

Бабеня Ганна Олександрівна,
кандидат медичних наук, старший науковий співробітник,
заступник директора з наукової роботи,
ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії НАМН України»
ORCID ID: 0000-0001-5772-5828
м. Одеса, Україна

Деньга Оксана Василівна,
доктор медичних наук, професор,
завідувач відділу епідеміології і профілактики основних стоматологічних захворювань,
стоматології дитячого віку та ортодонції,
ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії НАМН України»
ORCID ID: 0000-0002-8630-9943
м. Одеса, Україна

ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ, ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ ТА СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ЖІНОК-МОНАХИНЬ РІЗНОГО ВІКУ

Вступ. Інтенсивність каріозного процесу у дорослого населення визначається поєднанням вікових, поведінкових, біологічних та соціальних чинників. Жінки-монахині є соціально та поведінково однорідною групою, що дозволяє мінімізувати вплив зовнішніх факторів і об'єктивно проаналізувати вікові особливості стоматологічного здоров'я. Дослідження функціональних характеристик ротової рідини та соматичного статусу цієї когорти дозволяє уточнити роль локальних і системних факторів у формуванні каріозного процесу.

Мета дослідження – визначити інтенсивність каріозного процесу та його вікові особливості у жінок-монахинь, а також оцінити зв'язок інтегрального індексу КПП із швидкістю базальної саливації, типом мікрокристалізації слини та профілем соматичної патології.

Матеріали та методи. Обстежено 29 жінок-монахинь віком 25–75 років, яких поділено на три вікові групи за рекомендаціями ВООЗ: 25–44 років ($n = 15$), 45–59 років ($n = 10$), 60–75 років ($n = 4$). Інтенсивність каріозного процесу визначали за індексом КПП із реєстрацією компонентів К, П, В. Швидкість базальної саливації оцінювали за методом непримусового слиновиділення; ремінералізуючий потенціал слини — за тестом мікрокристалізації з морфологічною класифікацією типів (ПА, ПБ, ПВ, ПШ, ПЖ). Соматичну патологію визначали шляхом структурованого опитування. Для статистичних порівнянь застосовано ANOVA або критерій Крускала–Уолліса; кореляції оцінювали за Спірменом ($p < 0,05$).

Результати дослідження. Виявлено чітку вікову тенденцію до зростання інтенсивності карієсу: середні значення індексу КПП збільшувалися від $17,0 \pm 3,9$ у групі 25–44 років до $28,8 \pm 3,8$ у групі 60–75 років ($p < 0,01$). Основний внесок у вікові відмінності забезпечував компонент «В» (видалені зуби), тоді як активний карієс («К») залишався низьким у всіх групах. Усі монахині мали високі показники компонента «П», що свідчить про санований характер стоматологічного статусу. Показники швидкості базальної саливації та типи мікрокристалізації слини не мали достовірного зв'язку з рівнем КПП ($p > 0,2$). Серед соматичної патології переважали ендокринні (37,9 %), серцево-судинні (34,5 %) та опорно-рухові розлади (31,0 %), однак вид соматичної патології не асоціювався з інтенсивністю карієсу ($p = 0,96$).

Висновки. У жінок-монахинь встановлено виражене вікове зростання інтенсивності каріозного процесу, обумовлене переважно накопиченням видалених зубів. Функціональні властивості ротової рідини (швидкість саливації та мікрокристалізація) та наявність соматичної патології не впливали на рівень КПП. Досліджувана когорта є соціально однорідною, що робить отримані дані цінними для вивчення вікових закономірностей стоматологічного здоров'я та формування профілактичних стратегій.

Ключові слова: жінки-монахині, інтенсивність карієсу зубів, вікові особливості, швидкість саливації, мікрокристалізація слини, соматична патологія.

