2,113	-1,567± 3,636	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
RL- BTC	0,223± 2,310	0,077± 2,513	0,182± 2,342	0,307± 2,414	0,000± 1,770	0,259± 1,913	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL- DAT	-0,768± 5,285	-0,808± 5,987	-1,366± 5,186	-0,394± 4,898	-2,212± 6,040	0,967± 6,117	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	0,061	>0,05	>0,05	>0,05
RL- AD	0,328± 3,477	-0,385± 2,714	0,480± 4,035	0,266± 3,451	0,000± 2,850	1,067± 2,116	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL- CT	-0,073± 8,717	-0,962± 11,06	0,296± 10,46	-0,318± 6,910	-2,097± 6,680	3,111± 10,12	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL- AB	-0,480± 4,703	-0,385± 7,300	-0,350± 4,248	-0,651± 4,418	0,909± 3,860	-1,567± 6,027	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	0,054	>0,05	<0,05
RL- BC	0,843± 4,164	0,500± 4,966	1,142± 4,331	0,458± 4,020	0,774± 3,191	2,393± 4,306	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
RL- CD	1,450± 5,981	1,077± 5,484	2,609± 6,020	1,314± 6,214	-0,355± 5,474	-0,185± 4,455	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL- IK	1,371± 1,881	1,273± 1,386	1,237± 2,028	1,401± 1,808	1,906± 2,053	1,207± 1,840	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примітки: тут і в подальшому у подібних таблицях

1. КПВ1 – дуже низький рівень інтенсивності ураженості карієсом;
2. КПВ2 – низький рівень інтенсивності ураженості карієсом;
3. КПВ3 – середній рівень інтенсивності ураженості карієсом;
4. КПВ4 – високий рівень інтенсивності ураженості карієсом;
5. КПВ5 – дуже високий рівень інтенсивності ураженості карієсом;
6. p_{0-1} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ1;
7. p_{0-2} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ2;
8. p_{0-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ3;

9. p_{0-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ4;
10. p_{0-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та загальної групи групи з КПВ5;
11. p_{1-2} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ2;
12. p_{1-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ3;
13. p_{1-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ4;
14. p_{1-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ1 та загальної групи групи з КПВ5;
15. p_{2-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ3;
16. p_{2-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ4;
17. p_{2-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ2 та загальної групи групи з КПВ5;
18. p_{3-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ3 та загальної групи групи з КПВ4;
19. p_{3-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ3 та загальної групи групи з КПВ5;
20. p_{4-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи з КПВ4 та загальної групи групи з КПВ5.

Продовження табл. Б.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
R-Нур	79,5	80,8	83,7	75,5	81,8	83,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-Нур	78,5	76,9	83,7	73,9	78,8	86,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-Ten	62,8	61,5	67,5	61,7	57,6	56,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-Ten	66,3	61,5	73,2	64,4	57,6	63,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-I	24,5	30,8	27,6	22,9	18,2	23,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-I	21,8	26,9	26,0	19,7	15,2	20,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-II	62,8	80,8	65,0	62,2	48,5	56,7	<u>0,065</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,065</u>	<0,05	<u>0,059</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-II	62,8	73,1	66,7	61,2	51,5	60,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-III	93,3	92,3	96,7	92,0	90,9	90,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-III	93,0	92,3	96,7	89,9	97,0	93,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-IV	85,8	92,3	87,8	85,6	72,7	86,7	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,060</u>	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<u>0,066</u>	>0,05	>0,05
L-IV	83,8	92,3	88,6	82,4	75,8	73,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,069</u>	>0,05	<u>0,063</u>	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
R-BD	5,3	0	5,7	4,8	6,1	10,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
L-BD	3,8	0	3,3	3,7	6,1	6,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL-Нур	92,0	96,2	95,9	89,4	84,8	96,7	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL-Ten	91,5	100	94,3	91,0	81,8	86,7	>0,05	>0,05	>0,05	<u>0,065</u>	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<u>0,059</u>	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL-I	93,3	96,2	92,7	94,1	97,0	83,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<u>0,069</u>
RL-II	89,0	92,3	92,7	87,2	87,9	83,3	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL-III	94,3	100	98,4	91,5	93,9	90,0	>0,05	<u>0,062</u>	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
RL-IV	91,3	100	91,9	92,0	87,9	80,0	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Таблиця Б.4

