

УДК 616.314-007-089.843-77:[612.311:616-07]-036.8
DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2026.2.15>

О.О. Фастовець,

доктор медичних наук, професор,
завідувачка кафедри ортопедичної стоматології,
Дніпровський державний медичний університет,
вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, індекс 49044,
503@dmi.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0002-2769-3244>

Р.Ю. Матвієнко,

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри ортопедичної стоматології,
Дніпровський державний медичний університет,
вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, індекс 49044,
503@dmi.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0003-0888-3226>

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЖУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОВНОЮ АДЕНТІЄЮ ПІСЛЯ НЕЗНІМНОГО ТА ЗНІМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ З ОПОРОЮ НА ІМПЛАНТАТИ

Мета роботи. Порівняти ефективність жувальної функції в пацієнтів із повною адентією після ортопедичної реабілітації незнімними та знімними зубними протезами з опорою на імплантати за результатами опитування. **Методи дослідження.** Проведено анкетування 60 пацієнтів із повною адентією віком від 62 до 76 років після 3 років користування протезами з опорою на імплантати. Оцінку здійснювали за валідованим опитувальником для визначення якості жувальної функції QMFQ (Quality of Masticatory Function Questionnaire). **Наукова новизна.** Згідно з даними проведеного опитування спостерігалася статистично достовірна розбіжність у середніх сумарних балах для пацієнтів із повною адентією при протезуванні знімними та незнімними конструкціями з опорою на імплантати (45.1 ± 5.2 бала проти 18.4 ± 2.7 бала, $P < 0,001$). При незнімному протезуванні встановлена майже повна фізіологічна компенсація жувальної функції, тоді як при застосуванні знімних конструкцій спостерігалися суттєві суб'єктивні труднощі при жуванні, які проявлялися в обмеженні вибору страв, необхідності запивання їжі, її розмочування, вживання соусів для полегшення формування харчової грудки. Уточнювальні питання про реальну механічну обробку продуктів, що входять до опитувальника, дозволили пояснити достатню жувальну ефективність у пацієнтів після знімного протезування з опорою на імплантати, яка досягалася перетворенням складних для пережовування продуктів на шматки, фарш та пюре. Натомість пацієнти з незнімними протезами демонстрували нульові показники у блоці модифікації продуктів, що свідчило про відсутність потреби в роздробленні продуктів перед вживанням. **Висновки.** Валідований опитувальник QMFQ проде-

монстрував вищу чутливість та інформативність щодо оцінки жувальної функції після зубного протезування з опорою на імплантати порівняно з більш вживаними опитувальниками для визначення рівня якості життя, пов'язаного зі стоматологічним здоров'ям, які схильні нівелювати розбіжності між різними видами ортопедичних конструкцій. Простота застосування даної методики в поєднанні з високою діагностичною цінністю дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження в клінічну практику для оцінки якості протезування пацієнтів із повною відсутністю зубів із використанням імплантатів. Перспективним напрямком подальших досліджень є розробка та валідація спеціалізованих опитувальників, адаптованих саме для дентальної імплантації, що дозволить найбільш диференційовано оцінювати рівень загальної та функціональної реабілітації пацієнтів.

Ключові слова: повна адентія, зубне протезування з опорою на імплантати, жувальна функція, опитування.

O.O. Fastovets,

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of Department of Prosthetic Dentistry,
Dnipro State Medical University,
9 Vernadsky street, Dnipro, Ukraine, postal code 49044,
503@dmi.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0002-2769-3244>

R.Yu. Matvieienko,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Prosthetic Dentistry,
Dnipro State Medical University,
9 Vernadsky street, Dnipro, Ukraine, postal code 49044,
503@dmi.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0003-0888-3226>

COMPARATIVE EVALUATION OF MASTICATORY EFFICIENCY IN PATIENTS WITH COMPLETE EDENTULISM AFTER FIXED AND REMOVABLE IMPLANT-SUPPORTED DENTAL PROSTHODONTICS

