

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Том 2, № 3, 2021

ORAL and GENERAL HEALTH

ISSN 2709-7552 (print), ISSN 2709-7560 (online)

ORAL AND GENERAL HEALTH

Том 2,
№ 3,
2021

ZASLAVSKY
Publishing house

www.mif-ua.com



Німесулід[®]



**НІМЕСУЛІД № 1
В УКРАЇНІ***

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО БОЛЮ^{2*}**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: несекретинні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17. **Склад:** 1 одозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг. **Показання.** Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 одозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 днів. З метою зменшення частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу протягом найкоротшого часу. Рекомендують застосовувати після прийому їжі. **Протипоказання.** Відомо підвищена чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НПЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Також порушення функції нирок, порушення функції печінки та ін. **Побічні дії.** Запаморочення, наблізність, артеріальний тиск, диспепсія, гіпертермія та ін. **Виробник.** Laboratorios Menarini S.A./Laboratories Menarini S.A. **Місцезнаходження.** Альфонс XII, 587, Бадалона, Барселона, 08918 Іспанія.

1. За результатами роздрібного продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A X17 «Німесулід» за 2018–2019 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату Німесил[®] № 1625 від 17.07.2019. * Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.

Код UA-NIM-04-2020-VI-press. Дата затвердження 01.06.2020.

Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу Німесил[®]. За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу Німесил[®], затверджена наказом МОЗ України № 1625 від 17.07.2019, РЛ. № UA/9855/01/01.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ТмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044) 494-33-88, факс: (044) 494-33-89.

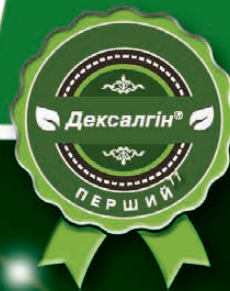


**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Симптоматичне лікування гострого болю^{1-3, *}

Дексалгін®

декскетопрофену трометамол



ШВИДКА³⁻⁵ та ЕФЕКТИВНА^{1, 6-10}
знеболювальна дія



ПАНАЦЕЯ
ПРЕПАРАТ
РОКУ 2020¹²



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A E17.

ДЕКСАЛГІН®. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Показання.** Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетний біль, болісні менструації (дисменорея), зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Також порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю), та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 12,5 мг (1/2 таблетки, вкриті плівковою оболонкою) кожні 4-6 годин або 25 мг (1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою) кожні 8 годин. Додаткова доза не повинна перевищувати 75 мг. Небажані дії препарату можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективних доз протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Дексалгін® не передбачений для тривалої терапії, лікування триває, поки є симптоми. Одночасний прийом з іншими засобами всмоктування лікарського засобу, тому при гострому болю рекомендовано приймати препарат не менше ніж за 30 хвилин до їди. **Побічні реакції.** Найчастіше спостерігаються побічні реакції з боку травного тракту. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81.

Виробник. Laboratorios Menarini S.A. Альфонсо XII, 587, Барселона, 08918 Іспанія. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ.** Склад: 1 мл розчину для ін'єкції містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (одна ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг). **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкції. **Показання.** Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коликах та болю у попереку. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Також порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю), та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводять через 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ** призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2 діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. Побічні реакції можна скоротити за рахунок застосування мінімально ефективної дози протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для покращення стану. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® ІН'ЄКТ від 15.10.2020 №2338. **Виробник.** АльфаСіма С.П.А., вул. Енріко Фермі, 1 - 65020 Аванно (Пескара), Італія.

ДЕКСАЛГІН® САШЕ. Склад: декскетопрофену трометамолу, 1 одозовий пакет містить декскетопрофену трометамолу 36,90 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. **Лікарська форма.** Гранули для орального розчину. **Показання.** Короточасне симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня тяжкості, наприклад, м'язово-скелетний біль, дисменорея та зубний біль. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) або до допоміжних речовин препарату. Помірне або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну ≤ 59 мл/хв). Також порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю), та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі. Залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 25 мг кожні 8 годин. Додаткова доза не повинна перевищувати 75 мг. Побічні дії можна звести до мінімуму шляхом застосування мінімально ефективної дози протягом якомога коротшого проміжку часу, необхідного для усунення симптомів. Перед застосуванням розчинити вміст 1 пакетика у скляній чашці та добре перемішати для кращого розчинення. Отриманий розчин слід приймати відразу після приготування. Дексалгін® саше призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту спостерігаються найчастіше. Повний перелік протипоказань, побічних реакцій, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. **Виробник.** Laboratorios Menarini S.A. Альфонсо XII, 587, Барселона, 08918 Іспанія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® від 11.01.2019 №81. ² Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. ³ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін® ін'єкт від 15.10.2020 №2338. ⁴ Sanchez-Carpeta J, et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and dipyrone in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003; 23:139-152. ⁵ Barbano MJ, et al. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. Clin Pharmacokinet 2001; 40:245-262. ⁶ Marengo JL, et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dexketoprofen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. Clin Drug Invest 2000; 19:247-256. ⁷ Metscher B, et al. Dexketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortsch Med Orig 2001; 118:147-151. ⁸ Leman P, et al. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dexketoprofen and diclofenac in lower limb injury. Emerg Med J 2003; 20:511-513. ⁹ Ay, MO et al. Comparison of the Analgesic Efficacy of Dexketoprofen Trometamol and Meperidine HCl in the Relief of Renal Colic. American Journal of Therapeutics 2013, May 9; 1-8. ¹⁰ Karaman Y, et al. Efficacy of Dexketoprofen trometamol for acute postoperative pain relief after ENT surgery: a comparison with paracetamol and metamizole. Nobel Medicus, 2010, 6(2), 47-52. ¹¹ Дексалгін® та Дексалгін® ін'єкт є першими лікарськими засобами в Україні, що були зареєстровані у 2004 та 2005 рр. відповідно та мають діючу речовину «декскетопрофен» (Market research system «Pharmstandard», ТОВ «Моріон», 2003-2020, Year 2003-2020, M01A market). ¹² <http://panacea.ua/> «Показання, симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня (Дексалгін® та Дексалгін® саше) до болю середньої та високої (Дексалгін® ін'єкт) інтенсивності. ** Пацієнтам особливих груп (літнього віку, при порушеннях функції печінки легкого та помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функції нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. Будь ласка, прочитайте повні інструкції про лікарські засоби та ознайомтеся з повним переліком показань, протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препаратів Дексалгін® від 11.01.2019 №81, Дексалгін® ін'єкт від 15.10.2020 №2338, Дексалгін® саше від 13.04.2021 №721. **ДЕКСАЛГІН®** не передбачений для тривалої терапії, лікування триває, поки є симптоми. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ** призначений для симптоматичного лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неможливе. **ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ** призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не довше 2 діб). Пацієнтів слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, якщо це можливо. **ДЕКСАЛГІН® САШЕ** призначений тільки для короточасного застосування, необхідного для усунення симптомів.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Представництво «Берлін-Хемі/А Менаріні Україна ГмбХ»
Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29,
тел.: (044) 354-1717, факс: (044) 354-1718



Oral and General Health

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у липні 2020 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

Том 2, № 3, 2021

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних
ROAD, Crossref, WorldCat, Ulrichsweb, OUCI



mif-ua.com



journals.urau.ua

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 2, № 3, 2021

ISSN 2709-7552 (print), ISSN 2709-7560 (online)



Засновник
Заславський О.Ю.

Видавець Заславський О.Ю.

Завідуюча редакцією Купріненко Н.В.

Електронні адреси для звертань:

Із питань передплати:

info@mif-ua.com,
тел. +38 (067) 325-10-26

**Із питань розміщення реклами та інформації
про лікарські засоби:**

reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

Українською та англійською мовами

*Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової
інформації КВ 24495-14435Р.*

Видано Міністерством юстиції України 20.07.2020 р.

Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 11,16.
Зам. 2021-oral-04. Тираж 10 000 прим.

Адреса редакції:
Україна, 04107, м. Київ, а/с 74
Тел. +38 (067) 325-10-26
E-mail: medredactor@i.ua
(Тема: До редакції журналу «Oral and General Health»)
www.mif-ua.com

Видавець Заславський О.Ю.
Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «РІДЖИ»
Вул. Старокиївська, 26а, м. Київ, 04116
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 5025 від 16.12.2015

Головний редактор

Мазур Ірина Петрівна,
професор,
Національний університет
охорони здоров'я України
ім. П.Л. Шупика (Київ, Україна)

**Редакційна
колегія**

Деньга О.В.
(Київ, Україна)
Маланчук В.О.
(Київ, Україна)
Рибачук А.В.
(Київ, Україна)
Татарчук Т.Ф.
(Київ, Україна)
Хайтович М.В.
(Київ, Україна)
Цимбалюк В.І.
(Київ, Україна)
Шнайдер С.А.
(Київ, Україна)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації.
Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої
інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук
та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частко-
во статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки
при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим
посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Заславський О.Ю., 2021

ORAL and GENERAL HEALTH

*Specialized reviewed
practical scientific journal*

Volume 2, № 3, 2021

ISSN 2709-7552 (print), ISSN 2709-7560 (online)



Founder
Zaslavsky O.Yu.

Publisher Zaslavsky O.Yu.

Managing Editor Kuprinenko N.V.

Correspondence addresses:

Subscription department:

info@mif-ua.com,
tel. +38 (067) 325-10-26

***Advertising and Drug Promotion
Department:***

reclama@mif-ua.com
office@zaslavsky.kiev.ua
pavel89karpinskiy@gmail.com
v_iliyna@ukr.net

In Ukrainian and English

*Registration certificate KB 24495-14435P.
Issued by State Registration Service of Ukraine 20.07.2020*

Folio: 60×84/8. Printer's sheet 11,16.
Order 2021-oral-04. Circulation 10 000 copies.

Editorial office address:
P.O.B. 74, Kyiv, Ukraine, 04107
Tel. +38 (067) 325-10-26
E-mail: medredactor@i.ua
(Subject: Editorial board
of the International Journal «Oral and General Health»)
www.mif-ua.com

Publisher Zaslavsky O.Yu.
Correspondence address: P.O.B. 74, Kyiv, 04107
Publishing entity certificate
ДК № 2182 dated 13/05/2005

Print: Ridzhi LLC
Starokiyivska str., 26a, Kyiv, 04116
Certificate of publishing subject
ДК № 5025 dated 16/12/2015

Editor-in-Chief

Mazur Iryna P.,

MD, Professor,
Shupyk National University
of Public Health of Ukraine
(Kyiv, Ukraine)

Editorial Board

Denga O.V.

(Kyiv, Ukraine)

Khaitovych M.V.

(Kyiv, Ukraine)

Malanchuk V.O.

(Kyiv, Ukraine)

Rybachuk A.V.

(Kyiv, Ukraine)

Schnayder S.A.

(Kyiv, Ukraine)

Tatarchuk T.F.

(Kyiv, Ukraine)

Tsymbaliuk V.I.

(Kyiv, Ukraine)

The editorial board not always shares the author's opinion. The author is responsible for the significance of the facts, proper names and other information used in the paper. No part of this publication, pictures or other materials may be reproduced or transmitted in any form or by any means without permission in writing form with reference to the original. All rights reserved.

© Zaslavsky O.Yu., 2021

Зміст

Сторінка редактора	
Звернення головного редактора проф. І.П. Мазур	9

Оригінальні дослідження	
<i>Хайтович М.В.</i>	
Поліфармація: визначення, ризики, менеджмент.....	10

<i>Esther Jiménez Martínez, Carmen Gasco-García, Juan José Arrieta-Blanco, Javier Gómez del Torno, Begoña Bartolome Villar</i>	
Дослідження знеболювальної ефективності декскетопрофену трометамолу 25 мг порівняно з ібупрофеном 600 мг у пацієнтів, які перенесли операцію у порожнині рота.....	16

Лікарю, що практикує	
<i>Новошицький В.Є., Мазур І.П.</i>	
Вітамін D у пародонтології	23
<i>Мазур І.П., Мазур П.В.</i>	
Ефективність та безпечність засобів догляду за порожниною рота	29

Організаційні та правові аспекти стоматологічної допомоги в умовах трансформації системи охорони здоров'я	
<i>Мазур І.П., Левченко А.-О.Ю.</i>	
Організація державної стоматологічної служби в Україні: історіографічний аналіз.....	34
<i>Вахненко О.М., Коваленко І.О.</i>	
Перспективи та шляхи розвитку доступної стоматології в Україні.....	40

Contents

Editor's Page	
Address of the editor-in-chief prof. I.P. Mazur	9

Original Researches	
<i>M. V. Khaitovych</i>	
Polypharmacy: definition, risks, management	10

<i>Esther Jiménez Martínez, Carmen Gasco-García, Juan José Arrieta-Blanco, Javier Gómez del Torno, Begoña Bartolome Villar</i>	
Study of the analgesic efficacy of dexketoprofen trometamol 25 mg vs. ibuprofen 600 mg after their administration in patients subjected to oral surgery.....	16

Practicing Physician	
<i>V. Ye. Novoshytskyy, I.P. Mazur</i>	
Vitamin D in periodontology	23
<i>I.P. Mazur, P.V. Mazur</i>	
Effectiveness and safety of oral care products.....	29

Organizational and legal aspects of dental care in the context of the transformation of the health care system	
<i>I.P. Mazur, A.-O.Yu. Levchenko</i>	
Organization of the state dental service in Ukraine: historiographical analysis.....	34
<i>O.M. Vakhnenko, I.O. Kovalenko</i>	
Prospects and ways of development of accessible stomatology in Ukraine	40

Мазур І.П., Вахненко О.М.,
Рибачук А.В., Мазур П.В.

Аналіз основних показників
стоматологічної допомоги в Україні
за 2020 рік..... 44

I.P. Mazur, O.M. Vakhnenko,
A.V. Rybachuk, P.V. Mazur

Analysis of the main indicators
of dental care in Ukraine
for 2020 44

Манак Т.Н., Юдина Н.А.

Государственные программы
профилактики основных
стоматологических заболеваний
в Беларуси 51

T.N. Manak, N.A. Yudina

State programs
for the primary prevention
of major oral diseases
in Belarus 51

Юдін О.

Досудове врегулювання конфлікту
з пацієнтами 54

O. Yudin

Out of court settlements
with patients 54

Форкош Сільванна

Мінімізація ризиків
для медичного бізнесу
при виникненні конфліктів
з пацієнтами. Онлайн-конфлікти 59

Forkosh Silvanna

Minimizing risks
for the medical business in case
of conflicts with patients.
Online conflicts 59

Конгреси. Конференції. Спеціальні школи

Матеріали 6-го Національного українського стоматологічного конгресу

Супрунович І.М., Хлебас С.В.

6-й Національний український
стоматологічний конгрес
«Інноваційні технології в стоматології» 61

I.M. Suprunovych, S.V. Khlebas

6th National Ukrainian
Dental Congress "Innovative
technologies in dentistry" 61

**Тези 6-го Національного
українського стоматологічного
конгресу «Інноваційні технології
в стоматології» (22–23 жовтня 2021 р.,
м. Київ, Україна) 68**

Ваховський В.В., Шінкарук-Диковицька М.М.

Кореляція телерентгенографічних
показників розташування зубів
з параметрами верхньої та нижньої
щелепи в українських юнаків і дівчат
з ортогнатичним прикусом 68

**Abstracts of the 6th National
Ukrainian Dental Congress
"Innovative technologies
in dentistry" (October 22–23, 2021,
Kyiv, Ukraine) 68**

V.V. Vakhovskyi, M.M. Shinkaruk-Dykovytska

Correlation of teleradiology
indicators of tooth location
with parameters of upper and lower
jaws in Ukrainian boys and girls with
orthognathic occlusion 68

Горзов Л.Ф., Романов Г.О. Маркери запалення ротової рідини у хворих із хронічним герпетичним стоматитом на тлі рекурентного тонзиліту... 68	L.F. Horzov, H.O. Romanov Salivary markers of inflammation in patients with chronic herpetic stomatitis on the background of recurrent tonsillitis .. 68
Денисова О.Г., Стоян О.Ю., Савельєва Н.М. Покращення якості життя дітей після стоматологічної санації в умовах седації 69	O.H. Denysova, O.Yu. Stoian, N.M. Savelieva Improving the quality of life of children after dental debridement under sedation ...69
Копчак О.В., Береговий О.О. Експериментальне дослідження впливу мукогінгівального гелю на рослинній основі на систему енергетичного обміну в тканинах пародонта..... 70	O.V. Kopchak, O.O. Berehovyi Experimental study on the effect of plant-derived mucogingival gel on the energy metabolism system in periodontal tissues 70
Копчак О.В., Куліш А.С. Чинники ризику карієсу зубів у хворих на цукровий діабет..... 70	O.V. Kopchak, A.S. Kulish Risk factors for dental caries in patients with diabetes mellitus 70
Маланяк Б.Р. Оцінка результатів ортопедичного лікування за клінічними та технологічними показниками якості зубних протезів 71	B.R. Malaniak Evaluating the results of orthopedic treatment in terms of clinical and technological indicators of denture quality 71
Романова Ю.Г., Костенко С.Б., Денчик А.А. Показники електроміографії жувальних м'язів у пацієнтів із локалізованим пародонтитом на тлі м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів 72	Yu.H. Romanova, S.B. Kostenko, A.A. Denchyk Indicators of masticatory muscle electromyography in patients with localized periodontitis on the background of musculoskeletal dysfunction of the temporomandibular joints 72
Возний О.В., Романюк В.Н., Павлов С.В. Діагностика ротової рідини при реабілітації пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта та дефектами зубних рядів..... 72	O.V. Voznyi, V.N. Romaniuk, S.V. Pavlov Diagnosis of oral fluid in the rehabilitation of patients with periodontal diseases and dental anomalies 72
Макаренко В.А., Новерко І.В., Макєєв С.С., Копчак А.В. Сіалосцинтиграфія з ^{99m} Tc-пертехнетатом як метод діагностики функціональних порушень у пацієнтів із променевим ураженням слинних залоз..... 73	V.A. Makarenko, I.V. Noverko, S.S. Makieiev, A.V. Kopchak Salivary gland scintigraphy with ^{99m} Tc pertechnetate as a method of diagnosing functional disorders in patients with radiation damage to the salivary glands 73
Сидоренко О.О. Аналіз стану органів і тканин ротової порожнини у працівників зі шкідливими умовами праці за допомогою біологічних маркерів 74	O.O. Sydorenko Analysis of the state of the oral cavity organs and tissues using biological markers in workers in hazardous conditions 74

Фастовець О.О., Лукаш А.Ю. Дослідження рівня матричних металопротеїназ у хворих на генералізований пародонтит у динаміці лікування..... 75	O.O. Fastovets, A.Yu. Lukash Studying the level of matrix metalloproteinases in patients with generalized periodontitis in the dynamics of treatment 75
Філон А.М. Дослідження стоматологічних ускладнень та їх профілактики у хворих на рак молочної залози й рак легень у Запорізькій області..... 75	A.M. Filon Studying dental complications and their prevention in patients with breast cancer and lung cancer in Zaporizhzhia region 75
Чегертма Е.І. Ефективність використання методу апексифікації при лікуванні ускладнень травм зубів..... 76	E.I. Chehertma The effectiveness of apexification method in the treatment of complications of dental injuries 76
Коленко Ю.Г., Синько А.О. Покращення якості життя у пацієнтів із хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом 77	Yu.H. Kolenko, A.O. Synko Improving the quality of life in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis 77
Шкляр Х. Обґрунтування застосування методики ремінералізуючої терапії в комплексному лікуванні початкового карієсу 77	Kh. Shkliar Rationale for the use of remineralizing therapy in the comprehensive treatment of primary caries 77
Божик С.С. Концепція механізмів трансформації клініко-морфологічних форм червоного плескатоного лишая 77	S.S. Bozhyk The concept of mechanisms of transformation of clinical and morphological forms of lichen planus 77
Глазунов О.А., Пенський К.В. Оцінка ефективності застосування матеріалів для зниження чутливості твердих тканин зуба після одонтопрепарування 78	O.A. Hlazunov, K.V. Penskyi Evaluating the effectiveness of the use of materials to reduce the sensitivity of hard dental tissues after tooth preparation 78
Заверуха Я.І. Розподіл оклюзійного навантаження в зубах із клиноподібними дефектами різної глибини 78	Ya.I. Zaverukha Distribution of occlusal load in teeth with wedge-shaped defects of different depth 78
Кокоева Ю.В. Оптимальний тип протетичного елемента й матеріал ортопедичної конструкції при безпосередньому протезуванні на дентальних імплантатах 79	Yu.V. Kokoieva Optimal type of prosthetic element and material for orthopedic construction at direct restoration on dental implants 79
Радчук В.Б. Цитологічна характеристика ясенних епітеліоцитів на фоні різних підходів до одонтопрепарування під метало- керамічні конструкції зубних протезів у динаміці клінічного моніторингу..... 80	V.B. Radchuk Cytological characteristics of gingival epitheliocytes against the background of different approaches to tooth preparation for metal ceramic structures of dentures in the dynamics of clinical monitoring 80

Супрунович І.М. Імовірність розвитку абфракцій на зубах верхньої і нижньої щелеп у пацієнтів з генералізованим пародонтитом відповідно до гендерної приналежності...80	<i>I.M. Suprunovych</i> Risk of abfraction development on the upper and lower jaws in patients with generalized periodontitis depending on gender 80
Яськів Н.А. Клініко-імунологічні аспекти пацієнтів із хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом 81	<i>N.A. Yaskiv</i> Clinical and immunological aspects of patients with chronic recurrent aphthous stomatitis 81
Худан Р.І. Особливості функціонування фагоцитуючих клітин крові за умови ліпополісахарид-індукованого пародонтиту у поєднанні із хронічною гіпергомоцистеїнемією 81	<i>R.I. Khudan</i> Features of the functioning of phagocytic blood cells in lipopolysaccharide-induced periodontitis associated with chronic hyperhomocysteinemia 81
Резолюція 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» (22–23 жовтня 2021 року, м. Київ) 83	Resolution of the 6th National Ukrainian Dental Congress “Innovative technologies in dentistry” (October 22–23, 2021, Kyiv) 83
Дискусійні питання конгресу	Discussion issues of the congress
Білоклицька Г.Ф., Петрушанко Т.О., Чумакова Ю.Г., Копчак О.В. Невирішені питання класифікації захворювань пародонта (дискусія) 85	<i>H.F. Biloklytska, T.O. Petrushanko, Yu.H. Chumakova, O.V. Kopchak</i> Unresolved issues of classification of periodontal diseases (discussion) 85
Мазур І.П., Мазур П.В. До питання класифікації та пов’язаної з нею термінології хвороб пародонта: історіографічний аналіз 87	<i>I.P. Mazur, P.V. Mazur</i> On the classification and related terminology of periodontal diseases: a historiographical analysis 87
Вимоги до оформлення статей 92	Requirements for the articles 92
Медична книга 94	Medical book 94

Шановні колеги!

Стоматологічна спільнота України в жовтні 2021 року мала нагоду зібратися на 6-й Національний український стоматологічний конгрес з міжнародною участю «Інноваційні технології в стоматології». У рамках конгресу відбулося святкування 65-ї річниці професійного об'єднання лікарів-стоматологів України, а саме Республіканського наукового товариства стоматологів УРСР та Асоціації стоматологів України.

Національний український стоматологічний конгрес було організовано з метою широкого висвітлення наукових і практичних досягнень української наукової стоматологічної школи. Свої наукові здобутки та практичні розробки подали науковці, науково-педагогічні працівники стоматологічних факультетів закладів вищої освіти МОЗ України, організатори охорони здоров'я та практикуючі лікарі-стоматологи.

Матеріали конгресу ви знайдете на шпальтах цього номера журналу «Oral and General Health» — це статті та тези молодих вчених і лікарів-стоматологів.

Окрім цього, на сторінках журналу подані цікаві наукові та історичні статті, аналітична інформація щодо стоматологічної допомоги в Україні. До вашої уваги пропонуємо юридичні поради для лікарів щодо організації приватних стоматологіч-



них закладів та правових аспектів діяльності.

Редакційна рада журналу запрошує лікарів-стоматологів, лікарів загальної практики, науковців до співпраці у підготовці якісного контенту журналу!

З повагою, професор І.П. Мазур ■

Поліфармація: визначення, ризики, менеджмент

Резюме. Проведено пошук у базах даних Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library. Термін «поліфармація» на відміну від терміна «поліпрагмазія» не завжди має негативний відтінок, і його часто застосовують для позначення одночасного використання пацієнтом п'яти та більше лікарських засобів, а інтенсивно вважають поліфармацією у випадках, коли пацієнт одночасно вживає 10 і більше лікарських засобів. Однією з основних причин поліфармації є поліморбідність. Поліфармацію також можуть спричиняти тяжкий стан пацієнта, самолікування і невідповідні рекомендації, деякі демографічні фактори (вік, стать, рівень освіти), рівень розвитку системи охорони здоров'я. Поліфармація може бути відповідною (обґрунтованою), коли призначення великої кількості лікарських засобів виправдано, та невідповідною (проблемною), коли кількість призначених лікарських засобів неправильна та незбалансована. Проблемна поліфармація є проявом поліпрагмазії, при цьому кілька лікарських засобів призначають неналежним чином, що не дозволяє реалізувати передбачувану перевагу даних лікарських засобів, і ризик заподіяння шкоди від лікування перевищує користь внаслідок взаємодії лікарських засобів, виникнення побічних реакцій, збільшення економічного тягаря лікування. Особливо небезпечною є проблемна поліфармація для пацієнтів у тяжкому стані. Менеджмент проблемної поліфармації повинен базуватися на переведенні її у збалансовану форму. Обґрунтовується комбінація лікарських засобів, що дозволяє лікувати пацієнта ефективно, безпечно й економічно доцільно через попередження їх взаємодії та побічних ефектів. Як терапевтичне втручання може використовуватися відміна певних лікарських засобів, яку в кожного конкретного пацієнта потрібно здійснювати через оцінку переваг і ризиків. Для профілактики та корекції проблемної поліфармації в осіб похилого віку запропоновані критерії Beers, інструменти ARMOR, STOPP-START.

Ключові слова: поліморбідність; поліпрагмазія; поліфармація; огляд

Зростаюча тривалість життя та поширеність хронічних захворювань, мультиморбідність, а також розвиток фармацевтичної індустрії на сьогодні в більшості промислово розвинутих країн світу кидають виклик охороні здоров'я та призводять до збільшення ризику поліфармації. Необхідно зазначити, що пацієнти все частіше вживають лікарські засоби не за рецептом, зокрема для лікування загальномедичних станів (респіраторної інфекції, болю, діареї, запору, порушень травлення та головного болю). Особливо велику кількість лікарських засобів вживають особи похилого віку. Так, доведено, що вони щодня без рецепта приймають від 2 до 4 лікарських засобів, найчастіше це нестеро-

ідні протизапальні та антигістамінні лікарські засоби, антациди (або блокатори H₂-гістамінових рецепторів), проносні або заспокійливі засоби [1]. Крім того, все частіше лікарські засоби використовуються не за призначенням (off-label).

Медико-соціальне значення коморбідності

Коморбідність — це наявність двох або кількох самостійних захворювань або синдромів у одного й того ж пацієнта, що можуть бути пов'язані з єдиною причиною або єдиними механізмами патогенезу цих станів або збігаються в часі (паркінсонізм і больовий синдром,

депресія і больовий синдром, епілесія і больовий синдром, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет тощо). Оскільки з віком поліморбідність зростає (декілька захворювань у одного пацієнта), її поширеність стає більшою, ніж поширеність багатьох соціально значущих захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2-го типу, остеоартриту тощо. Відомо, що у 65 % пацієнтів віком ≥ 65 років виявляється 2 і більше, у 43 % — 3 і більше, у 24 % — 4 і більше захворювання [2].

Поліморбідність вважається однією з основних причин летальності та вживання великої кількості лікарських засобів. Пацієнт, який страждає на 2 захворювання, наприклад, такі як серцева недостатність і хронічне обструктивне захворювання легень, зазвичай вживає більше п'яти лікарських засобів [3]. Встановлено, що 37,1 % чоловіків і 36 % жінок віком від 75 до 85 років приймають принаймні п'ять лікарських засобів, що відпускаються за рецептом. Але при цьому 47,3 % вживають ще один безрецептурний препарат, а 54,2 % — дієтичні добавки [3]. Кількість лікарських засобів, які вживає пацієнт старше 65 років, тісно асоціюється з ризиком госпіталізації та летальністю [4]. Поліфармацію виявлено у 4 % осіб похилого віку й у понад 96,5 % госпіталізованих пацієнтів [5].

Крім поліморбідності, до причин поліфармації належать самолікування, невідповідні рекомендації, деякі демографічні фактори (вік, стать, рівень освіти), рівень розвитку системи охорони здоров'я, а також інші фактори, що впливають на кількість відвідувань лікарів і медичних закладів [6].

Поліпрагмазія та поліфармація: чи є різниця?

Деякі автори використовують поняття «поліпрагмазія» та «поліфармація» як синоніми, вказуючи, що це надмірне призначення численних і різноманітних за механізмом дії лікарських засобів (навіть протилежної дії) в один і той же час при одному і тому ж захворюванні або декількох захворюваннях (або симптомах), результатом якого можуть бути виражені зміни і навіть порушення активності лікарських засобів, зростання ризику виникнення побічних реакцій.

Згідно з фармацевтичною енциклопедією, поліпрагмазія (грецьк. *poly* — «багато» + *pragma* — «предмет, річ») — це одночасне призначення хворому у великій кількості лікарських препаратів або лікувальних процедур (фізіотерапевтичних, хірургічних тощо), часто невинуватене та нерациональне [7]. Доведено, що поліморбідність і поліпрагмазія є найбільш значущими факторами ризику розвитку побічних реакцій. В осіб похилого віку поліпрагмазія пов'язана з ризиком появи або посилення симптоматики геріатричних синдромів, таких як когнітивні порушення (деменція та делірій), падіння, нетримання сечі, порушення харчування [2].

Термін «поліфармація» на відміну від терміна «поліпрагмазія» не завжди має негативний відтінок, і його часто застосовують для позначення одночасного використання пацієнтом більше чотирьох-п'яти лікарських засобів.

Наведемо інші найбільш часті визначення поняття «поліфармація» [8]:

- спільне використання декількох лікарських засобів;
- одночасне та тривале вживання пацієнтом різних лікарських засобів;
- використання великої кількості лікарських засобів або застосування потенційно невідповідних лікарських засобів, дублювання лікарських засобів;
- вживання потенційно невідповідних лікарських засобів;
- одночасне використання декількох лікарських засобів та застосування додаткових лікарських засобів для виправлення несприятливих наслідків;
- застосування лікарських засобів, які не мають клінічного показання;
- призначення або прийом більшої кількості лікарських засобів, ніж є клінічно доцільним у контексті супутніх захворювань пацієнта.

У більшості досліджень користуються числовим визначенням поняття «поліфармація», вказуючи, що це одночасне використання 5 і більше лікарських засобів. Інтенсивною вважають поліфармацію, коли застосовують 10 і більше лікарських засобів одночасно [9].

Рекомендують використовувати поняття «поліфармація» в дитини, якщо вона одночасно отримує 5 або більше лікарських засобів або більше 10 лікарських засобів на курс лікування [10].

Поліфармацію пропонують визначати як відповідну, або обґрунтовану, коли призначення великої кількості лікарських засобів виправдано, та як невідповідну, коли кількість призначених лікарських засобів неправильна і незбалансована [6].

Відповідна (обґрунтована) поліфармація визначається як оптимізація застосування лікарських засобів пацієнтом зі складними та/або множинними захворюваннями, при цьому вживання лікарських засобів узгоджується з найкращими доказами. Комбінація лікарських засобів при цьому забезпечує підтримку високої якості життя протягом довгого часу і мінімізує шкоду від медикаментозної терапії. У випадку обґрунтованої поліфармації пацієнт з ішемічною хворобою серця може вживати антиагрегант, антиангінальний засіб, лікарський засіб із групи статинів, а в певних випадках — інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту [2]. Більшість пацієнтів похилого віку приймають також антигіпертензивні лікарські засоби.

Хоча термін «поліфармація» не сприймається так негативно, як «поліпрагмазія», наслідки поліфармації включають збільшення частоти виникнення несприятливих побічних реакцій, взаємодії лікарських засобів [10]. У даному випадку йдеться про проблемну (невідповідну) поліфармацію, коли кілька лікарських засобів призначають неналежним чином або коли передбачувана перевага лікарських засобів не реалізована. Лікування при цьому не ґрунтується на фактичних даних або ризик заподіяння шкоди від лікування, швидше за все, перевищує користь. Комбінація препаратів при цьому може бути небезпечною через взаємодію лікарських засобів; загальні вимоги щодо прийому ліків або

«тягаря таблеток» є неприйнятними для пацієнта; ці вимоги ускладнюють досягнення клінічно корисного прийому ліків; ліки призначаються для лікування побічних ефектів інших засобів тоді, коли доступні альтернативні рішення для зменшення кількості призначених ліків [11].

Досить часто можна виявити, що пацієнту одночасно призначено 6–7, а іноді 8–10 і навіть більше лікарських засобів, що створює умови для взаємодії не лише вихідних речовин, але і їх метаболітів, в процесі якої можуть виникати високоалергенні комплекси і кон'югати, що часто призводить до розвитку синдрому залежності (фармакоманія) і неконтрольованих міжлікарських взаємодій. Це значно ускладнює лікування пацієнтів похилого віку і підвищує ризик розвитку побічних ефектів [12].

Проблемна поліфармація призводить до поганих результатів, незважаючи на те, а іноді навіть через те, що клініцисти та пацієнти прагнуть досягти очікуваного ефекту та діють з найкращими намірами [13], тобто ніби зберігається висока прихильність до лікування. Саме з проблемною поліфармацією пов'язані несприятливі клінічні результати фармакотерапії [5]. Вона асоціюється з помилковим призначенням ліків [2], а також є причиною погіршення функціонального стану геріатричних пацієнтів і підвищеної смертності. У США понад 65 % госпіталізацій з приводу ургентних станів були пов'язані з застосуванням варфарину, антиагрегантів, інсуліну й гіпоглікемічних засобів, в Японії найчастіше викликають побічні ефекти антихолінергічні й антигістамінні засоби, бензодіазепіни, сульпірид і дигоксин, у Великій Британії кардіоваскулярні, психотропні та нестероїдні протизапальні лікарські засоби разом із поліфармацією визначені як найбільш значущі детермінанти розвитку побічних ефектів.

На сьогодні мало робіт присвячено проблемі поліфармації в дітей. Але оскільки поширеність хронічних станів у дітей неухильно зростає, відповідно збільшується і кількість необхідних лікарських засобів. Часто поліфармація відзначається при лікуванні дітей із хронічною неврологічною патологією. В стаціонарних пацієнтів поліфармація відзначається частіше, ніж у амбулаторних. В амбулаторних умовах поліфармація частіше відзначається при лікуванні дітей, ніж підлітків [10].

Нерідко дані про межлікарські взаємодії в дорослій популяції екстраполюються на педіатричних пацієнтів, але фармакокінетичні процеси в цих популяціях є різними. Крім хронічного стану, поліфармація може бути причиною тяжкості стану пацієнта. Зокрема, в неонатальному відділенні реанімації та інтенсивної терапії новонароджені з екстремально низькою масою тіла в середньому отримували 17 курсів лікарської терапії [10].

Менеджмент поліфармації

Активне вирішення проблеми поліфармації має значний потенціал для підвищення якості життя пацієнтів, допомоги пацієнтам для оптимального вживання, зменшення несприятливих наслідків та заохочення до більш раціонального й ефективного вживання ліків

[14]. Поліфармації намагаються протиставити «якісний підхід проти кількісного підходу» [6].

Лікарям загальної практики доцільно розглядати альтернативні підходи в лікуванні та консультуватись у клінічних фармацевтів [14]. Доведено, що втручання фармацевтів дозволяє зменшити шкоду від поліфармації [3]. Показано, що протягом 1 року освітньої програми роботи клінічного фармаколога в медичному закладі середня кількість лікарських засобів, що застосовувались при ГРВІ у дітей, зменшилась з $3,49 \pm 0,04$ до $2,54 \pm 0,03$ [10].

З метою зниження ризику несприятливих побічних реакцій при фармакотерапії літніх пацієнтів останнім часом використовують спеціальні технології. Вони дозволяють визначити ліки, застосування яких асоціюється з підвищенням ризиком небажаних явищ (підвищення ризику падіння, погіршення когнітивних функцій і розвиток інших геріатричних синдромів).

Запропоновано низку інструментів, зокрема ARMOR, що включає Assess — оцінку (Beers-критерії, вживання бета-блокаторів, знеболюючих препаратів, антидепресантів, нейролептиків, інших психотропних засобів, вітамінів і біодобавок), Review — огляд (вплив лікарського засобу при певному захворюванні, взаємодія лікарських засобів, побічні ефекти лікарських засобів), Minimize — мінімізацію (кількість лікарських засобів відповідно до функціонального стану, а не даних доказової медицини), Optimize — оптимізацію дози (залежно від ниркового/печінкового кліренсу, прийом бета-адреноблокаторів, протисудомних засобів, знеболюючих і гіпоглікемічних препаратів, антидепресантів) та Reassess — повторну оцінку (функціональний/когнітивний статус за 1 тиждень, клінічний статус і відповідність лікарським засобам). Доведено, що використання цього інструменту значно зменшує поліфармацію, вартість медичної допомоги та госпіталізації [15].

Також часто для оцінки фармакотерапії літніх пацієнтів використовують MAI (Medication Appropriateness Index). Пацієнту ставлять 10 запитань для визначення індексу й оцінки прийнятності застосування лікарських засобів за 3 категоріями: А — лікарські засоби, які підходять, В — потенційно прийнятні, С — неприйнятні лікарські засоби; високий індекс MAI асоціюється зі збільшенням побічних реакцій, незапланованих візитів до лікаря; зниження індексу — зі зменшенням госпіталізацій і невідкладних медичних заходів.

Інструмент STOPP-START (Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment) [16, 17] включає дворівневе опитування за дельфійськими критеріями — STOPP і START. Оновлена версія включає 80 критеріїв STOPP, що визначають потенційні проблеми при застосуванні лікарських засобів у літніх осіб; START — 34 критерії для прийнятного призначення лікарських засобів при найбільш частих захворюваннях у літніх пацієнтів.

Ці настанови містять рекомендації щодо відповідної тривалості прийому кожного лікарського засобу (наприклад, інгібітор протонної помпи — не більше 8

тижнів, а бензодіазепіни та нейролептики — не більше 4 тижнів). Ці критерії зосереджені на уникненні дублювання препаратів, застосування фуросеміду при периферичному набряку без серцевої недостатності, судинорозширювальних засобів у випадках стійкої постуральної гіпотензії та трициклічного антидепресанту (наприклад, амітриптиліну) при глаукомі.

Критерії Бірса (Beers Criteria) — це головний документ Американського гериатричного товариства (AGS, 2010) для оцінки ризику, пов'язаного з використанням певних препаратів у літніх пацієнтів з коморбідністю. Останнє оновлення проведено AGS в 2015 році, були внесені 2 доповнення: 1) список препаратів, що потребують корекції дози залежно від функції нирок; 2) таблиця міжлікарських взаємодій. Критерії Бірса широко застосовуються у клінічній практиці. Згідно з ними лікар отримує інформацію щодо потенційно проблемних препаратів для застосування в літніх пацієнтів, які можуть становити небезпеку через підвищений ризик падінь, когнітивних розладів тощо [18].

Запропоновано декілька пропозицій для подолання проблеми необґрунтованої поліфармації:

1) пошук і синтез нових молекул з поліфункціональними властивостями або з базовою властивістю, загальною для різних захворювань;

2) використання вже існуючих лікарських засобів, враховуючи їх неспецифічний вплив (гіпоксанти, протизапальні засоби тощо);

3) створювання нових комбінацій лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп, в тому числі в одній лікарській формі. Як відомо, раціональні лікарські комбінації — це комбінації, в яких препарат однієї групи підсилює необхідний ефект і не збільшує, а, можливо, навіть зменшує небажану дію препарату іншої групи.

Вважається, що потрібно більше перехресних клінічних досліджень на практиці та профілактичних втручань, що застосовуватимуться не лише в пацієнтів, які вже зазнали дію поліфармації, але й для загальної популяції [15].

Таблиця 1. Рекомендації щодо застосування низки лікарських засобів при нирковій недостатності

Лікарський засіб, CrCL (мл/хв)	Рекомендації (зміни з 2015 року)
Ципрофлоксацин, < 30	Зменшити дозу, оскільки зростає ризик ефектів з боку ЦНС та розриву зв'язок
Котримоксазол, < 30	Зменшити дозу при CrCL 15–29 мл/хв і уникати, якщо < 15 мл/хв; зростає ризик погіршення ниркових функцій і гіперкаліємії
Амілорид, < 30	Уникати; збільшується рівень калію і знижується рівень натрію
Апіксабан, < 25	Уникати; відсутність доказів ефективності та безпеки
Дабігатран, < 30	Уникати застосування при CrCL > 30 мл/хв, якщо відзначається взаємодія лікарських засобів; відсутність доказів ефективності та безпеки
Едоксабан, 15–50 і < 15 або > 95	Знизити дозу при CrCL 15–50 мл/хв, уникати при CrCL < 15 або > 95 мл/хв; відсутність доказів ефективності та безпеки
Еноксапарин, < 30	Знизити дозу; зростає ризик кровотечі
Фондапаринукс, < 30	Уникати; зростає ризик кровотечі
Ривароксабан, < 50	Неклапанна фібриляція передсердь — знизити дозу при CrCL 15–50 мл/хв і уникати, якщо < 15 мл/хв, венозна тромбоемболія — уникати при CrCL < 30 мл/хв; відсутність доказів ефективності та безпеки
Спіронолактон, < 30	Уникати; збільшується рівень калію
Тріамтерен, < 30	Уникати; збільшується рівень калію і знижується рівень натрію
Дулоксетин, < 30	Уникати; збільшуються побічні ефекти з боку травного тракту
Габапентин, < 60	Знизити дозу; побічні ефекти з боку ЦНС
Леветірацетам, ≤ 80	Знизити дозу; побічні ефекти з боку ЦНС
Прегабалін, < 60	Знизити дозу; побічні ефекти з боку ЦНС
Трамадол, < 30	Раптове вивільнення — зниження дози; розширене вивільнення — уникати; побічні ефекти з боку ЦНС
Циметидин, < 50	Знизити дозу; зміни ментального статусу
Фамотидин, < 50	Знизити дозу; зміни ментального статусу
Нізатидин, < 50	Знизити дозу; зміни ментального статусу
Ранітидин, < 50	Знизити дозу; зміни ментального статусу
Колхіцин, < 30	Знизити дозу і моніторувати побічні ефекти; ШКТ, нейромускулярна система, токсичність щодо кісткового мозку
Пробенецид, < 30	Уникати; зниження ефективності

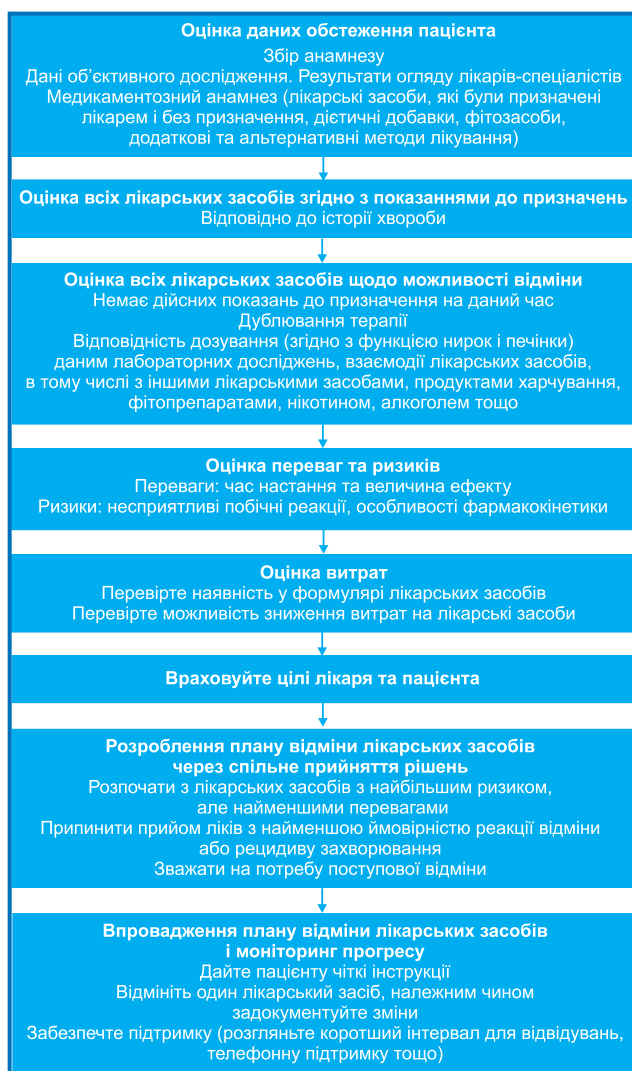


Рисунок 1. Алгоритм дій щодо припинення прийому певних лікарських засобів з метою зменшення невідповідної поліфармації на відповідну (Halli-Tierney A.D., Scarbrough)

Важлива роль у менеджменті поліфармації належить лікарю-стоматологу. Лікар-стоматолог займається не лише медичними проблемами, що погіршують здоров'я порожнини рота, але також повинен враховувати вплив лікарських засобів на загальне здоров'я [19]. Тому, призначаючи фармакотерапію, лікар-стоматолог повинен ознайомитись із лікарськими засобами, які вживає пацієнт для лікування захворювань внутрішніх органів.