© Бабеня Г. О., Деньга О. В., 2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Babenia Hanna Oleksandrivna, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Deputy Director for Scientific Work, SE «Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery of the NAMS of Ukraine»; ORCID ID: 0000-0001-5772-5828, Odesa, Ukraine

Dienha Oksana Vasylivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Epidemiology and Prevention of Major Dental Diseases, Pediatric Dentistry and Orthodontics, SE «Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery of the NAMS of Ukraine»; ORCID ID: 0000-0002-8630-9943, Odesa, Ukraine

INTENSITY OF DENTAL CARIES, SALIVARY FUNCTIONAL PARAMETERS AND SOMATIC PATHOLOGY IN WOMEN-NUNS OF DIFFERENT AGE GROUPS

Introduction. The intensity of dental caries in adults is determined by a combination of age-related, behavioral, biological and social factors. Women living in monastic communities represent a socially and behaviorally homogeneous group, which minimizes external influences and allows for an objective assessment of age-related patterns of oral health. The study of salivary functional characteristics and systemic health conditions in this cohort provides an opportunity to clarify the role of local and systemic determinants in caries development.

The aim of the study was to assess the intensity of dental caries and its age-related features in women-nuns, and to evaluate the relationship of the DMFT index with basal salivation rate, saliva microcrystallization patterns, and somatic comorbidities.

Materials and methods. Twenty-nine women-nuns aged 25–75 years were examined and stratified into three age groups (25–44 years, $n = 15$; 45–59 years, $n = 10$; 60–75 years, $n = 4$). Caries intensity was assessed using the DMFT index (D – decayed, M – missing, F – filled teeth). Basal salivation rate was measured using the unstimulated saliva collection method over 5 minutes; the remineralizing potential of saliva was evaluated using the microcrystallization test with morphological classification (types IIA, IIB, IIC, IIIA, IIIB). Somatic pathology was determined by structured interviewing. Statistical analysis included ANOVA or Kruskal–Wallis tests for group comparisons and Spearman correlation for assessing associations ($p < 0.05$).

Results. A clear age-related increase in caries intensity was observed: mean DMFT values rose from 17.0 ± 3.9 in the 25–44 age group to 28.8 ± 3.8 in women aged 60–75 years ($p < 0.01$). The main contributor to between-group differences was the “M” component (missing teeth), whereas active caries (“D”) remained low across all groups. All participants demonstrated high values of the “F” component, indicating a generally treated dental status. Basal salivation rate and saliva microcrystallization types showed no significant association with DMFT values ($p > 0.2$). Endocrine (37.9 %), cardiovascular (34.5 %) and musculoskeletal disorders (31.0 %) were the most common systemic conditions, but none were associated with DMFT level ($p = 0.96$).

Conclusions. Women-nuns demonstrated a pronounced age-related increase in dental caries intensity, mainly due to cumulative tooth loss. Salivary functional characteristics (basal salivation and microcrystallization) and somatic comorbidities did not influence caries intensity. The social homogeneity of this cohort makes the findings valuable for understanding age-related patterns of oral health and for developing targeted preventive strategies.

Key words: women-nuns, dental caries intensity, age-related features, salivation rate, saliva microcrystallization, somatic pathology.

Вступ. Стан твердих тканин зубів та інтенсивність каріозного процесу у дорослого населення значною мірою визначаються поєднанням вікових, поведінкових, гігієнічних та медико-біологічних чинників [1-5].

Одним із найбільш інформативних показників стоматологічного статусу є інтегральний індекс КППВ, який відображає кумулятивний характер каріозного ураження і дозволяє оцінити як перенесені, так і актуальні наслідки карієсу. У дорослих осіб цей показник нерідко зумовлений довготривалим перебігом патології та накопиченням видалених зубів, що має суттєве клінічне та профілактичне значення [6-7].

Водночас важливу роль у формуванні каріозної резистентності відіграють функціональні властивості слини. Швидкість базальної саливації забезпечує природний захисний потенціал порожнини рота, а мікрокристалізація слини розглядається як непрямий показник її ремінералізуючої здатності. Порушення цих параметрів можуть бути ранніми маркерами дисбалансу мінерального обміну й фактором ризику розвитку карієсу [8-9].

Додатковий вплив на стан порожнини рота справляють системні соматичні захворювання, поширеність яких зростає з віком. Ендокринні, серцево-судинні, опорно-рухові та інші хронічні стани можуть опосередковано впливати на функції слинних залоз, гігієнічну поведінку, якість харчування та доступність стоматологічної допомоги, формуючи індивідуальний профіль стоматологічних ризиків [10-12].