Purpose of the study. To compare the masticatory efficiency in patients with complete edentulism following prosthetic rehabilitation with fixed and removable implant-supported dentures based on survey results. **Research methods.** A questionnaire survey was conducted among 60 patients with complete edentulism, aged 62 to 76 years, after 3 years of using implant-supported prostheses. The assessment was performed using the validated Quality of Masticatory Function Questionnaire (QMFQ). **Scientific novelty.** According to the survey data, a statistically significant difference was observed in the mean total scores for patients with complete edentulism rehabilitated with removable versus fixed implant-supported configurations 45.1 ± 5.2 points vs. 18.4 ± 2.7 points, $P < 0,001$. Fixed prosthodontics provided an almost complete physiological compensation of masticatory function. Conversely, the



use of removable designs was associated with substantial subjective difficulties during mastication, manifested in dietary restrictions, the necessity to drink liquids with meals, soak food, or use sauces to facilitate bolus formation. Clarifying questions regarding the actual mechanical processing of food products included in the questionnaire helped explain the sufficient masticatory efficiency in patients after removable implant-supported prosthodontics, which was achieved by modifying difficult-to-chew foods into pieces, minced meat, and purees. In contrast, patients with fixed prostheses demonstrated zero scores in the food modification section, indicating no need to break down food products prior to consumption. **Conclusions.** The validated QMFQ demonstrated higher sensitivity and informativeness in evaluating masticatory function after implant-supported prosthodontics compared to more commonly used oral health-related quality of life (OHRQoL) questionnaires, which tend to mask the differences between various types of prosthetic designs. The ease of administration of this method, combined with its high diagnostic value, allows for its recommendation for widespread implementation in clinical practice to evaluate the quality of prosthodontic treatment in patients with complete edentulism using implants. A promising direction for further research is the development and validation of specialized questionnaires created specifically for dental implantation, which will enable a more differentiated assessment of the level of general and functional rehabilitation of patients.

Key words: complete edentulism, implant-supported dental prosthodontics, masticatory function, survey.

Постановка проблеми. Повна адентія характеризується значним погіршенням якості життя пацієнтів, пов'язаним зі зниженням ефективності жування; дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів; розладів травлення, обумовлених погіршенням жувальної функції; порушенням мовлення; змін зовнішності внаслідок втрати фіксованої міжальвеолярної висоти, що в сукупності призводить до психічних розладів, соціальної ізоляції та хронічного стресу [1]. Звідси, при оцінці результатів протезування пацієнтів із повною адентією, зокрема з використанням дентальної імплантації, натеper рекомендується враховувати не лише об'єктивні критерії, але й суб'єктивні, що описуються за допомогою результатів опитування пацієнтів (PROMs, patient-reported outcome measures). Найбільш вживаними інструментами оцінки результатів протезування пацієнтами є профіль впливу на здоров'я порожнини рота (OHIP), короткий опитувальник стану здоров'я (SF-36), опитувальник щодо якості життя з протезами (PQL, Prosthetic Quality of Life) [2].

У той же час метааналіз суб'єктивних результатів лікування пацієнтів із повною адентією при використанні знімних та незнімних конструкцій на імплантатах не дозволили зробити однознач-

них висновків про те, який саме тип ортопедичної реабілітації забезпечує кращі функціональні результати [3]. Подібна ситуація пояснюється недостатньою інформативністю та неоднозначністю поставлених питань щодо опису жувального процесу [4].

На відміну від решти, опитувальник щодо якості жувальної функції QMFQ (Quality of Masticatory Function Questionnaire), первинно розроблений Muller et al. (1999) французькою, а потім перекладений багатьма мовами, досліджує 5 доменів функціональних можливостей (їжа-жування, звички, м'ясо, фрукти та овочі), дозволяє максимально точно описати жувальну функцію з точки зору пацієнта [5]. На жаль, попри визначену ефективність, на сьогоднішній день не повідомлялося про валідацію даного опитувальника українською.

Виходячи з усього вищезазначеного, оцінка якості жування в пацієнтів із повною адентією з використанням адаптованої української версії опитувальника QMFQ дозволить більш точно визначитися з перевагами різних видів протезування з опорою на імплантати.

Мета дослідження. Порівняти ефективність жувальної функції в пацієнтів із повною адентією після ортопедичної реабілітації незнімними та знімними зубними протезами з опорою на імплантати за результатами опитування.