Величина кута atd на правій (R-ATD) й лівій долонях (L-ATD) та його асиметрія (RL-ATD) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-ATD			L-ATD			RL-ATD		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	40,67± 6,19	40,12± 5,00	>0,05	40,13± 6,12	39,47± 4,87	>0,05	0,545± 4,155	0,596± 4,126	>0,05
Регіон 1	39,50± 4,31	39,68± 4,68	>0,05	40,35± 4,70	39,92± 4,99	>0,05	-0,850± 2,961	-0,237± 3,598	>0,05
Регіон 2	40,67± 9,30	41,62± 4,86	>0,05	43,38± 6,76	40,31± 5,41	>0,05	-3,333± 5,123	0,923± 4,480	>0,05
Регіон 3	40,39± 6,27	40,33± 4,99	>0,05	39,64± 6,35	39,56± 4,94	>0,05	0,891± 4,052	0,750± 3,834	>0,05
Регіон 4	43,79± 6,21	40,54± 5,20	<u>0,054</u>	41,84± 6,28	38,60± 4,91	<u>0,069</u>	1,947± 4,428	1,943± 4,988	>0,05
Регіон 5	39,09± 4,74	38,12± 5,04	>0,05	37,27± 5,48	38,88± 3,92	<0,05	1,818± 3,250	-0,760± 3,479	<0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,051</u>	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,060</u>	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Примітки: тут і в подальшому у подібних таблицях

1. p₁ – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та з рівнем КПВ2;

2. p₂ – рівень достовірності відмінностей між показниками загальної групи та з рівнем КПВ3;

3. p_3 – рівень достовірності відмінностей між показниками з рівнем КПВ2 та з рівнем КПВ3;
4. p_{0-1} – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону1;
5. p_{0-2} – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону2;
6. p_{0-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону3;
7. p_{0-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону4;
8. p_{0-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками без розподілу на регіони та Регіону5;
9. p_{1-2} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону2;
10. p_{1-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону3;
11. p_{1-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону4;
12. p_{1-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону1 та Регіону5;
13. p_{2-3} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону3;
14. p_{2-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону4;
15. p_{2-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону2 та Регіону5;
16. p_{3-4} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону3 та Регіону4;
17. p_{3-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону3 та Регіону5;

18. p_{4-5} – рівень достовірності відмінностей між показниками груп Регіону4 та Регіону5.

Таблиця Б.5

Величина кута ctd на правій (R-CTD) й лівій долонях (L-CTD) та його асиметрія (RL-CTD) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-CTD			L-CTD			RL-CTD		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	15,33± 2,91	15,06± 2,76	>0,05	14,85± 2,87	14,30± 2,88	>0,05	0,635± 3,013	0,713± 2,741	>0,05
Регіон 1	13,90± 2,45	14,54± 3,14	>0,05	14,45± 2,86	14,49± 2,94	>0,05	-0,550± 2,235	0,114± 2,576	>0,05
Регіон 2	15,67± 4,53	16,13± 2,94	>0,05	16,75± 2,25	15,17± 3,19	>0,05	0,778± 3,898	0,652± 3,228	>0,05
Регіон 3	15,60± 2,51	15,22± 2,74	>0,05	14,74± 2,81	14,48± 2,35	>0,05	0,930± 2,927	0,776± 2,428	>0,05
Регіон 4	16,21± 3,68	14,91± 2,31	>0,05	15,32± 3,20	12,94± 3,62	>0,05	0,895± 3,348	1,839± 3,338	>0,05
Регіон 5	14,60± 1,71	14,58± 2,47	>0,05	13,90± 2,69	14,54± 2,11	>0,05	0,700± 3,368	0,042± 1,967	>0,05
p_{0-1}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p_{0-2}	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-2}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{3-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{3-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{4-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.6