Відомо, що похилий вік пов'язаний з поліфармацією, особливо з прийомом потенційно ксерогенних ліків, і меншими середніми обсягами слини. Ускладнення у вигляді сухості в роті потребує ретельного збору медикаментозного анамнезу, анамнез споживання ліків має велике значення [20].

Гігієністи-стоматологи можуть бути недостатньо обізнаними з питань використання лікарських засобів off-label. Крім того, досвід і кількість пацієнтів, яких пролікував лікар, не корелює з обізнаністю в цьому питанні. Це вказує на необхідність включення більшого числа матеріалів із фармакології до курсів безперервної

освіти для практикуючих клініцистів, в тому числі стоматологів [21].

Лікарі повинні також розглядати як терапевтичне втручання припинення прийому певних лікарських засобів. При цьому лікар повинен враховувати точку зору пацієнта щодо цілей терапії, включаючи погляди на лікарські засоби та хронічні захворювання, а також уподобання та пріоритети щодо призначення препаратів для уповільнення прогресування захворювання, запобігання розладу здоров'я та ліквідації симптомів. Це зменшить медикаментозне навантаження і ризик поліфармації [16]. З цією метою варто скористуватись алгоритмом (рис. 1).

Отже, необґрунтована поліфармація є проявом поліпрагмазії, тоді як обґрунтована поліфармація — це комбінація лікарських засобів, що дозволяє ефективно, безпечно, а також економічно доцільно лікувати пацієнта, який знаходиться у тяжкому стані або має поліморбідність.

Потрібно враховувати, що лікування пацієнтів з поліфармацією може забрати багато часу, варто збалансувати комбінації лікарських засобів, щоб попередити їх взаємодію та побічні ефекти.

Відміна певних лікарських засобів є терапевтичним втручанням, що потребує оцінки переваг і ризиків у кожного конкретного пацієнта.

Список літератури

1. Singh M.L., Papas A. Oral Implications of Polypharmacy in the Elderly. *Dent. Clin. N. Am.* 2014. Vol. 14. P. 783-796.
2. Ена Л.М., Христофорова А.М., Артеменко В.И., Гаркавенко О.Г. Фармакотерапия в гериатрии: от полиморбидности к рациональной терапии. *Рациональная фармакотерапия*. 2018. Т. 49. № 4.
3. Maher Jr R.L., Hanlon J.T., Hajjar E.R. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin. Drug Saf.* 2014. Vol. 13. № 1.
4. Chang T.I., Park H., Kim D.W., Jeon E.K., Rhee C.R., Kallantari-Zadeh K. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. *Scientific Reports*. 2020. Vol. 10. 18964.
5. Pazan F., Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine*. 2021. Vol. 12. P. 443-452.
6. Taghy N., Cambon L., Cohen J.-M., Dussart C. Failure to Reach a Consensus in Polypharmacy Definition: An Obstacle to Measuring Risks and Impacts — Results of a Literature Review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2020. Vol. 16. P. 57-73.
7. <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/>
8. Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G.E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*. 2017. Vol. 17. P. 230.
9. Khezrian M., McNeil C.J., Murray A.D., Myint P.K. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Ther. Adv. Drug Saf.* 2020. Vol. 11. P. 1-10.
10. Подпорина М.А., Саприна Т.В. Распространенность полипрагмазии в педиатрической практике: обзор российских исследований. *Эффективная фармакотерапия*. 2020. Т. 16. № 34. С. 26-30.
11. Duerden M., Avery T., Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. *Making it safe and sound. The King's Fund*. 2013.

12. Калугин И.В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля. *Ліки України*. 2015. Т. 23. № 2. С. 14.

13. Swinglehurst D., Fudge N. Addressing the polypharmacy challenge in older people with multimorbidity (APOLLO-MM): study protocol for an in-depth ethnographic case study in primary care. *BMJ Open*. 2019. № 9. e031601.

14. Avery A.J. Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. *British Journal of General Practice*. 2011. P. 83–84.

15. Kotsalou E. Polypharmacy in elderly people: epidemiology, consequences and prevention strategies. *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2021. № 17(1). P. 56–62.

16. Halli-Tierney A.D., Scarbrough C., Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am. Fam. Physician*. 2019. № 100(1). P. 32–38.

17. Сычев Д.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения: Учебное пособие. М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. 249 с.

18. Леонова М.В., Алимова Э.Э. Клиническая фармакология в гериатрии. *Клиническая геронтология*. 2018. Т. 7–8.

19. Drahos G., Williams L.N. Addressing Polypharmacy with Medically Complex Patients. *Exploring the Oral Health Care Impact*. 2017. P. 24–26.

20. Laugisch O., Holtfreter B., Pink C., Samiet S., Völzke H., Kocher T. Polypharmacy and saliva volumes in the northeast of Germany — The Study of Health in Pomerania. *Community Dent. Oral Epidemiol*. 2021. № 00. P. 1–8.

21. Stephens K.M., Johnson J., Gurenlian J.R. Polypharmacy and Off-label Drug Use in Dentistry: knowledge, attitudes and practices of California dental hygienists. *The Journal of Dental Hygiene*. 2018. Vol. 92. № 3. P. 31–39.

Отримано/Received 30.06.2021

Рецензовано/Revised 09.07.2021

Прийнято до друку/Accepted 13.07.2021 ■

Information about author

M.V. Khaitovych, MD, PhD, professor, Head of the Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: nik3061@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0001-6412-3243>.

Conflicts of interests. Author declares the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

M.V. Khaitovych

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Polypharmacy: definition, risks, management

Abstract. A search was performed in the Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library databases. The term “polypharmacy”, in contrast to the term “polypragmasia”, does not always has a negative meaning and is often used to describe the simultaneous use of five or more drugs, and polypharmacy is considered intensive, when the patient takes 10 or more drugs at the same time. One of the main causes of polypharmacy is polymorbidity. Severe condition of the patient, self-medication and inappropriate recommendations can also cause polypharmacy, as well as some demographic factors (age, gender, level of education) and the level of the health care system development. Polypharmacy can be appropriate when the prescription of a large number of drugs is justified, and inappropriate (problematic) when the number of prescribed drugs is incorrect and/or unbalanced. Problematic polypharmacy is a manifestation of polypragmasia, with several drugs prescribed

improperly that does not allow realizing the expected advantage of these drugs. The risk of harm from treatment outweighs the benefits due to drug interactions, adverse reactions, increasing economic burden of treatment. Problematic polypharmacy is especially dangerous for critically ill patients. The management of problematic polypharmacy should be based on its transition into an appropriate form. The combination of drugs is substantiated, which allows treating the patient effectively, safely and economically expediently through the prevention of drug interaction and adverse effects. Deprescribing of certain drugs can be used as a therapeutic intervention, it should be performed in each individual patient through the assessment of benefits and risks. Beers criteria, ARMOR, STOPP-START criteria are offered for prevention and correction of problematic polypharmacy in the elderly.

Keywords: polymorbidity; polypragmasia; polypharmacy; review

Esther Jiménez Martínez¹, Carmen Gasco-García², Juan José Arrieta-Blanco³,
Javier Gómez del Torno¹, Begonia Bartolome Villar⁴

¹Odontólogo UCM. Postgrado de Medicina y Cirugía Oral, Servicio de Estomatología, Fundación Jiménez Díaz

²Profesora Titular de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Farmacología, Facultad de Odontología UCM

³Médico-Estomatólogo. Jefe Asociado del Servicio de Estomatología, Fundación Jiménez Díaz

⁴Médico-Estomatólogo. Profesora de la Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid, España

Дослідження знеболювальної ефективності декскетопрофену трометамолу 25 мг порівняно з ібупрофеном 600 мг у пацієнтів, які перенесли операцію у порожнині рота

Резюме. Актуальність. Метою дослідження було порівняти ефективність знеболювання у разі застосування двох нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗЗ), що належать до родини пропіонових кислот, після операції у ротовій порожнині, щоб оцінити, який із них є найефективнішим у найменшій дозі за умови мінімальних побічних ефектів. Зазвичай інтенсивність больового синдрому після операції у ротовій порожнині вважається помірною, і НПЗЗ є засобами першого вибору при лікуванні післяопераційного зубного болю. Як ми знаємо, велика проблема цих препаратів полягає в їх небажаних ефектах. Відомо, що S(+)-енантіомер пов'язаний зі знеболюванням, і за умови його наявності у препараті можна використовувати меншу дозу. **Матеріали та методи.** Пацієнтам роздали анкети з таблицями оцінки болю та провели різні обстеження: встановлювали наявність післяопераційного болю, інтенсивність болю протягом першої години після введення знеболюючого, наявність запалення, кровотечі, гематоми тощо. Оцінювали дію різних препаратів, що використовувалися у дослідженні, на основі співвідношення «ефективність — час», а також їх протизапальний та побічні ефекти. **Результати.** Встановлено, що після операції у порожнині рота виникає помірний біль і препарати, що досліджувалися, є ефективними у зазначених дозах та за умови зазначених інтервалів прийому. Протягом першої години після прийому анагетика у пацієнтів, які отримували декскетопрофену трометамол, ступінь вираженості болю був меншим, ніж у тих, хто приймав ібупрофен. У більшості випадків після втручань розвивалося запалення; у пацієнтів, яким проводилося видалення напівретинованого третього моляра, найбільш виражена кровотеча спостерігалася в перший день, а у пацієнтів, яким видаляли ретинований третій моляр, кровотеча була найбільш вираженою на третій день. Гематома спостерігалася у разі обох цих втручань. **Висновки.** Продemonстровано, що декскетопрофену трометамол мав найбільш виражену знеболювану ефективність протягом першої години після хірургічного втручання у порожнині рота та мав найбільший протизапальний ефект.

Ключові слова: оперативне втручання у порожнині рота, декскетопрофену трометамол, ібупрофен

Вступ

У сімдесятих роках минулого століття Winter [1], Cooreg та Beaver [2, 3] розробили стандартну модель для оцінки болю та ефективності анагетиків при екстракції нижнього третього моляра. З тих пір було проведено багато досліджень з використанням різних препаратів, особливо нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) [4–11]. У цих випадках біль, як правило, має помірну або значну інтенсивність і потреба в прийомі знеболюючих препаратів зазвичай виникає протягом перших 24–48 годин після втручання [12, 13]. Післяопераційний біль розвивається як відповідь на пошкодження тканини та на репаративні процеси; це пов'язано із запальними станами, що викликають

біль, набряк, підвищення локальної температури тощо [14]. Біль досягає помірної та вираженої інтенсивності через 5 годин, а набряк досягає свого піку між 48 і 72 годинами після видалення уражених третіх молярів [14, 15]. Концентрація простагландинів при гострому пошкодженні тканин досягає свого максимуму одночасно з піком інтенсивності післяопераційного болю. Ібупрофен (ІБ) є найвідомішим серед НПЗЗ, що використовуються в стоматологічній практиці [15–25].

Ідеальний знеболюючий засіб [26, 27] повинен відповідати таким умовам: висока анагетична активність, швидка дія, тривалий знеболюючий ефект, відсутність ризику залежності та добра переносимість, низький ризик розвитку побічних реакцій та

зручність у застосуванні. До цього часу НПЗЗ є препаратами вибору при лікуванні зубного болю; їх знеболюючі та протизапальні властивості пояснюються пригніченням циклооксигеназного шляху (ЦОГ-1 та ЦОГ-2). Кілька років тому почали застосовуватися НПЗЗ, селективні щодо ЦОГ-2 [28], ферменту, який експресується в уражених клітинах або тих, що пов'язані з тканинною травмою: таким чином досягається зменшення багатьох небажаних ефектів НПЗЗ, перш за все шлунково-кишкових [8, 10, 29, 30]. Було встановлено, що геморагічна гастропатія, спричинена НПЗЗ, асоціюється з пригніченням синтезу простагландинів у стінках шлунка та кишечника [29, 31]. Цей несприятливий ефект пов'язаний з активним енантіомером S(+), який інгібує циклооксигеназу.

У спектрі дії різних НПЗЗ існують певні відмінності [27, 32], наприклад, рівень кислотності, що сприяє їх зв'язуванню з білками плазми, здатність реагувати на запалення та ступінь їх зв'язування з білками плазми, що може впливати на зв'язування білків із варфарином. Однак у дослідженнях, проведених *in vitro*, не виявлено, що доза НПЗЗ 2400 мг/добу перешкоджає зв'язуванню варфарину з білками плазми крові, що може вплинути на коагуляцію [33]. З іншого боку, у деяких НПЗЗ більш виражені протизапальні та знеболюючі властивості (наводимо перелік від більшої до меншої фармакологічної ефективності *in vitro*: флурбіпрофен, кетопрофен, фенпрофен, напроксен та ібупрофен), а найбільші відмінності препаратів один від одного зазвичай виявляються у побічних ефектах, які вони викликають [13, 15].

Наводимо детальний опис двох НПЗЗ, які вивчалися в даному дослідженні. Декскетопрофену трометамол (ДКТ) [34–37] — це водорозчинна сіль правообертального енантіомера нестероїдного протизапального препарату кетопрофену. Рацемічний кетопрофен використовується з 1973 року як знеболювальний, антипіретичний та протизапальний засіб і є одним із найпотужніших інгібіторів синтезу простагландинів *in vitro*. Цей ефект обумовлений S(+)-енантіомером декскетопрофену, тоді як R(–)-енантіомер позбавлений такої активності. Ульцерогенна дія солей трометамолу, особливо декскетопрофену трометамолу, дуже низька; зокрема, кількість уражень, викликаних цією сполукою, у 5 разів нижча, ніж унаслідок дії рацематомої кислоти [35, 38]. У людини відносна біодоступність перорального ДКТ у дозі 25 мг подібна до такої перорального рацемічного кетопрофену у дозі 50 мг. Після перорального прийому максимальна концентрація ДКТ у плазмі досягається між 15 та 45 хвилинами з моменту прийому, тоді як для рацемічного препарату потрібно 32 хвилини. Було доведено, що концентрація ДКТ у плазмі крові становить 3,1 мг/л [36], тоді як концентрація рацемічного кетопрофену не визначена.

Ібупрофен був синтезований в Англії на початку шістдесятих років і почав використовуватися в Америці в 1974 р. Спочатку він застосовувався як протиартритний засіб, а у вісімдесятих роках до його показань додалися лікування дисменореї, запалення та лихоманки. Ібупрофен відноситься до родини пропіонових кислот; щодо їх фармакокінетичних характеристик, то вони добре всмоктуються після перорального прийому, хоча

присутність їжі зменшує швидкість всмоктування, але не загальну кількість речовини, що всмокталася [39].

Як і в інших НПЗЗ, механізм дії цих препаратів заснований переважно на пригніченні активності циклооксигенази, а найбільшим недоліком є порушення з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту [40].

Як уже зазначено вище, у даному дослідженні ми використовували два НПЗЗ, що належать до родини пропіонових кислот (ібупрофен та декскетопрофену трометамол). Ми оцінювали знеболювальну дію декскетопрофену трометамолу [7, 9, 15, 26, 32–38] з клінічної точки зору і порівнювали її з таким самим ефектом ібупрофену. Ми оцінювали глибокий і гострий соматичний біль, еквівалентний післяопераційному зубному болю, що реагує на анагетики. Основною метою дослідження була оцінка ефективності знеболювального препарату декскетопрофену трометамолу в дозі 25 мг порівняно з ібупрофеном в дозі 600 мг у пацієнтів, які перенесли хірургічні втручання у порожнині рота, що полягали у видаленні ретинованих (РТМ) та напівретинованих третіх молярів (НРТМ), після стоматологічного лікування яких виникає гострий біль.

Ми оцінювали ефективність препаратів на основі співвідношення «ефективність — час», а також ефективність їх у часі після прийому повторних доз, наявність побічних ефектів та післяопераційних ускладнень (запалення, кровотеча, гематома та/або інфекція).

Матеріали та методи

Було проведено порівняльне дослідження двох анагетиків (ібупрофен та декскетопрофену трометамол) у стоматологічній службі Фонду Jiménez Díaz за участю 93 пацієнтів віком від 18 до 65 років, які перенесли операцію у порожнині рота — видалення ретинованих або напівретинованих третіх молярів у період з вересня 2000 року по травень 2001 року.

Критерії виключення: екстракція частково ретинованих (підслизово або частково внутрішньокістково) або повністю ретинованих унілатеральних третіх молярів; прийом будь-якого знеболюючого та/або жарознижуючого засобу за 24 години до операції; прийом будь-якого іншого лікарського засобу під час дослідження, який, згідно з інструкцією з використання, міг змінити біодоступність досліджуваного препарату; алергія на будь-який із досліджуваних препаратів; наявність погано контрольованих супутніх захворювань, таких як хвороби серця, порушення згортання крові, порушення роботи щитоподібної залози тощо. Усі пацієнти дали свою усвідомлену згоду перед операцією для включення у дослідження; це було здійснено відповідно до Гельсінської декларації та з попереднім дозволом Ради інституційного огляду.

Спочатку відбувався передопераційний візит, під час якого збирали повний анамнез хвороби та проводили стоматологічне обстеження, а також панорамне рентгенологічне дослідження, щоб оцінити тип необхідного хірургічного втручання та скласти передопераційні рекомендації. Усім пацієнтам (за винятком тих, хто мав непереносимість або алергію, через що вони не були включені у дослідження) призначали антимикроб-

ну терапію згідно з протоколом: 500 мг амоксициліну кожні 8 годин протягом 5 днів, починаючи за одну добу до операції.

Хірургічні втручання проводились у стоматологічній клініці госпіталю, а екстракції виконували два стоматологи (завжди одні й ті ж самі), що були на останньому курсі аспірантури з програми хірургії порожнини рота Фонду Jiménez Díaz. У всіх хірургічних втручаннях виконували сепарування мукоперіостального клаптя та остеотомію. Використовували шовковий шов 2-0. Анестезію виконували 2% розчином лідокаїну хлориду та адреналіну 1 : 100 000, за винятком випадків, коли пацієнт мав якісь добре контрольовані серцево-судинні захворювання (інфаркт міокарда, аритмії, порушення згортання крові тощо), у цьому випадку використовували 3% розчин мепівакаїну. Жодного разу для проведення операції не застосовували седацію.

У даному дослідженні порівнювали такі препарати: декскетопрофену трометамол 25 мг; ібупрофен 600 мг. Препарати були розподілені між пацієнтами випадковим чином, група плацебо була відсутня. Крім того, для оцінки інтенсивності болю як референтне значення використовували ступінь болю, зазначений пацієнтом після операції та перед прийомом знеболюючого засобу. Досліджувані препарати призначали по одній таблетці кожні 8 годин протягом 3 днів, і пацієнти починали їх прийом через 2 години від початку операції, за винятком випадків, коли больовий синдром розвивався в більш ранній період. 57 пацієнтів почали приймати знеболюючий препарат через 2 години після операції, 10 — у термін до 2 годин, а інші (26 пацієнтів) — у більше ніж 2-годинний термін після початку оперативного втручання. «Рятувальний» препарат не використовували.

В анкеті, наданій пацієнту в кінці лікування, стоматологи зібрали особисті дані, інформацію щодо типу операції, типу знеболюючого засобу, режиму його застосування та таблиці оцінки болю. Пацієнти заповнили таблиці, у яких були визначені шкали інтенсивності болю, а анкета була надана їм наступного тижня, коли вони прийшли зняти шви. Якщо пацієнт проживав за межами регіональної громади Мадрида, йому надавався конверт з маркою, щоб він міг надіслати анкету лікарю. Враховуючи, що параметри, які підлягають оцінці, є абсолютно суб'єктивними, для уніфікації оцінок кожного пацієнта були складені таблиці зі шкалами оцінки інтенсивності болю (табл. 1).

Використовувалися такі шкали:

— візуальна аналогова шкала (ВАШ), на горизонтальній лінії від 0 (відсутність болю) до 100 мм (найбільш інтенсивний біль, який можна собі уявити) пацієнт вказує інтенсивність післяопераційного болю через 2 години після операції та перед прийомом знеболюючого засобу;

— вербальна аналогова шкала для оцінки інтенсивності болю після операції та перед прийомом знеболюючого препарату;

— вербальна аналогова шкала для оцінки інтенсивності болю після введення знеболюючого засобу (оцінку проводять протягом першої, шостої та восьмої години після введення);

— шкала оцінки симптомів у пацієнта протягом наступних днів після операції; якщо є кровотеча, запалення, гематома або абсцес, уточнюють добу виникнення цих симптомів (на першу, другу або третю добу) (табл. 1).

Якщо протягом першої доби виникала потреба в застосуванні аналгетика раніше ніж через 8 годин після попередньої дози, пацієнт зазначав це в анкеті. Також пацієнти мали фіксувати в анкеті наявність можливих побічних ефектів, спричинених препаратом.

Зі змінних, проаналізованих у цьому дослідженні, ми використали ті, які в нашій моделі зубного болю були суттєвими (інтенсивність болю протягом першої години після прийому аналгетика, наявність кровотечі та поява гематоми). Післяопераційний біль оцінювали через дві години після хірургічного втручання. Ці дані оцінювалися з урахуванням типу екстракції та типу введенного аналгетика. Вивчення змінних проводилося за допомогою таблиць непередбачених обставин. Тест Пірсона χ^2 -квадрат застосовувався для того, щоб спостерігати, чи є вірогідні відмінності між відсотками. Статистичний аналіз проводили за допомогою статистичного програмного забезпечення BMDP (1992 p., University of California Press, Dixon W.J.), рівень вірогідності $p < 0,05$.

Результати

Серед 93 пацієнтів віком від 18 до 65 років було 59 жінок та 34 чоловіки, середній вік становив 26,46 року. 49,46 % пацієнтів (46 осіб) приймали ібупрофен у дозі 600 мг, а 50,53 % (47 пацієнтів) — декскетопрофену трометамол у дозі 25 мг. Оперативне втручання тривало від 30 до 45 хвилин, залежно від типу екстракції.

Таблиця 1. Оцінка інтенсивності болю, виражена у відсотках, в 1-шу годину після прийому знеболюючого засобу. Значення в останньому рядку є глобальними даними щодо інтенсивності болю з урахуванням двох препаратів

Інтенсивність болю на 6-ту годину (p = 0,6485)	Біль відсутній	Легкий біль	Помірний біль	Інтенсивний біль
Ібупрофен	6,5	32,6	37	23,9
Декскетопрофену трометамол	25,5	44,7	12,8	17
Глобальні дані	16,1	38,7	24,7	20,4

Серед загальної кількості оперативних втручань (93 випадки) 47 — це хірургічне видалення ретинованих третіх молярів (РТМ = 50,53 %), а 46 — видалення напівретинованих третіх молярів (НРТМ = 49,46 %).

Через 2 години після операції 39,8 % пацієнтів класифікували біль як легкий, а 30,1 % — як помірний.

Протягом 1-ї години після прийому аналгетика більша частина пацієнтів, які отримували ДКТ, не відчували болю (25,5 %, 12 осіб) або біль був легкого ступеня (44,7 %, 21 особа), у той час як серед пацієнтів, які застосовували ІБ, відсутність болю відзначили 6,5 % (3 особи), а у 32,6 % (15 осіб) біль був легкого ступеня (табл. 1, $p = 0,0070$). Щодо інтенсивності болю на 6-й та 8-й годині після прийому аналгетика, не було виявлено вірогідних відмінностей залежно від типу екстракції та знеболюючого препарату: на 6-й годині після прийому НПЗЗ про відсутність болю повідомляли 15,2 % пацієнтів (7 осіб) з групи ІБ порівняно з 12,8 % пацієнтів (6 осіб) із групи ДКТ. Помірний біль відзначили 28,3 % пацієнтів (13 осіб) групи ІБ та 21,3 % пацієнтів (10 осіб) групи ДКТ, інтенсивний біль — 17,4 % пацієнтів (8 осіб), що приймали ІБ та 27,7 % (13 осіб) тих, хто отримував ДКТ (табл. 2, $p = 0,6485$). Щодо необхідності прийому наступної дози знеболювального препарату раніше, ніж через 8 годин після застосування попередньої дози, також не було вірогідних відмінностей між типами операції та досліджуваними препаратами.

Протягом першої доби після оперативного втручання у 34,4 % пацієнтів (32 особи) не було кровотечі, а у 49,5 % (46 осіб) спостерігалася найбільша частота кровотеч, 65,2 % (30 випадків) з яких були в осіб з екстракцією НРТМ (табл. 3, $p = 0,0086$). Не було вірогідних відмінностей щодо наявності кровотечі залежно від типу втручання та аналгетика, що застосовувався.

На третій день після оперативного втручання гематома виникла у 19,1 % пацієнтів (9 осіб), яким проводи-

лася екстракція РТМ, та у 6,5 % (3 випадки), яким проводили екстракцію НРТМ, при цьому не було зв'язку із аналгетиком, що застосовувався; у 87,1 % пацієнтів (81 особа) гематоми не було.

Що стосується запалення, цей симптом був відсутній у 9,7 % пацієнтів, однак протягом другої та третьої доби у 80,6 % пацієнтів розвивався процес запалення незалежно від типу втручання, хоча ці значення не були статистично вірогідними.

Обговорення

Випадки виникнення післяопераційного гострого болю, пов'язаного з хірургічним стоматологічним лікуванням, можна розділити на великі групи [3, 4]: біль після ускладненої операції у порожнині рота, біль після пародонтальної операції та біль після операції з видалення третього моляра. У нашому дослідженні брали участь відносно молоді пацієнти (26,46 року), які були здатні зрозуміти зміст анкети та заповнити її, вказуючи ступінь інтенсивності болю за різними шкалами (візуальна та вербальна). У цьому дослідженні не проводилася статистична оцінка даних візуальної шкали, оскільки пацієнти заповнили її неправильно, тому що оцінка від 0 (біль відсутній) до 100 (найбільш виражений біль) не відповідала цифровій шкалі. Тобто біль, оцінений пацієнтом як помірний за числовою шкалою [3, 4], не відповідає оцінці пацієнтом болю 10/100 за візуальною шкалою.

Пацієнти надходили до лікарні через Національну систему охорони здоров'я (соціальне забезпечення).

У нашому дослідженні показаннями до операцій були в основному гострий біль, наявність апікального вогнища, пов'язаного із зубом, що підлягає видаленню, та/або кістозна патологія, пов'язана з ураженням третіх молярів. Як правило, більш вираженим є біль після хірургічного видалення нижнього третього моляра через анатомічне положення цього зуба. Найчастішими причинами, що вимагали видалення ниж-

Таблиця 2. Оцінка інтенсивності болю, виражена у відсотках, через 6 годин після прийому знеболюючого засобу. Значення в останньому рядку є глобальними даними щодо інтенсивності болю з урахуванням двох препаратів

Інтенсивність болю на 6-ту годину ($p = 0,6485$)	Біль відсутній	Легкий біль	Помірний біль	Інтенсивний біль
Ібупрофен	15,2	28,3	39,1	17,4
Декскетопрофену трометамол	12,8	21,3	38,3	27,7
Глобальні дані	14	24,7	38,7	22,6

Таблиця 3. Наявність кровотечі, виражена у відсотках, залежно від типу проведеної екстракції. Значення в останньому рядку є глобальними даними про наявність кровотечі з урахуванням обох типів втручань

Кровотеча ($p = 0,0086$)	Відсутня	На 1-шу добу	На 2-гу або 3-тю добу
Ретинований третій моляр	42,6	34	23,4
Напівретинований третій моляр	26,1	65,2	8,7
Глобальні дані	34,4	49,5	16,1

нього третього моляра, є перикоронарит та нестача простору [24].

При лікуванні гострого болю в основному використовуються анагетика групи НПЗЗ (як похідні пропіонових кислот), оскільки саме вони рекомендовані при цьому типі болю через їх фармакокінетичні властивості. У дослідженнях, проведених *in vivo*, була перевірена ефективність НПЗЗ, отриманих із хіральных арил-пропіонових кислот (як кетопрофен). Зокрема, вдалося переконатися, що введення енантіомеру S(+)-кетопрофену має багато переваг порівняно з рацемічним компонентом, і для нього характерні більш сприятливий профіль переносимості [7], зменшення варіабельності фармакокінетики, менше накопичення препарату у ліпідах та зменшення ризику фармакодинамічних та фармакокінетичних взаємодій із супутніми препаратами. Подібні результати отримані після введення ібупрофену 400 мг та декскетопрофену трометамолу 20 мг після пероральних хірургічних втручань; декскетопрофену трометамол викликав найбільш виражене полегшення болю, проте тривалість знеболювання була меншою, ніж у випадках застосування ібупрофену 400 мг (С. Gay et al., 1996) [7]. У будь-якому випадку існує небагато порівняльних досліджень щодо ібупрофену та декскетопрофену, п'ять з яких проведені з 1996 року до сьогодні. Ми порівнювали препарати ібупрофен та декскетопрофену трометамол у різних дозах, оскільки відповідно до міжнародних настанов доза ібупрофену у разі помірного зубного болю становить 600 мг, а доза декскетопрофену трометамолу — 25 мг [9].

У нашому дослідженні не було групи плацебо, оскільки ми вважаємо, що втручання, які ми виконуємо, супроводжуються найбільш вираженим болем у загальних класифікаціях болю, і враховуючи, що один із досліджуваних препаратів (ібупрофен) є єдиним, що використовується для цього типу болю в стоматології і що він включений до клінічних протоколів лікування болю, можна пацієнтів, які отримували цей препарат, використовувати як контрольну групу.

Анкета, надана пацієнтам, містить таблиці оцінки болю, подібні до тих, що використовувалися в інших дослідженнях [5, 7, 9]. З результатів, отриманих у нашому дослідженні, ми використовували ті змінні, які, будучи вірогідними, дозволяють дійти висновків та точно оцінити ефективність досліджуваних препаратів.

Ми могли встановити, що після хірургічного втручання пацієнти мали легкий (39,8 %) та помірний (30,1 %) біль.

В інших дослідженнях після хірургічних втручань у порожнині рота вираженість післяопераційного болю за числовою шкалою (оцінка від 0 до 4) становила 3,1, що еквівалентно помірному болю [9].

Ми встановили, що після видалення РТМ та НРТМ найбільш ефективним знеболюючим засобом протягом 1-ї години після його прийому є ДКТ. При цьому не було додаткового ефекту анестезії, оскільки в більшості з 93 випадків пацієнти починали приймати НПЗЗ не менше ніж через 2 години після завершення операції (83 пацієнти почали приймати знеболюючий засіб через більше

ніж 2 години після операції). Це збігається з результатами, отриманими іншими авторами, які в клінічних умовах порівнювали декскетопрофену трометамол 12,5 або 25 мг та дипірон 575 мг при зубному болю. Інтенсивність болю та його полегшення оцінювали через певні проміжки часу. При глобальній оцінці ефективності було виявлено, що декскетопрофену трометамол у будь-якій з двох доз був більш ефективним, ніж дипірон [5]. На 6-й годині після прийому препарату пацієнти, яким було видалено ретинований третій моляр, зазвичай відчували помірний біль, при цьому істотних відмінностей щодо введення анагетика не було. Як правило, не було необхідності у використанні додаткового знеболюючого засобу до закінчення 8 годин від прийому його попередньої дози, за винятком 22 випадків екстракції ретированого третього моляра, оскільки для них характерний більший травматизм тканин, — у цьому випадку потреба в знеболювальному препараті була кожні 6 годин протягом першої доби. Усі втручання, що проводилися, були видаленнями РТМ та НРТМ, які виконувалися двома стоматологами (аспірантами останнього курсу аспірантури з програми хірургії порожнини рота Фонду Jiménez Díaz), серед яких був автор; у всіх пацієнтів застосовувалася одна й та ж сама техніка оперативного втручання (мукоперіостальний клапот і остеотомія). Це дало змогу побачити, який анагетик є найбільш ефективним протягом перших 8 годин. Цей результат збігається з результатами інших досліджень, наприклад Vagan et al. [5], у якому після хірургічного видалення ретированого третього моляра режим введення знеболюючого засобу як у випадках використання 575 мг дипірону, так і у випадках призначення 25 мг ДКТ становив приблизно 1 дозу кожні 5 годин 30 хвилин [5, 9, 11, 37]. Не було знайдено досліджень щодо лікування цими препаратами післяопераційних ускладнень. Оскільки пацієнти не отримували жодного іншого знеболюючого засобу, ми не побачили жодних взаємодій, пов'язаних із іншими препаратами, або ускладнень, пов'язаних із наявністю кровотечі, запалення чи гематоми протягом 2–3 днів після операції [41].

Зазвичай ступінь запалення після екстракції пов'язаний з труднощами хірургічного втручання, часом втручання та рівнем захисту пацієнта.

Відмінності, що спостерігаються між ДКТ та ібупрофеном щодо знеболюючого та протизапального ефекту, не були вірогідними, оскільки не було значення $p < 0,05$. Зазвичай вираженість болю була максимальною в день операції, тоді як запалення досягало свого максимуму через 48 годин [13, 42].

У нашому дослідженні частота ускладнень оцінюється на основі особистих суб'єктивних вражень, як і в інших подібних дослідженнях, оскільки ми майже не знайшли статистичних досліджень щодо їх частоти [23, 42]. Протягом першого дня після операції спостерігалася більша частота кровотеч у тих пацієнтів, які перенесли екстракції НРТМ, головним чином через травматизм та утруднення під час закриття операційного поля. Кров'янисті виділення на третій день були більш частими у пацієнтів, яким проводилася екстракція РТМ, ймовірно, через те, що пацієнт іншими зу-

бами спричиняв механічні та ерозійні ураження зони оперативного втручання. Наявність кровотечі в день операції асоціювалася з екстракцією НРТМ (65,2 %), і це може бути пов'язано з тим, що після видалення третього моляра та накладення заднього шва не було забезпечене закриття рани від краю до краю, на відміну від ситуації екстракції РТМ (34 %), коли хірургічну рану ушивали від краю до краю. Однак більший відсоток кровотеч після екстракції РТМ (23,4 %) на другий і третій день після операції може бути спричинений деякими подразненнями або механічними ураженнями пацієнтом зони оперативного втручання. Ми не спостерігали вірогідної залежності між типом аналгетика та наявністю чи відсутністю кровотечі. Ми встановили, що кровотеча на третій день після видалення РТМ виникає у 19,1 % випадків. Це пояснюється тим, що при цьому типі оперативного втручання відбувається закриття хірургічного ложа від краю до краю, і саме в таких випадках виникає більш виражена кровотеча, спричинена скупченням крові в хірургічній зоні та в прилеглих тканинах.

Найтяжчим ускладненням НПЗЗ є шлунково-кишкова кровотеча. Одразу після прийому препарату відбувається пошкодження епітелію шлунка. Хоча цей процес є безсимптомним, ризик кровотечі збільшується до 7 разів, якщо лікування триває більше одного тижня [41]. У разі наших хірургічних втручань тривалість прийому цих препаратів зазвичай не перевищує трьох днів. У 40 % пацієнтів гастродуоденальні пошкодження перебігають безсимптомно [31]. У нашому дослідженні ми не мали даних, які б свідчили про такі ушкодження, хоча звертали на це увагу під час опитування.

Для проведених нами оперативних втручань характерний розвиток запалення, проте ми не отримали даних, щодо яких можна б було провести статистичну оцінку, і не знайшли жодного дослідження, що аналізує ступінь запалення у разі проведення таких операцій. Виникнення запалення можна пояснити тим, що в усіх випадках хірургічна процедура включає сепарування мукоперіостального клаптя. Це спричиняє більший травматизм м'яких тканин, що може досягати задньої частини вестибулума, а отже, у післяопераційній фазі спостерігається більш виражений локальний набряк, що спричиняє виникнення запалення та гострого болю.

Висновки

1. Декскетопрофену трометамол є більш ефективним препаратом у перші години після операції, а тривалість його знеболювальної дії становить 5,5 години, тоді як тривалість знеболюючого ефекту ібупрофену становить 6 годин після його прийому.

2. Дія ібупрофену розвивається пізніше (у разі перорального прийому — протягом 1–2 годин при досягненні максимальної концентрації в плазмі), однак тривалість його знеболювальної дії більша за часом (від 6 до 8 годин).

3. Ми можемо розглядати декскетопрофену трометамол як препарат вибору у разі хірургічних втручань у порожнині рота завдяки тому, що він впливає на помірно виражений больовий синдром, характерний для

хірургічних втручань у порожнині рота, проявляє себе як аналгетик швидкої дії, має потужну протизапальну дію та мінімальні побічні ефекти.

Список літератури

1. Winter L., Bass E., Recant B., Cahaly J.F. Analgesic activity of ibuprofen in postoperative and surgical pain. *Oral Surg.* 1978. № 45. P. 159-66.
2. Cooper S.A., Beaver W.T. A model to evaluate mild analgesics in oral surgery outpatients. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1976. № 20. P. 241-50.
3. Cooper S.A. Models for clinical assesment of oral analgesics. *Am. J. Med.* 1983. № 75. P. 24-9.
4. Capuzzi P., Montebugnoli L., Vaccaro M.A. Extraction of impacted third molars. A longitudinal prospective study on factors that affect postoperative recovery. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.* 1994. № 77. P. 341-3.
5. Bagan J.V., Lopez J.S., Valencia E., Santamaria J., Eguidazu I., Horas M. et al. Comparacion clinica de Dexketoprofeno Trometamol y Dipirona en el dolor Dental Postoperatorio. *J. Clin. Pharmacol.* 1998. № 38. 55S-64S.
6. Cooper S.A. Five studies on Ibuprofen for postsurgical dental pain. *Am. J. Med.* 1984. № 77. P. 70-7.
7. Gay C., Planas E., Donado M., Martinez J.M., Artigas R., Torres F. et al. Eficacia analgesica de dosis bajas de dexketoprofeno en el modelo de dolor dental. *Clin. Drug Invest.* 1996. № 11. P. 320-30.
8. May N., Epstein J., Osborne B. Selective COX-2 inhibitors: A review of their therapeutic potential and safety in dentistry. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol.* 2001. № 92. P. 399-405.
9. McGurk M., Robinson P., Rajayogeswaran V., De Luca M., Cassini A., Artigas R. et al. Clinical comparison of Dexketoprofen Trometamol, Ketoprofen and placebo in postoperative dental pain. *J. Clin. Pharmacol.* 1998. № 38. 46S-54S.
10. Moore P.A., Hersh E.V. Celecoxib and Rofecoxib: The role of COX-2 inhibitors in dental practice. *JADA.* 2001. № 132. P. 451-6.
11. Turek M.D., Baird W.M. Double blind parallel comparison of ketoprofen (Orudis), acetaminophen plus codeine, and placebo in postoperative pain. *J. Clin. Pharmacol.* 1988. № 28. P. 23-8.
12. Olmedo M.V., Vallecillo M., Galvez R., Lillo E., Canedo P. Estudio del dolor postextraccion. Caracteristicas y medicion. *Rev. Eur. Odontostomatol.* 1995. № 7. P. 241-6.
13. Romero Ruiz M.M., Infante Cossfo P., Torres Lagares D., Serrano Gonzalez A., Gomez de la Mata Galiana J., Gutierrez Perez J.L. Tendencias actuales en el control del dolor y la inflamacion tras la extraccion de terceros molares incluidos (parte 1). *Rev. Eur. Odontostomatol.* 2001. № 13. P. 261-6.
14. Penarrocha M. Dolor Orofacial: Etiologia, diagnostico y tratamiento. *Barcelona: Masson Ed.,* 1997. P. 20-4.
15. Hargreaves K.M., Troullos E.S., Dionne R.A. Bases farmacologicas para el tratamiento del dolor agudo. *Clin. Odontol. Norteam.* 1987. № 4. P. 833-5.
16. Albrecht C., Van Aken H. Paracetamol and propacetamol for postoperative pain: contrasts to traditional NSAIDS. *Ball. Clin. Anaesthesiol.* 1995. № 9. P. 563-6.
17. Banos J.E., Bosch F., Toranzo I. La automedicacion con analgesicos. *Estudio en el dolor odontologico.* *Med. Clin.* 1991. № 96. P. 248-51.
18. Bascones A., Manso F.J. Infecciones Orofaciales: Diagnostico y tratamiento. *Ed. Avances,* 1994. P. 45-6.