Матеріали та методи дослідження. В рамках роботи обстежено 60 пацієнтів віком від 62 до 76 років через 3 роки після відновлення повних дефектів зубних рядів обох щелеп шляхом протезування з опорою на імплантати. Середній вік пацієнтів становив $73,0 \pm 3,0$ року, при цьому в гендерній структурі превалювали жінки, питома вага яких складала 55,0 %.

В роботі було сформовано дві однорідні за статеві-віковими критеріями групи. Пацієнтам I групи в анамнезі було виконано незнімне протезування з опорою на 4-6 імплантати на кожній щелепі. У пацієнтів II групи були застосовані знімні (покривні) протези з фіксацією на кулястих атачменах: на 2 імплантатах – для нижньої щелепи, на 4 – для верхньої. Термін користування протезами мав складати більше 3 років.

Критеріями включення до дослідження за даними медичних карт були: I тип беззубої верхньої щелепи за Шредером, I тип нижньої щелепи за Келлером та I клас слизової оболонки протезного ложа за Суппле.

Відповідно критерії виключення з дослідження – декомпенсовані форми загальних захво-

рювань, онкологічна патологія, імуносупресії різного генезу, когнітивні порушення, а також паління.

Контрольний огляд та анкетування пацієнтів проводили під час планових візитів за умови клініко-функціональної відповідності протезів та задовільного стану дентальних імплантатів за даними комп'ютерної томографії.

Дослідження виконували з дотриманням біоетичних норм: усі учасники були ознайомлені з його метою та надали письмову інформовану згоду.

Для оцінки суб'єктивної жувальної ефективності вперше було застосовано україномовну адаптацію міжнародного опитувальника QMFQ (Quality of Masticatory Function Questionnaire) [6]. Анкета містила 29 запитань (табл. 1), за якими респондентам пропонувалося вказати відповідь за 5-бальною шкалою Лайкерта: 0 (ніколи), 1 (майже ніколи), 2 (час від часу), 3 (досить часто)

та 4 (завжди). При цьому 24 питання були сформульовані в анкеті негативно, а 5 (№ 16, 17, 19, 22, 27) – позитивно, тому для них використовували інверсію, розраховуючи остаточний бал шляхом вирахування з 4 первинного бала.

Статистичне опрацювання отриманих результатів виконували за допомогою методів біостатистики з використанням програмного пакета Microsoft Excel 2016. Для кількісних показників розраховували середнє арифметичне значення (M) та стандартну похибку середнього (m). Для оцінки вірогідності розбіжностей між показниками дослідних груп використовували параметричний t-критерій Стюдента або непараметричний критерій Манна-Уїтні. Різницю вважали статистично значущою при рівні похибки $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Згідно з даними проведеного опитування спостерігалася статистично достовірна розбіжність у середніх

Таблиця 1

Опитувальник, складений на основі QMFQ, використаний для визначення жувальної ефективності після зубного протезування з опорою на імплантати

№	Питання
1	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні малих шматочків яловичини?
2	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні малих шматочків курятини?
3	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні яловичого фаршу?
4	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні сирих овочів (окрім моркви, буряка, кореня селери тощо) без попереднього нарізання?
5	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні сирих фруктів без попереднього нарізання?
6	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні сирих фруктів після їх нарізання на четвертинки?
7	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні шкірки сирих фруктів?
8	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні хліба зі скоринкою?
9	Чи відчуваєте ви труднощі при жуванні горіхів?
10	Чи відчуваєте ви труднощі під час жування з вашими протезами?
11	Чи доводиться вам знімати один або обидва протези, щоб поїсти?
12	Чи доводиться вам пити під час прийому їжі, щоб полегшити ковтання?
13	Чи доводиться вам додавати соус до страв, щоб полегшити ковтання?
14	Чи доводиться вам розмочувати їжу, щоб полегшити жування та/або ковтання?
15	Чи обмежується ваш вибір їжі через ваші протези?
16	Загалом, чи добре пережована їжа перед ковтанням?
17	Чи їли ви яловичину, нарізану малими шматочками?
18	Чи було необхідно зробити з яловичини фарш перед споживанням?
19	Чи їли ви курятину, нарізану малими шматочками?
20	Чи було необхідно зробити з курятини фарш перед споживанням?
21	Чи було необхідно перетворювати м'ясо на пюре, щоб мати змогу його з'їсти?
22	Чи їли ви свіжі яблука, не нарізаючи їх?
23	Чи необхідно очищати яблука від шкірки перед споживанням?
24	Чи необхідно різати яблука на четвертинки, щоб розжувати їх?
25	Чи необхідно різати яблука на малі шматочки, щоб розжувати їх?
26	Чи було необхідно перетворювати яблука на пюре, щоб мати змогу їх з'їсти?
27	Чи їли ви свіжі овочі, не нарізаючи їх?
28	Чи необхідно різати овочі на малі шматочки, щоб мати змогу їх з'їсти?
29	Чи було необхідно робити пюре з сирих овочів, щоб мати змогу їх з'їсти?