Величина кута atb на правій (R-АТВ) й лівій долонях (L-АТВ) та його асиметрія (RL-АТВ) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-АТВ			L-АТВ			RL-АТВ		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	15,94± 3,00	15,84± 2,72	>0,05	16,27± 2,91	16,10± 2,63	>0,05	-0,325± 2,051	-0,255± 2,385	>0,05
Регіон 1	16,20± 2,09	15,76± 2,59	>0,05	17,05± 2,06	16,16± 2,90	>0,05	-0,850± 2,277	-0,395± 2,284	>0,05
Регіон 2	15,89± 3,89	15,96± 2,44	>0,05	17,11± 3,14	16,19± 2,38	>0,05	-1,222± 2,386	-0,231± 6,98	>0,05
Регіон 3	15,58± 3,18	15,92± 2,81	>0,05	15,84± 3,04	16,09± 2,90	>0,05	-0,266± 1,913	-0,172± 2,414	>0,05
Регіон 4	17,16± 2,99	16,40± 2,86	>0,05	17,16± 3,17	16,11± 2,54	>0,05	0,000± 2,134	0,286± 2,359	>0,05
Регіон 5	15,55± 2,30	14,84± 2,66	>0,05	15,09± 2,30	15,88± 1,90	>0,05	0,455± 1,864	-1,040± 2,169	>0,05
p_{0-1}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-2}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{0-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-2}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{1-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-3}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{2-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{3-4}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{3-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p_{4-5}	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.7

Величина кута bтс на правій (R-ВТС) й лівій долонях (L-ВТС) та його асиметрія (RL-ВТС) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-ВТС			L-ВТС			RL-ВТС		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	9,115± 2,372	9,684± 2,296	>0,05	9,038± 1,886	9,483± 2,473	>0,05	0,077± 2,513	0,182± 2,342	>0,05
Регіон 1	9,400± 1,957	9,514± 2,468	>0,05	8,900± 1,917	9,43± 2,43	>0,05	0,500± 2,373	0,028± 1,341	>0,05
Регіон 2	9,222± 1,563	10,26± 2,40	>0,05	10,38± 1,41	9,64± 2,45	>0,05	-2,444± 4,531	0,600± 4,340	<0,01
Регіон 3	9,448± 2,186	9,683± 2,347	>0,05	9,656± 2,738	9,16± 2,05	>0,05	0,127± 1,773	0,441± 1,774	>0,05
Регіон 4	10,53± 2,34	9,576± 2,538	>0,05	9,579± 2,795	9,485± 2,694	>0,05	0,947± 2,094	0,194± 2,725	>0,05
Регіон 5	10,36± 3,50	9,125± 1,872	>0,05	8,700± 1,494	9,080± 2,100	>0,05	0,800± 1,932	0,240± 1,964	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.8

Величина кута dat на правій (R-DAT) й лівій долонях (L-DAT) та його асиметрія (RL-DAT) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-DAT			L-DAT			RL-DAT		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	56,74± 6,87	58,05± 5,31	<u>0,060</u>	58,11± 6,10	58,50± 4,98	>0,05	-1,366± 5,186	-0,394± 4,898	>0,05
Регіон 1	57,55± 4,35	58,47± 5,42	>0,05	57,30± 4,59	58,29± 5,14	>0,05	0,250± 3,226	0,184± 3,938	>0,05
Регіон 2	50,22± 9,08	57,62± 5,83	<0,05	53,78± 6,65	58,58± 6,41	>0,05	-3,556± 8,762	-0,654± 4,551	>0,05
Регіон 3	57,20± 6,80	57,33± 5,17	>0,05	58,52± 6,51	58,14± 4,38	>0,05	-1,313± 4,992	-0,766± 3,685	>0,05
Регіон 4	55,42± 7,49	57,03± 4,58	>0,05	57,47± 5,86	58,80± 4,59	>0,05	-2,053± 6,205	-1,771± 4,400	>0,05
Регіон 5	60,18± 4,92	61,12± 5,13	>0,05	61,82± 3,82	59,24± 5,34	>0,05	-1,636± 3,171	1,880± 8,323	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	<0,05	>0,05		<u>0,058</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	<0,05		<u>0,051</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.9