19. Bascones A., Manso F.J. *Dolor Orofacial: Diagnostico y tratamiento*. Ed. Avances, 1997. P. 385-90.
20. Bascones A., Bullon P., Castillo J.R., Machuca G., Manso F.J., Serrano J.S. *Bases farmacologicas de la terapeutica odontologica*. Ed. Avances, 2000. P. 341-58.
21. Lasagna L. *The management of pain*. Drugs. 1986. № 32. P. 1-7.
22. Penarrocha M., Penarrocha Maria. *Reflexiones sobre el dolor dental*. Av. Odontoestomatol. 1995. № 11. P. 13-8.
23. Penarrocha M., Marco M.D., Sanchis J.M., Estarellas R., Gay C., Bagan J.V. *Estudio del postoperatorio tras la extraccion quirurgica de 100 terceros molares inferiores impactados en relacion a la dificultad del acto quirurgico*. Av. Odontoestomatol. 2000. № 16. P. 377-82.
24. Santamaria J., Artegoitia M.I. *El dolor en la cirugia del tercer molar inferior e implantologia*. Av. Odontoestomatol. 1995. № 11 (suppl. A). P. 67-79.
25. Towbridge O. *Review of dental pain: Histology and Physiology*. J. Endo. 1986. № 12. P. 142-5.
26. McGurk M., Robinson P. *Clinical comparison of Dexketoprofen Trometamol, Ketoprofen and Placebo in postoperative dental pain*. J. Clin. Pharmacol. 1998. № 38. P. 46-54.
27. Meredith T.J., Vale J.A. *Non-narcotic analgesics: problems of overdosage*. Drugs. 1986. № 32. P. 177-205.
28. Pickering A.E., Bridge H.S., Nolan J., Stoddart P.A. *Double-blind, placebo-controlled analgesic study of ibuprofen or rofecoxib in combination with paracetamol for tonsillectomy in children*. Br. J. Anaesth. 2002. № 88. P. 72-7.
29. Morrison B.W., Fricke J., Browne J., Yuan W., Kotey P., Mehlish D. *The optimal analgesic dose of Rofecoxib: Overview of six randomized controlled trials*. JADA. 2000. № 131. P. 1729-37.
30. Manso F.J., Bascones A., Maqueda M.J., Vadillo J.M. *Estudio controlado sobre la eficacia y tolerabilidad de ibuprofen-arginina vs. Aceclofenaco en el dolor post-extraccion quirurgica de molares inferiores*. Av. Odontoestomatol. 1996. № 12. P. 493-6.
31. Llorente M.J. *Specific types of NSAIDs and relative risk of UGIB*. Br. J. Rheumatol. 1998. № 37. P. 115.
32. Goodman y Gilman. *Las bases farmacologicas de la terapeutica*. Ed. Panamericana, 1986. P. 75-85.
33. Royer G.L., Sekman C.E., Welshman I.R. *Safety Profile: Fifteen Years of Clinical Experience with Ibuprofen*. Am. J. Med. 1984. № 77. P. 25-34.
34. Malenco J.L., Perez M., Navarro F.J., Martinez F.J., Beltran J., Salvatierra D. et al. *A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of Dexketoprofen Trometamol versus Diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis*. Clin. Drug Invest. 2000. № 19. P. 247-56.
35. Gich I., Bayes M., Barbanoj M.J., Artigas R., Tost D., Mauleon D. *Bioinversion del R(-)-ketoprofeno despues de su administracion oral a voluntarios sanos*. Clin. Drug Invest. 1996. № 11. P. 347-53.
36. Mauleon D., Artigas R., Garda M.L., Carganico G. *Desarrollo clinico y preclinico del dexketoprofeno*. Drugs. 1996. № 52. P. 24-46.
37. McGurk M. *Ensayo clinico doble ciego, aleatorizado, paralelo, para comparar dosis unicas de dexketoprofeno trometamol con ketoprofeno y placebo en pacientes con dolor dental moderado o severo tras la extraccion del tercer molar impactado*. Guy's Hospital, Londres. Datos archivo de Menarini.
38. Otten J.E. *Estudio doble ciego, aleatorizado, paralelo para comparar la eficacia y seguridad de dosis unicas de dexketoprofeno trometamol 12.5 mg o 25 mg con placebo en pacientes con dolor dental moderado o severo tras la extraccion del tercer molar impactado*. University of Freiburg. Datos de archivo Menarini.
39. Florez J. *Farmacologia Humana*. Ed. Masson, 1992. P. 250-75.
40. Kantor G.T. *Introduction: Ten-Year Update on Ibuprofen*. Am. J. Med. 1984. № 77. P. 1-2.
41. Hyllested H., Jones S., Pedersen J.L., Kehlet H. *Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management: a qualitative review*. Br. J. Anaesth. 2002. № 88. P. 199-214.
42. Infante P., Espin F., Mayorga F., Hernandez J.M., Rendon J.I., Delgado M.J. *Estudio prospectivo de los factores relacionados en la recuperacion postoperatoria tras la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos*. Av. Odontoestomatol. 1995. № 11. P. 569-72.

Оригінал статті надрукований
в Med. Oral. 2004. 9. 138-48 ■

Esther Jiménez Martínez¹, Carmen Gasco-García², Juan José Arrieta-Blanco³, Javier Gómez del Torno⁴, Begoña Bartolome Villar⁴

¹Odontólogo UCM. Postgrado de Medicina y Cirugía Oral, Servicio de Estomatología, Fundación Jiménez Díaz

²Profesora Titular de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Farmacología, Facultad de Odontología UCM

³Médico-Estomatólogo. Jefe Asociado del Servicio de Estomatología, Fundación Jiménez Díaz

⁴Médico-Estomatólogo. Profesora de la Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid, España

Study of the analgesic efficacy of dexketoprofen trometamol 25 mg vs. ibuprofen 600 mg after their administration in patients subjected to oral surgery

Abstract. Objectives. To compare the analgesic efficacy of two nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) belonging to the family of propionic acids after oral surgery in order to assess which one is most effective with the minimum side effects and lowest dose. Normally, the pain after oral surgery is considered as moderate-intense and NSAIDs are the first choice when treating post-surgical dental pain. As we know, the great problem of these drugs is found in their undesirable effects. The enantiomer S(+) component is known to be related with analgesia and need for lower dose of these drugs. **Design.** The patients are given questionnaires with pain assessment tables and different observations are made: postsurgical pain, pain in the first hour after administration of the analgesic, inflammation, bleeding, hematoma, etc. We assess the effect of the different drugs used in the study based on the efficacy-time co-

ordinates as well as the anti-inflammatory effect and their side effects. **Results.** It is verified that there is moderate pain after oral surgery and the drugs used are effective in the doses and intervals indicated. During the first hour after taking the analgesic, those patients treated with dexketoprofen trometamol presented less pain compared to those who were treated with ibuprofen. It is verified that there is inflammation in most of the interventions, the extractions of the semi-impacted third molars present greater bleeding on the first day and the extractions of impacted third molars present more bleeding on the third day. These last two interventions also present hematoma. **Conclusions.** We demonstrate the greater analgesic efficacy of dexketoprofen trometamol in the first hour after the oral surgical intervention and its greater anti-inflammatory effect.

Keywords: oral surgery; dexketoprofen trometamol; ibuprofen

Новошицький В.Є.^{1,2}, Мазур І.П.¹¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Міжрегіональна академія управління персоналом, м. Київ, Україна

Вітамін D у пародонтології

Резюме. Генералізований пародонтит є одним із найчастіших стоматологічних захворювань, що може призвести до рухомості та втрати зубів. Основним його етіологічним чинником є зубний наліт, однак генералізований пародонтит є мультифакторним захворюванням. Наявні дані про вплив рівня вітаміну D на генералізований пародонтит. Вітамін D справляє плейотропну дію, впливаючи на різні ланки патогенезу генералізованого пародонтита. Стимулюючи секрецію антимікробних пептидів, вітамін D підвищує місцевий імунітет та негативно впливає на пародонтопатогени; модулюючи імунну систему, впливає на перебіг запалення в тканинах пародонта та імунну відповідь; підвищуючи всмоктування кальцію та зменшуючи виділення паратгормона, стимулює мінералізацію кісткової тканини. Висока поширеність дефіциту та недостатності вітаміну D у всьому світі говорить про актуальність вивчення його впливу на організм людини загалом та ротової порожнини зокрема.

Ключові слова: пародонтит; вітамін D; імунна система; альвеолярний відросток

Генералізований пародонтит є одним із найчастіших стоматологічних захворювань, що проявляється набряком та кровоточивістю ясен, втратою клінічного прикріплення ясен, виникненням пародонтальних кишень та рецесій, втратою висоти альвеолярного відростка, що може призвести до рухомості та втрати зубів. Основним його етіологічним чинником є зубний наліт, однак генералізований пародонтит є мультифакторним захворюванням. До таких факторів відносять наявність цукрового діабету, ревматоїдного артрити, остеопорозу, куріння та гіповітамінозів. Наявні дані про вплив рівня вітаміну D на генералізований пародонтит.

Вітамін D належить до групи жиророзчинних секостероїдів, що в природі наявний в п'яти формах (D_1 – D_5) [1]. Найважливішими для організму людини є форми D_2 та D_3 , які є подібними за біологічною дією, однак вітамін D_3 біологічно активніший за вітамін D_2 . Потрапляння його в організм людини відбувається трьома шляхами: через вплив сонячного випромінювання, із продуктами харчування та при прийомі медикаментозних засобів. Після потрапляння в організм людини вітамін D проходить низку метаболічних перетворень (гідроксилювань), внаслідок яких перетворюється на гормонально активну форму (1,25-дигідроксивітамін D ($1,25(OH)_2D$)). Перше його гідроксилювання відбувається в основному в печінці, внаслідок чого він перетворюється

на проміжну форму 25-гідроксивітамін D ($25(OH)D$). Саме дану форму лікарі використовують для визначення рівня вітаміну D у крові людини. Однак дана форма є біологічно малоактивною, і для впливу на організм людини необхідне друге гідроксилювання, що відбувається в нирках, імунних клітинах, інших клітинах та тканинах організму, зокрема ротової порожнини.

Розрізняють класичний та некласичний вплив вітаміну D на організм людини. До класичного належить вплив на кісткову тканину, зокрема зменшення резорбції кісткової тканини та сприяння її мінералізації. До некласичного — вплив на імунну, ендокринну систему та інше. Останнім часом обговорюється можливість впливу на генералізований пародонтит концентрації $25(OH)D$ у сироватці крові. Так, у багатьох дослідженнях повідомляється про можливість взаємозв'язку між генералізованим пародонтитом та рівнем $25(OH)D$ у плазмі крові людини [2–8]. Зокрема, Dietrich зі співавторами показали, що існує обернений зв'язок між концентрацією $25(OH)D_3$ та захворюванням тканин пародонта в жінок та чоловіків віком від 50 років [8]. Вивчаючи співвідношення між концентрацією $25(OH)D$ у крові та пародонтологічним здоров'ям жінок під час вагітності, К.А. Voggess зі співавторами дійшли висновку, що захворювання тканин пародонта у вагітних жі-

нок пов'язане із рівнем 25(OH)D, нижчим за 75 нмоль/л [3]. M.N. Garcia зі співавторами дійшли висновку, що на пародонтологічне здоров'я може позитивно впливати вітамін D [9]. У зв'язку з плюралізмом біологічних дій вітамін D може впливати на етіопатогенез генералізованого пародонтиту, зокрема на пародонтопатогени, імунну систему та альвеолярний відросток.

Рівень вітаміну D в організмі людини

Проведення великої кількості досліджень на визначення рівня вітаміну D продемонструвало наявність значного поширення дефіциту та недостатності вітаміну D по всьому світу. За підрахунками іноземних вчених [9], близько 1 мільярда людей на планеті мають дефіцит вітаміну D. Зокрема, у США 32 % населення мають рівень вітаміну D, менший за 20 нг/мл [10–12]. Інститут медицини Національної академії наук Америки зазначає, що приблизно 50 % жінок Америки мають дефіцит вітаміну D [13]. У Канаді 57,5 % чоловіків та 60,7 % жінок мають рівень вітаміну D, нижчий за 30 нг/мл, тобто недостатність та дефіцит вітаміну D. У населення Австралії дефіцит та недостатність вітаміну D були виявлені в 73 % дорослих осіб [10]. У Новій Зеландії дефіцит вітаміну D становив від 25 до 59 %. У країнах Азії дефіцит вітаміну D виявлений у 45–100 % населення [6, 10].

Високі рівні дефіциту та недостатності вітаміну D були виявлені і в населення України. Епідеміологічне дослідження щодо визначення рівня вітаміну D у населення України було проведене В.В. Поворознюком зі співавторами [14]. Результати продемонстрували, що лише в 4,6 % населення України виявили достатній (нормальний) рівень вітаміну D. Поширеність дефіциту та недостатності вітаміну D становила 95,6 %, з яких у 81,8 % жителів України був дефіцит вітаміну D.

Проводилось визначення рівня вітаміну D у пацієнтів із генералізованим пародонтитом. Зокрема, M. Laku зі співавторами в дослідженні виявили, що середня концентрація 25(OH)D у пацієнтів із пародонтитом становила $65,0 \pm 39,3$ нмоль/л [15]. O.J. Abreu зі співавторами у своїх дослідженнях виявили, що в пацієнтів із пародонтитом рівень вітаміну D був вірогідно нижчий порівняно з пацієнтами без пародонтиту ($24,2 \pm 7,1$ нг/мл) та становив $18,5 \pm 4,6$ нг/мл [16]. Результати вітчизняних досліджень продемонстрували, що в пацієнтів із генералізованим пародонтитом рівень вітаміну D становить 24,09 (17,90–30,53) нг/мл [17].

Вплив вітаміну D на пародонтопатогени

У ротовій порожнині знаходиться велика кількість різновидів бактерій, зокрема і тих, які сприяють виникненню генералізованого пародонтиту. До основних мікроорганізмів, які сприяють виникненню генералізованого пародонтиту, належать *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia* та *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, які, впливаючи в ротовій порожнині на тканини пародонта, руйнують їх структуру і викликають прояви генералізованого пародонтиту. Первинним неспецифічним

захистом ротової порожнини від даних мікроорганізмів є слизова оболонка порожнини рота та біологічно активні речовини, які містяться в ротовій порожнині. До них належать лізоцим, імуноглобулін А, антимікробні пептиди та інші. Антимікробні пептиди включають велику кількість речовин, одними з основних серед яких є дефензини та кателіцидин. Утворення β-дефензину-2 та кателіцидину залежить від рівня 25(OH)D у сироватці крові людини [18]. β-дефензин-2 виявляється в яснах, язика, слинних залозах і слизовій оболонці порожнини рота, але не в сулькулярному епітелії. В яснах β-дефензин-2 може знаходитись як при запаленні, так і не у стані запалення. β-дефензин-2 негативно впливає на патогенну мікрофлору, включаючи пародонтопатогени. Під впливом пародонтопатогенів посилюється його секреція. Він проявляє антимікробну активність проти *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *F. nucleatum*, а також проти грибів (*Candida*) та вірусів (*Papilloma virus*) [19, 20]. Кателіцидин — антимікробний пептид, що експресується різними популяціями клітин, до яких належать нейтрофіли, природні клітини-кілери, Т-клітини, В-клітини, моноцити та тканинні базофіли [20, 21]. У своїх дослідженнях M. Murakami зі співавторами показали наявність кателіцидину в слині людини [22]. Дослідження продемонстрували, що 1,25(OH)₂D та 25(OH)D мають здатність індукувати експресію кателіцидину в моноцитах/макрофагах та епідермальних клітинах, які мають 25(OH)D-гідроксилази [23]. A.F. Gombart зі співавторами показали, що 1,25(OH)₂D₃, впливаючи на ВДР, може помітно підвищити експресію мРНК антимікробного пептиду кателіцидину в нормальних та уражених клітинах кісткового мозку [24]. Наявність активності кателіцидину проти пародонтопатогенів була зазначена B.A. Dale та L.P. Fredericks [25]. Однак Sahli зі співавторами дійшли висновку, що не існує взаємозв'язку між рівнем 25(OH)D та пародонтопатогенами (*Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*, *Campylobacter rectus*) у постменопаузальних жінок [20, 26]. L. McMahon зі співавторами досліджували вплив активних форм вітаміну D₃ на вроджену імунну відповідь культивованих клітин епітелію ясен щодо експресії кателіцидину, медіаторів уродженої імунної системи та антибактеріальної активності проти пародонтопатогена *A. actinomycetemcomitans*. З'ясувалося, що відбувається індукція кателіцидину клітинами епітелію ясен під впливом 1,25(OH)₂D₃. Також вони виявили, що клітини епітелію ясен можуть сприяти гідроксилюванню 25(OH)D₃ до 1,25(OH)₂D₃, збільшуючи експресію антимікробного пептидного гена [27], що свідчить про важливість активних метаболітів вітаміну D у захисті ротової порожнини [20].

Вплив вітаміну D на імунну систему

Розрізняють вроджену та набуту імунну систему організму. Вроджена імунна система є першою лінією оборони організму, що раніше вважалась неспецифічною. Однак було виявлено, що вона має специфічність між організмом і патогенами через складну систему, засновану на тол-подібних рецепторах (ТПР). Мікробні

структури (бактеріальні ліпополісахариди, пептидоглікани, ліпопротеїни, бактеріальні ДНК та інші) взаємодіють із ТПР, внаслідок чого останні активують клітини вродженого імунітету (нейтрофіли, макрофаги/моноцити) через внутрішньоклітинні сигнальні шляхи [20]. Дослідженнями встановлено, що разом з імунними клітинами ТПР також наявні в тканинах пародонта [28–31]. Епітеліальні клітини ясен експресують ТПР 2–5, 6, 9 і розпізнають різні мікроорганізми за допомогою даних рецепторів [28]. Хронічна стимуляція ТПР у тканинах пародонта мікробними структурами може призвести до надмірного виробництва прозапальних медіаторів і, як результат, викликати руйнування тканини. Вітамін D зменшує активність ТПР, як наслідок, зменшуючи виділення прозапальних цитокінів. Також вітамін D впливає на дендритні клітини, зменшуючи дозрівання та антигенпрезантацію, а також зменшує виділення ними прозапальних цитокінів [20, 32].

Вплив вітаміну D на імунну систему проявляється у вигляді пригнічення активності Т-хелперів-1 та стимулювання активності Т-хелперів-2 [33]. Дослідження продемонстрували, що вітамін D може зменшити пошкодження тканин, пов'язане з Т-1-імунною відповіддю, внаслідок зменшення виробництва останніми прозапальних цитокінів. Також вітамін D зменшує утворення прозапальних цитокінів Т-17 клітинами та збільшує виділення протизапальних цитокінів Т-2 клітинами [20, 23].

Вплив вітаміну D на кісткову тканину

Вітамін D позитивно впливає на кісткову тканину, сприяючи її мінералізації шляхом збільшення всмоктування кальцію в кишечнику, реабсорбції в нирках та зменшуючи виділення паратгормона прямо та опосередковано [20, 34]. Низький рівень вітаміну D у крові сприяє виникненню остеопенії та остеопорозу. Дослідження продемонстрували наявний взаємозв'язок між мінеральною щільністю кісткової тканини та резорбцією альвеолярного відростка [20, 35], втратою клінічного прикріплення ясен та втратою зубів [36].

Резорбція альвеолярного відростка відбувається за участі остеокластів, які утворюються з преостеокластів (попередники остеокластів). Утворення остеокласту з преостеокластів стимулюється Т-1- та Т-17-клітинами та їх прозапальними цитокінами (інтерлейкін-1-β, -6, -17 та фактор некрозу пухлини α), а пригнічується Т-2-клітинами та їх протизапальними цитокінами (інтерлейкін-4 та -10). Вітамін D пригнічує активність Т-хелперів-1 та -17 і зменшує виділення ними прозапальних цитокінів. Також вітамін D збільшує функцію Т-хелперів-2 та продукцію їх протизапальних цитокінів, тим самим зменшуючи утворення остеокластів із своїх попередників та запобігаючи руйнуванню альвеолярного відростка [20, 37].

Отже, вітамін D відіграє важливу роль в організмі людини та в патогенезі захворювань тканин пародонта. Активні метаболіти вітаміну D не тільки впливають на кісткову тканину, але й відіграють важливу роль у функціонуванні місцевого та загального імунітету. Висока поширеність дефіциту та недостатності вітаміну D

у всьому світі говорить про актуальність вивчення його впливу на організм людини загалом та ротової порожнини зокрема.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Шварц Г.Я. Вітамін D, D-гормон и альфакальцидол: медицинские, молекулярно-биологические и фармакологические аспекты. *Український ревматологічний журнал*. 2009. № 3(37). С. 63–69.
2. Park K.S., Nam J.H., Choi J. The short vitamin D receptor is associated with increased risk for generalized aggressive periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 2006. № 33(8). P. 524–528.
3. Boggess K.A., Espinola J.A., Moss K. et al. Vitamin D status and periodontal disease among pregnant women. *J. Periodontol.* 2011. № 82(2). P. 195–200.
4. Yao S.G., Fine J.B. A review of vitamin D as it relates to periodontal disease. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 2012. № 33(3). P. 166–171.
5. Anand N., Chandrasekaran S.C., Rajput N.S. Vitamin D and periodontal health: Current concepts. *Indian Soc. Periodontol.* 2013. № 17(3). P. 302–308.
6. Antonoglou G.N., Knuuttila M., Niemelä O. et al. Low serum level of 1,25(OH)₂D is associated with chronic periodontitis. *J. Periodontol. Res.* 2015. P. 274–280.
7. Зяблицкая М.С., Атрушкевич В.Г., Торонцова Н.В. Роль нарушений метаболизма витамина D в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта (обзор). *Пародонтология*. 2012. № 1. С. 3–10.
8. Dietrich T., Joshipura K.J., Dawson-Hughes B., Bischoff-Ferrari H.A. Association between serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D3 and periodontal disease in the US population. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004. № 80(1). P. 108–113.
9. Garcia M.N., Hildebolt C.F., Miley D.D. et al. One-year effects of vitamin D and calcium supplementation on chronic periodontitis. *J. Periodontol.* 2011. № 82(1). P. 25–32.
10. Almoammar K. Vitamin D and orthodontics: an insight review. *Clin. Cosmet. Investig. Dent.* 2018, Jul 30. № 10. P. 165–170.
11. Hossein-nezhad A., Holick M.F. Optimize dietary intake of vitamin D: an epigenetic perspective. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* 2012. № 15(6). P. 567–579.
12. Sullivan S.S., Rosen C.J., Halteman W.A., Chen T.C., Holick M.F. Adolescent girls in Maine are at risk for vitamin D insufficiency. *J. Am. Diet. Assoc.* 2005. № 105(6). P. 971–974.
13. Kelly J., Lin A., Wang C.J., Park S., Nishimura I. Vitamin D and bone physiology: demonstration of vitamin D deficiency in an implant osseointegration rat model. *J. Prosthodont.* 2009 Aug. 18(6). 473–8.
14. Поворознюк В.В., Балацька Н.І., Муц В.Я., Вдовіна О.А. Дефіцит та недостатність вітаміну D у жителів України. *Боль. Суставы. Позвоночник*. 2011. № 4. С. 513.
15. Laky M., Bertl K., Haririan H., Andrukhov O., Seemann R., Volf I., Assinger A., Gruber R., Moritz A., Rausch-Fan X. Serum levels of 25-hydroxyvitamin D are associated with periodontal disease. *Clin. Oral. Investig.* 2017 Jun. № 21(5). P. 1553–1558.
16. Abreu O.J., Tatakis D.N., Elias-Boneta A.R., López Del Valle L., Hernandez R., Pousa M.S., Palacios C. Low vitamin D status strongly associated with periodontitis in Puerto Rican adults. *BMC Oral Health*. 2016, Sep 2. № 16(1). P. 89. doi: 10.1186/s12903-016-0288-7.

17. Новошицький В.Є. Рівень вітаміну D у пацієнтів із генералізованим пародонтитом. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. Т. 16. № 4 (ч. 3). С. 218-222.

18. Schwalfenberg G.K. A review of the critical role of vitamin D in the functioning of the immune system and the clinical implications of vitamin D deficiency. *Mol. Nutr. Food Res.* 2011. № 55(1). P. 96-108.

19. Amano Y., Komiyama K., Makishima M. Vitamin D and periodontal disease. *J. Oral. Sci.* 2009. № 51(1). P. 11-20.

20. Мазур І.П., Новошицький В.Є. Вітамін D: метаболізм, функції, важливість для організму людини. Роль у патогенезі генералізованого пародонтиту. Ч. 2. Современная стоматология. 2015. № 4. С. 51-54.

21. Agerberth B., Charo J., Werr J. The human antimicrobial and chemotactic peptides LL-37 and alpha-defensins are expressed by specific lymphocyte and monocyte populations. *Blood.* 2000. № 96(9). P. 3086-3093.

22. Murakami M., Ohtake T., Dorschner R.A. Cathelicidin antimicrobial peptides are expressed in salivary glands and saliva. *J. Dent. Res.* 2002. № 81(12). P. 845-850.

23. Youssef D.A., Miller C.W., El-Abbassi A.M. et al. Antimicrobial implications of vitamin D. *Dermatoendocrinol.* 2011. № 3(4). P. 220-229.

24. Gombart A.F., Borregaard N., Koeffler H.P. Human cathelicidin antimicrobial peptide (CAMP) gene is a direct target of the vitamin D receptor and is strongly up-regulated in myeloid cells by 1,25-dihydroxyvitamin D3. *FASEB J.* 2005. № 19(9). P. 1067-1077.

25. Dale B.A., Fredericks L.P. Antimicrobial peptides in the oral environment: expression and function in health and disease. *Curr. Issues Mol. Biol.* 2005. № 7(2). P. 119-133.

26. Sahli M.W., Wactawski-Wende J., Ram P.K. et al. Association of plasma 25-hydroxyvitamin D concentrations and pathogenic oral bacteria in postmenopausal females. *J. Periodontol.* 2014. № 85(7). P. 944-955.

27. McMahon L., Schwartz K., Yilmaz O. et al. Vitamin D-mediated induction of innate immunity in gingival epithelial cells. *Infect. Immun.* 2011. № 79(6). P. 2250-2256.

28. Kusumoto Y., Hirano H., Saitoh K. et al. Human gingival epithelial cells produce chemotactic factors interleukin-8 and mono-

cyte chemoattractant protein-1 after stimulation with *Porphyromonas gingivalis* via toll-like receptor 2. *J. Periodontol.* 2004. № 75(3). P. 370-379.

29. Tabeta K., Yamazaki K., Akashi S. et al. Toll-like receptors confer responsiveness to lipopolysaccharide from *Porphyromonas gingivalis* in human gingival fibroblasts. *Infect. Immun.* 2000. № 68(6). P. 3731-3735.

30. Nociti F.H. Jr, Foster B.L., Barros S.P. et al. Cementoblast gene expression is regulated by *Porphyromonas gingivalis* lipopolysaccharide partially via toll-like receptor-4/MD-2. *J. Dent. Res.* 2004. № 83(8). P. 602-607.

31. Hatakeyama J., Tamai R., Sugiyama A. et al. Contrasting responses of human gingival and periodontal ligament fibroblasts to bacterial cell-surface components through the CD14/Toll-like receptor system. *Oral. Microbiol. Immunol.* 2003. № 18(1). P. 14-23.

32. Hewison M. Vitamin D and the immune system: new perspectives on an old theme. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2010. № 39(2). P. 365-379.

33. Boonstra A., Barrat F.J., Crain C. et al. 1alpha,25-Dihydroxyvitamin D3 has a direct effect on naive CD4(+) T cells to enhance the development of Th2 cells. *J. Immunol.* 2001. № 167. P. 4974.

34. Поворознюк В.В., Мазур І.П., Новошицький В.Є. Вітамін D та захворювання пародонта. Боль. Суставы. Позвоночник. 2013. № 3. С. 33-37.

35. Tezal M., Wactawski-Wende J., Grossi S.G. et al. The relationship between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women. *J. Periodontol.* 2000 Sep. № 71(9). P. 1492-1498.

36. Mohammad A.R., Hooper D.A., Vermilyea S.G. et al. An investigation of the relationship between systemic bone density and clinical periodontal status in post-menopausal Asian-American women. *Int. Dent J.* 2003. № 53(3). P. 121-125.

37. Мазур І.П., Новошицький В.Є. Вітамін D: метаболізм, функції, важливість для організму людини. Роль у патогенезі генералізованого пародонтиту. Ч. 2. Современная стоматология. 2015. № 4. С. 51-54.

Отримано/Received 07.10.2021

Рецензовано/Revised 21.10.2021

Прийнято до друку/Accepted 03.11.2021 ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583-87-59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAAA&hl=ru>; <http://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>.
Novoshytskyi V., Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, Ukraine.

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

V.Ye. Novoshytskyi^{1,2}, I.P. Mazur¹

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, Ukraine

Vitamin D in periodontology

Abstract. Generalized periodontitis is one of the most common dental diseases that can lead to tooth mobility and tooth loss. Plaque is main etiological factor, but periodontitis is a multifactorial disease. There are data on the effect of vitamin D levels on generalized periodontitis. Vitamin D has a pleiotropic effect by affecting various links in the pathogenesis of generalized periodontitis. Stimulating the secretion of antimicrobial peptides, vitamin D increases local immunity and adversely affects periodontal pathogens; modulating the

immune system, it affects inflammation in periodontal tissues and the immune response; increasing the absorption of calcium and reducing the release of parathyroid hormone, vitamin D stimulates bone mineralization. The high prevalence of vitamin D deficiency and insufficiency worldwide indicates the relevance of studying its effects on the human body in general and the oral cavity in particular.

Keywords: periodontitis; vitamin D; immune system; alveolar process



«Аксімед»
завжди
попереду!

НА БАЗІ КЛІНІКИ «АКСІМЕД» ВІДКРИТО СУЧАСНИЙ

ЦЕНТР ПРОБЛЕМ СНУ

ЕФЕКТИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

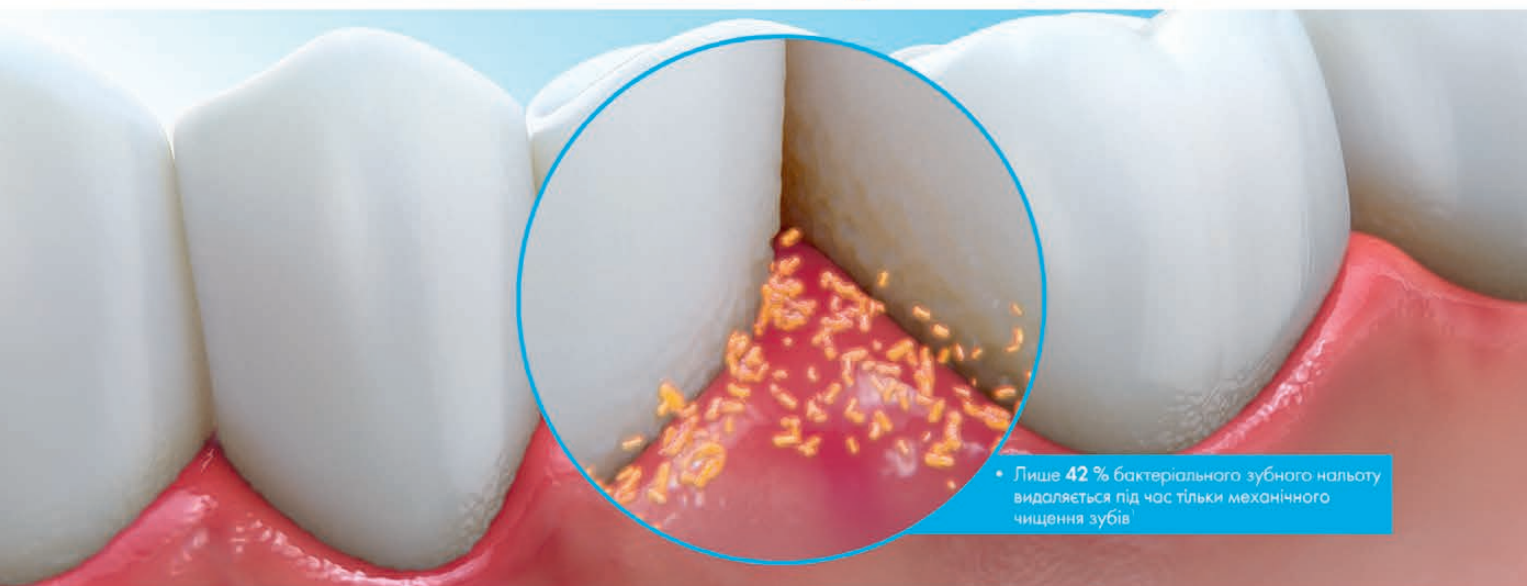
- порушень дихання уві сні (нічне апное);
- усіх видів безсоння;
- синдрому неспокійних ніг.

ПРОВІДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ



AKSIMED.UA • 044 390 00 55

Ефективний контроль зубного нальоту потребує більше, ніж звичайного механічного чищення зубів



- Лише 42 % бактеріального зубного нальоту видаляється під час тільки механічного чищення зубів¹

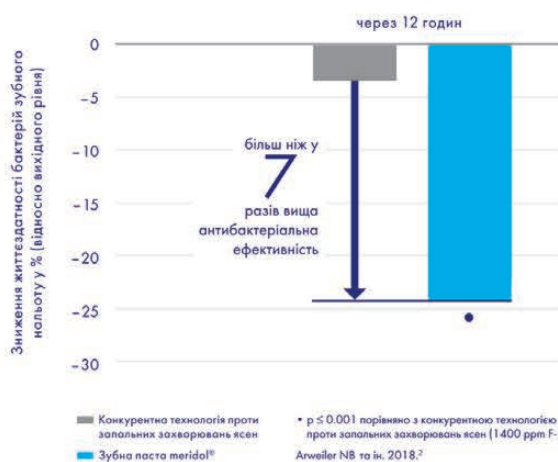
meridol® забезпечує антибактеріальний ефект для пацієнтів із запальними захворюваннями пародонта

Унікальна технологія з амінофторидом та іонами олова

- У 7 разів вища антибактеріальна ефективність порівняно з конкурентною технологією^{2,*}
- На 68 % менше повторного росту зубного нальоту[#] порівняно з пацієнтами, які чистили зуби тільки за стандартною схемою³



Для ефективного захисту від запалення ясен



Додаткову інформацію можна знайти на сайті www.meridol.com.ua

* Зубна паста meridol® через 12 годин порівняно з технологією із вмістом натрію бікарбонату
Додаткова перевага ополіскувача для ротової порожнини meridol®

Посилання: 1. Chapple I, et al. Clin Periodontol 2015;42 (Spec Iss): S71-S76. Чистка зубів звичайною фторидною зубною пастою. 2. Arweiler NB, et al. Oral Health Prev Dent 2018;16:175-181.
3. Hamad CA та ін. Постер представлено на конференції EuroPerio 2015.

meridol®

Ефективність та безпечність засобів догляду за порожниною рота

Резюме. У статті подано класифікацію основних антисептичних хіміотерапевтичних активних речовин, що використовуються в засобах індивідуальної гігієни для догляду за порожниною рота. Проведено аналіз ефективності та безпечності активних інгредієнтів зубних паст та ополіскувачів. Наведений аналіз літературних джерел щодо клінічної ефективності застосування комбінації амінофториду з фторидом олова в превенції утворення зубного нальоту та запальних процесів ротової порожнини.

Ключові слова: індивідуальна гігієна порожнини рота; зубна паста; ополіскувачі; активні хіміотерапевтичні інгредієнти для зменшення зубного нальоту та гінгівіту

Мікрофлора порожнини рота найчастіше є причиною розвитку основних стоматологічних хвороб. Мікроорганізми в порожнині рота зосереджені в біоплівці, що є середовищем їх життєдіяльності і виживання. Біоплівка — це спеціалізована бактеріальна екосистема, що забезпечує життєздатність, збереження мікроорганізмів, які входять до її складу, і збільшення загальної популяції [1, 2]. При накопиченні нальоту у великій кількості і з появою в біоплівці патогенної мікрофлори розвиваються імуннозапальні реакції [3]. Надмірна реакція організму людини на мікробну біоплівку викликає стоматологічні захворювання, такі як гінгівіт, пародонтит. Золотим стандартом руйнування та видалення мікробних біоплівок є поєднання механічного видалення нальоту з ефективним та безпечним хіміотерапевтичним впливом на мікроорганізми [1, 2].

Відповідно до матеріалів XI Європейського семінару з питань пародонтології «Ефективна профілактика хвороб пародонта та періімплантитів» та рекомендацій Європейської федерації пародонтології для запобігання виникненню або рецидиву захворювань тканин пародонта застосування лише одного механічного контролю мікробної біоплівки недостатньо [8]. Для щоденного контролю утворення мікробної біоплівки в порожнині рота використовують хіміотерапевтичні активні речовини в засобах догляду за порожниною рота. Активні хіміотерапевтичні інгредієнти зубних паст та

ополіскувачів впливають на ступінь мікробного обсіменіння порожнини рота, модуляцію імунної відповіді організму людини, підвищені рівні прозапальних та прооостеопоротичних медіаторів імунної відповіді, модифікують структурні компоненти мікробної біоплівки [8].

За лікувально-профілактичними ефектами активних компонентів засоби догляду за порожниною рота поділяють:

- на карієс-профілактичні;
- протизапальні;
- такі, що запобігають утворенню зубного каменю;
- зменшують гіперестезію твердих тканин зубів;
- відбілюючі;
- такі, що зменшують явища галітозу.

Термін «протимікробний» використовують для активних хіміотерапевтичних інгредієнтів засобів догляду за порожниною рота, що вбивають мікроорганізми або сповільнюють чи пригнічують їх розвиток [4, 5]. Протимікробні активні хіміотерапевтичні речовини повинні мати такі якості: бути ефективними проти певних патогенів, не викликати надмірного зростання інших видів мікроорганізмів (не спричиняти розвитку суперінфекції), не сприяти формуванню резистентності мікрофлори, а також мати пролонговану дію та бути нетоксичними для тканин порожнини рота [4, 5].

Хіміотерапевтичні речовини (активні інгредієнти), що запобігають утворенню мікробної біоплівки [4, 5]:

— антисептики — мають широкий спектр протимікробної дії, запобігають розмноженню мікроорганізмів зубного нальоту;

— антибіотики — гальмують розвиток певної групи мікроорганізмів зубного нальоту;

— ферменти — однокомпонентні або комбіновані, що здатні змінювати активність зубних бляшок;

— неферментативні модифікуючі речовини — змінюють структуру та метаболічну активність мікробного нальоту;

— антиадгезивні речовини — сповільнюють прикріплення мікроорганізмів до поверхні пелікул, гальмують утворення зубного нальоту.

Класифікація антисептичних хіміотерапевтичних активних речовин засобів догляду за порожниною рота за хімічним складом [4, 5]:

— сполуки фенолу: фенол, тимол, евкаліптол, ментол;

— амонієві сполуки: цетилпіридину хлорид, бензалконію хлорид;

— окисники: пероксиди, перборати;

— екстракти лікарських рослин: сангвінарин;

— біс-бігуаніди: хлоргексидин;

— біс-піридини: октенідин;

— піримідини: гексетидин;

— галогенвмісні: йодин, йодоформ, фториди;

— солі важких металів: цинку, міді, олова.

З метою врегулювання використання хіміотерапевтичних агентів у безрецептурних засобах догляду за порожниною рота у 1986 році Американською асоціацією стоматологів затверджені нормативні документи. У 1990 році агентством Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США — Управлінням з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів (FDA), що відповідає за регуляцію та нагляд за безпечністю харчових продуктів, біологічно активних добавок, ліків, вакцин, медичних приладів, ветеринарної продукції та косметики, створено Федеральний реєстр активних речовин засобів догляду за порожниною рота. А у 1995 році цим управлінням затверджено Монографію (регуляторний документ) з активних інгредієнтів безрецептурних лікарських засобів, що використовуються для профілактики і лікування основних стоматологічних хвороб [4, 5].

Згідно з вимогами Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів, усі активні інгредієнти засобів догляду за порожниною рота мають бути внесені до Фармакопеї США або Національного формуляру, а їх застосування має бути обґрунтовано достатньою кількістю проведених клінічних досліджень з безпечності та ефективності.

Американською асоціацією стоматологів створені вказівки щодо розробки дизайну клінічних випробувань для оцінки безпечності та ефективності хіміотерапевтичних агентів і їх відповідності рекомендаціям програми затвердження засобів для зменшення зубно-

го нальоту та запобігання розвитку гінгівіту та пародонтиту. Всесвітньою федерацією стоматологів у 1999 році розроблені рекомендації щодо ефективності засобів догляду за порожниною рота [4, 5].

Вивчення безпечності засобів догляду за порожниною рота

Перед вивченням клінічної ефективності активних речовин засобів догляду за порожниною рота проводять доклінічні дослідження на експериментальних тваринах та клінічні — на добровольцях [4, 5].

Токсикологічні дослідження передбачають визначення та оцінку токсичних ефектів хіміотерапевтичних активних речовин, розвитку побічних ефектів, у тому числі і рецептури засобу; дослідження мутагенної та канцерогенної дії активних інгредієнтів засобів догляду за порожниною рота; вивчення впливу на смакові відчуття, розвиток печіння на слизових оболонках, забарвлення тканин порожнини рота та інших характерних ознак.

Вивчення впливу активних інгредієнтів засобів догляду *на м'які тканини порожнини рота* передбачає вивчення ймовірності розвитку вторинної інфекції на слизовій оболонці порожнини рота, кандидозу, утворення виразок.

Вивчають вплив на тверді тканини зубів, оцінюють зміни забарвлення (кольору), розвиток гіперестезії, утворення ерозій.

Проведення мікробіологічних досліджень передбачає вивчення впливу на патогенну, опортуністичну й іншу мікрофлору порожнини рота, моніторинг цих змін. Протягом 6 місяців вивчення безпечності засобів догляду за порожниною рота проводять мікробіологічні дослідження таких основних мікроорганізмів, як *Actinomyces viscosus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Streptococcus mutans*, *Candida species* and *gram-negative, enteric rods*.

При проведенні мікробіологічної оцінки зубного нальоту визначають загальну кількість мікробних бляшок, реєструють зміни мікробного балансу під дією хіміотерапевтичних агентів, оцінюють можливий негативний вплив на тканини ротової порожнини. Мають бути наведені докази щодо можливості розвитку стійкості мікроорганізмів при використанні засобу, визначена мінімальна інгібуюча концентрація діючої речовини.

Вивчення ефективності активних інгредієнтів засобів догляду за порожниною рота

Для обґрунтування ефективності активних інгредієнтів у зменшенні запальних процесів у порожнині рота, тканинах пародонта проводять не менше ніж два незалежних 6-місячних клінічних плацебо-контрольованих дослідження із затвердженим дизайном і протоколом. Ефективність хіміотерапевтичної активної речовини має бути підтверджена клінічними, мікробіологічними та статистичними методами дослідження [4, 5].

Клінічні дослідження проводять відповідно до затвердженого протоколу дослідження, визначаються індекси утворення зубного нальоту, кровоточивості ясен, вивчається активність запальних процесів, клінічних проявів гінгівіту. Визначаються критерії оцінки стану тканин пародонта до та після використання засобу догляду за порожниною рота.

Статистичні дослідження: за результатами статистичного аналізу ефективність підтверджено, якщо вірогідно зменшуються ($P < 0,05$) запальні процеси, індекси утворення зубного нальоту, кровоточивості ясен, клінічні прояви гінгівіту (не менше ніж на 15 % та порівняно з плацебо-контролем — на 20 %) через 6 місяців дослідження.

Оцінка мікробного нальоту: вивчаються якісні та кількісні показники зубного нальоту, його патогенність, здатність викликати хвороби в порожнині рота. Вимірювання зубного нальоту повинно продемонструвати кількісне зменшення бляшок або зменшення їх патогенності.

Визначення ймовірного механізму дії активного інгредієнта: за результатами досліджень має бути наведено ймовірний механізм дії на мікробну біоплівку, зубний наліт та лікувальний ефект на тканини пародонта, слизову оболонку порожнини рота.

Класифікація активних діючих речовин засобів догляду за порожниною рота

Підкомітетом з питань зубного нальоту Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів запропоновано класифікувати активні діючі речовини безрецептурних препаратів за безпечністю та ефективністю. За результатами численних клінічних досліджень з вивчення засобів догляду за порожниною рота активні речовини розділяють на три категорії за безпечністю і ефективністю [6].

Класифікація безрецептурних активних інгредієнтів засобів догляду за порожниною рота щодо їх безпечності та ефективності

Категорія I. Активні інгредієнти зменшують утворення зубного нальоту і сприяють профілактиці гінгівіту, їх ефективність підтверджена достатньою кількістю досліджень (ефективність є загальновищаною).

Категорія II. Активні інгредієнти зменшують утворення зубного нальоту та сприяють профілактиці гінгівіту, але їх ефективність не підтверджена достатньою кількістю досліджень (ефективність не є загальновищаною).