Особливий науковий інтерес становлять жінки-монахині – соціально та поведінково однорідна група

з відносно стабільним способом життя, харчування, рівнем стресу та побутовими умовами. Це створює унікальну можливість вивчити вікові особливості карієсу та функціональних властивостей слини в когорті з мінімальними варіаціями соціально-економічних чинників.

З огляду на це, актуальним є комплексне дослідження інтенсивності карієсу, параметрів слиновиділення, ремінералізуючого потенціалу слини та структури соматичної патології у жінок-монахинь різного віку, що дозволяє поглибити розуміння вікових закономірностей стоматологічного здоров'я та визначити ключові фактори ризику в цій групі.

Метою дослідження було визначити інтенсивність каріозного процесу та його вікові особливості у жінок-монахинь, а також оцінити зв'язок інтегрального індексу КППВ із функціональними показниками ротової рідини (швидкістю саливації та мікрокристалізацією) і профілем соматичної патології.

Методологія та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 29 жінок-монахинь віком 27-70 років жіночого монастиря на честь Боянської ікони Божої Матері, розташованого в Чернівецькій області.

Критеріями включення були: приналежність до чернечої спільноти та постійне проживання в монастирі; жіноча стать; вік від 25 до 75 років; відсутність гострих інфекційних та загострень хронічних захворювань на момент обстеження; можливість надати інформовану згоду на участь у дослідженні.

Критерії виключення включали: наявність гострих запальних захворювань порожнини рота; проведення інтенсивного стоматологічного лікування протягом попередніх трьох місяців; прийом лікарських препаратів, що можуть значно впливати на слиновиділення (антихолінергічні засоби, антидепресанти у високих дозах тощо); системні стани, що унеможливили коректне проведення клінічного обстеження.

Обстежені жінки були розподілені на вікові групи за рекомендаціями ВООЗ: 25-44 роки ($n = 15$), 45-59 років ($n = 10$) та 60-75 років ($n = 4$), що дозволило проаналізувати вікові особливості стоматологічного статусу та функціональних показників слини.

Обстеження проводили в умовах виїзного прийому на території монастиря з використанням одноразових стерильних інструментів та налобного освітлення із дотриманням стандартів клінічної діагностики та протоколів біоетичної безпеки.

Для визначення інтенсивності каріозного процесу використано індекс КПВ (ВООЗ, 1989). У структурі індексу реєстрували К – каріозні зуби, П – пломбовані зуби, В – видалені зуби. Усі дані заносилися до розробленої в ДУ «ІСЦЛХ НАМН» «Карти обстеження стану порожнини рота пацієнта».

Швидкість слиновиділення оцінювали за методикою непримусового (базального) саліваційного тесту. Неспродукована слина збиралася протягом 5 хвилин у градуйований контейнер. Швидкість салівації обчислювали за формулою: $\text{мл/хв} = \text{об'єм слини (мл)} / 5 \text{ хв}$, нормативним вважали показник $0,3\text{--}0,5 \text{ мл/хв}$.

Ремінералізуючий потенціал слини оцінювали за тестом мікрокристалізації, який відображає здатність слини утворювати кристалічні структури при висиханні. Дослідження проводили за класичною методикою: на предметне скло наносили краплю нативної слини обстежуваної; зразок висували при кімнатній температурі протягом 24 годин. Мікроскопічний аналіз проводили при збільшенні $\times 56\text{--}100$. Тип мікрокристалізації визначали за морфологічними критеріями розташування та вираженості кристалічних структур. Виділяли типи: ПА, ПБ, ПВ, ПГА та ПДБ, де ПА вважається найбільш сприятливим, а ПДБ – найменш вираженим типом ремінералізуючого потенціалу.

Інформацію про наявність соматичної патології збирали методом структурованого опитування. Кожна учасниця відповідала на стандартизовані запитання щодо наявних хронічних захворювань, перенесених станів та тривалої медикаментозної терапії. Спеціальної медичної документації або амбулаторних карт обстежених при цьому не використовували, що обумовлює самоописний характер інформації.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням параметричних та непараметричних методів аналізу. Кількісні показники з нормальним розподілом подано у вигляді середнього значення та стандартного відхилення ($M \pm SD$).