сумарних балах для пацієнтів із повною адентією при протезуванні знімними та незнімними конструкціями з опорою на імпланти ($45,1 \pm 5,2$ бали проти $18,4 \pm 2,7$ бали, $P < 0,001$). Результати оцінки жувальної функції серед пацієнтів дослідних груп представлені в табл. 2. Розподіл запитань за клініко-функціональними векторами дозволив провести наступний аналіз.

Домен суб'єктивної оцінки труднощів жування, що містить запитання № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 16, оцінює здатність пацієнта до оклюзійного навантаження (відкушування та роздрібнення сирих овочів і фруктів, хліба зі скоринкою, горіхів, волокнистого м'яса) та фінальну якість формування харчової грудки перед ковтанням. Як показано в табл. 2, у пацієнтів I групи спостерігається майже повна фізіологічна компен-

сація, більшість параметрів знаходяться в межах 0–1 балів; легке суб'єктивне навантаження фіксується лише на таких текстурах як цілі сирі овочі та скоринка хліба ($1,7 \pm 0,3$ бала та $2,1 \pm 0,4$ бала відповідно). Навпаки, пацієнти II групи демонструють критичні суб'єктивні труднощі при спробах жування необроблених продуктів (3–4 бали); навіть малі шматочки яловичини з волокнистою структурою викликають стійкий дискомфорт при жуванні (3 бали).

Домен функціональної адаптації до протезів включає запитання № 10, 11, 12, 13, 14, 15. Відповіді на ці запитання дозволяють визначити ефективність протезування, зокрема щодо обмеження харчового раціону та використання способів покращення прийому їжі, йдеться про запивання, використання соусів, розмочування продуктів. Як

Таблиця 2

Результати оцінки жувальної функції серед пацієнтів дослідних груп (бали, $M \pm m$)