Категорія III. Активні інгредієнти недостатньо вивчені, наведені дослідження є недостатніми для остаточної класифікації цих засобів щодо ефективності та безпечності.

Відповідно до цієї класифікації безпечними (категорія I) та ефективними (категорія I) активними речовинами є ефірні олії, цетилпіридину хлорид і фторид олова (SnF_2).

Категорія I

- Цетилпіридину хлорид (ополіскувачі).
- Фторид олова (зубні паста та ополіскувачі).

Комбіновані активні інгредієнти

- Комбінація активних інгредієнтів — тимолу, ментолу, евкаліптолу і метилсаліцилату.

Категорія III. Активні інгредієнти, рекомендовані як безпечні (категорія I) і ефективні (категорія II)

- Дикальцій фосфат дигідрат.
- Пероксид водню до 3 %.
- Екстракт сангвінарії.
- Бікарбонат натрію.
- Лаурил сульфат натрію (0,1–5%).
- Цитрат цинку.

Комбінація активних інгредієнтів

- Пероксид водню й бікарбонат натрію.
- М'ятна і шавлієва олії.
- Лаурил сульфат натрію, хлорид цинку, цитрат натрію і пероксид водню.
- Пірофосфат олова й цитрат цинку.

Характеристика основних активних речовин категорії I за безпечністю та ефективністю

За результатами численних доклінічних та рандомізованих, плацебо-контрольованих клінічних досліджень, постмаркетингових досліджень проведено оцінку ефективності та безпечності активних речовин засобів догляду за порожниною рота. Порівняльний аналіз активних інгредієнтів зубних паст та ополіскувачів наведений у систематичних оглядах і метааналізах, що допомагають клініцистам у прийнятті рішень, обґрунтованих даними доказової медицини, при призначенні засобів догляду за порожниною рота.

Фторид олова

Концентрація фториду олова в засобах догляду за порожниною рота різна і становить, згідно з рекомендаціями FDA, для ополіскувачів 0,63 % SnF_2 та 0,454 % для зубних паст. Має протикаріозні властивості та застосовується в зубних пастах з 1954 року. Використовують для запобігання розвитку карієсу, гінгівіту та гіперестезії твердих тканин зубів.

Проведено значну кількість клініко-мікробіологічних досліджень щодо вивчення впливу фториду олова на зубний наліт. Фторид олова має широкий спектр протимікробної дії, зареєстровано бактерицидні властивості щодо грампозитивних і грамнегативних бактерій, а також бактеріостатичну завдяки сповільненню метаболізму мікроорганізмів. Фторид олова сповільнює адгезію мікроорганізмів до емалі зубів та між собою, що суттєво зменшує утворення зубного нальоту, запобігає демінералізації твердих тканин зубів від дії кислот мікробної біоплівки, шляхом взаємодії SnF_2 з поверхнею дентину закриваються каналці дентину, зменшуються явища гіперестезії та унеможливується розвиток пришийкового карієсу.

Клінічними дослідженнями доведено зменшення зубного нальоту при використанні фториду олова, а також статистично вірогідний вплив на запальні процеси в тканинах пародонта, редукцію гінгівіту.

Ефірні олії

Ополіскувачі, до складу яких входять ефірні олії — тимол, ментол, евкалиптол та метилсаліцилат, тривалий час використовуються в стоматології. Доведено високу ефективність у зменшенні зубного нальоту та гінгівіту. Вивчено механізм дії олій на мікроорганізми, що пов'язаний зі змінами в стінці клітини мікроорганізмів. Побічні явища при використанні засобу у вигляді печіння зумовлені вмістом спирту у складі ополіскувачів.

Цетилпіридину хлорид

Залежно від концентрації може використовуватися як у засобах догляду за порожниною рота, так і в лікарських засобах. Ополіскувачі з активною речовиною цетилпіридину хлоридом застосовуються в США з 1940 року. Має бактерицидну, віруцидну і фунгіцидну дію та викликає формування резистентності мікрофлори порожнини рота. Зменшує утворення зубного нальоту, оскільки здатен прикріплюватися на поверхні емалі, та запобігає розвитку запальних процесів та гінгівіту.

Комбінація амінофториду з фторидом олова в превенції утворення зубного нальоту та запальних процесів ротової порожнини

За результатами клінічних досліджень визначено потужну антибактеріальну ефективність комбінації амінофториду з фторидом олова проти патогенних штамів мікроорганізмів ротової порожнини [8]. Порівняльний аналіз застосування ополіскувача з амінофторидом і фторидом олова продемонстрував антибактеріальну ефективність, порівнянну з ополіскувачем для ротової порожнини на основі 0,06% хлоргексидину та вірогідно вищу порівняно з ополіскувачами для ротової порожнини на основі ефірних олій.

Рандомізованими клініко-мікробіологічними дослідженнями з подвійним плацебо-контролем доведено високу антибактеріальну пролонговану дію поєднаного використання зубної пасти та ополіскувача з амінофторидом/фторидом олова. Порівняльний аналіз антибактеріальної активності різних засобів догляду за порожниною рота проводили з використанням методу флуоресценції життєздатних бактерій ротової порожнини за допомогою флуоресцентного мікроскопа та цифрових зображень за допомогою програми аналізу зображень (Zeiss AxioVision). Результати дослідження свідчили, що застосування будь-якого засобу догляду за порожниною рота знижує життєздатність бактерій зубного нальоту протягом 2 годин. Застосування зубної пасти з хлоргексидином та зубної пасти з комбінацією амінофториду

з фторидом олова забезпечувало зниження життєздатності бактерій зубного нальоту протягом 12 годин після застосування продуктів (Grelle F., 2014, стендова доповідь).

Результатами подвійного сліпого рандомізованого клінічного дослідження в паралельних групах підтверджено, що щоденне комбіноване застосування зубної пасти та ополіскувача для ротової порожнини із амінофторидом/фторидом олова забезпечує довготривалий контроль зубного нальоту під час лікування пацієнтів із запальними захворюваннями тканин пародонта. На третій місяць досліджень зареєстровано зменшення показника індексу нальоту на 44 % ($P < 0,001$ порівняно з вихідним рівнем у групі дослідження). Через 24 місяці досліджень зареєстровано стабілізацію стану тканин пародонта та вірогідно менший показник індексу зубного нальоту ($P < 0,01$) порівняно з групою контролю, що використовувала фторвмісні засоби догляду за порожниною рота [7].

Вивчали ефективність ополіскувача та зубної пасти із амінофторидом/фторидом олова щодо активності запальних процесів, кровоточивості ясен та клінічних проявів гінгівіту. Через 12 тижнів застосування ополіскувача та зубної пасти із амінофторидом/фторидом олова показник кровоточивості ясен зменшувався на 45 % ($P < 0,001$) та вірогідно зменшувався порівняно із фторвмісною пастою ($P < 0,01$). Проведене дослідження дало підстави дослідникам стверджувати, що поєднання при застосуванні зубної пасти і ополіскувача із амінофторидом/фторидом олова забезпечує швидке та тривале зниження кровоточивості ясен у пацієнтів з гінгівітом [8, 9].

У рамках XI Європейського семінару з питань пародонтології «Ефективна профілактика хвороб пародонта та періімплантитів» було розглянуто питання щодо зубних паст та ополіскувачів, до складу яких входять специфічні хімічні агенти для боротьби із запальним процесом ясен і зубними відкладеннями, що забезпечують статистично значне покращення індексів гінгівіту, кровоточивості та нальоту порівняно з контрольною групою. За результатами наведеного систематичного огляду та метааналізу щодо ефективності хімічних агентів проти зубного нальоту в лікуванні гінгівіту було зроблено такі висновки: зареєстровано вірогідну різницю покращення індексу гінгівіту (Loe & Silness) у групі, учасники якої протягом 6 місяців під час індивідуальної гігієни порожнини рота застосовували зубну пасту з 0,454% вмістом SnF_2 ; WMD (середньозважена різниця) становить $-0,115$ (CI: $-0,161, -0,069$; $P < 0,001$). Спостерігається вірогідна різниця покращення індексу нальоту (Turesky et al.) у групі, учасники якої протягом 6 місяців під час індивідуальної гігієни порожнини рота застосовували зубну пасту з 0,454% вмістом SnF_2 ; WMD становить $-0,112$ (CI: $-0,185, -0,040$; $P < 0,05$) [8].

Таким чином, використання в індивідуальній гігієні порожнини рота механічного очищення із зубними пастами та ополіскувачами сприяє запобіганню утворенню зубного нальоту та кровоточивості ясен. Актив-

ні речовини зубних паст і ополіскувачів ефективні та безпечні при використанні в комплексі індивідуальної гігієни порожнини рота. Зубні пасти з амінофторидом/фторидом олова сповільнюють активність запальних процесів, вірогідно зменшують кровоточивість ясен та клінічні прояви гінгівіту.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Мазур И.П., Сиренко А.Ф. Влияние зубных паст на поддержание pH-баланса полости рта. Микробиоценоз полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях. Современная стоматология. 2007. № 2. С. 48-50.
2. Мазур И.П., Улитовский С.Б. Роль интердентальной гигиены в поддержании здоровья полости рта. Современная стоматология. 2006. № 4. С. 42-48.
3. Мазур И.П., Слободяник М.В. Протизапальні лікарські засоби для місцевого застосування у стоматології. Современная стоматология. 2014. № 5. С. 28-33.
4. American Dental Association. Acceptance program guidelines: chemotherapeutic products for control of gingivitis. Chicago: American Dental Association, Council on Scientific Affairs, July, 1997.
5. Council on Dental Therapeutics. Guidelines for acceptance of chemotherapeutic products for the control of supragingival plaque and gingivitis. J. Am. Dent. Assoc. 1986. 112. 529-532.
6. FDI Commission Work Project. Guidance on the assessment of the efficacy of toothpastes. Int. Dent. J. 1999. 49. 311-316.
7. Serrano J., Escibano M., Roldan S., Martin C., Herrera D. Efficacy of adjunctive antiplaque chemical agents in managing gingivitis: a systematic review and meta-analysis. J. Clin. Periodontol. 2015. 42 (Suppl. 16). S106-S138. doi: 10.1111/jcpe.12331.
8. Paraskevas S., Danser M.M., Timmerman M.F., van der Velden U., van der Weijden G.A. Effect of a combination of amine/stannous fluoride dentifrice and mouthrinse in periodontal maintenance patients. J. Clin. Periodontol. 2004. 31. 177-183.
9. Serrano J., Escibano M., Roldán S., Martín C., Herrera D. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: a systematic review and meta-analysis. Journal of clinical Periodontology. 2015. V. 42. Iss. S16. P. S106-S138. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12331>
10. Wiernicka-Menkiszak M., Mazurek-Mochol M., Trabska-Swistelnicka M., Bettleja-Gromada K. The effect of the meridol® toothpaste and meridol® mouthrinse on the reduction of bacterial plaque and gingival inflammations. Czas. Stomatol. 2007. 60. 11-19.

Отримано/Received 26.10.2021

Рецензовано/Revised 08.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 15.11.2021 ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583 87 59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAAAAJ&hl=ru>; <http://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>.
P. Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: Petyamazur0812@gmail.com

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

I.P. Mazur, P.V. Mazur

Shupyk National Medical Healthcare University, Kyiv, Ukraine

Effectiveness and safety of oral care products

Abstract. The article presents the classification of the main antiseptic chemotherapeutic active substances used in personal oral care products. The efficiency and safety of active ingredients of toothpastes and rinses was analyzed. The review of literature sources on the clinical effectiveness of the combination of amine fluo-

ride with tin fluoride in the prevention of plaque formation and inflammatory processes of the oral cavity is presented.

Keywords: individual oral hygiene; toothpastes; oral rinsing products; active chemotherapeutic ingredients to reduce tartar and gingivitis

УДК 616.314-002-085-053.7

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240725>Мазур І.П.^{1,2}, Левченко А.-О.Ю.^{1,2}¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

Організація державної стоматологічної служби в Україні: історіографічний аналіз

Резюме. Актуальність. Історична хронологія побудови державної системи організації стоматологічної служби України розкриває перші кроки створення та подальшого розвитку стоматології як невід'ємної складової наукової і клінічної медицини. У 1920 році в Україні запроваджено принципово нову організаційно-економічну модель стоматологічної допомоги з державним фінансуванням, що передбачала охоплення всього населення держави. Багаторічна історія є найкращим підґрунтям для аналізу пройденого еволюційного шляху розвитку стоматологічної служби в Україні. **Мета дослідження** — вивчення історіографії становлення стоматології як самостійної дисципліни наукової та клінічної медицини, організації державної стоматологічної служби в Україні за результатами дослідження архівних матеріалів нормативно-правових документів. **Матеріали та методи.** Були вивчені та проаналізовані матеріали основних архівних документів Центрального державного історичного архіву України в м. Києві за період 1919–1920 років. Матеріалами дослідження були основні нормативно-правові документи, що регулювали зуболікарську допомогу: наказ НКОЗ УРСР № 3 від 5 квітня 1920 р. «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я»; наказ НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 р. «Про організацію державної зуболікарської допомоги»; інструкція до параграфу 2 наказу НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 р. «Про державну зуболікарську допомогу»; інструкція «З питань щодо постанови зуболікування в державних амбулаторіях», затверджена НКОЗ УРСР від 13 квітня 1920 р.; План організації зуболікувальної допомоги для населення України, затверджений НКОЗ УРСР 26 червня 1920 р. Методи дослідження — історичний, що передбачає вивчення утворення, формування та розвитку об'єктів у хронологічній послідовності; історико-критичний, що передбачає вилучення з історичних джерел вродливої інформації, реконструкцію історичних фактів із метою вивчення подієвої історії. **Результати.** На підставі архівних матеріалів нормативно-правових документів Центрального державного архіву вищих органів влади та управління України в м. Києві було проведено історико-критичний аналіз створення державної системи організації стоматологічної служби України за період 1919–1920 років. Затверджені НКОЗ України накази, розпорядження та інструкції розкривають перші кроки побудови та запровадження нової організаційно-економічної моделі надання стоматологічної допомоги. Створена система охорони здоров'я ґрунтувалася на забезпеченні державною соціальною медичною стоматологічною допомогою кожному громадянину України. **Висновки.** Історіографічний аналіз нормативно-правових документів розкриває становлення стоматології як невід'ємної складової висококваліфікованої медичної допомоги. Запроваджена нова організаційно-економічна модель надання соціальної стоматологічної допомоги населенню України будувалася на засадах безоплатності, доступності, кваліфікованості, комплексності та профілактики стоматологічних захворювань. Стоматологічна допомога населенню України передбачала побудову мережевої системи державних амбулаторно-поліклінічних закладів, стоматологічних відділень у складі багатопрофільних поліклінік, стоматологічних відділень та кабінетів в лікарнях, які були підпорядковані губернським

© «Oral and General Health», 2021

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Мазур Ірина Петрівна, доктор медичних наук, професор кафедри стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожичська, 9, м. Київ, 04112, Україна; факс: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; контактний тел.: +38 (050) 583-87-59.For correspondence: Iryna Mazur, DM, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; fax: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583-87-59.

Full list of authors information is available at the end of the article.

одонтологічним підрозділам та Народному комісаріату охорони здоров'я України. Нова модель державного регулювання ґрунтувалася на плануванні та контролі надання соціальної стоматологічної допомоги на засадах державного фінансування. Головними завданнями створеної системи охорони здоров'я було запровадження організаційних заходів, спрямованих на масове охоплення безкоштовною зуболікувальною та зуботехнічною допомогою громадян України. Важливим напрямком стоматологічної допомоги було створення шкільних кабінетів для проведення профілактичних заходів стоматологічних захворювань порожнини рота в організованих дитячих колективах.

Ключові слова: історіографія стоматологічної служби України; нормативно-правові документи, аналіз архівних документів; накази Народного комісаріату охорони здоров'я України

Вступ

З організацією Народного комісаріату охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки (НКОЗ УРСР) в лютому 1919 року розпочинається розбудова державної соціальної медицини, спрямованої на масове охоплення населення медичною допомогою. Охорона здоров'я забезпечувалась державним фінансуванням із метою ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Державне регулювання системи охорони здоров'я торкнулось зуболікарської допомоги, попит на яку був значним, але доступна дана допомога була лише для заможних верств населення. На початку ХХ століття приватні зуболікарські школи не забезпечували державу достатньою кількістю зубних лікарів та дантистів на тлі значного зростання населення, тому майже на 97 % зуболікарську допомогу здійснювали земські лікарі та фельдшери. Стоматологічна допомога визнавалась у новій системі охорони здоров'я невід'ємною складовою медичної допомоги. У побудові нової організаційно-економічної моделі надання соціальної стоматологічної допомоги населенню України державою передбачались розбудова мережі зуболікувальних відділень й амбулаторій у складі лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я і підготовка висококваліфікованих кадрів у закладах вищої освіти.

Мета дослідження: вивчення історіографії становлення стоматології як самостійної дисципліни наукової та клінічної медицини, організації державної стоматологічної служби в Україні за результатами дослідження архівних матеріалів нормативно-правових документів.

Матеріали та методи

Вивчення та аналіз матеріалів основних архівних документів Центрального державного історичного архіву України в м. Києві за період 1919–1920 років.

Матеріали дослідження — основні нормативно-правові документи, що регулювали зуболікарську допомогу: наказ НКОЗ УРСР № 3 від 5 квітня 1920 р. «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я»; наказ НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 р. «Про організацію державної зуболікарської допомоги»; інструкція до параграфа 2 наказу НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 р. «Про державну зуболікарську допомогу»; інструкція «З питань щодо постанови зуболікування в державних амбулаторіях», затверджена НКОЗ УРСР від 13 квітня 1920 р.; *План організації зуболіку-*

вальної допомоги для населення України, затверджений НКОЗ УРСР 26 червня 1920 р.

Методи дослідження — історичний, що передбачає вивчення утворення, формування та розвитку об'єктів у хронологічній послідовності; історико-критичний, що передбачає вилучення з історичних джерел вірогідної інформації, реконструкцію історичних фактів із метою вивчення подієвої історії.

Результати та їх обговорення

На підставі архівних матеріалів нормативно-правових документів Центрального державного архіву вищих органів влади та управління України (ЦДАВО) в м. Києві було проведено історико-критичний аналіз створення державної системи організації стоматологічної служби України за період 1919–1920 років. Затверджені НКОЗ України накази, розпорядження та інструкції розкривають перші кроки побудови та запровадження нової організаційно-економічної моделі надання стоматологічної допомоги. Створена система охорони здоров'я ґрунтувалася на забезпеченні державою соціальної медичної стоматологічної допомоги кожному громадянину України [7].

Державне регулювання зуболікарської допомоги в Україні запроваджене відповідно до наказу НКОЗ УРСР № 3 від 5 квітня 1920 року «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я» шляхом організації зуболікарських підрозділів в усіх губерніях (областях) нашої держави (рис. 1). Головними завданнями новоутворених підрозділів були: облік і реєстр зуболікарських амбулаторій, їх кабінетів, зуботехнічних майстерень разом зі штатом зубних лікарів та техніків, розподіл зуболікарських матеріалів серед зуболікарських установ та співпраця з науково-клінічними зуболікарськими закладами [1, 6, 7].

Наступним кроком було запровадження принципу нової організаційно-економічної моделі надання стоматологічної допомоги, де було затверджено державне регулювання, планування та контроль системи надання стоматологічної допомоги Україні. Наказом НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 року «Про організацію державної зуболікарської допомоги» запроваджено державну стоматологічну допомогу. Основними принципами зуболікування були доступність, кваліфікованість та комплексність надання стоматологічної допомоги населенню. Під керівництвом губернських одонтологічних підрозділів та НКОЗ УРСР створено мережу державних зуболікарських амбула-

торій в усіх містах та селах України. Головним завданням системи зуболікування в той час була організація масової зуболікувальної та зуботехнічної допомоги для робітничого класу та селян, що забезпечувалась коштами держави [1, 5, 7]. Першими кроками з розбудови державного сектора зуболікарської допомоги була реорганізація приватних зуболікарських клінік у державні установи, націоналізація зуболікарського обладнання та інструментарію. НКОЗ УРСР за підписом народного комісара М.Г. Гуревича була видана роз'яснювальна інструкція до параграфа 2 наказу № 4 від 10 квітня 1920 року «Про державну зуболікарську допомогу» щодо етапів реквізиції (націоналізації) зуболікарських кабінетів та необхідного інструментарію (рис. 2). Підставою реквізиції слугували: мало задіяні зуболікарські кабінети; кабінети померлих лікарів; кабінети лікарів, які працюють на державній службі або мобілізовані на фронт, та кабінети лікарів із приватно-практикуючою діяльністю. Інструкцією передбачалося забезпечення мінімально-необхідного інвентаря, обладнання та інструментарію, призначених для зуболікарських кабінетів та кабінетів зубного техніка. Наказом було дозволено мати в зуболікарському кабінеті лише одне стоматологічне крісло та бормашину. Право на збільшення кількості медичного

обладнання одержували тільки висококваліфіковані зубні лікарі та зубні техніки [1, 4, 7].

У вирішенні першочергових завдань системи охорони здоров'я, зуболікарської допомоги держава ставила відповідні завдання перед науково-навчальними закладами щодо розробки рекомендацій з удосконалення організаційних форм управління галузю, впровадження нових, прогресивних технологій у практичну роботу лікарів.

Одонтологічний підвідділ Народного комісаріату охорони здоров'я України розглядав організаційні питання щодо нормативів облаштування кабінетів у державних амбулаторіях для подальшого зуболікарського прийому пацієнтів. Роз'яснення про організаційні заходи зуболікувальних амбулаторій було надане в інструкції, затвердженій НКОЗ УРСР 13 квітня 1920 року «З питань щодо постанови зуболікування в державних амбулаторіях» (рис. 3). Першочергово інструкція зазначила, що надання стоматологічної та зуботехнічної допомоги населенню було безкоштовним. При організації зуболікувальних амбулаторій особливу увагу приділяли облаштуванню приміщень та дотриманню певних умов для можливості проведення якісної дезінфекції, їх освітленню, вентиляції та оснащенню медичною та зуболікарською технікою

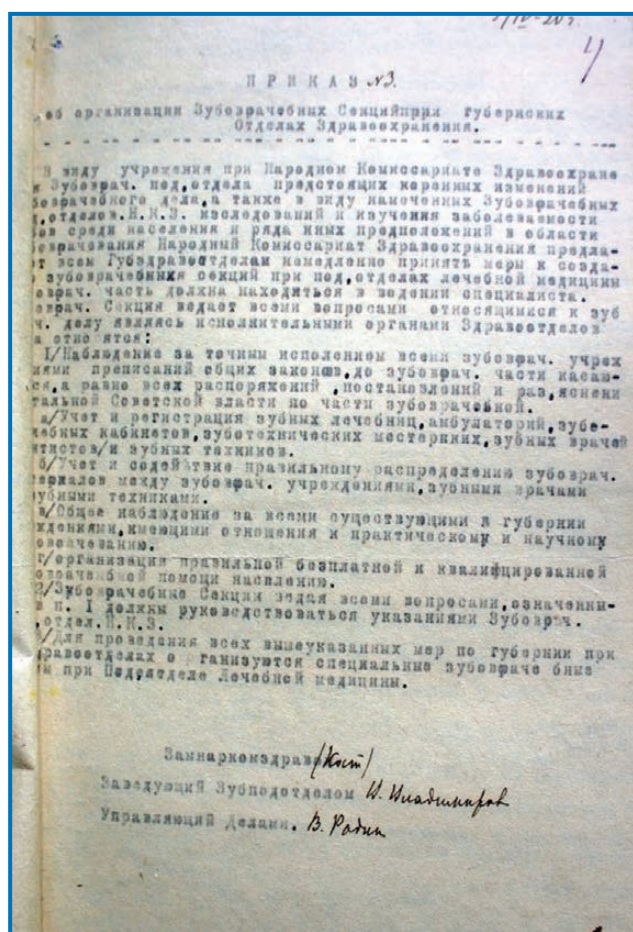


Рисунок 1. Наказ НКОЗ УРСР № 3 від 5 квітня 1920 р. «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я»

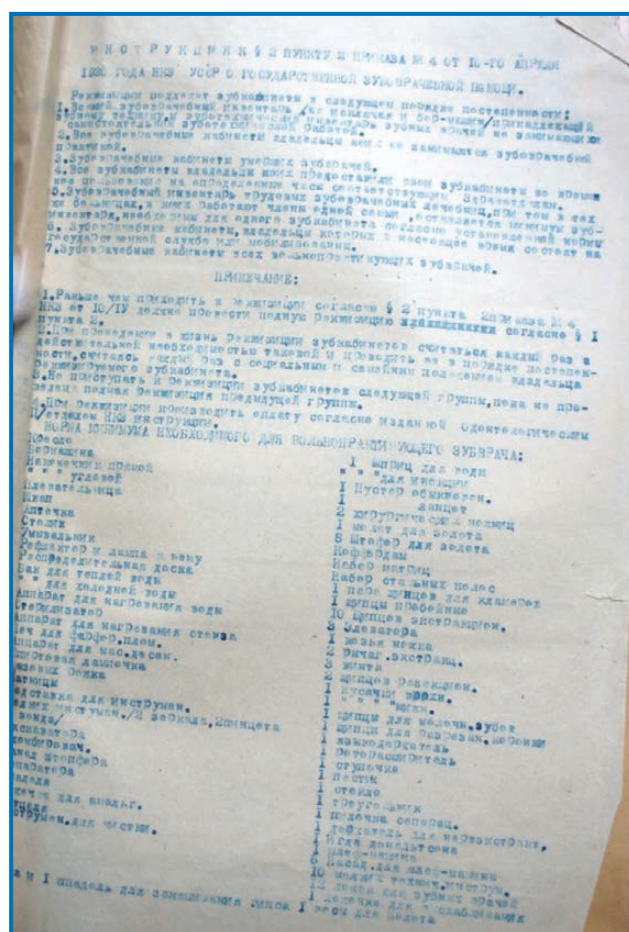


Рисунок 2. Інструкція до параграфа 2 наказу НКОЗ УРСР № 4 від 10 квітня 1920 р. «Про державну зуболікарську допомогу»

та апаратами для проведення стерилізації. Із метою ефективного використання зуболікарської техніки та робочого часу лікаря організовували робочий процес у дві зміни, із тривалістю роботи до 5 годин на день. Для підвищення продуктивності лікарської праці долучали додатковий персонал. В їх обов'язки входили: суворе дотримання гігієни, стерилізація інструментарію, перев'язувального матеріалу, дезінфекція склянок після кожного прийому, загальна реєстрація хворих, допомога лікарям під час прийому. Важливим напрямом роботи лікаря було проведення санітарно-просвітницької роботи серед робітників та селян у вигляді лекцій, співбесід із питань гігієни порожнини рота та профілактики стоматологічних захворювань [1, 3, 7].

Основними принципами медичної допомоги, що задекларовані наказами НКОЗ УРСР, були масовість, безоплатність та побудова нових закладів охорони здоров'я — амбулаторій та лікарень в усіх населених пунктах України. Запропонований одонтологічним підвідділом (Штернберг) НКОЗ УРСР План організації зуболікувальної допомоги для населення України, що затверджений 26 червня 1920 року народним комісаром М.Г. Гуревичем, передбачав забезпечення доступною та висококваліфікованою стоматологічною допомогою робітничого класу

та селян (рис. 4). Залежно від кількості населення, що проживало в місті або селищі, організовувалась стоматологічна допомога в районних та шкільних амбулаторіях. Відповідно до «Плану організації зуболікувальної допомоги для населення України» стоматологічна допомога організовувалась у великих та малих містах за 3 групами. У містах 1-ї групи, де населення становило до 100 тисяч жителів, організація роботи районних та шкільних амбулаторій підпорядковувалася таким вимогам: районні амбулаторії були прикріплені до загальномедичних амбулаторій, мали окремі зуболікарські відділення для прийому хворих та працювали з урахуванням 1 крісла на 10 тисяч жителів. Шкільні амбулаторії організовувались у закладах освіти — школах або в приміщеннях поблизу, де зуболікарська допомога надавалась дітям шкільного й дошкільного віку із розрахунку 1 крісло на 2–2,5 тисячі дітей.

Міста, де населення перевищувало 100 тисяч жителів, та великі міста (Київ, Харків, Одеса, Дніпропетровськ та Миколаїв), відносили до 2-ї та 3-ї групи. Базові принципи організації надання зуболікувальної допомоги в районних та шкільних амбулаторіях двох останніх груп відповідали вимогам до 1-ї групи. Однак з урахуванням збільшеної чисельності населення додатково було дозволено відкривати зуболікувальні

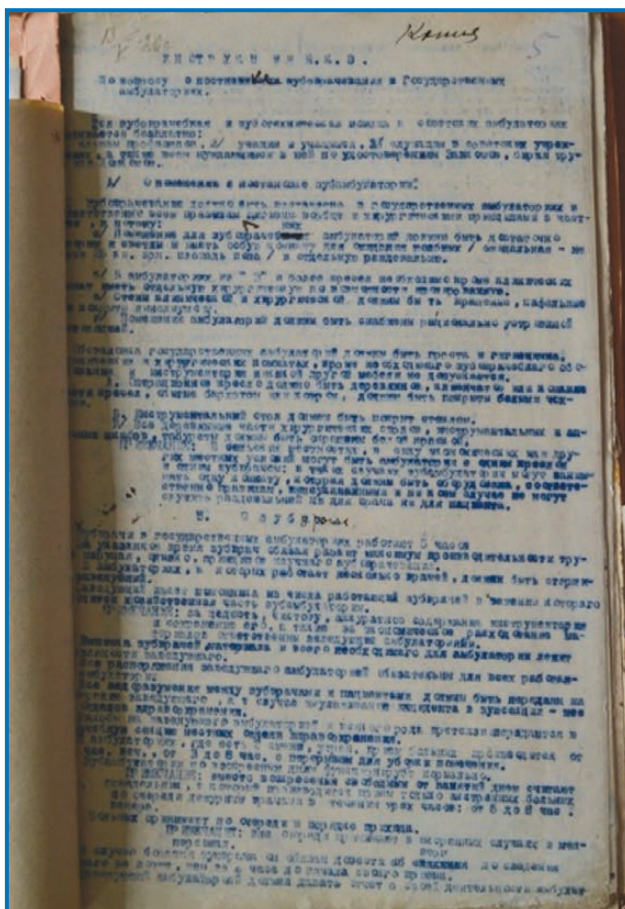


Рисунок 3. Інструкція «З питань щодо постанови зуболікування в державних амбулаторіях», затверджена НКОЗ УРСР від 13 квітня 1920 р.

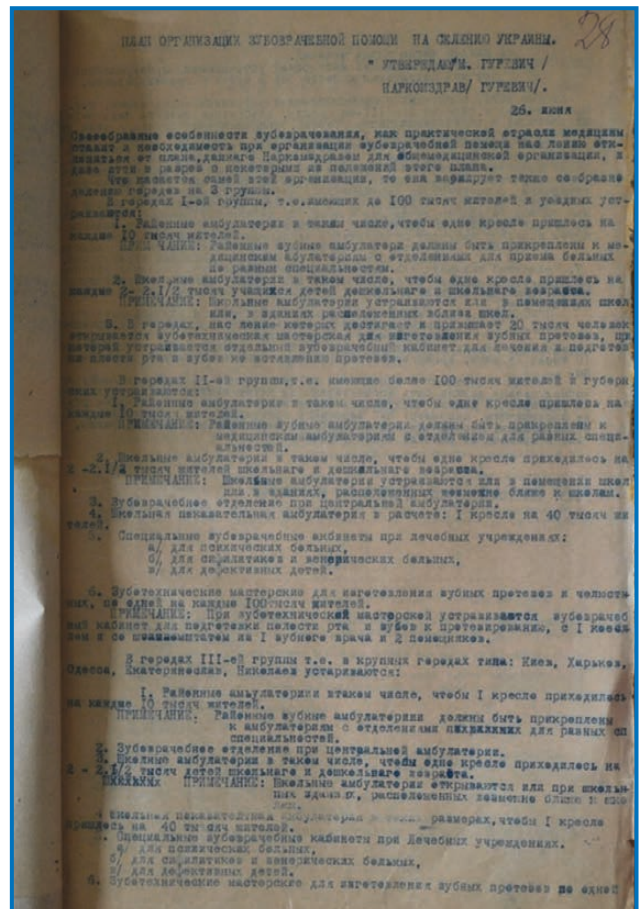


Рисунок 4. План організації зуболікувальної допомоги для населення України, затверджений НКОЗ УРСР 26 червня 1920 р.

заклади при центральних амбулаторіях та включати проведення шкільного і дошкільного зуболікування. Прийом хворих на одному кріслі для дитячого контингенту розраховувався на 40 тисяч жителів. Разом із тим великі міста мали спроможність відкривати ще й окремі зуболікувальні заклади та зуботехнічні лабораторії. Для забезпечення населення зубними протезами було запропоновано організацію зуботехнічних лабораторій із розрахунку 1 майстерня на 100 тис. населення [2].

Для надання високоспеціалізованої стаціонарної медичної допомоги із запальними процесами, пораненнями, травмами та пухлинами щелепно-лицевої ділянки передбачалось створення ліжкового фонду, а саме «щелепних лазаретів або відділень» у складі «хірургічних клінічних госпіталів» [7].

План організації зуболікувальної допомоги для населення України передбачав надання стоматологічної допомоги сільському населенню, що мешкало в населених пунктах, менших ніж 10 тисяч. Стоматологічні кабінети передбачалось організовувати в загальномедичних амбулаторіях, що розташовані не менше ніж за 10 кілометрів («5–6 верст»).

Головною метою зуболікарської допомоги був розвиток профілактичного напрямку роботи, про що свідчило розширення кількості шкільних амбулаторій (проведення профілактики стоматологічних захворювань шкільного і дошкільного віку); зуботехнічних лабораторій (для лікування, підготовки й відновленні зубними протезами функціональності зубів у порожнині рота) та відкриття спеціальних зуболікувальних кабінетів для психічних, сифілітичних, венеричних хворих й дітей із вадами розвитку [2].

Таким чином, починаючи з весни 1920 року в Україні запроваджено нову організаційно-економічну модель соціального зуболікування, що передбачала забезпечення усіх верств населення безкоштовною, доступною та кваліфікованою медичною стоматологічною допомогою шляхом розбудови мережі державних зуболікарських амбулаторій, підготовки висококваліфікованих кадрів. Профілактичний напрям зуболікарської допомоги забезпечувався впровадженням шкільних амбулаторій в організованих дитячих колективах.

Висновки

Результатами дослідження архівних матеріалів нормативно-правових документів організації державної стоматологічної служби в Україні за період 1919–1920 років була встановлена історична хронологія утворення, формування та розвитку стоматологічної служби. Реформування системи охорони здоров'я передбачало створення стоматології як невід'ємної складової частини висококваліфікованої медичної допомоги. У квітні 1920 року НКОЗ УРСР запровадив нову організаційно-економічну модель надання державної зуболікарської допомоги, що передбачала розбудову мережевої системи державних амбулаторно-поліклінічних закладів, стоматологічних відділень у складі багатопрофіль-

них поліклінік, стоматологічних кабінетів та щелепно-лицевих відділень у лікарнях, підпорядкованих губернським одонтологічним підвідділам та Народному комісаріату охорони здоров'я України. Розбудова закладів охорони здоров'я, надання стоматологічної допомоги населенню України забезпечувались коштом держави. Головним критерієм функціонування державних зуболікарських установ слугував принцип надання безоплатної, доступної, кваліфікованої та комплексної стоматологічної допомоги. НКОЗ УРСР була прийнята низка наказів, розпоряджень, запропоновані плани розбудови та надане роз'яснення у вигляді інструкцій, що регулювали стоматологічну службу в країні та були спрямовані на розширення та підвищення рівня надання медичної допомоги населенню. Нова модель державного регулювання ґрунтувалася на плануванні та контролі надання соціальної стоматологічної допомоги на засадах державного фінансування. Головним завданням даної системи були організаційні заходи з масового охоплення безкоштовною зуболікувальною та зуботехнічною допомогою кожного населеного пункту держави. Важливим напрямком стоматологічної допомоги була організація шкільних кабінетів для проведення профілактики стоматологічних захворювань порожнини рота в організованих дитячих колективах.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Мазур І.П. Історичні аспекти організації стоматологічної служби в Україні. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2019. № 21(466). С. 36–37. <https://health-ua.com/article/44893-storichn-aspekti-organizatsi-stomatologichno-sluzhbi-v-ukrain>
2. План організації зубоврачебной помощи населению Украины. ЦДАВО України (Центр. Держ. архів вищ. органів влади та упр. України). Ф. 342. Оп. 2, Спр. 103.20. «Дело № 93. Циркуляры, инструкции, приказы и образцы регистрационных карточек (одонтологическое под отделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.)». Арк. 28. Оригінал. Машинопис.
3. По вопросу постановке зубоохранения в государственных амбулаториях. ЦДАВО України (Центр. Держ. архів вищ. органів влади та упр. України). Ф. 342. Оп. 2, Спр. 103.20. «Дело № 93. Циркуляры, инструкции, приказы и образцы регистрационных карточек (одонтологическое под отделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.)». Арк. 5. Копія. Машинопис.
4. Про государственную зубоохранную помощь. ЦДАВО України (Центр. Держ. архів вищ. органів влади та упр. України). Ф. 342. Оп. 2, Спр. 103.20. «Дело № 93. Циркуляры, инструкции, приказы и образцы регистрационных карточек (одонтологическое под отделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.)». Оригінал. Машинопис.
5. Про организацию государственной зубоохранной помощи. ЦДАВО України (Центр. Держ. архів вищ. органів влади та упр. України). Ф. 342. Оп. 2, Спр. 103.20. «Дело № 93. Циркуляры, инструкции, приказы и образцы регистрационных карточек

(одонтологическое под отделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.)». Оригінал. Машинопис.

6. Про организацию зубо врачебных секций при губернских отделах Здравоохранения. ЦДАВО України (Центр. Держ. архів вищ. органів влади та упр. України). Ф. 342. Оп. 2, Спр. 103.20. «Дело № 93. Циркуляры, инструкции, приказы и образцы регистрационных карточек (одонтологическое подотделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.)». Арк. 4. Оригінал. Машинопис.

7. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нарис. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Кривий Ріг: Поліум, 2020. 224 с. ISBN 978-966-8559-72-3. <https://library.gov.ua/ukrayinska-naukova-stomatologichna-shkola/>

Отримано/Received 02.10.2021

Рецензовано/Revised 18.10.2021

Прийнято до друку/Accepted 28.10.2021 ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583-87-59; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>.

A.-O.Y. Levchenko, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: anna.alexandra.levchenko@gmail.com

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

I.P. Mazur^{1,2}, A.-O.Yu. Levchenko^{1,2}

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

Organization of the state dental service in Ukraine: historiographical analysis

Abstract. Background. The historical chronology of the creation of the state system of dental care organization in Ukraine reveals the first steps of formation and further development of dentistry as an integral part of scientific and clinical medicine. In 1920, a fundamentally new organizational and economic model of dental care with state funding was introduced in Ukraine, which provided for the coverage of the entire population of the country. The long history is the best basis for the analysis of the passed evolutionary way of dental care development in Ukraine. Objective: to study the historiography of dentistry formation as an independent discipline of scientific and clinical medicine, organization of the state dental service in Ukraine based on the results of research of archival materials of normative-legal documents. **Materials and methods.** Materials of the main archival documents of the Central State Historical Archives of Ukraine in Kyiv for 1919–1920 were studied and analyzed. The materials of the study were the main normative-legal documents regulating dental care: Order of the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR No. 3 dated April 5, 1920 "On the organization of dental sections at the provincial health departments"; Order of the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR No. 4 dated April 10, 1920 "On the organization of state dental care"; instructions to paragraph 2 of the Order of the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR No. 4 dated April 10, 1920 "On state dental care"; instruction "On the issues of the decision of dentistry in state outpatient clinics" approved by the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR on April 13, 1920; "Plan for the organization of dental care provision to the population of Ukraine" approved by the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR on June 26, 1920. The research methods were the historical one, which involves the study of the creation, formation and development of objects in chronological order; and historical-critical one, which involves the extraction of reliable

information from historical sources, the reconstruction of historical facts in order to study the history of events. **Results.** On the basis of archival materials of normative-legal documents of the Central State Historical Archives of Ukraine in Kyiv, a historical-critical analysis of the creation of the state system of dental service organization in Ukraine for 1919–1920 was conducted. The orders, directives and instructions approved by People's Commissariat of Health of the Ukraine reveal the first steps in building and implementing a new organizational and economic model of dental care. The created healthcare system was based on the provision of social medical dental care by the state to every citizen of Ukraine. **Conclusions.** Historiographical analysis of normative-legal documents reveals the formation of dentistry as an integral part of highly qualified medical care. The introduced new organizational and economic model of providing social dental care to the population of Ukraine was based on the principles of gratuitousness, availability, proficiency, integration and prevention of dental diseases. Dental care for the population of Ukraine included the construction of a network system of state outpatient clinics, dental departments as a part of multidisciplinary clinics, dental departments and offices in hospitals, which were subordinated to the provincial odontological subdepartments and the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR. The new model of state regulation was grounded on the planning and control of the provision of social dental care on the basis of state funding. The main tasks of the created healthcare system were the introduction of organizational measures aimed at mass coverage of free dental care for the citizens of Ukraine. An important area of dental care was the creation of school offices for the prevention of dental diseases of the oral cavity in organized children's groups.

Keywords: historiography of the dental service of Ukraine; normative-legal documents; analysis of archival documents; orders of the People's Commissariat of Health of the Ukrainian SSR

УДК 616.31:004

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240726>Вахненко О.М.¹, Коваленко І.О.²¹ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна²Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська обласна стоматологічна поліклініка» Черкаської обласної ради, м. Черкаси, Україна

Перспективи та шляхи розвитку доступної стоматології в Україні

Резюме. У статті наведено основні принципи функціонування системи надання медичної стоматологічної допомоги населенню на 1991 рік, зміни, що відбулися останніми роками. Проаналізовано стан надання медичної стоматологічної допомоги дітям, у сільській місцевості та пільговим категоріям населення, профілактики основних стоматологічних захворювань та робота щодо профілактичних стоматологічних програм. Подано бачення подальшого розвитку доступної стоматології в Україні.

Ключові слова: доступність медичної стоматологічної допомоги; стоматологічна допомога дітям; стоматологічна допомога в сільській місцевості та пільговим категоріям населення; профілактика основних стоматологічних захворювань

На час набуття незалежності 1991 року в Україні функціонувала потужна розгалужена система надання медичної стоматологічної допомоги населенню. Діяла широка мережа стоматологічних установ: 1) самостійні стоматологічні поліклініки (обласні, міські, районні), у тому числі й дитячі; 2) стоматологічні відділення в складі територіальних (багатопрофільних) поліклінік міст, центральних районних лікарень, медико-санітарних частин підприємств і відомств; 3) стоматологічні кабінети в лікарнях (включаючи сільські, районні та дільничні), диспансерах, жіночих консультаціях, у школах, на лікарських здоров'ях промислових підприємств і в лікарських амбулаторіях, на фельдшерсько-акушерських пунктах у сільській місцевості; 4) стоматологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, клініках медичних вузів, а також при інститутах удосконалення лікарів; відділення щелепно-лицевої хірургії в обласних і деяких великих багатопрофільних лікарнях.

Основне завдання стоматологічної мережі: 1) проведення заходів щодо профілактики захворювань щелепно-лицевої ділянки серед населення в організова-

них колективах; 2) організація та проведення заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань щелепно-лицевої ділянки; 3) надання кваліфікованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги.