Для порівняння показників між трьома незалежними віковими групами застосовували однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). За умов порушення нормальності розподілу або нерівності чисельності груп використовували непараметричний критерій

Крускала–Уолліса. Для оцінки сили та напрямку зв'язку між кількісними показниками (індексом КПВ та швидкістю базальної салівації) застосовували кореляційний аналіз за Спірменом. Рівень статистичної значущості встановлювали на рівні $p < 0,05$ [13].

Обмеження дослідження. До обмежень слід віднести: невеликий обсяг вибірки, особливо у старшій віковій групі (60–75 років), що зумовлює обмежену статистичну потужність та може впливати на виявлення слабких асоціацій між показниками; крос-секційний дизайн, який дозволяє оцінити лише поточний стоматологічний статус та функціональні властивості слини без можливості встановлення причинно-наслідкових зв'язків або аналізу динаміки змін у часі; дані щодо супутньої соматичної патології ґрунтувалися на опитуванні, що могло призвести до часткової неповноти або неточності інформації й обмежує точність порівняльного аналізу.

Попри зазначені обмеження, отримані дані є надзвичайно цінними, оскільки дослідження проводилося серед жінок-монахинь – соціально однорідної групи з порівняними умовами життя, що мінімізує вплив зовнішніх чинників і дозволяє більш об'єктивно оцінити вікові особливості стоматологічного статусу.

Виклад основного матеріалу дослідження. При визначенні інтенсивності каріозного процесу у жінок-монахинь за інтегральним індексом КПВ було встановлено зміни вивчаємого показника в широкому діапазоні та чітка вікова залежність (табл. 1).

У групі 25–44 років середній рівень індексу КПВ становив $17,0 \pm 3,9$, що відповідає помірній інтенсивності карієсу. Ця група характеризувалася найбільш сприятливою структурою показника: високою часткою пломбованих зубів ($\text{П} = 13,0 \pm 4,1$) та порівняно низькою кількістю видалених ($\text{В} = 3,67 \pm 2,41$). Компонент активного карієсу ($\text{К} = 0,47 \pm 0,92$) був мінімальним, що свідчить про переважно стабілізований каріозний процес у молодших жінок.

У групі 45–59 років середнє значення КПВ зросло до $19,5 \pm 4,0$, що вказує на поступове накопичення стоматологічної патології з віком. Структура індексу при цьому характеризувалася зменшенням пломбованих зубів ($\text{П} = 10,7 \pm 2,9$) і майже подвоєнням кількості видалень ($\text{В} = 8,40 \pm 5,62$), що відображає наростання наслідків попередніх каріозних уражень. Активний карієс залишався низьким ($\text{К} = 0,40 \pm 0,52$), що узгоджується з тенденцією до зниження частоти гострих уражень у дорослому віці.

Найвищий рівень інтенсивності спостерігався у групі 60–75 років, де середнє значення КПВ досягло $28,8 \pm 3,8$, що відповідає високій інтенсивності карієсу. Показник суттєво перевищував значення у молодших групах, переважно за рахунок значного збільшення компонента В ($9,75 \pm 1,50$), що вказує на кумулятивні втрати зубів у старшому віці. Характерною була також варіабельність пломбованих зубів ($\text{П} = 19,0 \pm 4,4$), що частково може бути пов'язано з малою чисельністю групи та індивідуальною стоматологічною історією учасниць.

Звертає на себе увагу те, що компонент “П” (пломбовані зуби) у всіх вікових групах мав високі зна-

Показники інтенсивності каріозного процесу у жінок-монахинь за віковими групами

Вікова група	n	КПВ (M ± SD)	К (M ± SD)	П (M ± SD)	В (M ± SD)
25-44 років	15	17,0 ± 3,9	0,47 ± 0,92	13,0 ± 4,1	3,67 ± 2,41
45-59 років	10	19,5 ± 4,0 p = 0,25	0,40 ± 0,52 p > 0,8	10,7 ± 2,9 p = 0,3	8,40 ± 5,62 p = 0,03
60-75 років	4	28,8 ± 3,8 p = 0,003 p ₁ = 0,07	0,25 ± 0,50 p-p ₁ > 0,8	19,0 ± 4,4 p = 0,04 p ₁ = 0,02	9,75 ± 1,50 p = 0,004 p ₁ = 0,50