Довжина лінії ad на правій (R-AD) й лівій долонях (L-AD) та її асиметрія (RL-AD) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-AD			L-AD			RL-AD		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	55,21± 5,91	55,63± 4,85	>0,05	54,73± 5,39	55,36± 5,44	>0,05	0,480± 4,035	0,266± 3,451	>0,05
Регіон 1	54,40± 6,80	55,00± 5,11	>0,05	54,35± 6,82	55,03± 5,04	>0,05	0,050± 2,911	-0,026± 2,795	>0,05
Регіон 2	53,56± 7,52	56,31± 4,20	>0,05	53,44± 4,19	56,04± 4,71	>0,05	0,111± 7,026	0,269± 3,401	>0,05
Регіон 3	55,50± 5,85	56,00± 5,06	>0,05	54,73± 5,75	55,67± 5,96	>0,05	0,766± 4,058	0,328± 3,487	>0,05
Регіон 4	56,26± 3,41	55,74± 4,29	>0,05	55,89± 3,53	54,49± 6,11	>0,05	0,368± 2,290	1,257± 3,845	>0,05
Регіон 5	54,55± 7,05	54,76± 5,40	>0,05	54,45± 4,13	55,56± 4,44	>0,05	0,091± 5,356	-0,840± 3,602	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.10

Довжина лінії ст на правій (R-CT) й лівій долонях (L-CT) та її асиметрія (RL-CT) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-CT			L-CT			RL-CT		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	80,99± 10,76	83,17± 9,46	<u>0,069</u>	81,72± 11,41	83,48± 9,30	>0,05	0,296± 10,46	-0,318± 6,910	>0,05
Регіон 1	81,30± 9,41	83,24± 10,09	>0,05	80,00± 9,18	83,97± 9,66	>0,05	1,300± 5,232	0,114± 5,362	>0,05
Регіон 2	74,22± 12,01	81,65± 9,58	>0,05	69,00± 10,80	82,88± 10,28	<0,01	12,89± 25,62	-0,875± 7,468	<0,05
Регіон 3	82,69± 10,69	83,10± 9,07	>0,05	83,26± 11,64	83,72± 8,16	>0,05	-0,719± 6,989	-0,644± 5,915	>0,05
Регіон 4	77,42± 11,55	82,00± 10,25	>0,05	81,68± 11,18	83,56± 9,97	>0,05	-1,842± 9,873	-1,742± 8,672	>0,05
Регіон 5	83,40± 8,66	86,25± 8,17	>0,05	86,60± 8,97	82,63± 10,28	>0,05	-3,200± 7,421	2,250± 7,875	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		<0,01	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.11

Гребінцевий рахунок лінії а-в на правій (R-AB) й лівій долонях (L-AB) та його асиметрія (RL-AB) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-AB			L-AB			RL-AB		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	38,56± 6,37	38,90± 5,79	>0,05	39,06± 5,91	39,68± 5,34	>0,05	-0,350± 4,248	-0,651± 4,418	>0,05
Регіон 1	39,65± 4,52	38,63± 5,76	>0,05	39,75± 5,31	38,39± 4,24	>0,05	0,400± 4,173	1,053± 4,770	>0,05
Регіон 2	35,22± 7,05	37,58± 4,80	>0,05	37,00± 6,46	39,35± 5,05	>0,05	-1,778± 3,833	-1,769± 4,676	>0,05
Регіон 3	38,67± 7,24	39,27± 6,43	>0,05	38,73± 6,32	40,66± 6,56	>0,05	-0,063± 4,504	-1,391± 4,562	>0,05
Регіон 4	39,89± 4,64	39,63± 5,13	>0,05	41,74± 4,98	39,26± 4,05	>0,05	-1,421± 4,154	0,061± 3,240	>0,05
Регіон 5	36,36± 5,07	38,72± 6,07	<0,05	36,73± 4,22	40,08± 5,13	<0,05	-0,364± 3,295	-1,120± 3,951	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		0,058	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.12

Гребінцевий рахунок лінії b-c на правій (R-BC) й лівій долонях (L-BC) та його асиметрія (RL-BC) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-BC			L-BC			RL-BC		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	26,52± 5,34	26,47± 5,93	>0,05	25,71± 5,86	26,15± 6,45	>0,05	1,142± 4,331	0,458± 4,020	>0,05
Регіон 1	25,50± 6,01	25,84± 5,53	>0,05	23,20± 5,12	25,66± 6,82	>0,05	2,300± 5,212	0,278± 3,976	>0,05
Регіон 2	24,56± 3,81	26,52± 5,05	>0,05	25,00± 4,47	26,36± 6,79	>0,05	0,375± 4,749	1,083± 5,397	>0,05
Регіон 3	26,98± 4,97	27,43± 6,61	>0,05	27,05± 6,03	26,67± 6,64	>0,05	0,413± 4,078	0,410± 3,761	>0,05
Регіон 4	27,79± 6,36	25,76± 5,76	>0,05	25,32± 6,14	25,85± 6,74	>0,05	2,474± 2,932	0,419± 3,510	<0,05
Регіон 5	25,20± 4,98	25,92± 5,86	>0,05	23,70± 5,19	25,72± 4,89	>0,05	1,500± 5,503	0,280± 4,037	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.13