Останніми роками почала стрімко скорочуватись мережа державних і комунальних лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну стоматологічну допомогу в Україні.

Посилаючись на відсутність порядку надання стоматологічної допомоги, який, відповідно до чинного законодавства, повинен встановлюватись центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, місцеві органи влади звели до мінімуму її фінансування; скорочують кількість бюджетних посад лікарів стоматологічного профілю; переводяться в статус підприємств стоматологічні поліклініки; масово ліквідовують стоматологічні кабінети в сільській місцевості; практично ліквідовані стоматологічні кабінети, що працювали в організованих дитячих колективах.

Прийнято Постанову Кабінету Міністрів України від 20 січня 2021 р. № 31 «Про затвердження Порядку

здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти», де відсутнє поняття надання стоматологічної допомоги учням, питання профілактики стоматологічних захворювань.

Масову профілактику та планову санацію ротової порожнини ефективніше проводити в організованих дитячих колективах. Раніше в таких колективах, де було 800 і більше дітей, функціонували стоматологічні кабінети, які показали високу ефективність. Діяльність таких кабінетів забезпечувалась спільно по лінії МОЗ та МОН України.

Вихід із цієї ситуації стоматологічна спільнота бачить у відновленні роботи стоматологічних кабінетів в організованих дитячих колективах. Медична стоматологічна допомога могла б надаватися учням лікарем-стоматологом відповідного закладу охорони здоров'я, що провадить господарську діяльність з медичної практики (стоматологія), або фізичною особою — підприємцем, який провадить господарську діяльність з медичної практики із стоматології на підставі укладеного із закладом освіти договору про медичне обслуговування учнів.

Також необхідно запровадити програми профілактики стоматологічних захворювань серед дитячого населення як на державному рівні, так і на регіональному. Взагалі не ведеться ніяка робота з масової (комунальної, загальнодержавної) та колективної (групової) стоматологічної профілактики. Зовсім не планується виділення коштів як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях на проведення цієї роботи. Причому ніякими державними нормативно-правовими документами такі дії не обумовлюються. Але є й обнадійливі винятки в цьому напрямку на регіональному рівні. Наприклад, на Черкащині вдалося розробити і впровадити на обласному рівні комплексну програму профілактики стоматологічних захворювань. Черкаська область — це єдиний регіон, де діяла така програма

протягом 5 років (з 2015 по 2020 рік). Цей документ зобов'язував районні адміністрації й ради звертати увагу на надання стоматологічної допомоги сільському населенню, особливо дитячому. Завдяки обласній програмі на Черкащині ситуація порівняно з іншими регіонами покращилась. Додаткове фінансування з обласного бюджету дозволило закуповувати пломбувальний матеріал і стоматологічний інструментарій, у деяких районах змінити стоматологічне обладнання. Якщо до запровадження програми у сільських стоматологічних кабінетах старе обладнання займало 70 %, то нині — близько 30 %. Та головне, що Програмою передбачено, що шкільні автобуси, окрім своєї прямої функції — підвозити дітей до школи, доставляють школярів і до стоматолога, який знаходиться найближче до того чи іншого населеного пункту. Щоб діти довго не очікували, домовлено, що стоматологи їх беруть на огляд поза чергою. Потім шкільний автобус відвозить малечу додому. В м. Києві в рамках програми «Здоров'я киян» виділяються кошти на стоматологічну допомогу дітям, пільговим категоріям населення. Також в м. Дніпрі окремо виділяються кошти з міського бюджету на стоматологічну допомогу окремим категоріям населення, дітям. У 2020 році виділялись цільові кошти на деякі профілактичні заходи для дітей. Ці та деякі інші приклади показують, що місцеві органи влади можуть вирішувати питання поліпшення надання медичної стоматологічної допомоги в своїх регіонах.

Асоціацією стоматологів України разом з Інститутом стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України розроблено програму первинної профілактики основних стоматологічних захворювань населення України до 2024 року. Ця програма була схвалена на 5-му Національному українському стоматологічному конгресі «Стоматологічне здоров'я — інтегральна



Таблиця 1

Оглянуто (1169 осіб)		Підлягало санації з оглянутих, %		Виявлено патології зубів — карієс			
				Місто		Село	
Місто	Село	Місто	Село	Неускл.	Ускл.	Неускл.	Ускл.
432	737	37	69	554	84	1081	268
37 %	63 %			87 %	13 %	80 %	20 %

складова здоров’я нації» в 2019 році. Програма запрацює після прийняття її державними органами виконавчої влади.

В результаті негативних процесів значно погіршився доступ населення, в першу чергу соціально незахищеного та сільського, до стоматологічної допомоги та спостерігається значне зростання стоматологічних захворювань і, як наслідок, тяжких ускладнень від них.

Вселяє надію те, що в Національній службі здоров’я України це розуміють та в Програмі медичних гарантій 2021 року стоматологічну допомогу дорослим і дітям виділено в окремий амбулаторний пакет. Стоматологічна допомога є дорогою послугою в усьому світі. Обмеженість ресурсів на охорону здоров’я в Україні зумовлює необхідність пріоритизувати кошти Програми медичних гарантій і направляти їх насамперед на ті послуги, які допоможуть знизити рівень смертності.

Поряд з цим збереження стоматологічного здоров’я українців є важливим для системи охорони здоров’я. В умовах вкрай обмеженого фінансування системи охорони здоров’я найефективнішим у стоматологічній галузі є витрачання ресурсів лише на найнеобхідніше, вважає Національна служба здоров’я України.

Переважає більшість комунальних стоматологічних клінік у нашій країні працюють на платній основі. Зміна фінансування цієї медичної галузі виводить ринок стоматології з тіні. Медичні заклади мають можливість офіційно запроваджувати платні послуги, прозоро формувати ціну і конкурувати за клієнтів як повноцінні комерційні структури. Сьогодні стоматологічну допомогу надають понад 24 600 лікарів стоматологічного профілю у 6280 закладах різних форм власності.

У 2020 році на надання послуг за пакетом «Амбулаторна медична допомога дорослим та дітям», включно зі стоматологічною допомогою, Національна служба здоров’я України (НСЗУ) уклала договори з понад 1,4 тис. медичних закладів. Ці заклади отримали за контрактом з НСЗУ понад 7,3 млрд грн. Для дорослих Програма медичних гарантій на 2021 рік покриває ургентну стоматологію — зняття гострого болю та лікування станів, що загрожують життю. Зокрема, будуть безоплатними медичні послуги, якщо у пацієнта діагностовано пульпіт, перелом зуба, невралгія трійчастого нерва, хімічний опік слизової рота, слинокам’яна хвороба, карбункул і фурункул, травми м’яких тканин щелепно-лицевої ділянки. До безоплатного пакета входить планова дитяча стоматологія, бо вона дійсно може запобігти погіршенню загального здоров’я дитини.

НСЗУ закуповує безпечні та якісні медичні послуги, відповідно до можливостей державного бюджету.

Водночас українці мають отримувати доступні та якісні медичні послуги за будь-яким напрямом без катастрофічних фінансових витрат.

У Програмі медичних гарантій 2021 року стоматологічну допомогу дорослим та дітям виділено в окремий амбулаторний пакет. Він покриватиме:

— ургентну стоматологічну допомогу дорослим та дітям;

— проведення інструментальних досліджень в рамках ургентної стоматологічної допомоги;

— планову стоматологічну допомогу дітям, крім ортодонтичних процедур та протезування.

Протезування, брекети та інші дорогі стоматологічні послуги не входять у гарантований пакет.

Особливо потерпає від відсутності медичної стоматологічної допомоги сільське населення. Ми провели моніторинг стоматологічної захворюваності призовників на обласному призовному пункті Черкаської області України, на якому виявлено, що з загальної кількості оглянутих підлягало санації призовників з міст 37 %, а сільських мешканців — 69 %.

Стосовно виявленої патології див. табл. 1.

Це наглядна картина дефіциту стоматологічної допомоги сільському населенню. Високим залишається відсоток вроджених вад сільських дітей, виявлених в за давній стадії. Ортодонтом у 2020 році оглянутий 341 школяр сільської місцевості однієї з областей, з яких 77 % мали ортодонтичну патологію, більше половини із них вже за давню. З виявленої патології 37 % мали патологію прикусу, 40 % — зубних рядів і 15 % — патологію окремих зубів.

Натомість в Україні профілактичні огляди не проводяться. Згідно із статистикою, лише 5 % відвідувань стоматологів проходять із профілактичною метою. Зазвичай українці потрапляють у стоматологічне крісло для лікування насамперед гострих станів і часто дотягують до ускладнень. Про проведення профілактичних заходів у селі годі щось і казати, бо навіть така своєрідна пропаганда, як реклама зубних паст, там не має впливу.

Враховуючи погане транспортне сполучення й організацію стоматологічної допомоги в сільській місцевості, потрібно:

— на державному рівні стимулювати об’єднані територіальні громади організовувати в селах стоматологічні кабінети з територією обслуговування на відстані не більше 3—5 км і дати можливість жителям, в тому числі дітям, добратись до стоматолога і полікувати зуби;

— задіяти шкільні автобуси для підвезення дітей до стоматолога з метою профілактичних оглядів і своєчасного лікування зубів;

— запроваджувати державні комплексні програми профілактики стоматологічних захворювань населення, в тому числі дитячого, в Україні.

Окремо стоїть питання щодо перспектив надання стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення. Це стосується учасників бойових дій, учасників ліквідації аварії на ЧАЕС, пенсіонерів та деяких інших. Відповідно до чинного законодавства, всі вони мають право на безоплатну стоматологічну допомогу, включаючи зубне протезування. З державного бюджету на такі цілі кошти не виділяються, програмою фінансових медичних гарантій вони також не враховуються. Свої права ці категорії населення можуть реалізувати лише за рахунок регіональних програм і коштів місцевих бюджетів, що явно недостатньо. Вихід з такої ситуації бачиться через включення стоматологічної допомоги цим категоріям до Програми медичних гарантій. У той же час продовжує активно розвиватись стоматологічна допомога приватної форми власності. Продовжували впроваджуватись новітні світові технології лікування, хірургічної, ортодонтічної допомоги та зубного протезування. На жаль, така стоматологічна допомога не є доступною для всіх верств населення та не покриває всю територію України, наприклад віддалені сільські населені пункти.

Висновки

Метою реформування системи надання медичної стоматологічної допомоги має бути забезпечення населення України доступною та якісною медичною стоматологічною допомогою. Здійснення цієї мети можливе через запровадження державних фінансових гарантій, загальнообов'язкового державного медичного страхування, в рамках якого державні фінансові гарантії будуть працювати як страхові програми та гарантії. Причому за програмами з медичного страхування матиме право працювати вся стоматологічна мережа, незалежно від форми власності та підпорядкування. Також необхідно затвер-

дити програму первинної профілактики основних стоматологічних захворювань населення України. Кадровий потенціал, розгалужена структура закладів і кабінетів різних форм власності, що надають медичну стоматологічну допомогу населенню України, дають надію, що при правильній організації та раціональних підходах громадяни України, всі, хто цього потребує, матимуть доступну, якісну та кваліфіковану стоматологію на теренах української держави. Наша наукова, педагогічна та практична стоматологія має займати достойне місце на європейському та світовому рівнях.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про внесок кожного автора: *О.М. Вахненко* — концепція та дизайн дослідження, збирання й обробка матеріалів, аналіз отриманих даних, написання тексту; *І.О. Коваленко* — надання матеріалів, написання тексту.

Список літератури

1. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 рр.: довідник. Під ред. Ю.В. Вороненка, О.В. Павленка, І.П. Мазур. Кропивницький: Поліум, 2018. 212 с.
2. Документи Кабінету Міністрів України. <https://kmu.gov.ua>
3. Документи Міністерства охорони здоров'я України. <https://moz.gov.ua>
4. Документи Національної служби здоров'я України. <https://nszu.gov.ua>
5. Матеріали 5-го Національного українського стоматологічного конгресу «Стоматологічне здоров'я — інтегральна складова здоров'я нації». www.udenta.org.ua

Отримано/Received 13.10.2021

Рецензовано/Revised 25.10.2021

Прийнято до друку/Accepted 01.11.2021 ■

Information about authors

Olexander Vakhnenko, MD, PhD, Vice-President of the NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine; e-mail: ovahnenko@gmail.com, contact phone: +38 (050) 332-26-73
Ivan Kovalenko, Director of the Cherkasy Regional Dental Polyclinic, Cherkasy, Ukraine; e-mail: stomatpl@2upost.com, contact phone: +38 (096) 518-82-10

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

Information about the contribution of each author: O.M. Vakhnenko — concept and design of research, collection and processing of materials, analysis of the received data, writing the text; I.O. Kovalenko — providing materials, writing the text.

O.M. Vakhnenko¹, I.O. Kovalenko²

¹NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

²Cherkasy Regional Dental Polyclinic, Cherkasy, Ukraine

Prospects and ways of development of accessible stomatology in Ukraine

Abstract. The article presents the basic principles of functioning of the system of providing medical dental care to the population for 1991, the changes that have taken place in recent years. The state of providing medical dental care to children, rural and privileged categories of the population, prevention of major dental diseases and work on preventive dental programs are analyzed. The vision

of further development of affordable dentistry in Ukraine is presented.

Keywords: availability of medical dental care; dental care for children; dental care in rural areas and to privileged categories of the population; prevention of major dental diseases

УДК 616.31-082:614.2.001

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240727>Мазур І.П.^{1,2}, Вахненко О.М.², Рибачук А.В.³, Мазур П.В.^{1,2}¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік

Резюме. У статті наведений аналіз результатів державних та галузевих статистичних звітів стоматологічних закладів охорони здоров'я, які були подані до Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» у 2020 році. Станом на 1 січня 2021 року в Україні стоматологічну допомогу населенню України надавало 22 180 лікарів стоматологічного профілю та 766 зубних лікарів у 6443 установах різних форм власності. У статті описано структуру, забезпеченість та укомплектованість стоматологічними кадрами в Україні та проведено порівняльний аналіз за останні 5 років забезпеченості стоматологами, які працюють у закладах охорони здоров'я різних форм власності. Наведено основні показники системи надання стоматологічної допомоги як у комунальних, так і в приватних закладах охорони здоров'я. Подано порівняльний аналіз із основними показниками стоматологічної допомоги за 2019 рік. Зменшується кількість проведених планових оглядів порожнини рота та збільшується кількість зл�акісних новоутворень, особливо занедбаних форм.

Ключові слова: стоматологічна допомога; забезпеченість лікарями; укомплектованість стоматологічними кадрами; заклади охорони здоров'я комунальної та приватної форм власності; санація порожнини рота; основні показники стоматологічної допомоги

Фахівцями Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, Державної установи «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України», громадської організації «Асоціація стоматологів України» у співпраці з Державним закладом «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» проведено аналіз стоматологічної діяльності за результатами державних та галузевих статистичних звітів закладів Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, які були подані до Державного закладу (ДЗ) «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» за 2020 рік. В Україні станом на 1 січня 2021 року стоматологічну допомогу населенню України надавало 22 180 лікарів стоматологічного профілю в 6443 установах різних форм власності.

Лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу в Україні

За даними ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», на 01.01.2021 р. стоматологічну допомогу мешканцям України надавали 6443 (1359 державних та 5084 приватних) заклади різних форм власності (рис. 1).

У системі МОЗ України функціонує потужна мережа медичних стоматологічних закладів. У 2020 році стоматологічну допомогу надавали 1355 закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), серед них 168 самостійних стоматологічних поліклінік (133 стоматологічні поліклініки для дорослих, 12 поліклінік для дітей, 5 стоматологічних поліклінік вищих навчальних медичних закладів (ВНМЗ) та науково-дослідних ін-

© «Oral and General Health», 2021

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Мазур Ірина Петрівна, доктор медичних наук, професор кафедри стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожичка, 9, м. Київ, 04112, Україна; факс: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; контактний тел.: +38 (050) 583-87-59.

For correspondence: Iryna Mazur, DM, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; fax: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583-87-59.

Full list of authors information is available at the end of the article.

ститутів, 18 госпрозрахункових поліклінік) та 1187 лікувально-профілактичних закладів, у структурі яких є бюджетні та госпрозрахункові стоматологічні відділення або кабінети (міські лікарні, центральні районні лікарні, районні лікарні, дільничні лікарні, сільські амбулаторії).

Останніми роками кількість самостійних стоматологічних поліклінік суттєво зменшилась внаслідок реорганізації самостійних поліклінік у відділення центральних районних або міських лікарень. Суттєве зменшення кількості закладів, які мають у складі стоматологічні відділення (кабінети), в основному відбулося через реорганізацію дільничних лікарень та сільських лікарських амбулаторій, які увійшли як структурні підрозділи до складу центрів первинної медико-санітарної допомоги та інших закладів, а раніше розглядалися як самостійні заклади. Останніми роками розширилася система стоматологічної допомоги приватної форми власності. На 01.01.2021 р. в Україні функціонує 5084 стоматологічні заклади та кабінети приватної форми власності. У 2020 році функціонувало 617 самостійних стоматологічних поліклінік приватної форми власності та 4467 стоматологічних кабінетів приватної форми власності.

Ліжковий фонд у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2020 році становив 1106 ліжок стоматологічного профілю, зокрема для дорослих — 945, для дітей — 161. Серед загального числа ліжок 47,2 % розгорнуто в обласних лікарнях, 20 % — у міських лікарнях, 18,6 % — у лікарнях швидкої медичної допомоги.

Кадрове забезпечення стоматологічної допомоги

За даними статистичної звітності МОЗ України, станом на 01.01.2021 р. в Україні працювало 22 180 лікарів стоматологічного профілю. У закладах системи МОЗ України працював 12 601 спеціаліст стоматологічного профілю. В інших міністерствах та відомствах у 2020 році стоматологічну допомогу надавали 639 спеціалістів стоматологічного профілю (зокрема: 493 лікарі-стоматологи, серед них 21 дитячий стоматолог; 56 стоматологів-хірургів; 82 лікарі стоматологів-ортопедів; 8 лікарів стоматологів-ортодонтів) (рис. 2).

У комунальних та державних ЗОЗ системи МОЗ та інших відомств працювало 13 240 лікарів стоматологічного профілю всіх спеціальностей.

У закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2020 році працював 12 601 спеціаліст стоматологічного профілю, зокрема 8901 лікар-стоматолог, серед них дитячих стоматологів — 1467; стоматологів-хірургів — 1527; лікарів стоматологів-ортопедів — 1830; лікарів стоматологів-ортодонтів — 343.

У ЗОЗ приватної форми власності працювало 8940 лікарів стоматологічного профілю, зокрема: лікарів-стоматологів — 6934, серед них дитячих стоматологів — 346; стоматологів-хірургів — 521; лікарів стоматологів-ортопедів — 1097; лікарів стоматологів-ортодонтів — 388.

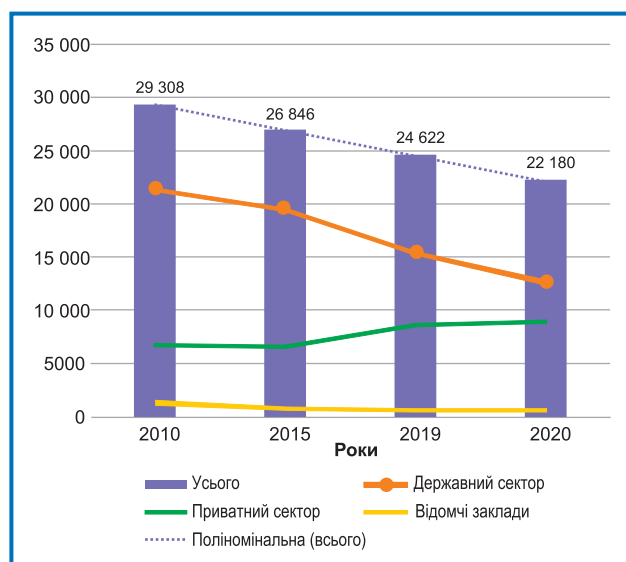


Рисунок 1. Динаміка загальної кількості лікарів-стоматологів, спеціалістів, які працюють у державному, приватному секторах та відомчих клініках України, за останнє десятиріччя

Кількість лікарів-стоматологів, які працюють у ЗОЗ різних форм власності, за останні 10 років скоротилася на 24,3 %. Кількість лікарів у комунальних стоматологічних закладах скоротилася за останнє десятиріччя на 40,1 %, а кількість лікарів приватних закладів збільшилась за цей період на 25,3 %.

Співвідношення працюючих лікарів-стоматологів у державному секторі охорони здоров'я та лікарів, які працюють у приватному секторі, становить 59,7 : 40,3 %.

У цілому в Україні на 01.01.2021 р. надавали стоматологічну допомогу 14 494 лікарів-стоматологів та лікарів-стоматологів терапевтичного профілю (65,3 %). Допомогу дітям та підліткам надавали 1834 стоматологічні фахівці (8,3 %). Проводили оперативні втручання на щелепно-лицьовій ділянці, видалення зубів 2104 хірурги-стоматологи (9,5 %). Відновлення цілісності зубних рядів, протезування зубів проводили 3009 лікарів стоматологів-ортопедів (13,6 %) та 739 стоматологів-ортодонтів (3,3 %).

В Україні функціонує 14 вищих навчальних медичних закладів системи МОЗ України, з яких 13 здійснюють підготовку лікарів-стоматологів, та 3 академії, що проводять післядипломну підготовку лікарів-стоматологів.

Забезпеченість та укомплектованість стоматологічними кадрами

У 2020 році забезпеченість спеціалістами стоматологічного профілю, які працюють в закладах МОЗ України, становила 3,04 на 10 тисяч населення, лікарями-стоматологами — 2,15, лікарями стоматологами-ортопедими — 0,44, стоматологами-хірургами — 0,37, лікарями стоматологами-ортодонтами — 0,08 (рис. 3).

Найвищі показники забезпеченості лікарями стоматологічного профілю у м. Києві — 5,98 на 10 тис.

населення, у Львівській — 5,13, Полтавській області — 4,54. Значно нижчі показники реєструвались в областях: Закарпатській — 1,3, Херсонській — 1,44 та Миколаївській — 1,52.

Укомплектованість посад стоматологічними кадрами у закладах системи МОЗ України становить 102,7 %. Цей показник значно варіює у різних регіонах. Низькі показники укомплектованості реєструвались в областях: Херсонській (81,0 %), Запорізькій (81,1 %), Миколаївській (84,9 %). Значно вищою була укомплектованість в Івано-Франківській (123,5 %), Львівській (123,9 %), Одеській областях (143,6 %).

Забезпеченість стоматологічними ліжками для дорослих на 10 тис. населення у 2020 році становила 0,23 (у 2019 р. — 0,28), стоматологічними ліжками для дітей — 0,21 на 10 тис. дитячого населення віком 0–17 років включно (у 2019 р. — 0,19). Середнє число днів зайнятості ліжка для дорослих становило 215 днів. Середнє перебування хворого на ліжку — 7,5 дня (2019 р. — 8,3).

Для дітей віком 0–17 років середнє число днів зайнятості ліжка — 187, середнє перебування хворого на ліжку — 3,43 дня.

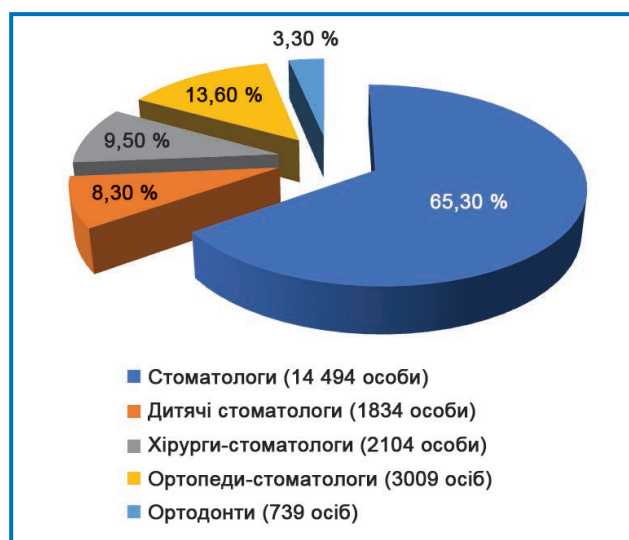


Рисунок 2. Структура стоматологічних кадрів за спеціальностями станом на 01.01.2021 р.

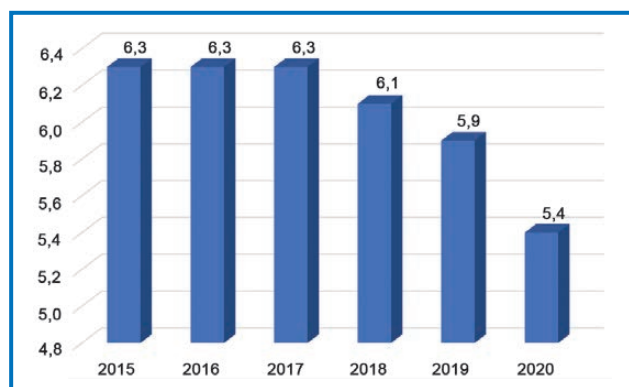


Рисунок 3. Динаміка показників забезпеченості лікарями-стоматологами на 10 тис. населення України за період з 2015 по 2020 рік

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, забезпеченість лікарями-стоматологами у Європейському регіоні становила 6,0 (2014 р.), у країнах Євросоюзу — 6,8 (2014 р.). В Україні цей показник становить 5,4, з урахуванням лікарів-стоматологів закладів усіх форм власності та підпорядкування (розрахунок проводили за даними чисельності населення Державної служби статистики України станом на 01.01.2021 р. — 41 418 717 українців).

Підготовка спеціалістів стоматологічного профілю вищими навчальними медичними закладами

У 2020 році за фахом «стоматологія» навчання проводив 21 заклад вищої освіти (ЗВО). Підготовку спеціалістів стоматологічного профілю здійснюють 13 вищих навчальних медичних закладів системи МОЗ України, а саме: Буковинський державний медичний університет (ДМУ), Вінницький національний медичний університет (НМУ), Дніпровська медична академія, Донецький НМУ, Запорізький ДМУ, Івано-Франківський НМУ, Луганський ДМУ, Львівський НМУ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Одеський НМУ, Тернопільський НМУ, Українська медична стоматологічна академія, Харківський НМУ. Підготовку спеціалістів стоматологічного профілю здійснюють 2 навчальні заклади Міністерства освіти і науки України, а саме Ужгородський національний університет та Сумський державний університет. Підготовку лікарів-стоматологів здійснюють 6 приватних вищих навчальних закладів, а саме Київський медичний університет, Львівський медичний інститут, Міжнародний гуманітарний університет (м. Одеса), Київський міжнародний університет, Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, Міжнародна академія екології та медицини.

Зменшується кількість студентів ВНМЗ, які здобувають освіту за фахом «стоматологія». Обсяг прийому на стоматологічні факультети ВНМЗ у 2020 році становив 961 особу, зокрема за рахунок держбюджету — 85 осіб. Зкладами вищої освіти МОЗ України в 2020 році випущено 1461 лікар-стоматолог, серед них 93 навчались за рахунок державного фінансування.

Іспит «Крок-2» склали 11 червня 2020 року студенти 5-го курсу стоматологічних факультетів усіх ЗВО, а саме 1887 здобувачів — громадян України: 120 здобувачів бюджетної та 1767 контрактної форм навчання. Не склали іспит 100 (5,3 %) осіб, національний показник за результатами складання цього іспиту становив 78,1 %.

Навчання в інтернаті у 2020 році проводили у 21 закладі вищої освіти, які здійснюють підготовку лікарів-інтернів за фахом «стоматологія», серед них: 16 ЗВО МОЗ України (3 з яких — заклади післядипломної освіти), 2 ЗВО МОН України, 1 ЗВО Міноборони України та 2 приватні ЗВО.

Іспит «Крок-3» склали 2120 лікарів-інтернів — громадян України, з яких 81 — бюджетної та 2039 — контрактної форм навчання. Всього по Україні 3

листопада 2020 року іспит «Крок-3. Стоматологія» не склали 92 (4,3 %) лікарі-інтерни — громадяни України контрактної форми навчання. Національний показник за результатами складання іспиту «Крок-3. Стоматологія» 03.11.2020 р. становив 81,5 %.

Безперервний професійний розвиток лікарів-стоматологів

Система професійного розвитку лікарів передбачає підвищення кваліфікації та атестацію фахівців кожні 5 років і затверджена в Україні на законодавчому рівні. На сьогодні держава проводить підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів, які працюють у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, за рахунок державних коштів.

Лікарі-стоматологи, які працюють у приватних стоматологічних закладах, проходять підвищення кваліфікації власним коштом або за рахунок клінік, де вони працюють. Підвищення кваліфікації лікарів-стоматологів значно впливає на якість надання стоматологічної допомоги. На високому рівні зберігається відсоток лікарів-стоматологів, які пройшли підвищення кваліфікації та атестацію.

Станом на 01.01.2021 р. в Україні мали кваліфікаційну категорію 6527 лікарів-стоматологів закладів охорони здоров'я системи МОЗ, що становить 73,3 %, серед них: дитячих лікарів-стоматологів — 1097 (74,8 %), стоматологів-хірургів — 1093 (71,6 %), лікарів стоматологів-ортопедів — 1378 (75,3 %), лікарів стоматологів-ортодонтів — 220 (64,1 %).

Молодші спеціалісти з медичною освітою за фахом «стоматологія», «ортопедична стоматологія»

Підготовка молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом «стоматологія» та «ортопедична стоматологія» проводиться у 23 фахових медичних навчальних закладах системи МОЗ України. Останніми роками спостерігається скорочення підготовки молодших спеціалістів з медичною освітою за фахом «стоматологія». Випуск молодших спеціалістів стоматологічного профілю у 2016 році становив 1117 осіб, у 2017 р. — 941 особу, у 2018 р. — 880 осіб, у 2019 р. — 798, у 2020 р. — 840 осіб.

Зменшується кількість зубних лікарів, які надають стоматологічну допомогу. Це зумовлено тим, що підготовка цих спеціалістів у медичних училищах, коледжах з 2006 року не проводиться. У 2020 році зубних лікарів в Україні працювало 766 (система МОЗ, відомчі заклади та приватні установи). Стоматологічну допомогу надавали 261 зубний лікар у державних закладах та 505 фахівців у приватних клініках.

Скорочення кількості зубних техніків, які працюють у стоматології, пов'язано із введенням сучасних цифрових технологій.

У 2020 році всього працювало 3326 зубних техніків, зокрема у закладах системи МОЗ України — 2659 осіб, у приватних клініках — 552, в інших відомствах — 115.

Для отримання кваліфікації «медична сестра зі стоматології» молодші спеціалісти з медичною освітою

(медичні сестри, фельдшери, акушерки) проходять відповідну спеціалізацію протягом 1,5 місяця у закладах післядипломної освіти.

Потреба мешканців України у стоматологічній допомозі

Значна інтенсивність ураження дорослого та дитячого населення стоматологічними захворюваннями зараховує проблему збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я до числа значущих і актуальних. Збереження здорового стану ротової порожнини, своєчасна санація вогнищ одонтогенної інфекції є не тільки медичною, а й важливою соціальною проблемою України.

Основне місце у стоматологічній практиці для збереження стоматологічного здоров'я посідає профілактична робота: проведення обов'язкових профілактичних оглядів, планова санація населення, запровадження системи гігієнічного навчання та виховання населення з питань стоматологічного здоров'я.

В Україні відсутні обов'язкові щорічні планові огляди мешканців України. У 2020 році лікарями-стоматологами у державних закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю планово оглянуто 3 770 062 особи, що становило 9,0 % до відповідної кількості населення України.

Серед дорослого населення України планово оглянуто 2 462 679 мешканців, що становило 7,2 % до відповідної кількості населення. Відзначалось значне коливання зазначеного показника в різних регіонах України. Найвищим був відсоток планово оглянутих у Чернігівській області (13,9 %), м. Києві (13,0 %), Харківській області (11,9 %), найнижчим — у Миколаївській (2,6 %) та Запорізькій (3,1 %) областях.

Планово оглянуто дітей віком до 17 років включно у 2020 році в Україні 1 297 750, що становило 17,2 % до відповідної кількості населення; у м. Києві — 34,1 %, Кіровоградській області — 28,3 %, Сумській — 23,5 %, Чернігівській — 22,5 %, Черкаській — 21,9 %, Чернівецькій — 19,8 %, але у Рівненській — 7,4 %, Волинській — 8,7 %, Запорізькій — 9,1 %.

Серед дорослого населення віком 18 років і старше, оглянутого у порядку планової санації, потребували санації до кількості оглянутих у 2020 році 58,0 %, у м. Києві — 84,5 %, Закарпатській області — 80,7 %, Львівській — 70,5 %, Волинській — 62,7 %, одночасно у Херсонській — 22,8 %, Харківській — 38,0 %, Сумській — 46,0 %.

Серед оглянутих у порядку планової санації дітей віком до 17 років включно в Україні у 2020 році потребували санації 52,0 %, у Закарпатській області — 78,8 %, Львівській — 66,5 %, тоді як у Харківській — 38,4 %, Сумській — 38,7 %.

Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребували в Україні у 2020 році, серед дорослого населення віком 18 років і старше становила 68,1 %. Значно вищим цей показник був у Закарпатській області — 87,8 %, Херсонській — 84,3 %, Дніпропетровській — 84,0 %, але у Волинській області — 59,0 %.



Рисунок 4. Відвідування лікарів-стоматологів у стоматологічних закладах України різних форм власності

Серед дітей віком до 17 років включно частка сано-ваних від кількості, що їй потребували в Україні у 2020 році, становила 72,5 %, у Дніпропетровській області — 88,6 %, Закарпатській — 87,8 %, Черкаській — 86,9 %, Кіровоградській — 83,3 %, але у Волинській — 59,0 %, Київській — 61,5 %.

Основні показники системи надання стоматологічної допомоги

Протягом останніх років у практичну стоматологію впроваджуються медичні стандарти, засновані на принципах доказової медицини. Стоматологічні поліклініки вищих навчальних медичних закладів надають високоспеціалізовану медичну допомогу та відіграють роль консультативно-діагностичних центрів, запроваджують механізми керованого надання пацієнтам спеціалізованої медичної допомоги за направленням лікаря (рис. 4).

Протягом 2020 року кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю (лікарі-стоматологи та зубні лікарі) становила 15 765 950 відвідувань державних закладів охорони здоров'я за стоматологічною допомогою. Серед них 11 653 746 відвідувань здійснено дорослим населенням України (18 років і старше) та 4 112 204 — дитячим контингентом (до 17 років включно). Загалом, протягом 2020 року на 1 посаду лікаря стоматологічного профілю, який працював у закладах охорони здоров'я МОЗ України, було 1658,3 відвідування за рік. Дещо вищим цей показник був у Луганській області — 3107,7, Чернігівській — 2369,9, Херсонській області — 2265,1, Кіровоградській — 2182,9, Черкаській — 2061,4, але у м. Києві — 879,0.

Суттєво не змінюється показник відвідувань лікаря-стоматолога за рік протягом останніх десяти років. Середнє навантаження на 1 посаду лікаря-стоматолога, який працює у стоматологічних закладах МОЗ України, становило 12 пацієнтів на день (за умови 200 робочих днів на рік).

Такі показники свідчать про достатню можливість надання якісної стоматологічної допомоги. До

того ж слід відзначити зниження показника відвідувань лікаря-стоматолога на одного жителя України, який становив у 2020 році 0,4 відвідування за рік (0,3 — дорослими та 0,5 — дітьми). Такі показники пов'язані, з одного боку, із пандемією гострої вірусної інфекції (COVID-19) та запровадженням карантинних заходів і обмеження роботи стоматологічних закладів, а з іншого — зміною фінансування стоматологічної галузі.

Кількість відвідувань приватних стоматологічних закладів у 2020 році становила 6 996 442, серед них 6 476 589 — відвідування пацієнтами віком 18 років і старше та 519 853 — дитячим контингентом. На одну посаду лікаря приватної клініки було 786,8 відвідування.

Захворювання слизової оболонки порожнини рота та злоякісні новоутворення

Захворюваність слизової оболонки порожнини рота в Україні у 2020 році (на 10 тис. населення) становила 28,2; серед дитячого населення віком до 17 років включно — 58,7; серед дорослого населення віком 18 років і старше — 21,5. Найвищі показники серед дорослого населення реєструвались у м. Києві — 58,0 та в областях: Київській — 51,9, Львівській — 44,4, Хмельницькій — 41,3, Черкаській — 40,6, тоді як у Сумській — 8,4, Івано-Франківській — 11,9, Херсонській — 12,1.

Діти віком до 17 років включно страждають від цих захворювань значно частіше; показник (на 10 тис. дитячого населення) у 2020 році в Україні становив 58,7; у м. Києві — 118,4, у Миколаївській області — 101,8, але у Волинській — 21,4, Херсонській — 21,9, Харківській — 41,0.

Зростає показник поширеності злоякісних новоутворень (ЗН) ротової порожнини. У 2020 році зареєстровано всього 10 653, або 25,5 (на 100 тис. населення), у Сумській області — 39,0, Полтавській — 37,1, Черкаській — 35,8, Одеській — 35,7.

Викликає занепокоєння високий відсоток показника занедбаності ЗН ротової порожнини (візуальної локалізації) в Україні (за даними форми № 35-здоров «Звіт про контингенти хворих на злоякісні новоутворення»).

У 2020 році показник занедбаності випадків злоякісних новоутворень (III–IV стадії при візуальних локалізаціях та IV стадії при інших локалізаціях) серед уперше зареєстрованих форм ЗН усіх локалізацій в Україні становив 24,6 %, при злоякісних новоутвореннях губи — 14,6 %, але при злоякісних новоутвореннях ротової порожнини — 58,2 %; у Закарпатській області — 81,0 %, Херсонській — 78,8 %, Рівненській — 77,4 %, Полтавській — 75,0 %, що свідчить про необхідність більш детального проведення щорічних оглядів порожнини рота з метою своєчасного виявлення онкологічних захворювань порожнини рота.

Питома вага хворих із злоякісними новоутвореннями ротової порожнини, виявлених при профілак-

тичних оглядах, серед кількості вперше зареєстрованих випадків у 2020 році в Україні становила 17,7 %; у м. Києві — 31,9 %, у Харківській області — 44,5 %, Тернопільській — 31,4 %, Житомирській — 27,8 %, водночас у Волинській — 0 %, Одеській — 1,1 %, Херсонській — 1,9 %, Івано-Франківській — 3,0 %.

Лікування карієсу та його ускладнень у мешканців України

У 2020 році проліковано 13 591 149 зубів у населення України з приводу карієсу. У державних закладах охорони здоров'я проведено лікування 8 127 339 зубів, зокрема у дітей — 212 146 726, або 26,1 % від усіх пролікованих зубів; у приватних закладах стоматологічного профілю — 5 463 810 зубів (зокрема у дітей — 109 981).

Порівняно з 2019 роком ці показники значно нижчі, якщо брати до уваги державні заклади та наявність пандемії COVID-19. У 2020 році проведено лікування 3 983 654 зубів з ускладненим карієсом у мешканців України; в державних закладах охорони здоров'я — 2 184 885 (54,7 %), у приватних — 1 798 769 зубів (32,9 %). Питома вага пролікованих зубів з ускладненим карієсом до всіх пролікованих зубів становила 29,3 % у пацієнтів, яким проводилось лікування у державних закладах охорони здоров'я, та 32,9 % — у приватних закладах.

Ортопедична та хірургічна стоматологічна допомога

Кількість осіб, які отримали зубні протези, апарати, у 2020 році серед міського населення України становила 140 611, або 58,8 (на 10 тис. населення), у Чернігівській області — 152,2, Волинській — 134,4, Сумській — 114,8, Херсонській — 106,3, але у Закарпатській — 24,1, Тернопільській — 28,2.

Кількість сільських жителів, які отримали зубні протези, апарати, в Україні у 2020 році становила 30 617, або 29,7 (на 10 тис. населення), у Чернігівській області — 69,5, Житомирській — 55,4, Київській — 53,3, тоді як у Закарпатській області — 9,4, Чернівецькій — 14,0.

Кількість стоматологічних операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічних закладах України у 2019 році, всього становила 236 874, або 56,4 (на 10 тис. населення), у 2020 році — 172 000, або 41,7 (на 10 тис. населення).

Різке зниження оперативних втручань відбулось у зв'язку з пандемією COVID-19 (вплив карантинних обмежень на спілкування з лікарем-стоматологом протягом року).

До того ж у 2020 році відзначались значно вищі показники оперативних втручань порівняно з показником на 10 тис. населення в Україні (41,7), що мало місце в областях: Полтавській — 110,5, Чернігівській — 99,3, Житомирській — 99,2, Волинській — 62,1, але у Тернопільській — 4,8, Херсонській — 9,3, Хмельницькій — 26,0.

Висновки

Трансформація системи охорони здоров'я, що розпочалась у 2015 році на первинному рівні, а у квітні 2020 року — на вторинному рівні, із запровадженням нових механізмів фінансування, зумовила суттєве зменшення державного сектора стоматологічної допомоги. Під час реорганізації поліклінік скорочували стоматологічні відділення, що проводили планові огляди та санацію порожнини рота серед прикріпленого контингенту населення. У 2020 році кількість стоматологічних відділень у поліклініках та самостійних стоматологічних поліклінік становила 1355 порівняно з 2010 р. — 5030 та 2015 р. — 1959.

Спостерігається чітка тенденція до зменшення загальної забезпеченості лікарями стоматологічного профілю порівняно з минулими роками (2017 р. — 6,3; 2018 р. — 6,1; 2019 р. — 5,9; 2020 р. — 5,4 лікаря суб'єктів господарювання всіх форм власності на 10 тис. населення). Причому збільшення кількості надавачів медичних послуг приватної форми власності не компенсує кількість їх зменшення в системі МОЗ. Україна все більше відстає у цьому показнику від країн Європи. Показник забезпеченості лікарями-стоматологами в Європейському регіоні становив 6,0 (2014 р.), у країнах Євросоюзу — 6,8 (2014 р.). Зменшується кількість закладів охорони здоров'я комунальної власності.

Зменшується кількість лікарів-стоматологів, що були підготовлені і випущені ЗВО МОЗ України в 2020 році, та становить 1461, серед них 93 (6,3 %) навчались за рахунок державного фінансування (2019 р. — 1692 лікаря-стоматолога, з них 85 (5,02 %) навчались за рахунок державного фінансування). Це негативно відобразилось на доступності для населення стоматологічної допомоги та, як результат, призвело до збільшення стоматологічної захворюваності (потребують санації щодо кількості оглянутих у 2019 р. — 52,8 %, у 2020 р. — 55,8 %). Також зростає показник поширеності зловиясних новоутворень ротової порожнини (2019 р. — 24,3, 2020 р. — 25,5 на 10 тис. населення).

Значно погіршились показники профілактичної роботи (питома вага планово оглянутих до відповідної кількості населення у 2019 р. становила 18,8 %, у 2020 р. — 8,5 %, серед дітей віком до 17 років включно у 2019 р. — 43,1 %, у 2020 р. — 17,2 %).

Спостерігається подальше погіршення забезпеченості ліжками з хірургічної стоматології (2019 р. — 1183, або 0,28 на 10 тис. населення, у 2020 р. — 945, або 0,23 на 10 тис. населення).

Збереження стоматологічного здоров'я у населення України є важливою складовою системи охорони здоров'я та вимагає подальших кроків у реформуванні та впровадженні профілактичних програм.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про внесок кожного автора: Мазур І.П. — концепція і дизайн дослідження; Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В. — збирання й обробка матеріалів; Мазур І.П., Вахненко О.М., Мазур П.В. — аналіз отриманих даних, написання тексту.