Примітка: кількісні показники з нормальним розподілом наведено у вигляді середнього значення та стандартного відхилення (M ± SD).

p – достовірність по відношенню до вікової групи 25-44 роки, p₁ – по відношенню до вікової групи 45-59 років

Таблиця 2

Показники швидкості саливації (мл/хв) жінок-монахинь за віковими групами

Вікова група	n	M ± SD (мл/хв)	Мін	Макс
25-44 років	15	0,461 ± 0,066	0,30	0,55
45-59 років	10	0,433 ± 0,131	0,20	0,60
60-75 років	4	0,345 ± 0,090	0,23	0,45

Примітка: кількісні показники з нормальним розподілом наведено у вигляді середнього значення та стандартного відхилення (M ± SD)

чення, що свідчить про санований характер стоматологічного статусу в обстежених монахинь.

Частка високоінтенсивного карієсу (КПВ ≥ 15) у вибірці становила 79,3 %, із поступовим зростанням у старших групах: 73 % у 25-44 років, 80 % у 45-59 років та 100 % у 60-75 років.

Виявлено чітку вікову тенденцію: значення індексу КПВ прогресивно зростали з віком (17,0 → 19,5 → 28,8), і найбільший внесок у цей приріст робив компонент «В». Компонент «К» у всіх групах залишався низьким, що свідчить про відсутність активного карієсу на момент обстеження.

Порівняння між групами підтвердило статистично значущі відмінності рівня інтенсивності карієсу. За результатами однофакторного ANOVA (F = 14,13; p = 0,00007) та непараметричного критерію Крускала-Уолліса (H = 10,36; p = 0,0056) спостерігалось вірогідне зростання індексу КПВ з віком.

Найбільш виражені міжгрупові відмінності виявлено для компонента «В», тоді як компонент «К» достовірно не відрізнявся між групами (p > 0,8). Компонент «П» був значуще вищим у віковій групі 60-75 років порівняно з молодшими.

Під час оцінювання ремінералізуючої функції слини за тестом мікрокристалізації встановлено, що типи мікрокристалізації мали нерівномірний розподіл серед обстежених жінок: ПБ реєструвався у 37,9 %, ПІА – у 31,0 %, ПІБ та ПІВ – по 13,8 %, тоді як ПІА – лише у 3,4 %. Кореляційний аналіз Спірмена не виявив статистично значущого зв'язку між типом мікрокристалізації та рівнем індексу КПВ (r = 0,124; p = 0,522).

При визначенні ступеня базальної саливації у жінок-монахинь встановлено наявність вікових особливостей цього показника (табл. 2).

У жінок віком 25-44 років середній показник становив 0,461 ± 0,066 мл/хв, у групі 45-59 років – 0,433 ± 0,131 мл/хв, тоді як у жінок 60-75 років відзначалося зниження секреції до 0,345 ± 0,090 мл/хв. Незважаючи на

вікове зменшення, у всіх обстежених величина швидкості базальної саливації залишалась у межах норми.

Порівняння швидкості слиновиділення між віковими групами за допомогою ANOVA не виявило статистично значущих відмінностей (F = 2,28; p = 0,123). Аналіз Крускала-Уолліса також підтвердив відсутність достовірної різниці між групами (H = 3,93; p = 0,140). Незважаючи на тенденцію до зниження швидкості саливації у старшій віковій групі, статистична значущість відсутня.

Кореляційний аналіз Спірмена не виявив також статистично значущого зв'язку між швидкістю базальної саливації та індексом КПВ (r = -0,23; p = 0,234) у монахинь. Незважаючи на тенденцію до підвищення інтенсивності карієсу при нижчих значеннях саливації, достовірної асоціації встановлено не було, що може бути пов'язано з переважанням у вибірці нормальних значень секреції слини.