№	Критерій	Групи		P
		I (n = 30)	II (n = 30)	
1	Труднощі при жуванні малих шматочків яловичини	$1,2 \pm 0,5$	$3,0 \pm 1,0$	$> 0,05$
2	Труднощі при жуванні малих шматочків курятини	0,0	$1,8 \pm 0,6$	$< 0,001$
3	Труднощі при жуванні яловичого фаршу	0,0	$0,5 \pm 0,1$	$< 0,001$
4	Труднощі при жуванні цілих овочів	$1,7 \pm 0,3$	$4,0 \pm 1,3$	$> 0,05$
5	Труднощі при жуванні цілих фруктів	$1,0 \pm 0,2$	$3,8 \pm 1,3$	$< 0,05$
6	Труднощі при жуванні фруктів після їх нарізання на четвертинки	$0,5 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,6$	$< 0,05$
7	Труднощі при жуванні шкірки фруктів	$0,8 \pm 0,3$	$3,5 \pm 1,1$	$< 0,05$
8	Труднощі при жуванні хліба зі скоринкою	$2,3 \pm 0,4$	$4,0 \pm 1,3$	$> 0,05$
9	Труднощі при жуванні горіхів	$1,0 \pm 0,3$	$3,8 \pm 1,4$	$> 0,05$
10	Труднощі під час жування з протезами	0,0	$1,5 \pm 0,5$	$< 0,001$
11	Знімання протезів під час їжі	0,0	$0,7 \pm 0,2$	$< 0,001$
12	Необхідність пити під час їди	$1,1 \pm 0,3$	$2,9 \pm 1,0$	$> 0,05$
13	Необхідність додавання соусу до страв	0,0	$1,8 \pm 0,5$	$< 0,001$
14	Необхідність розмочування їжі	0,0	$3,3 \pm 1,0$	$< 0,001$
15	Обмеження вибору їжі через протези	$1,0 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,9$	$< 0,05$
16	Якість пережовування їжі перед ковтанням *	0,0	$2,2 \pm 0,7$	$< 0,001$
17	Необхідність нарізати яловичину на шматки *	$2,1 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,5$	$> 0,05$
18	Необхідність приготування з яловичини фаршу	0,0	$2,5 \pm 0,8$	$< 0,001$
19	Необхідність нарізати курятину на шматки *	$1,9 \pm 0,7$	$1,4 \pm 0,5$	$> 0,05$
20	Необхідність приготування з курятини фаршу	0,0	$2,6 \pm 0,9$	$< 0,001$
21	Необхідність перетворення м'яса на пюре	0,0	$1,6 \pm 0,6$	$< 0,001$
22	Здатність їсти яблука, не нарізаючи їх *	$0,8 \pm 0,3$	$3,8 \pm 1,3$	$< 0,001$
23	Необхідність очищення яблук від шкірки	$0,5 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,5$	$< 0,001$
24	Необхідність різати яблука на четвертинки	$0,8 \pm 0,3$	$2,8 \pm 0,8$	$< 0,05$
25	Необхідність різати яблука на малі шматочки	$0,7 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,7$	$< 0,05$
26	Необхідність перетворювати яблука на пюре	0,0	$1,8 \pm 0,6$	$< 0,001$
27	Здатність їсти свіжі овочі, не нарізаючи їх *	$1,9 \pm 0,6$	$4,0 \pm 0,5$	$< 0,001$
28	Необхідність різати овочі на малі шматочки	$2,4 \pm 0,8$	$3,1 \pm 1,0$	$> 0,05$
29	Необхідність робити пюре з сирих овочів	0,0	$2,0 \pm 0,7$	$< 0,001$

Примітки:

1. * – питання, відповіді на які підлягали інверсії;

2. Значення 0,0 вказує на абсолютну відсутність ознаки у всіх пацієнтів вибірки ($M = 0,0$; $m = 0,0$).

видно з бальної оцінки, наданої в табл. 2, протезування знімними конструкціями (II група) призводить до обмеження вибору страв, необхідності запивання їжі та її розмочування для полегшення формування харчової грудки. Навпаки, пацієнти I групи майже не мають обмежень щодо вибору їжі; їхня потреба у запиванні водою фізіологічна та мінімальна; їжа завжди достатньо подрібнена. Згідно з відповідями на питання № 16 якість подрібнення їжі для пацієнтів I групи достовірно краща, ніж II (0 балів проти $2,2 \pm 0,7$ бала відповідно, $P < 0,001$).

Слід зазначити, що блок запитань № 1–16 відображає внутрішні відчуття пацієнта та його вимушені побутові звички під час прийому їжі. Автор свідомо об'єднав оцінку труднощів при жуванні конкретних продуктів (№ 1–9) із безпосереднім впливом протезів (№ 10, 11, 15) та звичкою полегшувати ковтання рідиною чи соусами (№ 12–14). Це дозволяє вирахувати інтегральний показник «відчуття жувального дискомфорту», який складає для пацієнтів I групи $8,1 \pm 1,5$ бала та $32,5 \pm 7,4$ бала – для II групи ($P < 0,001$).

У свою чергу, домен із питань № 17–29 передбачає об'єктивну оцінку модифікації раціону за трьома типами продуктів – м'ясо (запитання № 17, 18, 19, 20, 21), фрукти (№ 22, 23, 24, 25, 26) та овочі (№ 27, 28, 29). Таким чином домен містить три чіткі тестові тріади за зростанням твердості продуктів: шматочки, дрібне нарізання, пюре.