Список літератури

1. Вороненко Ю.В., Павленко О.В., Мазур І.П. *Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 рр.: довідник*. Кропивницький: Поліум, 2018. 212 с.
2. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. *Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік: довідник*. Кропивницький: Поліум, 2019. 176 с.

3. Вороненко Ю.В., Мазур І.П., Павленко О.В. *Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2020 рік: довідник*. Кропивницький: Поліум, 2021. 101 с.

4. Мазур І.П., Заболотько В.М., Стещенко І.Є. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: галузева структура медичних працівників у 2019 році. *Українські медичні вісті*. 2021. С. 16–22.

5. Маланчук В.О., Мазур І.П., Рибачук А.В. *Високоспеціалізована стоматологічна допомога в Україні в умовах трансформації системи охорони здоров'я*. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 2. С. 84–89.

Отримано/Received 05.10.2021

Рецензовано/Revised 18.10.2021

Прийнято до друку/Accepted 01.11.2021 ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583 87 59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAAAAJ&hl=ru>; <https://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>.

Olexander Vakhnenko, MD, PhD, Vice-President of the NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine; e-mail: ovahnenko@gmail.com, contact phone: +38 050 332 26 73

Anna Rybachuk, MD, PhD, Associate Professor, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; Researcher ID: F-5371-2019; <https://www.researcherid.com/rid/F-5371-2019>; https://scholar.google.com.ua/citations?user=qtb_UwEAAAAJ&hl; <https://orcid.org/0000-0001-5306-5412>

P. Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

Information about the contribution of each author: I.P. Mazur — concept and design of the study; I.P. Mazur, O.M. Vakhnenko, A.V. Rybachuk — collection and processing of materials; I.P. Mazur, O.M. Vakhnenko, P.V. Mazur — analysis of the received data, writing the text.

I.P. Mazur^{1,2}, O.M. Vakhnenko², A.V. Rybachuk³, P.V. Mazur¹

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

³Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Analysis of the main indicators of dental care in Ukraine for 2020

Abstract. The article presents an analysis of the results of state and sectoral statistical reports of dental healthcare institutions, which were submitted to the State Institution "Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine" in 2020. As of January 1, 2021, 22,180 general dental practitioners and 766 dentists provided dental care to the population of Ukraine in 6,443 institutions of various forms of ownership. The article presents the structure, staffing level and dentistry personnel density in Ukraine; also, a comparative analysis for the last 5 years was conducted in terms of staffing level of dentists working in health-

care institutions of different forms of ownership. The main indicators of the system of providing dental care in both public and private healthcare facilities are presented. A comparative analysis with the main indicators of dental care for 2019 was carried out. The number of routine examinations of the oral cavity decreases and the number of malignant neoplasms, especially advanced ones, increases.

Keywords: dental care; density of physicians; dentistry personnel density; municipal and private healthcare facilities; full mouth debridement; main indicators of dental care

УДК 616.31-084:614.2

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240728>Манак Т.Н.¹, Юдина Н.А.²¹Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь²Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Государственные программы профилактики основных стоматологических заболеваний в Беларуси

Резюме. Целью исследования является анализ результатов реализации государственных программ профилактики основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов и болезней пародонта — в Республике Беларусь. **Материалы и методы.** Обобщение исследований по эпидемиологии кариеса зубов и заболеваний пародонта среди детей и взрослого населения в Беларуси. **Результаты.** Первая государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей, разработанная профессором Э.М. Мельниченко в 1986 г., вместе с обновленным вариантом 1998 г. была эффективной в снижении интенсивности кариеса зубов в ключевой возрастной группе детей 12 лет на 20 % от исходного уровня, национальная программа профилактики позволила достигнуть индекса КПУ 2,4. **Выводы.** Опыт практической реализации государственной программы профилактики стоматологических заболеваний в Республике Беларусь был положительным благодаря использованию доказательных методов, рекомендованных ВОЗ.

Ключевые слова: кариес зубов; заболевания пародонта; эпидемиология; коммунальные программы; методы профилактики; программы профилактики; опыт Беларуси

Во многих странах каждые 5–10 лет проводятся плановые национальные эпидемиологические исследования стоматологических заболеваний по всем правилам эпидемиологии и с учетом рекомендаций ВОЗ.

Систематический мониторинг кариозной болезни в мире начали проводить в 1960-х годах по инициативе руководителя стоматологического отдела ВОЗ, австралийского эпидемиолога Dr. D. Barmes. Он же предложил оригинальный «разведочный» метод эпидемиологического исследования, выделяя несколько ключевых возрастных групп населения, главная из которых — 12-летние дети.

Первые данные о состоянии тканей пародонта (пародонтальный профиль) опубликованы ВОЗ значительно позднее — в 1990 г.

Эпидемиологические исследования позволяют изучать распространенность и интенсивность болезней, определять тенденции и различия между странами, планировать программы профилактики и

стоматологической помощи населению, оценивать эффективность профилактики и системы в целом [8].

В Республике Беларусь постоянный мониторинг стоматологических заболеваний в соответствии с рекомендациями ВОЗ налажен начиная с 1996 года [2].

Программы профилактики. Первая государственная программа профилактики стоматологических заболеваний, разработанная профессором Э.М. Мельниченко и ассистентом В.С. Харитон на кафедре детской стоматологии в Минском государственном медицинском институте (ныне — БГМУ), была реализована в 1987 г. (Приказ Минздрава БССР № 261 от 15.12.1987 г., Минск). Акцент был сделан на приеме детьми фторсодержащих таблеток; беременным назначались витамины, кальций и другие препараты.

В 1998 г., после проведения первого массового эпидемиологического исследования с использованием «разведочного» метода, была разработана и внедрена в практику новая «Национальная программа первичной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта

среди населения Республики Беларусь». В Программу не были включены затратные методы, такие как санация, профессиональная локальная фторизация зубов (фтор-лаки, гели), «запечатывание» фиссур, назначение системных препаратов беременным. Программа включала рекомендации по гигиене рта, использованию фторидов (фторсодержащие зубные пасты, фтор-соль) и просвещение населения в отношении здоровья для зубов питания.

Целью исследования является анализ результатов реализации программ профилактики основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов и болезней пародонта — в Республике Беларусь.

Материалы и методы

Проведено обобщение данных эпидемиологии кариеса и заболеваний пародонта в Беларуси.

Результаты и обсуждение

Результаты профилактики кариеса. За четыре года активной реализации Государственной программы первичной профилактики основных стоматологических заболеваний, с 1987 по 1990 г., средняя интенсивность кариеса в ключевой возрастной группе детей 12 лет уменьшилась на 14 %: с 3,5 до 3,0 КПУ зубов [5].

В переходный период в Беларуси (1990—1996 гг.) за счет сокращения профилактической работы, снижения мотивации к ее проведению среди персонала в стоматологии, закрытия стоматологических кабинетов в школах средний индекс КПУ 12-летних детей вырос с 3,0 до 3,8 ед. [3].

После внедрения Национальной программы профилактики в 1998 г. наметилась устойчивая тенденция к уменьшению КПУ зубов в ключевой возрастной группе детей 12 лет до уровня 2,4 ед. В Минске средний КПУ постоянных зубов в данной возрастной группе детей был 1,6—1,8 ед. КПУ взрослого населения (ключевая возрастная группа 35—44 года) снизился с 13,8 до 13,1, и в последующем наблюдалась стабилизация показателя [6].

Результаты внедрения программы профилактики заболеваний пародонта (пародонта). Крупномасштабное эпидемиологическое исследование, проведенное в Республике Беларусь в 1996 г., установило, что 99,8 % взрослого населения страдает от заболеваний пародонта. Была отмечена высокая интенсивность заболеваний пародонта: среднее количество секстантов здорового пародонта составило 0,1 в возрасте 35—44 лет. Пародонтальные карманы средней глубины (4—5 мм) выявлялись у 62,5 % людей в возрасте 35—44 лет при интенсивности 2,0 секстанта соответственно [1].

Эпидемиологическое исследование 2010 г. показало положительную динамику: среднее количество секстантов здорового пародонта в возрастной группе 35—44 лет варьировало от 0,93 до 1,57, что в среднем составило 1,24, секстантов с пародонтальными карманами средней глубины, наоборот, уменьшилось — 0,34. Среднее количество секстантов с зубным камнем снизилось с 4 до 3 [7].

Эпидемиологическое исследование 2017 г. по Республике Беларусь: среднее количество секстантов здорового пародонта в возрастной группе 35—44 лет варьировало от 0,96 до 0,41, в среднем составляло 0,73 секстанта. В то же время в Могилеве и Могилевской области отмечены самые высокие показатели по количеству здоровых секстантов — в районе 1, что коррелирует с лучшими показателями гигиенического статуса. Среднее количество секстантов с зубным камнем составило 3,12. Положительная тенденция связана с повышением уровня гигиены обследованных [4].

По детскому населению динамику заболеваний пародонта отследить не удалось в связи с тем, что в начале Программы у 15-летних подростков определяли индекс CRITN (коммунальный пародонтальный индекс ВОЗ), а в 2016—2018 годах — кровоточивость десен.

Выводы

Система мониторинга стоматологической заболеваемости в виде эпидемиологических обследований населения на глобальном уровне показала свою действенность и успешно используется в большинстве стран мира и в Республике Беларусь.

Определена высокая медицинская эффективность государственных программ первичной профилактики в отношении кариеса зубов среди населения Республики Беларусь. Интенсивность кариеса зубов у детей ключевой возрастной группы 12 лет за последние 30 лет уменьшилась со среднего до низкого уровня (по классификации ВОЗ).

Отмечена тенденция к улучшению гигиенических показателей и увеличению количества секстантов здорового пародонта среди населения Республики Беларусь. Однако высокая распространенность заболеваний пародонта и потребность в пародонтологической помощи подчеркивают необходимость внедрения в практическое здравоохранение должностей гигиениста для предоставления профессиональной гигиены населению.

Необходимо продолжить внедрение коммунальных программ профилактики в Республике Беларусь для достижения глобальных целей ВОЗ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Казеко Л.А., Борисенко Л.Г., Агиевцева С.В. *Нуждаемость населения Республики Беларусь в пародонтологической помощи. Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. Витебск, 2000. С. 402-403.*
2. Леус П.А. *Стоматологическое здоровье населения Республики Беларусь в свете глобальных целей ВОЗ и в сравнении с другими странами. Современная стоматология. 1997. № 2. С. 3-12.*

3. Леус П.А. Сравнительная оценка индикаторов стоматологического здоровья детей школьного возраста Восточной Европы и Средней Азии. *Стоматологический журнал*. 2016. Т. 17. № 1. С. 6–12.

4. Матвеев А.М., Юдина Н.А., Казеко Л.А. и др. Результаты эпидемиологического обследования взрослого населения Республики Беларусь, проведенного в 2017 году. *Стоматологический журнал*. 2018. № 2. С. 82–87.

5. Мельниченко Э.М. Эффективность программы профилактики в Республике Беларусь. *Здравоохранение*. 1995. № 10. С. 23–26.

6. Юдина Н.А., Юрис О.В., Русак А.С., Бровка Д.К., Шабунько Д.В. Результаты эпидемиологического обследования

населения Республики Беларусь (часть 1 — Кариозная болезнь). *Стоматологический журнал*. 2011. № 1. С. 22–26.

7. Юдина Н.А., Юрис О.В., Русак А.С., Бровка Д.К., Шабунько Д.В. Эпидемиологическое обследование взрослого населения Беларуси (часть 2 — Периодонтальный статус). *Стоматологический журнал*. 2011. № 3. С. 198–201.

8. World Health Organization. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 1st ed. WHO Geneva, 1972. 82 p.; 5th ed. 2013. 125 p.

Получено/Received 03.09.2021

Рецензировано/Revised 20.09.2021

Принято в печать/Accepted 01.10.2021 ■

Information about authors

Manak T.N., MD, PhD, Professor, Head of the 2nd Department of Conservative Dentistry, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Yudina N.A., PhD, MD, Professor, Head of Department of general dentistry the Belorussian Medical Academy for postgraduate education, Minsk, Republic of Belarus

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

T.N. Manak¹, N.A. Yudina²

¹Belarusian State Medical University, Minsk, the Republic of Belarus

²Belarusian Medical Academy for Postgraduate Education, Minsk, the Republic of Belarus

State programs for the primary prevention of major oral diseases in Belarus

Abstract. Background. The purpose of the study was to analyze the results of the implementation of state programs for the prevention of major dental diseases, dental caries and periodontal diseases, in the Republic of Belarus. **Materials and methods.** Generalization of studies on the epidemiology of dental caries and periodontal diseases among children and adults in Belarus. **Results.** The first state program for the primary prevention of dental diseases in children, developed by professor E.M. Melnichenko in 1986, together with the updated version of 1998, was effective in reducing the prevalence of dental caries in the key age

group of 12-year-old children by 20 % from the baseline level; the national prevention program made it possible to achieve the decayed, missing and filled teeth index of 2.4. **Conclusions.** The experience of practical implementation of the state program for the prevention of dental diseases in the Republic of Belarus was positive due to the use of evidence-based methods recommended by the World Health Organization.

Keywords: dental caries; periodontal diseases; epidemiology; municipal programs; methods of prevention; awareness program; experience of Belarus

Манак Т.М.¹, Юдіна Н.А.²

¹Білоруський державний медичний університет, м. Мінськ, Республіка Білорусь

²Білоруська медична академія післядипломної освіти, м. Мінськ, Республіка Білорусь

Державні програми профілактики основних стоматологічних захворювань у Білорусі

Резюме. Метою дослідження є аналіз результатів реалізації державних програм профілактики основних стоматологічних захворювань — карієсу зубів та хвороб періодонту — в Республіці Білорусь. **Матеріали та методи.** Узагальнення досліджень з епідеміології карієсу зубів та захворювань періодонту серед дітей та дорослого населення в Білорусі. **Результати.** Перша державна програма первинної профілактики стоматологічних захворювань у дітей, розроблена професором Е.М. Мельниченко у 1986 р., разом із оновленим варіантом 1998 р. була ефективною у зниженні інтен-

сивності карієсу зубів у ключовій віковій групі дітей 12 років на 20 % від вихідного рівня, національна програма профілактики дозволила досягти індексу КПУ 2,4. **Висновки.** Досвід практичної реалізації державної програми профілактики стоматологічних захворювань у Республіці Білорусь був позитивним завдяки використанню доказових методів, рекомендованих ВООЗ.

Ключові слова: карієс зубів; захворювання періодонту; епідеміологія; комунальні програми; методи профілактики; програми профілактики; досвід Білорусі

Юдін О.

Адвокат, голова Ради захисту прав лікарів, м. Одеса, Україна

Досудове врегулювання конфлікту з пацієнтами

Досудове врегулювання спору, або, як зараз це модно називати, медіація, — доволі корисна, хоча й дуже неоднозначна практика.

Проблеми врегулювання

Проблема такого способу врегулювання спору, як медіація, полягає в тому, що в нас немає законодавчої регламентації такої процедури. Зате є положення закону про те, що відмова від права на позов недійсна. Так, згідно з положеннями частин першої та третьої ст. 4 Цивільного процесуального кодексу:

«1. Кожна особа має право в порядку, встановленому цим Кодексом, звернутися до суду за захистом своїх порушених, невизнаних або оспорюваних прав, свобод чи законних інтересів.

<...>

3. Відмова від права на звернення до суду за захистом є недійсною».

Тобто хоч скільки нам писатимуть розписок про те, що претензій немає й до суду не підуть, ці розписки не завадять пацієнту піти до суду, і ми цьому походу перешкодити розписками не зможемо. Крім того, не забуваємо, що звернення до суду з позовом про різні компенсації — зовсім не єдиний спосіб зіпсувати лікарю життя. Пацієнт має можливість написати заяву в поліцію та вимагати притягнути лікаря до кримінальної відповідальності. І знову-таки жодні зобов'язання пацієнта, видані лікарю, не є перешкодою для початку кримінального провадження. Тому ми завжди повинні ретельно аналізувати всі ризики, особливо ризик недобросовісності нашого опонента.

Ось вам випадок із практики, що яскраво ілюструє недобросовісність пацієнта і його адвоката.

В одного мого клієнта виникла проблема з пацієнтом. Пацієнт на зустрічі з представниками клініки свої бажання не озвучив, але найняв адвокатів. Адвокати взялися за справу дуже завзято — почали паперову облогу клініки, всіляко даючи зрозуміти, що з ними треба би домовитися. Та й натяки від третіх осіб, залучених у конфлікт, були теж доволі однозначні — домовляйтеся з адвокатами.

Однак мене це бентежило. Я всіляко відтягував розмову з опонентами. Так у письмовій боротьбі минуло кілька місяців. І раптом до клієнта приходить слідчий робити виїмку документів. Отут карти й викладено: виявляється, весь цей час, поки нас підштовхували до переговорів і вирішення питання з адвокатами, уже було зареєстровано кримінальне провадження за заявою пацієнта, про що адвокати, звичайно ж, знали.

Ну які вже тут могли бути переговори?! Тільки війна. Недарма я не хотів цих переговорів. Адже опоненти, отримавши від нас гроші, легко могли продовжити цю війну, але вже нашим коштом.

Звідси можна зробити важливий висновок: якщо ви починаєте переговори — вимагайте гарантій. А найкращою гарантією, на мій погляд, буде не віддавати всю суму грошей відразу. Установіть у договорі періодичність платежів так, щоби платити поступово впродовж певного строку якусь невелику суму як символ виконання вами договору, а основну суму виплатити в самому кінці. І найкращим кінцем для вас буде кінець строків давності притягнення до відповідальності.

Для чого це потрібно?

Незважаючи на всі недоліки, які я перерахував вище, досудове врегулювання спору може бути для лікаря дуже бажаним. Особливо коли в пацієнта є підстави для претензій. Адже не секрет, що юридичні війни лікарю вести складно. Причому тяжко не лише фінансово (я з об'єктивних причин, хоч би як хотіти, не зможу наперед сказати суму, яку доведеться витратити), тяжко ще й морально — адже лікар не звик до таких воєнних дій, і це його зазвичай сильно вимотує. Лікарю буває значно простіше заплатити заздалегідь обумовлену суму компенсації, провести роботу над помилками й жити далі, ніж дати втягнути себе на роки в доволі складний юридичний процес.

Саме тому перше запитання, котре я завжди ставлю лікарю, який просить моєї допомоги в конфлікті: а чого хоче пацієнт?

Знати відповідь на це запитання дуже важливо! Адже якщо лікар справді допустив недбалість і завдав шкоди здоров'ю пацієнта, то відновити його (здоров'я) не завжди можливо. А якщо пацієнт помер, то про жодне воскресіння, звісно, йтися не може. Тому найкраще для всіх сторін конфлікту відразу надати раціонального тону переговорам. Емоції, на жаль, лише шкодять. Крики «я нічого не хочу, тільки аби він нікого більше не лікував», на жаль, зовсім не рідкість. І в такому стані пацієнт не буде здатний вести жодні переговори. А якщо він ще й адвоката собі знайде такого, який підкладатиме дров у це бурхливе вогнище емоцій, то справа мирною угодою навряд чи закінчиться.

Але пробувати однаково треба. Причому необхідно особливо роз'яснювати пацієнту, що вирішити питання миром вигідно не тільки лікарю, але і йому самому. Адже і йому також доведеться витратити ресурси у формі грошей і часу. Йому теж доведеться відриватися від звичних занять. Він так само буде перейматися й нервуватися. А міг би спокійно жити далі.

Про те, що у випадках медичної недбалості не завжди слід притягати лікарів до кримінальної відповідальності, чого так жадають деякі гарячі голови, неодноразово висловлювався Європейський суд з прав людини.

Наприклад, у справі «Во проти Франції» ЄСПЛ зауважив таке: *«Європейський суд неодноразово стверджував, що ефективна судова система, як того вимагає стаття 2 Конвенції, може містити, а в деяких обставинах — має містити механізми кримінальної репресії. Водночас якщо посягання на право на життя або фізичну недоторканність не є умисним, позитивне зобов'язання, що випливає зі статті 2 Конвенції створити ефективну судову систему, не вимагає в будь-якому разі обов'язкового засобу правового захисту кримінального характеру. З огляду на специфічний контекст, пов'язаний з медичною недбалістю, «це зобов'язання може бути задоволене також, якщо правова система надає жертвам засіб захисту в цивільних судах, незалежно або в поєднанні із засобом захисту в кримінальних судах, даючи можливість визначити відповідальність цих лікарів, а також відповідну цивільну компенсацію, таку, як наказ про сплату збитків, та опублікувати рішення, яке належить отримати. Можуть бути розглянуті й дисциплінарні заходи стягнення».*

Європейський суд не дарма говорить про специфіку медичних справ і про те, що він не вбачає необхідності в обов'язковій кримінальній відповідальності лікарів, якщо заподіяно шкоду ненавмисно. Лікарська недбалість дуже багатогранна у своїх причинах. І часто-густо несправедливо, коли лікаря, який рятував 30 років життя людей, через одну помилку (хто безгрішний, хай першим кине камінь) віддають на поталу родичам пацієнта. От саме тому і стверджує Європейський суд, що грошова компенсація — це цілком адекватний спосіб відновити справедливість.

Ну а позаяк відновлювати справедливість значно швидше й дешевше без залучення державних чиновників, то слід користуватися цією можливістю. Але обов'язково з урахуванням застережень, про які я сказав вище.

Право вимагати

Дедалі частіше відносини з пацієнтом закінчуються тим, що він вимагає від лікаря повернути йому гроші за надані послуги в повному обсязі. Як правило, така вимога супроводжується погрозами різного характеру — від негативного відгуку в соціальних мережах до кримінального провадження.

Варто сказати, що лікарі здебільшого схильні, навіть коли вони повністю впевнені в результаті свого лікування і в правильності оформлення медичної документації, не розвивати конфлікт і повертають гроші пацієнту. Повертають навіть тоді, коли сума, яку пацієнт вимагає, значно перевищує реально витрачену або необхідну для усунення виниклого (не завжди з вини лікаря) дефекту.

Розгляньмо цю ситуацію з погляду чинного законодавства і з'ясуємо, а чи є правові підстави в пацієнта вимагати від лікаря повернути сплачені кошти, і якщо є, то який порядок їх повернення і як лікарю мінімізувати такий ризик.

Передусім нагадаю, що пацієнт, з погляду законодавства, є ще й споживачем. Тобто правовідносини між лікарем і пацієнтом регламентуються не тільки суто медичним законодавством, але й Законом України «Про захист прав споживачів».

Із цього приводу Верховний Суд у постанові від 27.02.2019 у справі № 755/2545/15-ц, розглядаючи питання про законодавство, яке регулює відносини під час надання медичної допомоги, зазначив таке: *«Правове регулювання договірних правовідносин здійснюється за нормами глави 63 книги п'ятої ЦК України та Закону України «Про захист прав споживачів».*

Глава 63 книги п'ятої Цивільного кодексу України, про яку говорить Верховний Суд, регламентує порядок надання послуг, зокрема послуг з медичного обслуговування. Положеннями ст. 906 ЦКУ, яка входить до складу глави 63 книги п'ятої, передбачено таке:

«Стаття 906. Відповідальність виконавця за порушення договору про надання послуг

1. Збитки, завдані замовнику невиконанням або неналежним виконанням договору про надання послуг за плату, підлягають відшкодуванню виконавцем, у разі наявності його вини, у повному обсязі, якщо інше не встановлено договором. Виконавець, який порушив договір про надання послуг за плату при здійсненні ним підприємницької діяльності, відповідає за це порушення, якщо не доведе, що належне виконання виявилось неможливим внаслідок непереборної сили, якщо інше не встановлено договором або законом.

2. Збитки, завдані невиконанням або неналежним виконанням договору про безоплатне надання послуг, підлягають відшкодуванню виконавцем у розмірі, що

не перевищує двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, якщо інший розмір відповідальності виконавця не встановлений договором».

Зверніть увагу, що закон дозволяє лікарю або клініці самостійно в договорі про надання послуг передбачити випадки, коли лікар або клініка будуть звільнені від відповідальності за порушення договору.

І тут постає запитання: а чи багато лікарів має договір, який захищає їх від пацієнта? Мається на увазі, звісно, від необґрунтованих претензій, коли пацієнт зловживає своїми правами.

У листопаді 2019 року для однієї зі стоматологічних клінік я зробив такий договір. Пацієнт, який до того ж виявився ще й юристом, прочитавши цей договір, довго обурювався й говорив, що договір занадто добре захищає лікарів. Як на мене, то це найкращий відгук про роботу медичного адвоката, який захищає тільки лікарів!

Тож, друзі, вчімося превентивно захищати себе від безпідставних претензій. Адже коли послугу вже надано, а претензія надійшла — надто пізно складати договір. Він уже не зможе допомогти вам у конфлікті, що виник. Хоча, безумовно, у майбутньому зможе посилити вашу позицію перед іншим конфліктним пацієнтом. Перейдемо тепер до положень Закону України «Про захист прав споживачів». Нас тут особливо цікавитиме стаття десята, яка має таку редакцію:

«Стаття 10. Права споживача у разі порушення умов договору про виконання робіт (надання послуг)

<...>

3. У разі виявлення недоліків у виконаній роботі (наданій послугі) споживач має право на свій вибір вимагати:

1) безоплатного усунення недоліків у виконаній роботі (наданій послугі) у розумний строк;

2) відповідного зменшення ціни виконаної роботи (наданої послуги);

3) безоплатного виготовлення іншої речі з такого ж матеріалу і такої ж якості чи повторного виконання роботи;

4) відшкодування завданих йому збитків з усуненням недоліків виконаної роботи (наданої послуги) своїми силами чи із залученням третьої особи;

5) реалізації інших прав, що передбачені чинним законодавством на день укладення відповідного договору.

Зазначені вимоги підлягають задоволенню у разі виявлення недоліків під час приймання виконаної роботи (наданої послуги) або під час її виконання (надання), а в разі неможливості виявлення недоліків під час приймання виконаної роботи (наданої послуги) — протягом гарантійного чи іншого строку, встановленого договором, чи протягом двох років з дня прийняття виконаної роботи (наданої послуги) у разі відсутності гарантійного чи іншого строку, встановленого законодавством або договором.

4. За наявності у роботі (послугі) істотних недоліків споживач має право вимагати розірвання договору та відшкодування збитків.

Якщо істотні недоліки було виявлено в роботі (послугі), виконаній з матеріалу споживача, споживач

має право вимагати на свій вибір або виконання її з такого ж матеріалу виконавця, або розірвання договору і відшкодування збитків.

Зазначені вимоги можуть бути пред'явлені споживачем протягом строків, передбачених нормативно-правовими актами та нормативними документами, умовами договору, а в разі відсутності таких строків — протягом десяти років.

5. У разі коли виконавець не може виконати (прострочує виконання) роботу (надання послуги) згідно з договором, за кожний день (кожну годину, якщо тривалість виконання визначено у годинах) прострочення споживачеві сплачується пеня у розмірі трьох відсотків вартості роботи (послуги), якщо інше не передбачено законодавством. У разі коли вартість роботи (послуги) не визначено, виконавець сплачує споживачеві неустойку в розмірі трьох відсотків загальної вартості замовлення.

Сплата виконавцем неустойки (пені), встановленої в разі невиконання, прострочення виконання або іншого неналежного виконання зобов'язання, не звільняє його від виконання зобов'язання в натурі.

6. Виконавець не несе відповідальності за невиконання, прострочення виконання або інше неналежне виконання зобов'язання та недоліки у виконаних роботах або наданих послугах, якщо доведе, що вони виникли з вини самого споживача чи внаслідок дії непереборної сили.

7. Про відступи від умов договору та інші недоліки в роботі (послугі), що не могли бути виявлені при звичайному способі її прийняття, споживач зобов'язаний повідомити виконавцеві не пізніше трьох діб після їх виявлення.

8. Виконавець залежно від характеру і специфіки виконаної роботи (наданої послуги) зобов'язаний видати споживачеві розрахунковий документ, що засвідчує факт виконання роботи (надання послуги) <...>.

9. Виконавець зобов'язаний протягом місяця відшкодувати збитки, що виникли у зв'язку з втратою, псуванням чи пошкодженням речі, прийнятої ним від споживача для виконання робіт (надання послуг). Виконавець не звільняється від відповідальності, якщо рівень його наукових і технічних знань не дав змоги виявити особливі властивості речі, прийнятої ним від споживача для виконання робіт (надання послуг).

Якщо виконання робіт (надання послуг) вимагає використання додаткових матеріалів, такі матеріали повинні відповідати вимогам безпеки, встановленим законодавством до таких матеріалів.

10. Виконавець несе відповідальність за шкоду, завдану життю, здоров'ю або майну споживача, що виникла у зв'язку з використанням речей, матеріалів, обладнання, приладів, інструментів, пристосувань чи інших засобів, необхідних для виконання ним робіт (надання послуг), незалежно від рівня його наукових і технічних знань, що дає змогу виявити їх властивості, згідно із законодавством.

11. Якщо під час виконання робіт (надання послуг) виникає необхідність у додаткових роботах (послугах), що не були передбачені умовами договору, викона-

вещь зобов'язаний одержати від споживача дозвіл на виконання таких робіт (надання послуг).

Будь-які додаткові роботи (послуги), виконані (надані) виконавцем без згоди споживача, не створюють для споживача будь-яких зобов'язань щодо їх оплати.

12. Якщо після укладення договору стане очевидним, що роботи (послуги), зважаючи на їх ціну (вартість) та характеристики або інші обставини, явно не задовольнятимуть інтереси або вимоги споживача, виконавець зобов'язаний негайно повідомити про це споживача.

Виконавець зобов'язаний таким же чином повідомити споживача, якщо вартість робіт (послуг) може істотно зрости, ніж можна було очікувати під час укладення договору.

Споживач має право відмовитися від договору про виконання робіт (надання послуг) без штрафних санкцій з боку виконавця у разі виникнення обставин, передбачених в абзацах першому та другому цієї частини.

13. Вимоги цієї статті не поширюються на виконання робіт з гарантійного ремонту».

Отже, згідно з наведеною нормою пацієнт у разі реального чи вигаданого недоліку в лікуванні має право вимагати від лікаря виконати одне з п'яти зобов'язань:

«1) безоплатного усунення недоліків у виконаній роботі (наданій послугі) у розумний строк;

2) відповідного зменшення ціни виконаної роботи (наданої послуги);

3) безоплатного виготовлення іншої речі з такого ж матеріалу і такої ж якості чи повторного виконання роботи;

4) відшкодування завданих йому збитків з усуненням недоліків виконаної роботи (наданої послуги) своїми силами чи із залученням третьої особи;

5) реалізації інших прав, що передбачені чинним законодавством на день укладення відповідного договору».

Звертаю особливу увагу, що право вибору з наведених п'яти варіантів належить саме пацієнту, а не лікарю.

Строки висунення претензій

Ще раз прочитаємо уважно ч. 3 ст. 10 Закону України «Про захист прав споживачів». У цій нормі сказано про те, що строк виявлення недоліків та висунення претензій лікар може встановити самостійно в договорі, який укладає з пацієнтом. А ось якщо договір таких умов не містить, то тоді діє строк висунення претензій, установлений цим законом, — два роки з дня прийняття пацієнтом наданої послуги.

Якщо ж у наданій послугі виявляться істотні недоліки, то тоді пацієнт отримує право розірвати договір і вимагати відшкодування всіх збитків. При цьому якщо договір не містить особливих застережень щодо цього, то такі претензії пацієнт має право заявити протягом десяти (!) років. Погодьтеся, що десять років — величезний строк, отже, і величезні ризики ви-

никнення конфліктів із пацієнтами, про яких лікар уже й забути трохи встиг. А це означає, що ми з вами знову повертаємося до того, що без хорошого договору, який захищав би лікаря в подібних ситуаціях, провадити медичну практику стає доволі ризиковано.

А може, краще почати з експертизи?

Як ми з вами вже побачили, у певних випадках пацієнт має право вимагати грошових компенсацій. Інша річ — чи є реальні для цього підстави чи тільки емоції, не підтверджені висновками експертів. І тут, безумовно, кожен лікар, кожен заклад охорони здоров'я вже самостійно вирішують для себе, як чинити — найняти адвоката й дати відсіч шахраю, який шантажем намагається отримати гроші, бачачи в лікарів легку здобич, чи піти на повіді у вимагача й виплатити суму, яку той вимагає.

Перш ніж ухвалити рішення про виплату, ви повинні врахувати один момент: цими грошима ви вигодовуєте монстра, який незабаром поглине вас і ваш бізнес. Адже народний телеграф ніхто не скасовував, і пацієнт, що отримав таку легку здобич, розповідає про свою перемогу іншим. Ба більше, він даватиме поради, як найкраще отримати від лікаря і лікування, і гроші.

Саме тому щороку серед пацієнтів таких ось флібустерів стає дедалі більше, а їхні дії — щораз агресивніші.

Якщо ви вирішили захищатися й доводити свою слушність, то тоді вам допомагатиме частина 4 статті 17 Закону України «Про захист прав споживачів», яка встановлює такі правила: «У разі коли під час гарантійного строку необхідно визначити причини втрати якості продукції, продавець (виконавець, виробник) зобов'язаний у триденний строк з дня одержання від споживача письмової згоди організувати проведення експертизи продукції. Експертиза проводиться за рахунок продавця (виконавця, виробника). Якщо у висновках експертизи буде доведено, що недоліки виникли після передачі продукції споживачеві внаслідок порушення ним встановлених правил використання, зберігання чи транспортування або дій третіх осіб, вимоги споживача не підлягають задоволенню, а споживач зобов'язаний відшкодувати продавцю (виконавцю, підприємству, яке виконує його функції) витрати на проведення експертизи. Споживач, продавець (виконавець, виробник) мають право на оскарження висновків експертизи у судовому порядку».

Керуючись цією нормою, як тільки ми отримуємо претензію від пацієнта, ми маємо право віддати його медичну документацію для проведення відповідної експертизи, щоб експерт дав нам відповідь на запитання: а чи не є дефект, що виник, наслідком небалого ставлення самого пацієнта до свого здоров'я? Це, звичайно ж, узагальнена суть запитання, яке ми поставимо експерту. Насправді на розгляд експерта ми подамо цілу низку запитань. Але їхній сенс однаково зводиться до відповіді на вказане запитан-

ня. Нам важливо з'ясувати, чи немає в причинах, які зумовили скаргу пацієнта, провини самого пацієнта. Інакше кажучи, нам треба виключити провину лікаря або поставити її під сумнів.

Якщо експерт надасть висновок, що у виявлених дефектах, якщо вони, звичайно, будуть виявлені, провини лікаря немає або що дефекти могли виникнути внаслідок дій як лікаря, так і самого пацієнта, то немає й підстав для виплати грошей.

До речі кажучи, навіть якщо пацієнт звернеться з позовом до суду або із заявою в поліцію, без висновку експертизи ніхто не зможе зробити висновок про наявність провини лікаря.

Принесіть рахунок!

Якщо ж ви вирішите віддати пацієнту суму, яку вимагають, то ви в жодному разі не повинні це оформлювати простою розпискою пацієнта в отри-

манні грошей. Розписка вас не захистить від можливих подальших вимог дати ще грошей. А це цілком імовірно, з огляду на можливість пацієнта вимагати гроші для компенсації різноманітних витрат і збитків, про що ми говорили вище, а також компенсації моральної шкоди, про яку практично завжди забувають.

Для власної безпеки вам потрібно керуватися нормами статті 600 Цивільного кодексу України, де сказано таке: *«Зобов'язання припиняється за згодою сторін внаслідок передання боржником кредиторові відступного (грошей, іншого майна тощо). Розмір, строки й порядок передання відступного встановлюються сторонами»*.

Тільки вивіреним договір про передання відступних дозволить лікарю реально захистити себе від ймовірних зловживань з боку «просунутих» пацієнтів. ■

Форкош Сільванна,
медичний юрист

Мінімізація ризиків для медичного бізнесу при виникненні конфліктів з пацієнтами. Онлайн-конфлікти

У сучасних реаліях, на жаль, неможливо сказати, що конфлікти між пацієнтами та лікарями є рідкістю. Зазвичай будь-які негативні моменти взаємодії залагоджуються на початкових стадіях, не доходячи до публічного розголосу чи судових тяжб, однак в окремих випадках ситуації виходять з-під контролю та приводять до несприятливих наслідків не тільки для лікаря, а і для власника медичного бізнесу.

Давайте розберемось, з чого все починається та як ми можемо не допустити найгіршого сценарію.

Звичайно, основною причиною зіпсованих стосунків у зв'язці «лікар — пацієнт» є саме якість медичної допомоги. *Статтею 284 Цивільного кодексу України визначено, що кожна фізична особа має право на надання їй медичної допомоги, на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.* Безумовно, медична допомога повинна надаватися пацієнту якісно, а під якісною допомогою розуміється та, яка відповідає досягненням сучасної науки та передової практики, позитивно впливає на здоров'я пацієнта та задоволення його потреби. У такому визначенні ховається певний суб'єктивізм, оскільки у кожної особи наявне своє бачення «задоволеності» власних потреб. Тому **перше, що потрібно зробити лікарю**, який спілкується з пацієнтом, це обговорити всі особливості надання медичної допомоги, попередити пацієнта про можливі ризики, ускладнення та кінцевий результат таких послуг. Пацієнт повинен розуміти, що ускладнення та інші побічні ефекти втручання, що виникли внаслідок біологічних особливостей його організму та ймовірність яких наявні знання і технології не можуть повністю виключити, або можливий дискомфорт, що викликаний специфікою медичних методик і є наслідком реакції організму на фізичний, хімічний вплив препаратів, які проходять протягом розумного строку, **не є показниками неналежної якості**.

Зафіксувати домовленості, так би мовити, «на березі» дозволить підписання з пацієнтом договору про надання медичних послуг, у якому будуть вказані права

та обов'язки сторін, відповідальність, а також безпосередньо умови надання медичної допомоги. Наразі підписанням договору часто нехтують, але це перше, що допоможе не допустити ускладнення ситуації у правовому полі.

Але існують і загальні рекомендації, які допоможуть уникнути скарг, не пов'язаних з якістю допомоги. Лікар, як учасник конфлікту, не повинен провокувати пацієнта, переходити на особистості та порушувати принципи медичної етики та деонтології. Пацієнт, який звернувся за отриманням платної медичної допомоги, яка у розумінні цивільного законодавства є послугою, не отримає задоволення від того, що лікар безпідставно запізнюється або балакає по телефону. Тобто навіть такі дрібниці можуть спровокувати серйозний конфлікт та нашкодити репутації закладу.

Ще одним значимим фактором непорозуміння між медиком та лікарем є відсутність комунікацій. Невизначеність лякає пацієнта, а тому уміння лікаря спілкуватися є однією із значимих переваг. *Цивільним кодексом, а саме статтею 285, визначено, що повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я.* Тому навіть у випадку ускладнення під час надання медичних послуг лікар повинен розповісти пацієнту про ситуацію, яка склалася, пояснити її наслідки та шляхи вирішення.

Насправді механізм дій у випадку ускладнень при наданні допомоги пацієнту простий у своїй реалізації:

1. Мінімізуємо наслідки, наскільки це дозволяє кваліфікація лікаря.
2. Повідомляємо пацієнту про ускладнення, що виникли, заспокоюємо та пояснюємо подальші дії.
3. Скеровуємо пацієнта до лікаря іншої спеціальності, якщо така потреба є.
4. Описуємо в медичній документації причини ускладнень та заходи, яких було вжито для мінімізації негативних наслідків.

Такий нескладний алгоритм допоможе лікарю захистити свої права та інтереси у випадку, якщо все ж конфлікт перейде у судову площину.

Також, враховуючи розвиток інформаційних систем та технологій, у наш час конфлікт спочатку набуває публічності. Відбувається це через негативні коментарі на офіційних сторінках закладу, публікації у соціальних мережах. Тут потрібно також наголосити, що ст. 32 Конституції України гарантує кожному охорону особистого життя. «Основами законодавства України про охорону здоров'я», у свою чергу, визначено, що *медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків*. Це означає, що використовувати фото або відео з результатами надання медичних послуг пацієнту без його дозволу заборонено. Тому якщо ви популяризуєте особистий бренд або свій заклад, обов'язково потрібно брати письмовий дозвіл пацієнта на фото- або відеофіксацію таких послуг, а також на публікацію результатів такої фіксації.

Потрібно бути обережним при відповіді на коментарі, які пацієнти залишають у соціальних мережах,

оскільки під визначення медичної таємниці підпадають абсолютно усі аспекти, котрі стосуються здоров'я пацієнта. Стаття 286 Цивільного кодексу говорить нам про те, що *фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні*. Простою мовою це означає, що, відповідаючи на негативні відгуки пацієнтів, суворо забороняється вказувати дату візиту, перелік послуг, що надавалися, або інші особливості прийому пацієнта.

Тому рекомендовано, реагуючи на відгуки в Інтернеті, використовувати загальні фрази та запрошувати пацієнта до прямого діалогу у вашому закладі, а не в соціальних мережах, наприклад: «Нам прикро, що у Вас залишилися негативні враження... Для того, щоб ми могли детальніше розібратися в ситуації, яка склалася, зверніться до нас за телефоном...»

Ці прості та доступні в реалізації правила допоможуть не тільки зменшити кількість конфліктних пацієнтів, а й запобігти ескалації вже існуючих непорозумінь. *Пам'ятайте, що набагато легше відстоювати свої інтереси, якщо з пацієнтом укладено договір, а вся медична документація ведеться відповідно до норм чинного законодавства.* ■

УДК 616.31:378.096](477):61(091):61(092)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240729>

Супрунович І.М., Хлебас С.В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

6-й Національний український стоматологічний конгрес «Інноваційні технології в стоматології»

Резюме. Впровадження інноваційних технологій у стоматологію, розвиток стоматологічної галузі як науки не лише призводить до зміни підходів до діагностики та лікування захворювань, значного покращення результатів та якості життя пацієнтів, але й обумовлює безперервне навчання лікарів-стоматологів. Громадська організація «Асоціація стоматологів України» провела 6-й Національний український стоматологічний конгрес «Інноваційні технології в стоматології», який спрямований на підвищення професійної компетентності лікарів-стоматологів.

Ключові слова: стоматологія; безперервний професійний розвиток; конгрес

22–23 жовтня 2021 року в м. Києві відбувся **6-й Національний український стоматологічний конгрес «Інноваційні технології в стоматології»**, проведення якого було присвячено 65-річчю об'єднання стоматологів України у Республіканське наукове товариство стоматологів України, а згодом й Асоціацію стоматологів України (АСУ). Загалом дводенна програма конгресу включала проведення 8 симпозиумів, юридичної академії стоматолога, 2 майстер-рингів для молодих спеціалістів у галузі стоматології та майстер-класу для лікарів.

Конгрес розпочався показом документального фільму «Стоматологія України: історичні нариси», в якому було показано шлях становлення стоматології як науки в Україні [2]. Зі словами привітання та побажаннями успішної та плідної роботи учасникам конгресу виступили президент «Асоціації стоматологів України», професор І.П. Мазур, проректор з наукової роботи НУОЗ України, професор Н.О. Савичук, член-кореспондент НАМН України, професор В.О. Маланчук, директор ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України», член-кореспондент НАМН України, професор С.А. Шнайдер та координатор

групи експертів МОЗ України, віцепрезидент ГО «Асоціація стоматологів України» О.М. Вахненко (рис. 1–4).