Серед обстежених жінок-монахинь відзначався різнопрофільний спектр соматичної патології. Найчастіше реєстрували ендокринні порушення – 37,9% та серцево-судинні захворювання – 34,5 %, які разом становили найбільшу частку супутніх станів. Досить поширеними були також захворювання опорно-рухового апарату – 31,0 %, представлені переважно дегенеративно-дистрофічними ураженнями суглобів і хребта. У частини обстежених виявляли патологію шлунково-кишкового тракту (13,8 %), поодинокі – захворювання шкіри (6,9 %), центральної нервової системи (3,4 %), нирок (3,4 %) та остеопороз (3,4 %).

Таким чином, обстежені жінки характеризувалися наявністю типових для середнього та старшого віку хронічних неінфекційних захворювань, однак проведений статистичний аналіз не виявив зв'язку між профілем соматичної патології та інтенсивністю каріозного процесу за індексом КПВ (H = 0,30; p = 0,960). Середні значення КПВ у різних групах коливалися у межах 18,3-20,5, що свідчить про відсутність асоці-

Характеристика соматичного профілю жінок-монахинь різних вікових груп

Тип соматичної патології	25–44 років (n=15)	45–59 років (n=10)	60–75 років (n=4)
Ендокринна патологія	5 (33,3 %)	2 (20,0 %)	2 (50,0 %)
Серцево-судинні захворювання	3 (20,0 %)	4 (40,0 %)	1 (25,0 %)
Патологія опорно-рухового апарату	2 (13,3 %)	3 (30,0 %)	4 (100,0 %)
Патологія ШКТ	1 (6,7 %)	2 (20,0 %)	1 (25,0 %)
Шкірні захворювання	1 (6,7 %)	1 (10,0 %)	0 (0 %)
Патологія ЦНС	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25,0 %)
Патологія нирок	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Остеопороз	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25,0 %)
Без соматичної патології	5 (33,3 %)	1 (10,0 %)	0 (0 %)

ації між видом соматичної патології та інтенсивністю карієсу в обстежених жінок-монахинь.

Аналіз структури соматичної патології за віковими групами показав виражені відмінності (табл. 3).

У жінок віком 25–44 років домінували ендокринні порушення (33,3 %), тоді як третина обстежених цієї групи не мала значущої соматички. У групі 45–59 років частіше реєстрували серцево-судинні захворювання (40,0 %) та опорно-рухові порушення (30,0 %). Серед жінок віком 60–75 років найпоширенішими були дегенеративно-дистрофічні ураження опорно-рухового апарату (100 %), які у половини випадків поєднувалися з ендокринною патологією. Отже, спектр соматичних захворювань змінюється з віком і відповідає загальновідомим віковим тенденціям розвитку хронічних неінфекційних захворювань.

Таким чином, проведене комплексне обстеження жінок-монахинь продемонструвало виражену вікову динаміку інтенсивності каріозного процесу із суттєвим зростанням показника КПВ у старших групах, що зумовлено переважно збільшенням кількості видалених зубів. Функціональні властивості ротової рідини, включаючи швидкість базальної саливації та мікрокристалізацію, не виявили достовірної асоціації з рівнем каріозного ураження. Соматична патологія була широко представлена у досліджуваній когорті й мала характерні вікові відмінності, однак її наявність не впливала на інтенсивність карієсу. Отже, у досліджуваній когорті жінок-монахинь інтенсивність каріозного процесу не була пов'язана ні з функціональними показниками ротової рідини, ні з наявністю соматичної патології

Висновки з дослідження:

1. У жінок-монахинь виявлено виражену вікову залежність інтенсивності каріозного процесу: показник КПВ прогресивно зростає від 25–44 років до 60–75 років, досягаючи високих значень у старшій групі.

2. Основним чинником підвищення інтенсивності карієсу було збільшення кількості видалених зубів (компонент «В»), тоді як активний карієс (компонент «К») у всіх вікових групах залишався низьким.

3. Показники функціонального стану ротової рідини (швидкість базальної саливації та тип мікрокристалізації) не мали статистично значущого зв'язку з рівнем КПВ у досліджуваній вибірці.

4. Структура соматичної патології характеризувалася переважанням ендокринних і серцево-судинних захворювань у молодших і середніх групах та домінуванням опорно-рухової патології у старшій віковій групі, однак ці чинники не впливали на інтенсивність каріозного процесу.