Отже, щодо тріади «М'ясо» в пацієнтів обох груп «час від часу» виникають проблеми зі споживанням даного продукту, проте методи вирішення цієї проблеми у групах відрізняються. Так, пацієнти з незнімними конструкціями з опорою на імплантати не потребують суттєвої механічної обробки – показники потреби у фарші (№ 18, 20) та м'ясному пюре (№ 21) дорівнюють 0 балів («ніколи»). Натомість пацієнти зі знімними протезами демонструють стійку залежність від попередньої механічної обробки, переходячи на фарш та пюре (переважання відповіді «час від часу» на запитання № 18, 20, 21).

Пацієнти зі знімними протезами практично ніколи не їдять цілих яблук ($3,8 \pm 1,3$ бала на запитання № 22), тоді як при незнімному протезуванні показник складає $0,8 \pm 0,3$ бала ($P < 0,001$). Пацієнти зі знімними протезами завжди змушені зрізати шкірку (№ 23 – $4,0 \pm 1,5$ бала) та «час від часу» подрібнювати фрукт на четвертинки чи шматочки (№ 24, 25, 26 – $2,8 \pm 0,8$ бала; $2,5 \pm 0,7$ бала; $1,8 \pm 0,6$ бала відповідно). Для пацієнтів із незнім-

ними конструкціями потреба у чищенні шкірки є мінімальною (№ 23 – $0,5 \pm 0,2$ бала), а перетворення на пюре виключено повністю (№ 26 – 0 балів).

Щодо тріади «Овочі» пацієнти II групи не можуть з'їсти цілий овоч, що відповідає $4,0 \pm 0,5$ балам. Натомість пацієнти I групи мають $1,9 \pm 0,6$ бала для питання № 27, тобто в них «час від часу» виникають труднощі при спробі відкусити цілий овоч (тут не йдеться про тверді овочі, на кшталт моркви, буряка тощо). Щоб компенсувати неможливість з'їсти цілий овоч, пацієнти зі знімними конструкціями «досить часто» ріжуть його (№ 28 – $3,1 \pm 1,0$ бала) та «час від часу» натирають до стану пюре (№ 29 – $2,0 \pm 0,7$ бала). Всі пацієнти з незнімними конструкціями не використовують пюревання овочів (№ 29 – 0 балів), обмежуючись лише попереднім нарізанням на шматочки (№ 28 – $2,4 \pm 0,8$ бала).

Домен питань із урахуванням раціону є унікальною рисою опитувальника QMFQ. Автор наполягав на тому, що аналізу скарг, які містяться в питаннях № 1–16, недостатньо, оскільки пацієнти схильні адаптуватися та заперечувати проблеми. Тому вводиться блок із перевірочних запитань № 17–29 про те, як саме пацієнт змушений готувати їжу, щоб мати змогу її з'їсти. Дійсно, в нашому дослідженні нами був встановлений певний дисонанс між запереченням проблеми пацієнтом та об'єктивною поведінковою адаптацією. Так, переважна більшість пацієнтів II групи заперечувала проблеми з жуванням яловичого фаршу (запитання № 3 – $0,5 \pm 0,1$ бала), тоді як при відповіді на питання № 16 зазначали про проблеми з якістю пережованої їжі ($2,2 \pm 0,7$ бала).

Проте, в цілому, уточнювальні питання про реальну механічну обробку продуктів (№ 17–29) дозволили пояснити жувальну ефективність у пацієнтів після знімного протезування з опорою на імплантати, яка досягається перетворенням складних для пережовування продуктів на шматки та пюре, тобто створення «м'якого» раціону харчування.

У пацієнтів I групи низькі бали (0 – 1) при відповідях на питання першого блоку (№ 1–16) підтверджуються нульовими показниками у блоці модифікації продуктів. Пацієнтам цієї групи не потрібно робити фарш (№ 18, 20 – 0 балів), перетворювати м'ясо, яблука чи овочі на пюре (№ 21, 26, 29 – 0 балів). Вони зберігають первинну структуру їжі, на відміну від пацієнтів II групи.