У рамках 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» за досягнення в розвитку стоматології України, успіхи в організації та наданні висококваліфікованої медичної та стоматологічної допомоги, значні досягнення в розвитку освіти, успіхи у професійній підготовці висококваліфікованих медичних і стоматологічних кадрів, вагомий внесок у розвиток вітчизняної та світової науки, з нагоди святкування 65-ї річниці об'єднання стоматологів України відбулось нагородження орденом Святої Аполлонії проректора з наукової роботи Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, віцепрезидента АСУ професора Н.О. Савичук, викладача Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, к.м.н. С.В. Хлебас, лікаря-стоматолога В.К. Солдатова та лікаря-стоматолога О.М. Бурія. Під час Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» регент Європейської секції International College of Dentists С.В. Радлінський вручив Л.О. Фі-

© «Oral and General Health», 2021

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Супрунович І.М., аспірант, кафедра стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; факс: (044) 486-00-22; e-mail: irina.suprunovych@gmail.com

For correspondence: I.M. Suprunovych, PhD student, Department of Dentistry, Shupyk National University of Public Health of Ukraine, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; fax: (044) 486-00-22; e-mail: irina.suprunovych@gmail.com

Full list of authors information is available at the end of the article.

ліппенковій сертифікат про членство в стоматологічній міжнародній асоціації.

Науково-практичну частину конгресу розпочав симпозіум «Сучасні технології в діагностиці, профілактиці та лікуванні стоматологічних хворих», під час якого професор І.П. Мазур розповіла про мікробіом порожнини рота, а лікар-стоматолог М.К. Білоус повідомила про вплив мікробіому на організм людини. Про антибіотикотерапію у пацієнтів з поліфармацією під час свого виступу розповів професор М.В. Хайтович. К.м.н. С.В. Хлебас у своїй доповіді розкрила питання превенції та лікування больового синдрому при деструктивних процесах у періапикальній ділянці, а професор П.В. Леоненко розповів про сучасні алгоритми лікування в хірургічній стоматології. Лікар-стоматолог О.С. Кирманов поділився особливостями проведення відбілювання зубів і продемонстрував клінічні випадки (рис. 5, 6).

Науково-практичний симпозіум «Біль та скронево-нижньощелепні розлади» відкрила доповідь професора І.Ю. Головач, яка розповіла про алгоритми лікування патології суглобів і проведення диференціальної діагностики. Про диференціальну діагностику больового синдрому у стоматологічній практиці та сучасні методи лікування під час свого виступу розповіла професор І.П. Мазур, а к.м.н. В.В. Вовк поділилася своїми науковими здобутками про цервіко-краніомандибулярні розлади (рис. 7).

Під час науково-практичного симпозіуму «Сучасні аспекти клінічної пародонтології», прове-

дення якого було присвячено заснуванню в Україні професії лікаря-пародонтолога, професор Г.Ф. Білоклицька розповіла про невирішені питання сучасної класифікації захворювань тканин пародонта. Професор О.В. Копчак під час свого виступу зробила акцент на нехірургічних методах лікування генералізованого пародонтиту, а д.м.н., доцент О.І. Годована наголосила про важливість проведення медикаментозної підтримки в лікуванні захворювань тканин пародонта. Г.Ф. Ніконова розповіла про вплив надмірної ваги на виникнення й розвиток захворювань пародонта. У своїй доповіді Д.В. Ємельянов повідомив про стан пародонта хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, а Г.М. Мельничук — про механізми розвитку генералізованого пародонтиту, коморбідного із хворобами печінки. Про застосування гіалуронової кислоти, PRP-терапії, аутомезоконцентрату та фібробластів у регенеративній пародонтології під час свого виступу розповіла Н.С. Марченко. Своїми науковими напрацюваннями на тему прогностичної значимості поліморфних варіантів і комбінацій генів MMP20, KLK4 і ENAM у розвитку карієсу та ерозій зубів у молоді із компрометованим пародонтом поділилася Н.І. Турянська. Доповіді І.Ю. Поповіч про особливості дентальної імплантації у пародонтологічних пацієнтів і М.В. Савченка про особливості проведення дентальної імплантації у пацієнтів із гастро-езофагеальною рефлюксною хворобою завершили симпозіум (рис. 8).



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 6



Рисунок 7



Рисунок 8



Рисунок 9



Рисунок 10



Рисунок 11



Рисунок 12



Рисунок 14



Рисунок 13

Під час юридичної академії стоматолога, наприкінці першого дня конгресу, Київським медико-правовим кластером і юридичною компанією «Конкордія» за сприяння Асоціації стоматологів України було започатковано курс для лікарів-стоматологів «Право на захисті лікаря-стоматолога та керівника стоматологічного закладу», а також підписано договір на його проведення. Під час свого виступу медичний адвокат, к.ю.н., доцент Р. Гревцова розповіла про конфліктні ситуації у стоматологічній практиці та їх «юридичну профілактику і лікування», а адвокат О. Юдін поділився рекомендаціями, як захиститись під час публічного конфлікту. Медичний юрист С. Форкош розповіла про мінімізацію ризиків для медичного бізнесу при конфлікті з пацієнтом, а лікар-стоматолог А. Пожевілова наголосила про важливість безперервного професійного розвитку лікарів-стоматологів з юридичних питань (рис. 9).

Під час першого дня конгресу в аудиторному форматі відбувся майстер-ринг для молодих спеціалістів у галузі стоматології з реставрації бічної групи зубів, який провів сертифікований тренер компанії Dentsply Sirona і практикуючий лікар-стоматолог Дмитро Неліпа. Молоді лікарі мали змогу вдосконалити свої практичні навички під час роботи на моделях, отримати рекомендації та корисні поради при проведенні прямої реставрації. Найкращі роботи були оцінені почесним журі на чолі з гуром реставраційної стоматології С.В. Радлінським і відзначені нагородами. Учасники майстер-рингу

висловили слова подяки організаторам даного заходу та членам журі за можливість отримання нових знань і мотивацію на подальший розвиток, а також відмітили дружню атмосферу заходу, адже саме в таких умовах навчання проходить легко й цікаво (рис. 10–12) [3, 6].

Другий день конгресу розпочався з симпозіуму «Регламентація роботи лікаря-стоматолога в умовах впровадження реформи медичної допомоги в Україні», під час якого к.м.н., доцент О.М. Вахненко підняв питання про стан нормативно-правової бази, що регулює діяльність лікаря-стоматолога. Лікар-стоматолог В.К. Солдатов розповів про взаємовідносини стоматологічної служби з Національною службою здоров'я України, а професор О.В. Деніга доповіла про профілактичну складову та її організацію в роботі лікарів-стоматологів. С.В. Скульська повідомила про місце стоматологічної допомоги в системі медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти, а заввідділу Державного експертного центру МОЗ України О.І. Гуленко під час свого виступу розповіла про медико-технологічні документи в системі медичної стоматологічної допомоги. Завершував симпозіум виступ к.м.н., доцента О.М. Вахненко, який підняв питання про стан кадрового складу лікарів стоматологічного профілю України (рис. 13) [2, 3].

Науково-практичний симпозіум «Інновації в стоматології» розпочався з доповіді заслуженого лікаря України, к.м.н. С.В. Радлінського, який розпо-



Рисунок 15

вів про біоміметичну концепцію кольору реставрацій. На точках «болю» прямої реставрації та шляхів їх уникнення під час свого виступу зробила акцент к.м.н., доцент Н.М. Юнакова. Питання медикантозного сну у дітей підняла лікар-стоматолог Тетяна Савченко, а к.м.н. М.В. Слободяник розповіла про особливості проведення орто-періо-лікування. Завершальним виступом симпозиуму стала доповідь лікаря-стоматолога О.М. Белікова про міфи і легенди стоматології (рис. 14, 15) [5].

Міжнародне експертне засідання країн Східної Європи з питань профілактики в стоматології розпочалося з виступу професора О.В. Деньги, яка розповіла про основні показники здоров'я порожнини рота в Україні. Професор І.П. Мазур виступила з доповіддю про стоматологічне здоров'я та взаємозв'язок з профілактикою основних неінфекційних захворювань людини. Професор Білоруського державного медичного університету Т.М. Манак під час свого виступу розповіла про перспективи сучасної ендодонтії в покращенні стоматологічного здоров'я населення. Зі словами вітання учасникам конгресу виступив д.м.н., професор, декан стоматологічного факультету, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Єреванського державного медичного університету імені М. Гераці, президент Вірменської стоматологічної асоціації Л.К. Єсаян та виразив надію на подальшу співпрацю. Професор Л.К. Єсаян та к.м.н., доцент В.Ю. Азатян поділилися своїми науковими досягненнями на тему стоматологічного статусу пацієнтів при HCV, HBV та ВІЧ-інфекції. К.м.н. С.В. Хлебас повідомила про можливості інноваційних засобів для ідеального здоров'я ротової порожнини, а Є. Арапчкінс розповів про цифрові технології для допомоги лікарю-стоматологу в питаннях профілактики основних стоматологічних хвороб [1].

Під час науково-практичного симпозиуму «Сучасні протоколи діагностики, лікування та профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота» д.м.н., професор Н.В. Гасюк у своїх виступах підняла питання предракових станів і діагностики захворювань слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів, які перенесли COVID-19, а к.м.н. Л.Ф. Горзов розповіла про прояви COVID-19 у порожнині рота. Професор О.В. Клітинська під час свого виступу повідомила про лікування стоматитів у дітей, а д-р мед. наук О.В. Гармаш розкрила питання гіпопластичних процесів у тканинах порожнини рота. Доцент Л.В. Корнієнко розповіла про багатоформну ексудативну еритему та правильну тактику лікування. Лікар-стоматолог В. Ротт під час своєї доповіді підняв питання дигітальної стоматології та європейських стандартів лікування [4, 6].

Питання сучасних заходів дезінфекції в системі профілактики інфекцій у медичних закладах стоматологічного профілю під час завершального симпозиуму конгресу з питань організації та управління стоматологічною практикою «Інфекційна безпека в стоматологічній практиці» підняла у своїй доповіді лікар-епідеміолог В.Д. Малюга, а к.м.н., доцент Л.О. Кондратюк

розповіла про роль хронічних вірусних гепатитів В та С в стоматологічній практиці.

З метою відзначення видатних учених, лікарів, організаторів охорони здоров'я, громадських діячів, колективів співробітників за інноваційну діяльність, значний внесок у розвиток освіти, науки й практики та з нагоди святкування 65-ї річниці утворення стоматологічного об'єднання України 22–23 жовтня 2021 року в рамках 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» відбулось нагородження науковців і лікарів-стоматологів почесною відзнакою ГО «Асоціація стоматологів України» «За інновації в стоматології». Почесною відзнакою «За інновації в стоматології» було нагороджено професора Г.Ф. Білоклицьку, професора Н.В. Гасюк, представництво компанії Dentsply Sirona в Україні (відзнаку вручено Оксані Докашенко), лікаря-стоматолога Д.П. Неліпу, лікаря-стоматолога С.В. Радлінського, лікаря-стоматолога, к.м.н., доцента Н.М. Юнакову, лікаря-стоматолога, к.м.н. М.В. Слободяник, лікаря-стоматолога, к.м.н. В.Г. Климентьева та лікаря-стоматолога О.М. Белікова.

Яскравою подією другого дня конгресу стало проведення двох практичних заходів: майстер-рингу для молодих спеціалістів і майстер-класу для лікарів. Сертифікований тренер компанії 3М, практикуючий лікар-стоматолог Андрій Жуйков для молодих спеціалістів провів майстер-ринг щодо основних секретів протетичної стоматології. Досить інформативною та цікавою була практична частина, під час якої учасники змогли спробувати різні типи відбиткових мас і різні способи отримання відбитків. Під час неформального спілкування учасники із захопленням ділились своїми враженнями від нових знань. Майстер-клас для лікарів провела доцент НУОЗ України імені П.Л. Шупика Наталія Юнакова, під час якого розповіла про сучасну концепцію ендодонтичного лікування. Учасники майстер-класу змогли вдосконалити свої практичні навички, попрацювати ендодонтичними інструментами та ендомотором на моделях. Даний захід вийшов дуже насиченим та інформативним: лікарі-стоматологи могли поділитись своїм досвідом, а також обговорити питання та труднощі, що виникають під час їх практичної діяльності [5].

За безпосередньої участю молодих вчених проводиться кожний Національний український стоматологічний конгрес. Громадська організація «Асоціація стоматологів України» на чолі з президентом І.П. Мазур підтримує молодих вчених на їх шляху становлення молодими науковцями, а також сприяє розширенню взаємодії між молодими вченими України у стоматологічній галузі, обміну знаннями, науковим і практичним досвідом, значному поширенню результатів молодих науковців. Цього року під час науково-практичного симпозиуму молодих вчених і лікарів молоді вчені закладів вищої освіти нашої країни та молоді лікарі мали можливість надати свої наукові досягнення у вигляді електронних презентацій. Усього було подано 17 стендових доповідей на актуальні та цікаві теми стоматології.

Загалом конгрес пройшов у дружній і колегіальній атмосфері. Учасники конгресу мали змогу поставити запитання лекторам в онлайн-чаті та отримати змістовні

відповіді. Слухачі конгресу відмітили високий професійний рівень доповідачів і важливість піднятих у доповідях тем. Незважаючи на цей непростий час, учасники висловили захоплення та вдячність за високий рівень організації даного заходу, а також сподівання на проведення наступних зустрічей в аудиторному форматі.

Список літератури

1. Мазур І.П., Есембаева С.С., Шевченко О.В. Сотрудничество стоматологов стран Восточной Европы. *Oral and General Health*. 2021. № 1(2). С. 8-17.
2. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. Т. 12. № 1(84). С. 70-76.
3. Мазур І.П. Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. *Современная стоматология*. 2017. № 2(86). С. 69-71

4. Мазур І.П., Супрунович І.М. Інтегрована медицина та стоматологія — міждисциплінарна професійна освіта. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 1. С. 104-105.

5. Павленко О.В., Мазур І.П., Ступницька О.М. Запровадження міжнародних стандартів якості післядипломної підготовки лікарів-стоматологів. *Современная стоматология*. 2012. № 2(61). С. 142-144.

6. Супрунович І.М. Міждисциплінарна взаємодія лікарів у комплексному підході до лікування хворих із поліморбідними станами. *Oral and General Health*. 2021. № 1. С. 45-47.

Отримано/Received 26.10.2021

Рецензовано/Revised 02.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 05.10.2021 ■

Information about authors

I.M. Suprunovych, PhD student, Department of Dentistry, Shupyk National University of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.suprunovych@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4382-1020>
S.V. Khlebas, PhD, Shupyk National University of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: khlyebassv@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-3122-7131>

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

I.M. Suprunovych, S.V. Khlebas

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

6th National Ukrainian Dental Congress “Innovative technologies in dentistry”

Abstract. The introduction of innovative technologies in dentistry, the development of the dental industry as a science not only leads to a change in approaches to the diagnosis and treatment of diseases, a significant improvement in the results and quality of life of patients but also induces continuous training of dentists. The NGO “Ukrainian Dental Association”

held the 6th National Ukrainian Dental Congress “Innovative technologies in dentistry”, which aims to increase the professional competence of dentists.

Keywords: dentistry; continuous professional development; congress

УДК 616.31(06)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240721>

Тези 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» (22–23 жовтня 2021 р., м. Київ, Україна)



Ваховський В.В., Шінкарук-Диковицька М.М.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Кореляція телерентгенографічних показників розташування зубів з параметрами верхньої та нижньої щелепи в українських юнаків і дівчат з ортогнатичним прикусом

Актуальність. У сучасній стоматології цефалометрія займає надвагоме місце в діагностиці, служить інструментом для дослідження як єдиного зуба, так і щелепи взагалі, при цьому даючи змогу оцінити взаємозв'язки кісток і зубних компонентів. Після отримання телерентгенографічного знімка в боковій проекції використовуються орієнтири (точки, лінії, кути) для отримання розмірних характеристик і різноманітних параметрів, які й будуть допомагати в подальшій діагностиці, складанні плану лікування та прогнозуванні результатів. Але численні способи інтерпретації даних після проведення цього дослідження служать поштовхом для створення авторських методик оцінки. Результати дослідження за різними методиками свідчать про те, що існує взаємозв'язок

параметрів залежно від типу обличчя, статі, віку, етнічної приналежності, типу будови кісток, характеристик мозкового черепа. Наявність багатьох авторських методик створює передумови для подальших досліджень саме в Україні, для українського населення.

Мета дослідження: встановити в українців (юнаків і дівчат), які мали ортогнатичний прикус, особливості кореляції телерентгенографічних параметрів розташування зубів при використанні методики Sassouni з параметрами щелеп і розташування зубів.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 125 українців юнацького віку: 49 юнаків від 17 до 21 року та 76 дівчат від 19 до 20 років, які мали ортогнатичний прикус. Усім їм було проведено телерентгенографію в боковій проекції за допомогою дентального комп'ютерного томографа «Veraviewepocs 3D Morita». З використанням програмного забезпечення «OnyxCeph^{3TM}» було виконано цефалометричне дослідження за модифікацією методики V. Sassouni. Показники розділили на 2 групи. До першої групи увійшли зубощелепні показники зі сформованим скелетом, яким можливе проведення хірургічного лікування, до другої — показники положення окремих зубів щодо один одного, профілю м'яких тканин та

скелетних структур. Оцінка взаємозв'язків проведена за допомогою методу Спірмена в пакеті Statistica 6.0.

Результати та обговорення. При аналізі взаємозв'язків параметрів показників першої і другої груп за методикою Sassouni в українців юнацького віку встановлені вірогідні множинні кореляції в усіх випадках середньої сили (r = від 0,23 до 0,56), відстані Pos-Inc із відстанями Max-Mand, Max-Bas, Mand-Pos та Pos-Mol із відстанями Pos-Gon, Max-Pos, Mand-Pos. У юнаків визначено 6 зв'язків із 14 можливих (42,8 %), у дівчат — також 6 (42,8 %). У юнаків усі вони середньої сили, прямі, у 35,7 % дівчат — прямі, середньої сили і в 7,1 % із 42,8 % можливих — прямі, слабкі.

Висновки. Під час дослідження встановлена кореляція телерентгенографічних параметрів верхньої та нижньої щелеп із параметрами розташування зубів у зубній дузі, що визначені за методом Sassouni. Це в подальшому допоможе обґрунтовано підходити до діагностики та планування лікування. Прояви статевого диморфізму при використанні методики Sassouni серед українців юнацького віку не виявлені.

Горзов Л.Ф., Романов Г.О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Маркери запалення ротової рідини у хворих із хронічним герпетичним стоматитом на тлі рекурентного тонзиліту

Актуальність. Останні роки відзначені сплеском інфекційних хвороб на планеті. Особливо це стосується запальних процесів ротоглотки, що супроводжуються наявністю вірусу простого герпесу (ВПГ). За даними ВООЗ, 95 % населення планети вражено ВПГ, що робить хронічну герпетичну інфекцію актуальною проблемою (Крючко Т.О., Кінаш Ю.М., 2006). Хворі на рекурентний тонзиліт (РТ) формують велику групу ризику щодо соматичних порушень і вимагають підвищеної уваги з боку як оториноларингологів (Шубелка Р.В., 2020), так і стоматологів. За даними Р.В. Шубелки (2020), перебіг хронічних захворювань ротоглотки в пацієнтів із локальною реплікацією герпесвірусів має частоту загострень до 6 і більше разів на рік. Водночас у хворих на хронічний тонзиліт перебіг хронічного герпетичного стоматиту (ХГС) має більш часті і тривалі загострення зі скороченням часу ремісії (Хламова О.Г., 2014). Тому визначення динаміки маркерів запалення ротової рідини (РР) у хворих із ХГС на тлі рекурентного тонзиліту є необхідним етапом обстеження цієї категорії пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити біохімічні маркери запалення ротової рідини у хворих із ХГС на тлі РТ для розробки специфічного медикаментозного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 90 пацієнтів віком від 18 до 44 років, сформовано 3 групи: контрольна група (КГ) — практично здорові особи ($n = 25$), 2-га, основна група (ОГ) — особи із ХГС на тлі РТ ($n = 30$) та група порівняння (ГП) ($n = 35$). Для визначення біохімічних маркерів запалення РР її збирали зранку (з 9-ї до 11-ї години) натщесерце в градуйовані пластикові пробірки методом спльовування протягом 6 хвилин. Кількість РР визначали в мілілітрах.

Результати та обговорення. Виявлені зміни активності ферментів РР та активації системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). В ОГ та ГП відзначалась знижена захисна функція слизової оболонки порожнини рота (ПР) щодо патогенних бактерій, що виражалось у зниженні активності лізоциму до 50,9 % на тлі активації системи ПОЛ: кількість малонового діальдегіду зросла в 2,8 раза в ОГ і в 2,6 раза в ГП. Дестабілізація системи ПОЛ порожнини рота в ОГ і ГП характеризувалась зниженням антиоксидантно-прооксидантного індексу, що пов'язано з доволі тривалим перебігом ХГС. Констатували зростання активності уреаз в РР: в ОГ — в 5,3 раза, в ГП — в 5,6 раза, що, очевидно, пов'язане з мікробною контамінацією ПР із ротоглотки. Кількість глікопротеїнів в ОГ зросла на 36,0 %, у групі 2 — на 37,4 % порівняно з КГ. В ОГ та ГП збільшився вміст сілових кислот — 46,2 і 47,3 % відповідно, що свідчило про активацію системи клітинного мукоїдоза та секреторної активності слинних залоз. Водночас рівень запального процесу у ПР характеризувало зростання активності еластази в обох групах — в 9,7 і 9,5 раза відповідно та підвищення вмісту запальних цитокінів інтерлейкіну (ІЛ) 1 в обох групах — в 3,4 раза, ІЛ-6 в ОГ — на 44,9 %, у ГП — на 45,6 % порівняно з КГ.

Висновки. Таким чином, зміни біохімічних маркерів запалення РР у хворих із ХГС на тлі РТ свідчать про наявність коморбідності, яка характеризується дестабілізацією системи ПОЛ, зниженням місцевої імунної відповіді, що вимагає розроблення специфічної медикаментозної корекції в цієї категорії хворих.

Денисова О.Г., Стоян О.Ю., Савельєва Н.М.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Покращення якості життя дітей після стоматологічної санації в умовах садації

Актуальність. Карієс зубів — поширене стоматологічне захворювання, що на сьогодні є важливою медичною та соціальною проблемою в усьому світі. На Всесвітньому саміті з проблем карієсу раннього віку (Бангкок, 2016) було наголошено, що ця стоматологічна патологія залишається пандемічним захворюванням, а його поширеність серед дітей віком 3–5 років варіює між континентами і країнами. Щодо України, то поширеність карієсу серед дітей раннього віку в деяких регіонах наближується до 60 %, що свідчить про актуальність цієї проблеми для нашої країни (Біденко Н.В., 2007). Несвоєчасне чи неефективне лікування карієсу негативно впливає на якість життя дитини, сприяє розвитку та підтримці гострих і хронічних інфекцій, викликає біль, психологічний дискомфорт, порушення сну, зміни в поведінці, неможливість повноцінно вживати їжу, що призводить до втрати ваги (Pakdaman et al., 2014; Wong et al., 2016), продукції глюкокортикоїдів (Sheiham, 2005). Крім того, хронічні стоматологічні інфекції можуть впливати на еритропоез, що призводить до анемії (Wong et al., 2016). Складність лікування раннього дитячого карієсу пов'язана перш за все з психофізіологічними особливостями пацієнтів дитячого

віку, поведінка яких дуже часто значною мірою ускладнює його проведення. Тому стоматологічна санація в умовах санації, що дозволяє надавати безболісну і комфортну стоматологічну допомогу, є оптимальною тактикою лікування в дітей раннього віку.

Мета дослідження: вивчити показники якості життя в дітей раннього віку до і після санації порожнини рота в умовах санації.

Матеріали та методи. Було проведено анкетування батьків 19 дітей віком від 3 до 6 років, яким за медичними показаннями проводилась стоматологічна санація в умовах санації з використанням препарату севоран. Для оцінки якості життя використовували метод анкетування батьків за шкалою Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECONIS) (Pahel B.T. et al., 2007). Кожна відповідь в ECONIS оцінювалась за 5-бальною шкалою: 0 — ніколи; 1 — майже ніколи; 2 — іноді; 3 — часто; 4 — дуже часто; 5 — не знаю. Анкетування проводили перед лікуванням і через 6 місяців після санації.

Результати. Анкетування виявило значний вплив каріозного процесу на якість життя дитини. Так, самостійний зубний біль, дискомфорт і біль при прийомі їжі або нічний біль спостерігалися у 31,6 % дітей (бали 3 і 4). Лише в 26,3 % дітей таких проблем ніколи не було, інші відчували їх іноді або майже ніколи, що свідчить про первинно хронічний та безсимптомний перебіг стоматологічних захворювань у дитячому віці. У 63,1 % дітей відзначалися труднощі з вимовленням слів або жуванням. Емоційна лабільність була вираженою у 47,2 % дітей, а страх перед стоматологами відчували всі діти. Проведене анкетування після санації в умовах санації продемонструвало відсутність зубного болю та можливість вільно вживати їжу незалежно від температурного режиму в усіх пролікованих дітей. 52,6 % дітей серед тих, хто мав проблеми з вимовленням звуків, почали займатися з логопедом, 84,2 % дітей прийшли на повторний огляд, не відчуючи страху перед стоматологом, що надало можливість провести огляд і необхідні профілактичні заходи.

Висновки. Таким чином, лікування карієсу в умовах санації, що полегшила, а в деяких випадках навіть зробила можливим проведення медичної процедури, довело свою ефективність і дозволило повною мірою поліпшити якість життя дітей та їх родин.

Копчак О.В., Береговий О.О.

ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Експериментальне дослідження впливу мукогінгівального гелю на рослинній основі на систему енергетичного обміну в тканинах пародонта

Актуальність. За даними літератури, значна частка населення (65–95 %) страждає на захворювання пародонта, що призводить до передчасної втрати зубів, порушення працездатності та погіршення якості життя [1, 2]. Тому розроблення та впровадження нових протоколів комплексного лікування генералізованого па-

родонтиту не втрачає своєї актуальності. Значна увага приділяється засобам, що містять рослинну сировину.

Мета дослідження: дослідити вплив мукогінгівального гелю на енергетичний обмін в тканинах пародонта при генералізованому пародонтиті в експерименті.

Матеріали та методи. Експеримент проведений на білих безпородних щурах-самцях масою 160–180 г. Моделювання пародонтиту в піддослідних тварин проводили за такою схемою: тваринам щоденно із питною водою давали розчин етилендіамінтетраоцтової кислоти (ЕДТА) (2%) і три рази на тиждень перорально вводили препарат варфарин оріон (антагоніст вітаміну К) в дозі 5 мг/кг (у перерахунку на діючу речовину — варфарин натрію 0,01 мг/кг) протягом 30 діб. Піддослідні тварини були розподілені на 4 групи: I група — інтактні тварини (8 особин); II група — введення препарату варфарин оріон та 2% розчину ЕДТА (8 особин); III група — введення препарату варфарин оріон та 2% розчину ЕДТА і, починаючи з 7-ї доби, щоденне, протягом 3 тижнів, нанесення на слизову оболонку ясен гелю плацебо (8 особин); IV група — введення препарату варфарин оріон та 2% розчину ЕДТА і, починаючи з 7-ї доби, щоденне, протягом 3 тижнів, нанесення на слизову оболонку ясен мукогінгівального гелю (8 особин). Досліджуваний гель містить екстракт ехінацеї, що справляє антиоксидантну й імуностимулюючу дію, екстракт шавлії, що справляє протизапальну дію, екстракт золототисячника, що стимулює саливацію, та солкосерил (екстракт крові молочних телят). Були застосовані такі методи дослідження: біохімічні (дослідження ферментів системи енергетичного обміну в тканинах пародонта: лактатдегідрогенази (ЛДГ), сукцинатдегідрогенази (СДГ), цитохромоксидази (ЦХО)).

Результати та обговорення. Інформативними показниками, що дозволили дослідити зміни основних ланок енергетичного обміну безпосередньо в тканинах пародонта, а також ефективність застосування гелю, стали результати дослідження низки ферментів. Активність анаеробної ланки досліджували за показником ферменту ЛДГ — в II групі виявлене підвищення активності в 2,3 рази ($p < 0,001$) порівняно з I групою. При цьому активність СДГ, ключового ферменту аеробної ланки енергетичного обміну, знизилась на 30,9 % ($p < 0,05$), а кінцевого ферменту дихального ланцюжка ЦХО — на 25,7 % ($p < 0,05$), що підтверджує розвиток анаеробного гіпоксичного стану. Нанесення гелю плацебо на слизову оболонку ясен тварин III групи викликало аналогічні зміни, але менш виражені: зниження активності ферментів аеробного обміну ЦХО на 21,4 % ($p < 0,05$), а СДГ — на 35,4 % ($p > 0,05$). При цьому активність анаеробного ферменту ЛДГ була вищою за контрольні показники на 71,3 % ($p < 0,01$). Нанесення лікувального гелю на слизову оболонку ясен тварин IV групи при моделюванні пародонтиту стабілізувало показники енергетичного обміну. За значенням співвідношення ЛДГ/СДГ + ЦХО, що характеризує співвідношення аеробних/анаеробних процесів, прояв гіпоксичних ефектів зменшується у тварин IV групи при нанесенні гелю в 2,4 і 1,8 рази ($p > 0,05$) порівняно з тваринами II та III групи відповідно.

Висновки. Таким чином, застосування мукогінгівального гелю на рослинній основі в шурів IV групи сприяло стабілізації показників активності ферментів енергетичного обміну.

Список літератури

1. Копчак О.В. Патогенетичне обґрунтування нових підходів до лікування генералізованих захворювань пародонта у пацієнтів з ендотеліальною дисфункцією при кардіоваскулярній патології: автореф. дис... д-ра мед. наук. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, 2018. 43 с.

2. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В. Оцінка клінічної ефективності модифікованої методики лікування запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта з застосуванням ін'єкційної форми тромбоцитарної аутоплазми. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. 2015. Вип. 24(1). С. 482-488.

3. Ткаченко Е.К., Шнайдер С.А., Савельева Н.М., Горохивский В.Н., Сулова О.В. Токсическая кальций-дефицитная модель пародонтита. Toxic calcium deficiency model of periodontitis. Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe. 2020. Vol. 4. S. 11-16.

Копчак О.В., Куліш А.С.

ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Чинники ризику карієсу зубів у хворих на цукровий діабет

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД), як відомо, підвищує ризик виникнення стоматологічних захворювань, зокрема карієсу зубів. Водночас карієсогенні чинники у хворих на ЦД 1-го типу досліджені фрагментарно.

Мета дослідження: визначити основні чинники ризику карієсу та оцінити їх вплив на інтенсивність карієсу у хворих на ЦД 1-го типу.

Матеріали та методи. Обстежено 179 хворих на ЦД 1-го типу віком від 18 до 56 років з тривалістю захворювання від 1 до 50 років. У хворих визначали поширеність та інтенсивність карієсу за індексом КРВз, стан гігієни порожнини рота за індексом ОНІ-S, проводили опитування за допомогою розробленої анкети. Статистичну обробку даних проводили з використанням програм SPSS Statistics 23 та MS Excel 2019.

Результати та обговорення. В обстежених хворих на ЦД 1-го типу поширеність карієсу зубів становила 100 %, а його інтенсивність за індексом КРВз — $14,10 \pm 0,43$, що відповідає високому рівню. Гігієна порожнини рота за індексом ОНІ-S, який становив $2,25 \pm 0,04$ бала, була незадовільною. За даними анкетування, лише 128 осіб (71,5 %) щоденно проводять моніторинг рівня глікемії, 27 хворих (15,1 %) — 1 раз на декілька днів, 24 особи (13,4 %) — 1 раз на тиждень. Різкі коливання рівня глюкози в крові (від 2,5 до 23 ммоль/л) впродовж місяця відзначають 112 хворих (62,5 %), схильність до гіпоглікемій — 109 хворих (60,8 %). Недостатнє проведення хворими контролю рівня глікемії призводить до декомпенсації ЦД. Постійно дотримуються раціонального харчування тільки 59 хворих (33 %), частково — 98 осіб (54,7 %), взагалі не дотримуються — 22 особи (12,3 %). Солодощі вжива-

ють 133 хворих (74,3 %), зокрема 102 особи (76,7 %) — постійно, 31 особа (23,3 %) — декілька разів на місяць. Недотримання хворими збалансованого харчування негативно впливає на рівень глікемії. Проанкетовані хворі мали різні стоматологічні скарги, зокрема, на наявність ксеростомії скаргились 136 опитаних (76 %), із них на постійну — 17 осіб (12,5 %), на періодичну — 119 осіб (87,5 %). Щодо гігієнічних навичок порожнини рота, то тільки 84 пацієнти (47 %) чистять зуби 2 рази на день, 57 хворих (31,8 %) — 1 раз на день, 38 пацієнтів (21,2 %) — 1 раз на декілька днів. Інтердентальну гігієну проводять лише 79 осіб (44,2 %). Порушення принципів гігієнічного догляду призводить до погіршення стоматологічного статусу. Кореляційний аналіз показав, що на зростання показника КРВз впливають такі чинники, як ксеростомія ($r = 0,61$, $p < 0,01$), гігієна порожнини рота ($r = 0,57$, $p < 0,01$), різкі коливання рівня глюкози у крові ($r = 0,54$, $p < 0,05$), часті гіпоглікемії ($r = 0,53$, $p < 0,05$), вживання солодощів ($r = 0,52$, $p < 0,01$), значно рідше — недотримання харчування ($r = 0,24$, $p < 0,01$).

Висновки. Вагомими чинниками, які сприяють зростанню інтенсивності карієсу у хворих на ЦД 1-го типу, слід вважати ксеростомію, недостатню гігієну порожнини рота, різкі коливання рівня глюкози у крові, часті гіпоглікемії та вживання солодощів, що важливо враховувати при запровадженні карієспрофілактичних заходів у таких хворих.

Маланяк Б.Р.

Львівський медичний інститут, м. Львів, Україна

Оцінка результатів ортопедичного лікування за клінічними та технологічними показниками якості зубних протезів

Актуальність. За результатами ортопедичного лікування, естетичні та функціональні властивості зубних протезів мають відповідати рівню запитів та очікувань пацієнтів, що й передбачено у Нормативних вимогах щодо якості надання стоматологічної допомоги (Янішен І.В., 2014, 2016). Слід відзначити успіхи інноваційної діяльності в галузі стоматології: за останні два десятиліття завдяки широкому впровадженню нових технологій не лише робота стоматолога стала зручнішою, але й враження пацієнта — більш позитивними (Hope D., 2020; Rasmussen G.F., 2021). Найбільших змін при цьому зазнала діагностична візуалізація, а формування стандартизованого плану лікування та реєстру клінічних спостережень суттєво полегшилося у зв'язку з запровадженням електронного документообігу (Song T. et al., 2018; Zhou Y. et al., 2019). Водночас, як показує аналіз причин і проявів ускладнень ортопедичного лікування (Preoteasa E. et al., 2015; Edalia L., 2017; Zavanelli A.C. et al., 2018), у повсякденній практиці не завжди дотримуються сучасних клінічних і технологічних вимог щодо якості незнімних зубних протезів, що й визначило актуальність даної роботи.

Мета дослідження: з'ясувати вплив клінічних і технологічних чинників на результати ортопедично-

го лікування при застосуванні незнімних конструкцій зубних протезів.

Матеріали та методи. Проведено амбулаторне обстеження 215 пацієнтів — 142 (66,0 %) жінок віком 28–72 роки і 73 чоловіків (34,0 %) віком 37–73 роки, які звернулись за консультацією на кафедру ортопедичної стоматології та у відділення ортопедичної стоматології № 1 Стоматологічного медичного центру ЛНМУ імені Данила Галицького упродовж 2018–2020 років. Дані обстеження з описом одонтопародонтального статусу при застосуванні цифрової прицільної рентгенографії (Heliodont Plus — Sirona, Німеччина) і ортопантомографії (Rotograph-D — VSM, Італія) та оцінкою стану зубних протезів з урахуванням клінічних і технологічних показників були внесені до медичних карт стоматологічних хворих (форма 043/о).

Результати та обговорення. Щорічні статистичні звіти стоматологічної служби в Україні, на жаль, містять лише один показник якості ортопедичного лікування — кількість зубних протезів, що були виготовлені за сучасними технологіями (сугільнолітні, керамічні). У даній роботі ми провели оцінку результатів ортопедичного лікування за показниками рівня якості незнімних зубних протезів (виробів медичного призначення), що є кількісною характеристикою клінічних і технологічних властивостей вказаних конструкцій. Зокрема, показниками низького рівня якості 796 незнімних конструкцій — 438 штучних коронок (повних металевих і комбінованих), 358 мостоподібних протезів (штамповано-літних паяних, сугільнолітних комбінованих) у ранньому (до 24 міс.) та віддаленому (понад 24 міс.) періодах спостереження були: дефекти поверхні, порушення фіксації, зміни кольору лікування, травмування прилеглих тканин, втрата цілісності конструкції. Найчастіше ознакою низької якості штучних коронок були: порушення фіксації — 148 випадків (33,8 %), дефекти поверхні — 93 (21,2 %), зміни кольору — 87 (19,9 %), травмування прилеглих тканин — 65 (14,8 %), втрата цілісності (тріщини, злами) конструкції — 45 випадків (10,3 %). Найчастіше на низьку якість мостоподібних протезів вказували зміни кольору лікування — 126 (35,2 %), дефекти поверхні — 84 (23,5 %), порушення фіксації — 82 (22,9 %), втрата цілісності (тріщини, злами) конструкції — 38 (10,6 %) і травмування прилеглих тканин — 28 (7,8 %) випадків. Щодо низької якості штучних коронок, то 56 (12,8 %) випадків припадали на ранній період спостереження, а 382 (87,2 %) — на віддалений період. Серед мостоподібних протезів 47 (13,1 %) випадків припадають на ранній, а 311 (86,9 %) — на віддалений період спостереження. За результатами нашого дослідження були складені рекомендації про заміну (зі зміною або без зміни конструкції) 78 (17,8 %) штучних коронок і 143 (39,9 %) мостоподібних протезів, в інших випадках — про подальші спостереження або корекцію зубних протезів.

Висновки. Кожен показник рівня якості зубних протезів відображає поєднаний вплив клінічної та технологічної складових на результати стоматологічного ортопедичного лікування. Рівень якості зубних протезів,

відповідно, є підставою для визначення можливої тривалості користування чи необхідності заміни незнімних конструкцій.

Романова Ю.Г., Костенко С.Б., Денчик А.А.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН
України, м. Ужгород, Україна

Показники електроміографії жувальних м'язів у пацієнтів із локалізованим пародонтитом на тлі м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів

Актуальність. На сьогодні питання патології скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) не втрачають своєї актуальності, особливо щодо пацієнтів молодого віку. Одним із таких хронічних станів є м'язово-суглобова дисфункція (МСД), яка, за даними ВООЗ, має найбільшу поширеність — майже 90 % випадків, а в 76 % випадків превалює в осіб молодого віку і зазвичай є функціональним порушенням. За даними А.М. Geiger (2001), супраконтакти та травматична оклюзія сприяють як розвитку МСД, так і патології тканин пародонта. Поєднання МСД СНЩС і пародонтиту призводить до неможливості відокремлення нозологічної форми і є для лікаря складним завданням, коли необхідно визначити план обстеження. Тож визначення функціонального стану жувальних м'язів є необхідним для пацієнтів із локалізованим пародонтитом на тлі МСД СНЩС, що дозволить обрати алгоритм лікувальних заходів.

Мета дослідження: вивчити показники електроміографії (ЕМГ) жувальних м'язів у пацієнтів із локалізованим пародонтитом на тлі МСД СНЩС.

Матеріали та методи. Вивчали біоелектричну активність власне жувальних і скроневих м'язів у 70 пацієнтів (16 чоловіків, 54 жінки) віком 25–45 років з локалізованим пародонтитом на тлі МСД СНЩС легкого ступеня за допомогою апарата «Нейро-ЕМГ-Мікро» («Нейрософт»), використовуючи проби на максимальне стиснення зубів з обох сторін (проба 1) та жувальної проби (проба 2). Отримані результати ЕМГ порівнювали з такими у здорових пацієнтів.

Результати. Якісний і кількісний аналізи ЕМГ скроневих та власне жувальних м'язів у хворих з легким ступенем прояву МСД констатували порушення в динамічних циклах при нормі всього циклу (проби 1 та 2). Проба 1 виявила зменшення кількості моторних одиниць, які включаються в біоелектричну активність (БА), і коливання біопотенціалів (БП) амплітуди скроневих та власно жувальних м'язів знижувалось з обох боків. Проба 2 — нерівномірне чергування активності і періодів спокою при високій електричній БА скроневих та жувальних м'язів на здоровому боці на початку жування і наявності спонтанних залпів низької амплітуди між періодами активності та спокою. На ураженому боці БА м'язів обох груп на початку жування констатувалось чергування залпів низької та високої амплітуди при нерівномірних періодах активності та спокою.

Висновки. Отже, у пацієнтів із локалізованим пародонтитом на тлі МСД СНЩС легкого ступеня показники ЕМГ скроневих та власне жувальних м'язів констатують зниження функціональних можливостей і поступове залучення до процесу більшої кількості м'язових волокон, що негативно впливає на роботу суглобів та, як наслідок, погіршує стан тканин пародонта, що страждають від надмірного навантаження.

УДК 616.314.14+616.314.28)-008.8-07-08

Возний О.В., Романюк В.Н., Павлов С.В.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Діагностика ротової рідини при реабілітації пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта та дефектами зубних рядів

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, від часткової відсутності зубів страждає до 75 % населення в різних регіонах світу. Причина адентій у більшості випадків — генералізований пародонт, що вважається одним із найпоширеніших захворювань у світі, із поширеністю 15–20 % [1, 2]. Наявні методи більш детальної оцінки протезів та їх впливу на тканини пародонта (електроміографія, доплерографія, реографія, полярографія, функціональні проби) є напрямком роботи наукових досліджень і не дозволяють використовувати їх у практичній сфері. Визначення рівня біологічних маркерів запальних процесів у ротовій рідині є неінвазивним, легкодоступним та економічно вигідним методом, що дозволяє оцінити стан протезного ложа при плануванні імплантологічного лікування та ефективність проведеної ортопедичної реабілітації, що може використовуватись у практичній сфері. Деякі клінічні дослідження довели, що деякі види біомаркерів ротової рідини пов'язані як із захворюваннями зубощелепної системи, так і з системними захворюваннями [3]. Матриксна металопротеїназа (ММП)-8 є основною колагеназою при пародонтиті. Окрім того, від 90 до 95 % колагенолітичної активності в ясенній рідині походить від ММП-8; на даний час вважається одним із найбільш перспективних біомаркерів для діагностики пародонтиту в ротовій рідині [4, 5]. Лактоферин (Lf) — поліфункціональний білок із сімейства трансферинів. У сучасній практиці Lf використовується як органоспецифічний маркер активації патологічного процесу з метою діагностики та прогнозування перебігу захворювань слизової і пародонта [6, 7]. Антимікробний пептид кателіцидин (LL-37) локалізований у нейтрофілах, шкірі, слизових, а також у ротовій рідині.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження відібрано 80 пацієнтів. Серед них 20 здорових пацієнтів становили контрольну групу та 60 — основну із захворюваннями тканин пародонта. Серед них 20 пацієнтів з I ступенем тяжкості, 20 пацієнтів — із II ступенем тяжкості, 20 пацієнтів — із III ступенем тяжкості пародонтиту та дефектами зубних рядів. Постановка діагнозу

ґрунтувалась на даних, отриманих від скарг пацієнта, анамнезу життя, анамнезу захворювання, а також даних об'єктивного обстеження (основних і додаткових методів). Проведено вимір глибини пародонтальних карманів, визначення індексів SBI та OHI-S. У ротовій рідині за допомогою методу імуноферментного аналізу визначали показники таких біомаркерів, як ММП-8, кателіцидин, лактоферин.