5. Жінки-монахині становлять соціально однорідну групу з порівнянними умовами життя, що дозволяє більш об'єктивно оцінювати вікові особливості стоматологічного здоров'я та робить отримані дані цінними для подальших клініко-епідеміологічних досліджень.

Перспективи подальших досліджень. Уточнення ролі харчових і поведінкових чинників, які можуть опосередковано впливати на інтенсивність карієсу, а також включення до подальших досліджень оцінки гігієнічного стану порожнини рота, стану тканин пародонта, особливостей догляду за зубами та доступності стоматологічної допомоги.

REFERENCES

1. Featherstone JDB, Crystal YO, Alston P, Chaffee BW, Doméjean S, Rechmann P, Zhan L, Ramos-Gomez F. Evidence-Based Caries Management for All Ages-Practical Guidelines. *Front. Oral. Health.* 2021;2:657518. doi: 10.3389/froh.2021.657518.
2. Kaskova L, Mandzyuk T. Factors of caries development and ways to reduce their impact in school children. *Ukrainian Dental Almanac.* 2022;2:46-50. doi: 10.31718/2409-0255.2.2022.08
3. Elshahry N, Maghaireh G., Hammad F. Understanding Dental Caries in Adults: A Cross-Sectional Examination of Risk Factors and Dietary Behaviors. *Clinical Nutrition Open Science.* 2024;57. doi: 10.1016/j.nutos.2024.08.003.
4. Guo A, Wide U, Arvidsson L, Eiben G, Hakeberg M. Dietary intake and meal patterns among young adults with high caries activity: a cross-sectional study. *BMC Oral Health Dec.* 2022;22(1):190. doi: 10.1186/s12903-022-02227-w.
5. Patenaude SA, Papagerakis P, Lieffers JRL. Development of a Nutrition Questionnaire for Dental Caries Risk Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* Mar. 2020;17(5):1793. doi: 10.3390/ijerph17051793.
6. Ibrahim MO. Dietary habits, eating practices and DMFT index among adults attending dental clinics in Amman, Jordan. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2021;41(4):48-54. doi: 10.12873/414mohammed.

-
7. Nyamuryekung'e K, Mbawalla H, Mlangwa M. Adults' dental caries burden through the DMFT index: Tanzanian national pathfinder survey, November 27th, 2024, available at Research Square. doi: 10.21203/rs.3.rs-5404722/v1.
 8. Antonelli R, Massei V, Ferrari E, Gallo M, Pertinhez TA, Vescovi P, Pizzi S, Meleti M. Salivary Diagnosis of Dental Caries: A Systematic Review. *Current Issues in Molecular Biology*. 2024;46(5):4234-4250. doi: 10.3390/cimb46050258.
 9. Paqué PN, Herz C, Wiedemeier DB, Mitsakakis K, Attin T, Bao K, Belibasakis GN, Hays JP, Jenzer JS, Kaman WE. Salivary Biomarkers for Dental Caries Detection and Personalized Monitoring. *Journal of Personalized Medicine*. 2021;11(3):235. doi: 10.3390/jpm11030235.
 10. Doroshenko OM, Shepelynskyi OV. Loss of teeth. Risk factors, prevalence, etiology, relationship with somatic pathology (literature review). *Actual Dentistry*, 2024;3:44–53. doi: 10.33295/1992-576X-2024-3-44.
 11. Cebrino J, Portero de la Cruz S. Factors related to depression in adults with oral health problems in Spain (2017 to 2020). *Front. Public Health*. 2024;12:1364119. doi: 10.3389/fpubh.2024.1364119.
 12. Al-Marzooq FI, Christidis N. The interconnection of oral and systemic health. *Scientific Reports*. 2025;15:14931. doi: 10.1038/s41598-025-98718-1.
 13. Holovanova IA, Byelikova IV, Lyakhova NO. Fundamentals of medical statistics: a textbook for postgraduate students and clinical residents. Poltava, 2017. 113 p. (in Ukrainian). Available from: <https://repository.pdmu.edu.ua/items/3d7e3785-6ead-44d3-9023-e4aae2b28c0c>.

Дата першого надходження статті до видання: 15.01.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 12.02.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 03.04.2026