Гребінцевий рахунок лінії c-d на правій (R-CD) й лівій долонях (L-CD) та його асиметрія (RL-CD) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-CD			L-CD			RL-CD		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	36,63± 6,11	36,25± 6,20	>0,05	34,28± 6,14	34,97± 7,70	>0,05	2,609± 6,020	1,314± 6,214	>0,05
Регіон 1	33,15± 7,23	35,35± 7,31	>0,05	33,20± 7,28	36,94± 6,24	>0,05	-0,050± 5,907	-1,171± 5,300	>0,05
Регіон 2	34,22± 6,16	37,61± 4,61	>0,05	32,75± 6,98	35,50± 8,30	>0,05	5,111± 6,990	2,043± 8,149	>0,05
Регіон 3	37,97± 5,18	37,13± 5,64	>0,05	34,86± 6,04	35,38± 6,66	>0,05	3,053± 5,887	1,542± 5,706	>0,05
Регіон 4	37,79± 6,33	35,21± 5,59	>0,05	35,21± 5,62	31,28± 8,93	>0,05	2,579± 6,440	3,935± 5,876	>0,05
Регіон 5	35,80± 6,00	35,58± 7,62	>0,05	32,60± 4,65	35,46± 8,66	>0,05	3,200± 4,442	0,292± 5,872	>0,05
p ₀₋₁	<0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	<0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05		>0,05	<0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.14

Величина індексу головних долонних ліній на правій (R-ІК) й лівій кистях (L-ІК) та його асиметрія (RL-ІК) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом ($M \pm \sigma$).

Розподіл	R-ІК			L-ІК			RL-ІК		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	9,882± 1,514	9,511± 1,752	0,058	8,613± 2,187	8,099± 1,941	<0,05	1,237± 2,028	1,401± 1,808	>0,05
Регіон 1	10,11± 1,08	9,667± 1,394	>0,05	9,059± 2,106	8,086± 2,005	>0,05	1,000± 1,871	1,571± 1,596	>0,05
Регіон 2	10,25± 1,49	9,077± 1,742	>0,05	8,222± 1,856	7,808± 1,550	>0,05	1,875± 1,246	1,423± 1,858	>0,05
Регіон 3	9,906± 1,550	9,594± 1,788	>0,05	8,609± 2,473	8,603± 1,783	>0,05	1,281± 2,081	1,048± 1,755	>0,05
Регіон 4	9,722± 1,526	9,529± 2,063	>0,05	8,778± 1,700	7,500± 1,780	<0,05	0,944± 2,127	2,029± 2,222	<0,05
Регіон 5	9,364± 1,963	9,500± 1,745	>0,05	8,000± 1,483	7,958± 2,579	>0,05	1,364± 2,420	1,167± 1,341	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.15

Частота карпального вісьового трирадіуса правої (R-t) й лівої кисті (L-t) та їх асиметрія (RL-t) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-t			L-t			RL-t		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	89,4 (n=123)	92,0 (n=188)	>0,05	89,4 (n=123)	92,0 (n=188)	>0,05	95,1 (n=123)	96,8 (n=188)	>0,05
Регіон 1	95,0 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05	90,0 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05	95,0 (n=20)	100 (n=38)	>0,05
Регіон 2	77,8 (n=9)	100 (n=26)	<0,05	66,7 (n=9)	100 (n=26)	<0,01	88,9 (n=9)	100 (n=26)	>0,05
Регіон 3	87,5 (n=64)	89,1 (n=64)	>0,05	90,6 (n=64)	89,1 (n=64)	>0,05	96,9 (n=64)	93,8 (n=64)	>0,05
Регіон 4	89,5 (n=19)	91,4 (n=35)	>0,05	89,5 (n=19)	94,3 (n=35)	>0,05	89,5 (n=19)	97,1 (n=35)	>0,05
Регіон 5	100 (n=11)	92,0 (n=25)	>0,05	100 (n=11)	88,0 (n=25)	>0,05	100 (n=11)	96,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		<u>0,052</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.16