Висновки. Порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки жувальної функції серед пацієнтів із

повною відсутністю зубів із різними типами ортопедичних конструкцій засвідчив суттєву перевагу незнімних протезів з опорою на імплантати над знімними конструкціями. Пацієнти зі знімними протезами відчують граничний дискомфорт при вживанні відносно твердої їжі, що, найбільш імовірно, зумовлено рухомістю базисів під дією змішаних навантажень та їхньою нездатністю протистояти вертикальним і зсувним векторам жувального тиску. Натомість жорстка кісткова опора незнімних конструкцій забезпечує виражену стабілізацію, відновлюючи спроможність до повноцінного пережовування їжі без попередньої механічної кулінарної обробки продуктів.

Використання специфічного домену раціону в опитувальнику QMFQ дозволило нівелювати ефект «звикання та заперечення скарг», притаманний пацієнтам старших вікових груп. Якщо перші 16 питань фіксують лише суб'єктивне сприйняття, де пацієнти схильні занижувати скарги через зміщення психологічної «точки відліку норми», то друга частина анкети, що містить питання № 17–29, виступає об'єктивним інструментом оцінки відновлення жувальної функції. Фіксація критичної різниці між середніми балами груп саме за рахунок блоку кулінарної модифікації доводить, що традиційні скринінгові системи маскують реальні проблеми з жуванням, тоді як QMFQ наочно демонструє залежність пацієнтів від попередньої обробки їжі.

Опитувальник QMFQ продемонстрував вищу чутливість та інформативність щодо оцінки жувальної функції після протезування з опорою на імплантати порівняно з більш вживаними опитувальниками для визначення рівня якості життя, пов'язаної зі стоматологічним здоров'ям, які схильні нівелювати розбіжності між різними видами конструкцій [3].

Простота застосування даної методики в поєднанні з високою діагностичною цінністю дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження в клінічну стоматологічну практику для оцінки якості протезування пацієнтів із повною відсутністю зубів із використанням імплантатів у якості опори.

Перспективним напрямком подальших досліджень є розробка та валідація спеціалізованих опитувальників, адаптованих саме для дентальної імплантації, що дозволить найбільш диференційовано оцінювати рівень функціональної реабілітації пацієнтів.

References:

1. Leite, F. R. M., Tay, J. R. H., Chow, D. Y., Ng, E., Nascimento, G. G., & Peres, M. A. (2026). Tooth loss and edentulism are associated with poorer quality of life: A systematic review and meta-analyses. *J Periodontal Res*. <https://doi.org/10.1111/jre.70121>.
2. Lang, N. P., Zitzmann, N. U., & Working Group 3 of the VIII European Workshop on Periodontology (2012). Clinical research in implant dentistry: evaluation of implant-supported restorations, aesthetic and patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(12), 133-138. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01842.x>.
3. Yao, C. J., Cao, C., Bornstein, M. M., & Mattheos, N. (2018). Patient-reported outcome measures of edentulous patients restored with implant-supported removable and fixed prostheses: A systematic review. *Clin Oral Implants Res*, 29(16), 241-254. <https://doi.org/10.1111/clr.13286>.
4. Gonçalves, T. M. S. V., Schimmel, M., van der Bilt, A., Chen, J., van der Glas, H. W., Kohyama, K., Hennequin, M., Peyron, M. A., Woda, A., Leles, C. R., & José Pereira, L. (2021). Consensus on the terminologies and methodologies for masticatory assessment. *J Oral Rehabil*, 48 (6), 745-761. <https://doi.org/10.1111/joor.13161>.
5. Casafont-Perez, A., Lopez-Cordon, M. A., Martori, E., Martinez-Gomis, J., & Ayuso-Montero, R. (2026). Reliability of Spanish version of the quality masticatory function questionnaire: Changes in masticatory ability and oral health-related quality of life after partial removable dental prosthesis insertion. *J Prosthet Dent*, 0022-3913 (26), 00305-7. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2026.04.036>.
6. Muller, K., Morais, J., & Feine, J. (2008). Nutritional and anthropometric analysis of edentulous patients wearing implant overdentures or conventional dentures. *Braz Dent J*, 19 (2), 145-150. <https://doi.org/10.1590/s0103-64402008000200011>.

Дата першого надходження рукопису до видання:
23.06.2026

Дата прийнятого до друку рукопису
після рецензування: 16.07.2026

Дата публікації: 17.08.2026