Частота проміжного вісьового трирадіуса правої (R-t') й лівої кисті (L-t') та їх асиметрія (RL-t') у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-t'			L-t'			RL-t'		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	17,9 (n=123)	14,4 (n=188)	>0,05	14,6 (n=123)	12,8 (n=188)	>0,05	12,2 (n=123)	10,1 (n=188)	>0,05
Регіон 1	10,0 (n=20)	23,7 (n=38)	>0,05	15,0 (n=20)	21,1 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	18,4 (n=38)	>0,05
Регіон 2	22,2 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	33,3 (n=9)	3,8 (n=26)	<0,05	22,2 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	23,4 (n=64)	15,6 (n=64)	>0,05	15,6 (n=64)	14,1 (n=64)	>0,05	15,6 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05
Регіон 4	10,5 (n=19)	14,3 (n=35)	>0,05	10,5 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	9,1 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	16,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	<0,05		>0,05	<u>0,055</u>		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,060</u>		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		<u>0,052</u>	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.17

Частота центрального вісьового трирадіуса правої (R-t'') й лівої кисті (L-t'') та їх асиметрія (RL-t'') у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-t''			L-t''			RL-t''		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	0 (n=123)	0,5 (n=188)	>0,05	0,8 (n=123)	0,5 (n=188)	>0,05	0 (n=123)	0 (n=188)	>0,05
Регіон 1	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	0 (n=38)	>0,05
Регіон 2	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	0 (n=26)	>0,05
Регіон 3	0 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05	0 (n=64)	0 (n=64)	>0,05
Регіон 4	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05
Регіон 5	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.18

Частота комбінації вісьових трирадіусів правої (R-tt) й лівої кисті (L-tt) та їх асиметрія (RL-tt) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-tt			L-tt			RL-tt		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	7,3 (n=123)	6,9 (n=188)	>0,05	4,9 (n=123)	4,8 (n=188)	>0,05	12,2 (n=123)	10,1 (n=188)	>0,05
Регіон 1	5,0 (n=20)	15,8 (n=38)	>0,05	5,0 (n=20)	13,2 (n=38)	>0,05	10,0 (n=20)	18,4 (n=38)	>0,05
Регіон 2	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	0 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05	22,2 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	10,9 (n=64)	6,3 (n=64)	>0,05	6,3 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05	15,6 (n=64)	10,9 (n=64)	>0,05
Регіон 4	0 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	0 (n=35)	>0,05	5,3 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	9,1 (n=11)	0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	0 (n=11)	8,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,052</u>		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,054</u>		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.19

Частота візерунка на гіпотенарі правої (R-Нур) й лівої долоней (L-Нур) та їх асиметрія (RL-Нур) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-Нур			L-Нур			RL-Нур		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	83,7 (n=123)	75,5 (n=188)	>0,05	83,7 (n=123)	73,9 (n=188)	<0,05	95,9 (n=123)	89,4 (n=188)	<0,05
Регіон 1	90,0 (n=20)	68,4 (n=38)	>0,05	90,0 (n=20)	63,2 (n=38)	<0,05	100 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05
Регіон 2	77,8 (n=9)	84,6 (n=26)	>0,05	88,9 (n=9)	84,6 (n=26)	>0,05	88,9 (n=9)	84,6 (n=26)	>0,05
Регіон 3	84,4 (n=64)	84,4 (n=64)	>0,05	84,4 (n=64)	82,8 (n=64)	>0,05	96,9 (n=64)	89,1 (n=64)	>0,05
Регіон 4	78,9 (n=19)	57,1 (n=35)	>0,05	78,9 (n=19)	57,1 (n=35)	>0,05	94,7 (n=19)	88,6 (n=35)	>0,05
Регіон 5	81,8 (n=11)	80,0 (n=25)	>0,05	72,7 (n=11)	80,0 (n=25)	>0,05	90,9 (n=11)	92,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	<0,05		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,066</u>		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	<u>0,060</u>		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	<0,05		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	<0,01		>0,05	<0,01		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	<u>0,069</u>		>0,05	<u>0,069</u>		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.20

Частота візерунка на тенарі правої (R-Ten) й лівої долоней (L-Ten) та їх асиметрія (RL-Ten) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-Ten			L-Ten			RL-Ten		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	67,5 (n=123)	61,7 (n=188)	>0,05	73,2 (n=123)	64,4 (n=188)	>0,05	94,3 (n=123)	91,0 (n=188)	>0,05
Регіон 1	65,0 (n=20)	55,3 (n=38)	>0,05	70,0 (n=20)	57,9 (n=38)	>0,05	95,0 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05
Регіон 2	55,6 (n=9)	57,7 (n=26)	>0,05	55,6 (n=9)	57,7 (n=26)	>0,05	100 (n=9)	100 (n=26)	>0,05
Регіон 3	71,9 (n=64)	73,4 (n=64)	>0,05	79,7 (n=64)	78,1 (n=64)	>0,05	92,2 (n=64)	92,2 (n=64)	>0,05
Регіон 4	63,2 (n=19)	54,3 (n=35)	>0,05	73,7 (n=19)	51,4 (n=35)	>0,05	94,7 (n=19)	85,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	63,6 (n=11)	56,0 (n=25)	>0,05	54,5 (n=11)	64,0 (n=25)	>0,05	100 (n=11)	84,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	<u>0,064</u>		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	<u>0,053</u>		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₃₋₄	>0,05	<u>0,057</u>		>0,05	<0,01		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.21

Частота візерунка на першому міжпальцевому проміжку правої (R-I) й лівої долоней (L-I) та їх асиметрія (RL-I) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-I			L-I			RL-I		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	27,6 (n=123)	22,9 (n=188)	>0,05	26,0 (n=123)	19,7 (n=188)	>0,05	92,7 (n=123)	94,1 (n=188)	>0,05
Регіон 1	35,0 (n=20)	15,8 (n=38)	>0,05	35,0 (n=20)	15,8 (n=38)	>0,05	100 (n=20)	100 (n=38)	>0,05
Регіон 2	0 (n=9)	26,9 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	19,2 (n=26)	>0,05	88,9 (n=9)	92,3 (n=26)	>0,05
Регіон 3	29,7 (n=64)	28,1 (n=64)	>0,05	23,4 (n=64)	25,0 (n=64)	>0,05	90,6 (n=64)	93,8 (n=64)	>0,05
Регіон 4	26,3 (n=19)	25,7 (n=35)	>0,05	31,5 (n=19)	17,1 (n=35)	>0,05	100 (n=19)	85,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	27,3 (n=11)	12,0 (n=25)	>0,05	27,3 (n=11)	16,0 (n=25)	>0,05	81,8 (n=11)	100 (n=25)	<0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	<u>0,052</u>	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,058</u>	>0,05	
p ₂₋₃	<u>0,061</u>	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,065</u>	<u>0,053</u>	

Таблиця Б.22

Частота візерунка на другому міжпальцевому проміжку правої (R-II) й лівої долоней (L-II) та їх асиметрія (RL-II) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-II			L-II			RL-II		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	65,0 (n=123)	62,2 (n=188)	>0,05	66,7 (n=123)	61,2 (n=188)	>0,05	92,7 (n=123)	87,2 (n=188)	>0,05
Регіон 1	70,0 (n=20)	60,5 (n=38)	>0,05	70,0 (n=20)	57,9 (n=38)	>0,05	100 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05
Регіон 2	55,6 (n=9)	57,7 (n=26)	>0,05	55,6 (n=9)	61,5 (n=26)	>0,05	77,8 (n=9)	80,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	70,3 (n=64)	76,6 (n=64)	>0,05	65,6 (n=64)	73,4 (n=64)	>0,05	95,3 (n=64)	90,6 (n=64)	>0,05
Регіон 4	57,9 (n=19)	48,6 (n=35)	>0,05	73,7 (n=19)	48,6 (n=35)	>0,05	89,5 (n=19)	82,9 (n=35)	>0,05
Регіон 5	45,5 (n=11)	52,0 (n=25)	>0,05	63,6 (n=11)	52,0 (n=25)	>0,05	81,8 (n=11)	84,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	<0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,058</u>	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<u>0,056</u>	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	<0,01		>0,05	<0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	<0,05		>0,05	<u>0,056</u>		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.23

Частота візерунка на третьому міжпальцевому проміжку правої (R-III) й лівої долоней (L-III) та їх асиметрія (RL-III) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-III			L-III			RL-III		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	96,7 (n=123)	92,0 (n=188)	>0,05	96,7 (n=123)	89,9 (n=188)	<0,05	98,4 (n=123)	91,5 (n=188)	<0,05
Регіон 1	100 (n=20)	86,8 (n=38)	>0,05	100 (n=20)	86,8 (n=38)	>0,05	100 (n=20)	94,7 (n=38)	>0,05
Регіон 2	100 (n=9)	92,3 (n=26)	>0,05	100 (n=9)	92,3 (n=26)	>0,05	100 (n=9)	92,3 (n=26)	>0,05
Регіон 3	93,8 (n=64)	93,8 (n=64)	>0,05	95,3 (n=64)	93,8 (n=64)	>0,05	98,4 (n=64)	90,6 (n=64)	0,055
Регіон 4	100 (n=19)	91,4 (n=35)	>0,05	94,7 (n=19)	82,9 (n=35)	>0,05	94,7 (n=19)	85,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	100 (n=11)	96,0 (n=25)	>0,05	100 (n=11)	92,0 (n=25)	>0,05	100 (n=11)	96,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.24

Частота візерунка на четвертому міжпальцевому проміжку правої (R-IV) й лівої долоней (L-IV) та їх асиметрія (RL-IV) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-IV			L-IV			RL-IV		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Без розпод.	87,8 (n=123)	85,6 (n=188)	>0,05	88,6 (n=123)	82,4 (n=188)	>0,05	91,9 (n=123)	92,0 (n=188)	>0,05
Регіон 1	85,0 (n=20)	76,3 (n=38)	>0,05	75,0 (n=20)	73,7 (n=38)	>0,05	90,0 (n=20)	92,1 (n=38)	>0,05
Регіон 2	88,9 (n=9)	88,5 (n=26)	>0,05	88,9 (n=9)	80,8 (n=26)	>0,05	100 (n=9)	92,3 (n=26)	>0,05
Регіон 3	92,2 (n=64)	87,5 (n=64)	>0,05	92,2 (n=64)	87,5 (n=64)	>0,05	96,9 (n=64)	93,8 (n=64)	>0,05
Регіон 4	84,2 (n=19)	88,6 (n=35)	>0,05	94,7 (n=19)	82,9 (n=35)	>0,05	84,2 (n=19)	88,6 (n=35)	>0,05
Регіон 5	72,7 (n=11)	88,0 (n=25)	>0,05	81,8 (n=11)	84,0 (n=25)	>0,05	72,7 (n=11)	92,0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		<0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		<0,05	>0,05	
p ₃₋₅	<u>0,057</u>	>0,05		>0,05	>0,05		<0,01	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	

Таблиця Б.25

Наявність грібенцевого рахунка лінії b-d на правій (R-BD) й лівій долонях (L-BD) у чоловіків без розподілу та з розподілом на різні регіони з низьким (КПВ2) і середнім (КПВ3) рівнем інтенсивності ураженості карієсом (%).

Розподіл	R-BD			L-BD		
	КПВ2	КПВ3	p	КПВ2	КПВ3	p
1	2	3	4	5	6	7
Без розпод.	5,7 (n=123)	4,8 (n=188)	>0,05	3,3 (n=123)	3,7 (n=188)	>0,05
Регіон 1	0 (n=20)	2,6 (n=38)	>0,05	0 (n=20)	7,9 (n=38)	>0,05
Регіон 2	0 (n=9)	11,5 (n=26)	>0,05	11,1 (n=9)	3,8 (n=26)	>0,05
Регіон 3	9,4 (n=64)	3,1 (n=64)	>0,05	3,1 (n=64)	1,6 (n=64)	>0,05
Регіон 4	0 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05	0 (n=19)	5,7 (n=35)	>0,05
Регіон 5	9,1 (n=11)	4,0 (n=25)	>0,05	9,1 (n=11)	0 (n=25)	>0,05
p ₀₋₁	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₀₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₂	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₁₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₃	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₂₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₄	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₃₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	
p ₄₋₅	>0,05	>0,05		>0,05	>0,05	