Результати. Дані наведені у вигляді $M \pm \sigma$, де M — середнє значення, σ — середньоквадратичне відхилення. Показники ММП-8 у ротовій рідині підвищувались у прямій залежності від ступеня тяжкості пародонтиту. При I ступені тяжкості пародонтиту показники ММП-8 збільшувались у 3 рази порівняно з контрольною групою ($0,223 \pm 0,090$ ng/ml). Показники при II та III ступені тяжкості збільшувались у 4 та 7 разів відповідно. Відповідно до збільшення рівня ММП-8 збільшувалась кровоточивість ясен (SBI) та погіршувалась гігієна порожнини рота (OHI-S). Показники кателіцидину визначались у зворотній залежності від ММП-8, тобто зменшувались відповідно до тяжкості пародонтиту. При I ступені тяжкості пародонтиту показники LL-37 зменшувались у 2 рази порівняно з контрольною групою ($4,34 \pm 1,36$ ng/ml). Показники при II та III ступені тяжкості зменшувались у 5 і 12 разів відповідно. При зменшенні рівня LL-37 збільшувалась кровоточивість ясен (SBI) та погіршувалась гігієна порожнини рота (OHI-S). Показники лактоферину збільшувались у прямій залежності від ступеня тяжкості захворювань пародонта. При I ступені тяжкості пародонтиту показники Lf збільшувались у 2 рази порівняно з контрольною групою ($15,6 \pm 6,4$ ng/ml). Показники при II та III ступені тяжкості збільшувались у 5 і 8 разів відповідно. При збільшенні рівня Lf збільшувалась кровоточивість ясен (SBI) та погіршувалась гігієна порожнини рота (OHI-S). Між показниками Lf та ММП-8 спостерігається пряма кореляційна залежність ($r = 0,32$; $p < 0,05$). Між показниками Lf та LL-37 виявлена зворотна кореляційна залежність ($r = -0,34$; $p < 0,05$).

Висновки. Визначення рівня біологічних маркерів ротової рідини є малоінвазивним і перспективним діагностичним методом, що не потребує спеціальної підготовки від лікаря-стоматолога, дозволить оцінити саме поточний стан тканин протезного ложа, раціонально спланувати вид ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих і контролювати процеси адаптації. Перспективи подальших досліджень полягають у створенні науково обґрунтованого протоколу використання молекулярно-біохімічних маркерів при імплантологічній та ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих.

Список літератури

1. Pihlstrom B.L., Michalowicz B.S., Johnson N.W. Periodontal diseases. *Lancet*. 2005. 366. 1809–20.
2. Kassebaum N.J., Bernabe E., Dahiya M. et al. Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: a systematic review and meta-regression. *J. Dent. Res.* 2014. 93. 1045–53.

3. Rathnayake N., Akerman S., Klinge B. et al. Salivary biomarkers for detection of systemic diseases. *PLoS One*. 2013. 8. E61356. [PMC free article] [PubMed]

4. Franco C., Patricia H.R., Timo S. et al. Matrix metalloproteinases as regulators of periodontal inflammation. *Int. J. Mol. Sci*. 2017. 18. E440.

5. Rangbulla V., Nirola A., Gupta M. et al. Salivary IgA, interleukin-1beta and MMP-8 as salivary biomarkers in chronic periodontitis patients. *Chin. J. Dent. Res*. 2017. 20. 43-51.

6. Steinstraesser L. Host defense peptides and their antimicrobial immunomodulatory duality. *Immunobiology*. 2010. doi: 10.1016/j.imbio.

7. Rivera L.E.C., Ramos A.P., Cabrera S.M. Innovative study on lactoferrin in periodontal disease. *Revista Odontologica Mexicana*. 2011. 15(4). 231-237.

Макаренко В.А.¹, Новерко І.В.², Макеев С.С.³, Копчак А.В.⁴

¹Державна установа «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

²Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

⁴Державна установа «Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця», м. Київ, Україна

Сіалосцинтиграфія з ^{99m}Tc-пертехнетатом як метод діагностики функціональних порушень у пацієнтів із променевим ураженням слинних залоз

Актуальність. На сьогодні проблема діагностики й лікування променевих уражень слинних залоз (СЗ) набуває значної актуальності в зв'язку із широким застосуванням терапії ¹³¹I з приводу папілярної карциноми щитоподібної залози (ПКЩЗ). Цей ізотоп селективно накопичується не лише в тиреоїдній тканині, але й у тканині слинних залоз, викликаючи виражені зміни їх секреторної та екскреторної функції, що з часом набувають ознак функціональної недостатності і нерідко призводять до розвитку тяжких форм ксеростомії.

Мета дослідження: вивчити ефективність сіалосцинтиграфії з ^{99m}Tc-пертехнетатом в оцінці ступеня і характеру функціональних порушень привушних (ПВ) і підщелепних (ПЩ) СЗ у пацієнтів, які пройшли терапію ¹³¹I з приводу ПКЩЗ.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 21 пацієнта з клінічними ознаками ураження слинних залоз унаслідок терапії ¹³¹I (2 чоловіки та 19 жінок, середній вік 42,7 ± 0,5 року), які проходили лікування на базі клініки ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» з приводу ПКЩЗ. Усім пацієнтам у терміни від 4 місяців до 2 років було виконано сіалосцинтиграфію з ^{99m}Tc-пертехнетатом у передній проекції у динамічному режимі за класичною методикою.

Результати. За результатами проведеної сцинтиграфії в усіх досліджених хворих відзначали зміни се-

креторної та екскреторної функції СЗ, що відображали як вираженість постпроменевих ушкоджень, так і наявних компенсаторно-приспосувальних механізмів. У 18 пацієнтів (85,7 %) накопичення радіомітки в правій (22,2 %), лівій (22,2 %) чи обох (55,6 %) ПВ СЗ було знижене, їх контури втрачали чіткість і ставали нерівними. При оцінці функціональної спроможності ПВ СЗ у 18 пацієнтів (85,7 %) були виявлені сцинтиграфічні ознаки значного зниження концентраційної та екскреторної здатності однієї чи двох залоз. У той же час у 5 пацієнтів (23,8 %) було відмічено збільшення концентраційної та екскреторної здатності ПВ СЗ у відповідь на зниження слиновидільної функції інших залоз. В 11 пацієнтів (52,4 %) протягом дослідження обидві ПЩ слинні залози достатньо чітко візуалізуються, контури їх були чіткі, рівні; накопичення та розподіл радіофармпрепарату в них були рівномірно знижені. При оцінці функціональної спроможності ПЩ СЗ в 11 пацієнтів (52,4 %) були виявлені сцинтиграфічні ознаки значного зниження концентраційної та екскреторної здатності правої (18,2 %), лівої (9,1 %) чи обох (72,7 %) залоз. Натомість у 8 пацієнтів (38 %) відмічені ознаки прискорення концентраційної та/чи екскреторної здатності однієї чи обох залоз ПЩ СЗ.

Висновки. Сіалосцинтиграфія з ^{99m}Tc-пертехнетатом — це просте у виконанні дослідження, що добре переноситься пацієнтами та має високу діагностичну інформативність. Метод дозволяє оцінити топографо-анатомічні особливості залоз, ступінь їх функціональних порушень, концентраційну й екскреторну здатність кожної СЗ. Результати сіалосцинтиграфії дозволяють об'єктивно визначити ступінь радіаційного ураження СЗ після проведення радіойодтерапії та удосконалити тактику подальшого лікування пацієнтів цієї категорії.

УДК 616.31-018:613.62)-07:577.112

Сидоренко О.О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Аналіз стану органів і тканин ротової порожнини у працівників зі шкідливими умовами праці за допомогою біологічних маркерів

Актуальність. Профілактика стоматологічних захворювань достатньо актуальна, оскільки результати численних досліджень показують, що інтенсивність основних стоматологічних захворювань серед населення досить висока, у зв'язку з чим були розроблені необхідні профілактичні протоколи задля попередження розвитку майбутніх нозологічних проблем. Адже саме знайомі нам профілактичні протоколи можливо удосконалити, оптимізуючи їх сучасними методиками роботи з біомаркерами, молекулами, що використовуються як ідентифікатори різних захворювань та фармакологічної реакції організму на лікування. Численними дослідженнями підтверджено, що вплив на загальний стан здоров'я населення таких факторів, як соціально-економічні (матеріальна забезпеченість, харчування, рівень освіти, доступ до медичного обслуговування),

психологічні (стресові ситуації, поведінка, пов'язана зі здоров'ям, низький рівень мотивації сім'ї до виконання рекомендацій лікаря-стоматолога), взаємопропорційно впливають на стоматологічне здоров'я пацієнтів.

Метою нашого дослідження було визначення зміни концентрації лактоферину (ЛФ), кателіцидину, вітаміну D та вітамін D-зв'язуючого білка в порожнині рота при різноманітних стоматологічних захворюваннях та обґрунтування необхідності впровадження в протокол профілактичного огляду використання біомаркерів.

Матеріали та методи. Обстежено 100 пацієнтів, які спостерігались на базі стоматологічних кабінетів поліклінік. Пацієнти були розподілені на дві групи: клінічну, до якої увійшли 50 пацієнтів, які працювали в шкідливих для здоров'я умовах, та контрольну групу — 50 пацієнтів із фізіологічно нормальними показниками здоров'я і відсутністю стоматологічних патологій.

Результати. У ротовій рідині визначили вміст лактоферину, вітаміну D, вітамін D-зв'язуючого білка. Проведеними дослідженнями було встановлено, що в осіб, які працюють у шкідливих умовах, було зареєстроване значне збільшення концентрації лактоферину (більше ніж на 60 %) у ротовій рідині порівняно з контрольною групою. Вясенній рідині концентрація ЛФ значно варіює з урахуванням активності запального процесу в порожнині рота і є вищою, ніж у здорових пацієнтів. У хворих з патологією пародонта можливе спостереження негативної кореляції між кількістю в слині патологічних мікроорганізмів і вмістом ЛФ. Можливе зменшення в слині вмісту лактоферину після стоматологічного лікування. Паралельно з підвищенням вмісту лактоферину було зафіксоване зниження концентрації вітаміну D (більше ніж на 80 %). Потрібно відзначити, що даний патобіохімічний перебіг відбувався на фоні зниження концентрації вітамін D-зв'язуючого білка в середньому на 45 % щодо контрольної групи.

Висновки. Таким чином, під час проведення досліджень нами були встановлені статистично значущі зміни концентрації вітаміну D, вітамін D-зв'язуючого білка, а також лактоферину в осіб, які працюють у шкідливих умовах. Отримані нами результати визначають перспективність досліджень у цьому напрямку для розробки інформативних методів діагностики, а також ефективних методів профілактики захворювань ротової порожнини в осіб, які працюють у шкідливих умовах.

населення, несвоєчасністю діагностування, швидким розвитком з подальшою втратою зубів. Генералізований пародонтит — багатофакторне захворювання, що розвивається самостійно або є наслідком системних захворювань. Швидкість прогресування генералізованого пародонтиту більшою мірою залежить від системного стану кісткової тканини, а саме від ступеня її мінералізації та метаболізму. При цьому у метаболічному профілі кісткової тканини виділяють компоненти, відповідальні за резорбцію, ремоделювання та остеогенез. В осередку запалення накопичуються імунні клітини, які секретують цитокіни та протеази, таким чином спричиняючи вивільнення та активацію матриксних металопротеїназ, які є ключовими у резорбції кісткового матриксу.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено серед 80 осіб, середній вік яких становив $59,2 \pm 5,4$ року, нарівно чоловіків і жінок. До I основної групи увійшло 15 осіб із супутнім віковим остеопорозом, в яких не виявлено запально-деструктивних змін у тканинах пародонта. До II основної групи увійшло 15 пацієнтів із генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості, хронічного перебігу. У свою чергу, I групу порівняння становили 15 пацієнтів із генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості, хронічного перебігу; II групу порівняння — 15 пацієнтів із III ступенем тяжкості захворювання. Усі хворі, включені до груп порівняння, не мали остеопоротичних змін у кістковій тканині скелета. Як контроль використовували показники, отримані у групі з 20 умовно здорових осіб без запально-деструктивних змін у тканинах пародонта, а також без остеопоротичних змін у скелеті. Для оцінки стану пародонта використовували традиційне клінічне обстеження, доповнене результатами рентгенологічного дослідження. Усі хворі на генералізований пародонтит отримували комплексне лікування за рекомендованим протоколом. Матеріалом для біохімічних досліджень слугувала плазма (сироватка) крові та слина. Спостереження проводили до початку лікування генералізованого пародонтиту, через 2, 4 та 12 тижнів. Уміст ММП-8, -3, -9 у ротовій рідині вивчали за допомогою імуноферментного методу R&D Diagnostics Inc. (США). Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакета програм Statistica 8.0 (Statsoft Inc., USA). Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати. Унаслідок проведених біохімічних досліджень встановлено, що у хворих основної групи спостерігалось невірогідне підвищення рівня ММП-3 у плазмі крові, тоді як локальна концентрація цієї металопротеїнази у слині змінювалась вірогідно ($p < 0,001$). У той же час у дослідних основної групи вірогідних відмінностей значень концентрації ММП-3 у плазмі крові та у слині порівняно між собою не спостерігалось ($p > 0,05$). Рівень ММП-8 у хворих на генералізований пародонтит значно зростав у плазмі крові ($p < 0,05$), що особливо помітно на фоні системного остеопорозу та III ступеня розвитку запально-деструктивного процесу в пародонті ($p < 0,001$). Стосовно вмісту ММП-8 у слині, даний показник продемонстрував ту ж саму, але більш виражену динаміку, що й у плазмі крові. Його відмінності зі зна-

УДК 616.314.17/.18-002-08-074:577.1

Фастовець О.О.¹, Лукаш А.Ю.²

¹Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

²Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Дослідження рівня матриксних металопротеїназ у хворих на генералізований пародонтит у динаміці лікування

Актуальність. Запально-дистрофічні захворювання пародонта є важливою соціально-економічною проблемою, що пов'язана зі значною поширеністю серед

ченнями контрольної групи виявились вірогідними у хворих на пародонтит у всіх групах спостереження. Як свідчать отримані результати, концентрація ММП-9 теж зростала в крові та слині хворих на генералізований пародонтит, однак відмінності показників для останньої при генералізованому пародонтиті II ступеня виявились менш вираженими ($p < 0,001$).

Висновки. Показники вмісту ММП-9 у крові та слині у хворих на генералізований пародонтит характеризують тяжкість запально-деструктивних процесів у кістковій тканині при генералізації процесу та не показові щодо оцінки ефективності лікування. Концентрація ММП-8 у пацієнтів із генералізованим пародонтитом підвищується у плазмі крові та слині відповідно до ступеня тяжкості захворювання та в процесі лікування. Концентрація ММП-3 у слині і плазмі крові характеризує загальні зміни в кістковій тканині, але не відповідає активності перебігу пародонтиту.

УДК 616.314-02:(618.19-006.6-06+616.24-006.6-06))-07-084(477.64)

Філон А.М.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Дослідження стоматологічних ускладнень та їх профілактики у хворих на рак молочної залози й рак легень у Запорізькій області

Актуальність. Актуальним є вивчення впливу хіміотерапевтичного лікування на розвиток стоматологічних ускладнень.

Мета роботи: проаналізувати дані пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями молочної залози та легень, дослідити структуру стоматологічних ускладнень до та після хіміотерапевтичного лікування, визначити ефективність проведеної стоматологічної профілактики.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на рак чоловіків і жінок, які отримували хіміотерапевтичне лікування в медичному центрі ONCOLIFE (м. Запоріжжя). Усі респонденти були розподілені на групи за онкологічними захворюваннями: першу групу становили 30 хворих на рак легень, другу — 30 хворих на рак молочної залози, третю (контрольну) групу — 30 осіб, які не страждають від онкологічного захворювання. Результати досліджень оброблені сучасними статистичними методами аналізу на персональному комп'ютері з використанням пакета програм Statistica 13.

Результати. Виявили, що до початку хіміотерапевтичного лікування стоматологічні ускладнення мали 70 % пацієнтів із раком легень, 66,7 % пацієнтів із раком молочної залози, 70 % осіб без онкологічних захворювань, тобто не було статистично значущої різниці між групами ($p > 0,05$). У всіх групах за результатами профілактики спостерігалось покращення, яке було статистично значущим за критерієм Вілкоксона. Хоча різниця між групами була статистично значущою за критерієм Краскела — Уолліса ($p < 0,05$) і спостерігалась статистично значуща різни-

ця між пацієнтами з раком легень і раком молочної залози за критерієм Манна — Уїтні, проте практично зрівнялись показники в групі з раком молочної залози та групі без онкологічних захворювань ($p > 0,05$), що свідчить про ефективність проведеної стоматологічної профілактики.

Висновки. Онкологічні пацієнти, які отримують протипухлинне хіміотерапевтичне лікування, знаходяться у зоні ризику виникнення певних стоматологічних ускладнень, таких як мукозит, ксеростомія, дисгевзія тощо. Пацієнти з поганим станом здоров'я ротової порожнини, з незадовільною гігієною порожнини рота, наявністю карієсу та його ускладнень, наявністю некоректних ортопедичних конструкцій з більшою ймовірністю можуть отримати стоматологічні ускладнення під час хіміотерапевтичного лікування.

Чегертма Е.І.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ефективність використання методу апексифікації при лікуванні ускладнень травм зубів

Актуальність. Травматичні ураження зубів нерідко супроводжуються ускладненнями, такими як патологічна резорбція коренів зубів, посттравматичні періодонтити та кісти, які, в свою чергу, можуть призвести до втрати зубів. Методика апексифікації з використанням мінерал триоксид агрегату (МТА) на сьогодні залишається золотим стандартом при ендодонтичному лікуванні подібних ускладнень травм зубів.

Мета дослідження: продемонструвати ефективність використання методики апексифікації з використанням МТА при лікуванні ускладнень травматичних уражень зубів.

Матеріали та методи. Пацієнтка К., 14 років, звернулась через 6 років після травми зубів 11 та 12. Об'єктивно: зміщення зубів 11 та 12 відносно фізіологічного положення у мезіально-вестибулярному напрямку, рухомість відсутня, температурна чутливість відсутня, перкусія безболісна. Рентгенологічно: просвітлення кісткової тканини в ділянці коренів 11 та 12 діаметром 2 см, патологічна резорбція коренів. Встановлений діагноз: посттравматична радикарна кіста верхньої щелепи від зубів 11 та 12. Пацієнтка Р., 9 років, звернулась через 3 тижні після авульсії зуба 21 за рекомендацією лікаря хірурга-стоматолога. Об'єктивно: зуб 21 зміщений відносно фізіологічного положення у вертикальному напрямку на 2–3 мм, іммобілізований за допомогою дрово-композитної шини, вітальність збережена, перкусія безболісна, виявлені пародонтальні кишені глибиною 5 мм. Рентгенологічно: корінь зуба 21 на стадії незакритої верхівки, просвітлення кісткової тканини в ділянці верхівки кореня зуба 21. За протоколом Міжнародної асоціації дентальної травматології (IADT) через 14 днів було

проведено клініко-рентгенологічне обстеження, виявлено збереження вітальності зуба 21 і пародонтальних кишень. Рентгенологічно виявлена змішана патологічна резорбція 1/3 кореня зуба 21. Пацієнтка М., 7 років, звернулася через 4 місяці після ускладненого перелому коронкової частини зуба 31 зі скаргами на періодичну появу нориці на слизовій оболонці ясен в ділянці зуба 31. Об'єктивно: перелом 2/3 коронкової частини зуба 31 з оголенням пульпи зуба. Вітальність відсутня, перкусія болісна, рухомість фізіологічна, на слизовій оболонці ясен в ділянці зуба 31 рубець від нориці. Рентгенологічно: корінь зуба 31 на стадії несформованої верхівки, просвітлення кісткової тканини протягом усієї довжини кореня зуба 31. Згідно з протоколами IADT, методом лікування всіх трьох клінічних випадків було обрано апексифікацію з використанням МТА.

Результати. Рентгенологічне обстеження через 6 місяців після завершення лікування першого клінічного випадку, через 1 рік — після другого та через 1 місяць — після третього показало відсутність ускладнень, зупинку патологічної резорбції коренів зубів та майже повне відновлення кісткової тканини. Зуби були фізіологічно рухомі, перкусія безболісна, пародонтальні кишені не виявлені.

Висновки. Отримані попередні результати свідчать про ефективність методу апексифікації із застосуванням МТА при лікуванні ускладнень травм зубів у дітей.

Коленко Ю.Г., Синько А.О.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Покращення якості життя у пацієнтів із хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом

Актуальність. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) є одним із найбільш поширених захворювань слизової оболонки порожнини рота, що охоплює приблизно 5–25 % населення. Існуючі методи лікування не завжди ефективні, оскільки причини виникнення даних уражень остаточно не виявлені.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування та якості життя пацієнтів із ХРАС шляхом використання лікарського засобу омега-3 епадол нео 1000 мг.

Матеріали та методи. В дослідження були включені 30 осіб із ХРАС на базі стоматологічного факультету НМУ ім. О.О. Богомольця. Пацієнти були поділені на дві групи по 15 осіб. Основна група отримувала капсули омега-3 епадол нео 1000 мг, тоді як контрольна група — капсулу плацебо. Препарат приймався тричі на день протягом 6 місяців. Диспансерне обстеження та анкетування проводили через три місяці та через шість місяців під час кожного огляду. Пацієнти заповнювали анкету оцінки тяжкості виразки Ulcer Severity Score (USS) і анкету Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire

(COMDQ). Середній вік в основній групі хворих (9 чоловіків і 6 жінок) становив $36,40 \pm 8,38$ року. Статистичні методи: за допомогою програмного забезпечення SPSS 22 з використанням тестів ANOVA, Манна — Уїтні та хі-квадрата. $P < 0,05$ вважається значущим.

Результати та обговорення. При першому обстеженні (через 3 місяці) середня кількість виразок, середня тривалість, локалізація та тяжкість виразки (за USS) значно відрізнялися між групами омега-3 і плацебо. Проте не було істотної різниці між двома групами щодо інтенсивності болю та тривалості періоду ремісії. При другому спостереженні (через 6 місяців) була виявлена значуща статистична різниця між двома групами щодо всіх характеристик афт. З огляду на те, що 7 із 26 запитань анкети COMDQ демонстрували значну різницю між групами омега-3 і плацебо при первинному обстеженні, статистичний аналіз Манна — Уїтні використовувався для порівняння різниці між оцінками вихідного анкетування й анкетування після 3 місяців у групах омега-3 і плацебо. Внутрішньогрупові порівняння з тестом Вілкоксона виявили відмінності щодо ефективності ліків між періодами спостереження в кожній досліджуваній групі. Було виявлено, що більшість параметрів у групі омега-3 були кращими, ніж у групі осіб, які приймали плацебо.

Висновки. Омега-3 жирні кислоти викликають зміни в експресії запальних елементів через ліпідні медіатори ЕПК та ДГК. Препарат омега-3 епадол нео 1000 мг значно покращив епітелізацію афт та якість життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, у пацієнтів із ХРАС.

Шкляр Х.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Обґрунтування застосування методики ремінералізуючої терапії в комплексному лікуванні початкового карієсу

Актуальність. На сьогодні початковий карієс зубів і його ускладнення залишаються однією з актуальних проблем у дитячій стоматології. Дослідження свідчать про те, що поширеність карієсу зубів у дітей сягає 72,3–95 % при інтенсивності 2,9–6,5 зуба. З огляду на таку величину патологій твердих тканин зубів каріозної етіології існує потреба у постійному розробленні та вдосконаленні методів ранньої діагностики, первинної профілактики та ефективного лікування даного захворювання.

Мета дослідження: удосконалення лікування та профілактики початкового карієсу в дітей шляхом застосування методики ремінералізуючої терапії.

Матеріали та методи. Проведене дослідження зон демінералізації твердих тканин тимчасових і постійних зубів у дітей при початковому карієсі. А також застосування профілактичних комплексів щодо використання засобів екзогенної й ендогенної профілактики з урахуванням інтенсивності початкового карієсу зубів.

Результати та обговорення. На підставі основного і системного аналізу фізичних, біохімічних, імунологічних, мікробіологічних даних уведена нова схема щодо

профілактики карієсу зубів у дітей. У даній роботі буде проведений комплекс профілактичних заходів, призначених для лікування початкового карієсу. Буде узагальнена клініко-лабораторна картина стану порожнини рота, зокрема твердих тканин зубів у дітей.

Висновки. Дана тема має багато наукових досягнень щодо вивчення особливостей початкового карієсу. Проблема початкового карієсу є надзвичайно актуальною та посідає перше місце серед населення, тому що пацієнтів з таким захворюванням стає все більше. В роботі планується особливий підхід щодо клініко-лабораторного обґрунтування та розроблення комплексу диференційованих профілактичних заходів, спрямованих на підвищення карієсрезистентності емалі. Практичні рекомендації для пацієнтів щодо особистої гігієни, а також позитивні результати проведених досліджень будуть впроваджені в роботу лікаря-стоматолога та в навчальний процес на профільних кафедрах закладів вищої освіти України.

Божик С.С.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Концепція механізмів трансформації клініко-морфологічних форм червоного плескатоного лишаю

Актуальність. Проблема своєчасної діагностики червоного плескатоного лишаю (ЧПЛ) на стоматологічному прийомі, спрямованої на досягнення позитивних довготривалих результатів, посідає одне з провідних місць серед пріоритетних напрямків розвитку сучасної патології слизової оболонки порожнини рота. Процес діагностики утруднюється за рахунок ізольованої локалізації тільки на слизовій оболонці ротової порожнини, її частка становить 30–35 %.

Мета дослідження: визначення механізмів трансформації клініко-морфологічних форм ЧПЛ.

Матеріали та методи. За допомогою основних клінічних методів об'єктивізували стоматологічний статус пацієнтів з різними клініко-морфологічними формами ЧПЛ.

Результати та обговорення. Скарги пацієнтів визначалися клініко-морфологічною формою захворювання. Типова форма — скарги на шорсткість, стягнутість і сухість слизової оболонки порожнини рота. Клінічна картина — наявність зроговілих папул, які групувалися у вигляді смуг, сітки, мереживного сплетення, утворюючи між собою кератинізовані містки на тлі незміненої слизової оболонки, пальпація елементів ураження безболісна. Екссудативно-гіперемічна форма — шорсткість, стягнутість слизової оболонки порожнини рота й біль під час прийому подразнюючої їжі. Клінічна картина — наявність зроговілих папул у вигляді смуг, сітки, мереживного сплетення, що утворюють між собою кератинізовані містки на тлі гіперемованої, набряклої слизової оболонки, пальпація елементів ураження болісна. Ерозивно-виразкова форма — біль постійного характеру, що підсилювався під час їжі, шорсткість, стягнутість слизової

оболонки порожнини рота. Клінічна картина — наявність зроговілих папул у вигляді смуг, сітки, мереживного сплетення, на тлі яких візуалізувалися численні ерозії і виразки. Слизова оболонка по периферії елементів ураження гіперемійована, набрякла, болісна при пальпації.

Висновки. Результати вивчення особливостей клінічного перебігу ЧПЛ дали можливість запропонувати механізм трансформації клініко-морфологічних форм даного захворювання, який реалізується за умов впливу як загальних чинників — соматична патологія в 5 осіб (19 %), так і місцевих — наявність різнорідних металів у ротовій порожнині, гострі краї зубів, ортопедичні конструкції в 19 осіб (73 %). Запропоновано схему цитотрансформації епітелію слизової оболонки ротової порожнини за умови ураження ЧПЛ і взаємозв'язок форм ЧПЛ із зловиясним передодженням.

Глазунов О.А., Пенський К.В.

Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Оцінка ефективності застосування матеріалів для зниження чутливості твердих тканин зуба після одонтопрепарування

Актуальність. Препарування зубів з вітальною пульпою під ортопедичні незнімні протези викликає морфологічно-функціональні зміни в твердих тканинах, що часто призводить до розвитку ускладнень у пульпі й періодонті. При цьому відомо, що проблема становить підвищена чутливість зубів (гіперчутливість) після проведеного одонтопрепарування. Підвищена чутливість зубів виражається больовими відчуттями, що йдуть від оголеного дентину в результаті хімічного, термічного або осмотичного подразнення і не пов'язані з його патологічними змінами.

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку ефективності застосування сучасних засобів для зниження чутливості твердих тканин зуба.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 74 пацієнти з помірним і високим рівнем гіперчутливості дентину, які відповідали критеріям включення. Усі обстежувані пройшли клінічний огляд. Було проведено рандомізований розподіл на 3 групи: А, В і С. У кожній групі було проведено одноразове нанесення чинного агента на зуби. Група А — використаний препарат, що містить 8,0 % аргініну і 1450 ppm фториду, карбонат кальцію; група В (негативний контроль) — використана профілактична полірувальна зубна паста; група С — адгезивна система для лікування гіперчутливості дентину. Реакція на вплив холодного повітря визначалася відповідно до індексу Шиффа; тактильна чутливість — методом зондування. Дані показники визначали до початку дослідження, відразу після нанесення чинного агента, а також через 2 і 4 тижні після процедури.

Результати. Гіперчутливість дентину після одонтопрепарування була виявлена в 79 % обстежених з невеликим переважанням у жінок (41 %) на відміну від чоловіків (38 %). Більшість пацієнтів повідомили про підвищення чутливості до холодного повітря (78 %) і кислого (81 %). Експериментальна частина показала, що група А вияви-

лася найбільш успішною — відбулося зниження гіперчутливості відразу після проведення процедури з 92 до 16 % і з 84 до 20 % для холодного повітря й тактильної гіперчутливості відповідно. Інші групи показали гірші результати: у групі В не було виявлено ніяких змін за жодним показником, а в групі С спостерігалось зниження гіперчутливості з 84 до 52 % і з 80 до 68 % для холодного повітря і тактильної гіперчутливості відповідно. Через 2 і 4 тижні результати для групи А були позитивно стабільними, для групи С — значно знизилися.

Висновки. Гіперчутливість дентину в результаті одонтопрепарування залишається актуальною і поширеною проблемою. У результаті проведеного експерименту було виявлено, що використання професійної пасти з аргініном є найбільш ефективним способом зниження гіперчутливості.

Заверуха Я.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Розподіл оклюзійного навантаження в зубах із клиноподібними дефектами різної глибини

Актуальність. Клиноподібні дефекти (КД) зубів досить поширені серед населення, їх частка в різних дже-релах варіює від 5 до 75 %. Одним з основних механізмів виникнення КД є абфракційний (мікроструктурна втрата твердих тканин зуба, пов'язана з оклюзійним стресом). Найчастіше КД виникають у перших нижніх і верхніх премолярах, що може бути пов'язано з особливостями їх будови й місцем у зубній дузі. Виникнення КД пов'язане з біомеханічними особливостями розподілу оклюзійного стресу в твердих тканинах зубів, тому для моделювання даного процесу успішно використовується метод кінцевих елементів, що допомагає простежити концентрацію напружень у тканинах зуба в різних клінічних ситуаціях.

Метою дослідження став аналіз напружень у твердих тканинах першого нижнього премоляра з використанням аксіальних і параксіальних оклюзійних навантажень при різній глибині КД методом кінцевих елементів.

Матеріали та методи. Аналіз методом кінцевих елементів був проведений у програмі ANSYS 2021 з використанням тривимірної моделі нижнього першого премоляра, що складається з емалі, дентину, пульпи, періодонтальної зв'язки, кортикальної і трабекулярної кістки. Для створення 3D-моделі зуба на основі даних конусно-променевої комп'ютерної томографії була використана програма 3D Slicer. Отримані STL-файли експортувалися в програмне забезпечення Meshmixer, Blender і Rhino7 для подальшої побудови зовнішніх і внутрішніх контурів тканин, що дозволило створити макет різних структур. КД глибиною 1,0 і 2,0 мм були отримані шляхом віднімання за допомогою булевих операцій. Емаль і дентин вважалися ортотропними структурами, усі інші тканини — ізотропними. Аксіальне навантаження в 200 Н було прикладене вздовж поздовжньої осі зуба до поверхні щічного і язичного

горбків, параксіальне — 200 Н — під кутом 45° до поздовжньої осі зуба почергово до поверхні щічного і язичного горбків.

Результати. При вивченні інтактної моделі зуба найбільша концентрація напруження в пришийковій зоні виникає під дією параксіального оклюзійного навантаження. Чисельні значення напруження в 1,5 раза більші при параксіальному навантаженні порівняно з аксіальним. Концентрація напруження в моделі КД глибиною 1 мм у найбільш глибокій зоні дефекту при параксіальному навантаженні становила близько 55 МПа і була більшою майже в 4 рази, ніж при аксіальному. Значення напруження в найглибшій зоні дефекту при різних видах параксіального навантаження були однакові за значеннями (близько 55 МПа). Аналіз моделей КД глибиною 2 мм показав, що параксіальні навантаження призводять до більшої концентрації напруження, ніж аксіальні, — у 4,7 раза. Найбільші значення напруження в найглибшій зоні КД виникали при параксіальному оклюзійному навантаженні, спрямованому на щічний горбок (близько 87 МПа).

Висновки. Оклюзійне навантаження призводить до виникнення напруження в пришийковій зоні зуба незважаючи на те, що ця ділянка не підлягає прямому впливу жувальних сил. Найбільший вплив на інтенсивність напруженості в тканинах зуба має тип оклюзійного навантаження. Наявність КД призводила до змін у моделях розподілу стресу через втрату структури зуба. При параксіальному навантаженні розрахункові значення напруження в пришийковій зоні більші, ніж при аксіальному. Чим більша глибина КД, тим більше напруження виникає в його найглибшій зоні. Незважаючи на те, що аналіз методом кінцевих елементів наближений до реальних вимірів напруження, він обмежений біологічною варіацією морфології зубів, типом інтеркуспідациї та оклюзії.

Кокоєва Ю.В.

Інститут стоматології НУОЗ України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Оптимальний тип протетичного елемента й матеріал ортопедичної конструкції при безпосередньому протезуванні на дентальних імплантатах

Актуальність. Під час аналізу наукової літератури виявлено суперечливі дані щодо вибору типу протетичного елемента (ПЕ) і матеріалу ортопедичних конструкцій при безпосередньому протезуванні на дентальних імплантатах (ДІ).

Мета дослідження: шляхом кінцево-елементного аналізу імітаційних моделей обґрунтувати оптимальну конструкцію протетичного елемента й матеріали для виготовлення штучних коронок при безпосередньому протезуванні на ДІ.

Матеріали та методи. Дослідження опороздатності біомеханічних систем (БС) здійснено з використанням методу кінцевих елементів. Моделювання БС «кістко-

ва тканина — дентальний імплантат — протетичний елемент — супраконструкція» (КТ-ДІ-ПЕ-СК) проведено за допомогою CAD-системи Autodesk Inventor (Autodesk Inc., USA). ПЕ представлений: стандартною титановою платформою (ТП1) і титановою платформою з індивідуалізацією з діоксиду цирконію (ТП2). Для супраконструкції задані фізико-механічні властивості таких конструкційних матеріалів, як: скло-кераміка на основі дисилікату літію (КМ1); гібридна кераміка, модифікована композитом (КМ2); поліметилметакрилат (КМ3); діоксид цирконію (КМ4); багатошаровий діоксид цирконію (КМ5). В імітаційній моделі з ТП1 типом ПЕ дослідження проводили з матеріалами коронки: КМ1, КМ2, КМ3, КМ4, КМ5; з ТП2 типом ПЕ — з КМ1, КМ2, КМ3, КМ5. Кінцево-елементна дискретизація моделей реалізована в САЕ-системі ANSYS (Ansys Inc., USA). У результаті чисельного експерименту визначено екстремальні величини еквівалентних за Мізесом напружень і розраховано коефіцієнти запасів міцності (ЗМ) моделей.

Результати та обговорення. Грунтуючись на аналізі одержаних коефіцієнтів ЗМ, встановили, що найбільша опороздатність для системи з ТП1 типом ПЕ характерна при застосуванні таких конструкційних матеріалів коронки: КМ1 (коефіцієнт ЗМ — 1,91), КМ4 (коефіцієнт ЗМ — 1,90), КМ5 (коефіцієнт ЗМ — 1,90). БС із ТП2 типом ПЕ має найвищу опороздатність при КМ1 (коефіцієнт ЗМ — 2,29), КМ5 (коефіцієнт ЗМ — 2,38). Моделі з матеріалами КМ2, КМ3 продемонстрували найменшу опороздатність з ТП1 (коефіцієнт ЗМ при КМ2 — 0,83; коефіцієнт ЗМ при КМ3 — 0,95) і ТП2 (коефіцієнт ЗМ при КМ2 — 0,79; коефіцієнт ЗМ при КМ3 — 0,89) типами ПЕ. При ТП2 типі ПЕ в структурах біологічного походження відзначено зменшення еквівалентних за Мізесом напружень на 25 % для кортикальної КТ і на 21 % — для губчастої КТ на відміну від моделей з ТП1 типом ПЕ. Максимальні величини еквівалентних за Мізесом напружень у протетичному елементі в 1,5–3,5 рази менше в моделях із ТП2 типом ПЕ при всіх матеріалах штучної коронки порівняно з моделями з ТП1 ПЕ.

Висновки. Згідно з аналізом перерозподілу навантаження на структурні елементи і в цілому на біомеханічну систему рекомендованим до застосування у клінічній практиці є протетичний елемент з індивідуалізацією з діоксиду цирконію (коефіцієнт ЗМ — 30,28), який дозволяє здійснити більш раціональний розподіл жувального навантаження на біологічні структури порівняно зі стандартною титановою платформою. Найоптимальнішими матеріалами для супраконструкції при застосуванні даного протетичного елементу є: склокераміка на основі дисилікату літію (коефіцієнт ЗМ — 2,29) і багатошаровий діоксид цирконію (коефіцієнт ЗМ — 5,22). Застосування в клінічній практиці отриманих результатів дослідження дозволить зменшити втрату висоти маргінальної кісткової тканини й дентальних імплантатів і запобігти їй завдяки раціональному перерозподілу навантаження при безпосередньому протезуванні на дентальних імплантатах.

Радчук В.Б.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Цитологічна характеристика ясенних епітеліоцитів на фоні різних підходів до одонтопрепарування під металокерамічні конструкції зубних протезів у динаміці клінічного моніторингу

Актуальність. Питання вивчення клітинного складу ясен при протезуванні металокерамічними протезами в різні терміни клінічних спостережень з огляду на закономірності морфологічних змін є актуальним, оскільки дає змогу спрогнозувати віддалені результати.

Мета дослідження: вивчити зміни клітинного складу ясен при протезуванні металокерамічними конструкціями в динаміці клінічних спостережень.

Матеріали та методи. У пацієнтів 2 груп клінічних спостережень, яким здійснювали одонтопрепарування з формуванням класичного заокругленого скошеного уступу або максимально зберігали тверді тканини в ділянці шийки зуба перед одонтопрепаруванням, у подальшому проводили вивчення клітинного складу зскрібка, одержаного з маргінальних ясен у ділянці препарованих зубів.

Результати та обговорення. Клітинний склад епітелію ясен пацієнтів обох груп клінічних спостережень перед одонтопрепаруванням відображав регіонарні особливості анатомічної ділянки й функціональну належність слизової оболонки до жувального типу. Тинкторіальні властивості поверхневих епітеліоцитів і кількісне переважання рогових лусочок в епітелії ясен відображають механізми зроговіння в нормі шляхом поетапного процесу, що розпочинається з проміжних епітеліоцитів, поширюється на поверхневі клітини у вигляді еозинофільних гранул цитоплазми з подальшим утворенням рогових лусочок. Цитологічна картина ясен у ділянці відпрепарованих девітальних зубів у пацієнтів обох груп на 45-ту добу клінічних спостережень представлена багатошаровим плоским епітелієм із проміжними й поверхневими клітинами, роговими лусочками з якісними змінами епітеліоцитів порівняно з показниками на момент первинного обстеження. У клітинному складі ясен у ділянці вітальних зубів пацієнтів І групи відбулися якісні зміни проміжних епітеліоцитів з узурованою плазмомемою та ознаками цитопатології. У цитоплазмі визначався глікоген у вигляді азурупозитивних гранул, що характеризує здатність багатошарового плоского епітелію до його синтезу й накопичення в умовах запального процесу в яснах. Клітинний склад ясен у ділянці вітальних зубів пацієнтів ІІ групи також характеризувався багатошаровим плоским епітелієм з переважанням проміжних базофільних епітеліоцитів за умови наявності поверхневих клітин і рогових лусочок. При цьому в проміжних клітинах ознаки цитопатології здебільшого відсутні.

Висновки. Вищенаведені тинкторіальні відмінності епітеліоцитів у клітинному складі ясен пацієнтів обох груп у динаміці клінічних спостережень відображають функціонування захисних механізмів тканин ясен і забезпечують їх гомеостаз.

Супрунович І.М.

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Імовірність розвитку абфракцій на зубах верхньої і нижньої щелеп у пацієнтів з генералізованим пародонтитом відповідно до гендерної приналежності

Актуальність. На сьогодні питання розвитку некаріозних уражень твердих тканин зубів не втрачає своєї актуальності, особливо в пацієнтів з генералізованим пародонтитом. Серед них головне місце посідає абфракція — патологічна втрата твердих тканин зуба, поширеність якої збільшується з віком і становить від 27 до 85 % (Gargi S., 2013). У пацієнтів з пародонтитом унаслідок резорбції альвеолярного відростка у тканинах пародонта відбувається структурна й функціональна дезінтеграція, результатом якої є оголення шийок і коренів зубів, що робить оголений цемент кореня зуба чутливим до дії несприятливих факторів і збільшує ризик розвитку цервікальних уражень твердих тканин зубів, які не лише спричиняють естетичні недоліки, але й можуть призвести до втрати зубів. Вивчення ймовірності розвитку абфракцій дозволить обрати й застосувати необхідний алгоритм профілактичних заходів для запобігання втраті твердих тканин зубів.

Мета дослідження: вивчити ймовірність розвитку абфракцій на зубах верхньої і нижньої щелеп у пацієнтів з генералізованим пародонтитом відповідно до гендерної приналежності.

Матеріали та методи. Вивчали наявність абфракцій у 133 пацієнтів з генералізованим пародонтитом віком 20–59 років. Відповідно до гендерної приналежності пацієнти були розподілені на групу чоловіків, яка включала 63 осіб, і групу жінок, до якої увійшло 70 осіб. Фіксацію даних уражень проводили інструментально при візуальному огляді порожнини рота. Абфракцію визначали як видимі дефекти твердих тканин різної за контуром форми поверхні з блюдцеподібною або клиноподібною формою поперечного перерізу без градації глибини уражень, після чого дані вносили до карти.

Результати. В осіб чоловічої статі найвища ймовірність розвитку абфракцій на верхній щелепі спостерігалась на лівому іклі й становила 34,38 %, на нижній щелепі — на правому премоларі — 48,53 %. В осіб жіночої статі найвища ймовірність розвитку абфракцій на верхній щелепі була на лівому іклі, вона становила 40,63 %, на нижній щелепі — на правому премоларі — 72,06 %.

Висновки. Отже, знання прогнозованої ймовірності розвитку абфракцій у пацієнтів з генералізованим пародонтитом дозволяє передбачити патологічну втрату твердих тканин зубів й запобігти її розвитку, застосувавши відповідний алгоритм профілактичних заходів.

Яськів Н.А.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Клініко-імунологічні аспекти пацієнтів із хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом

Актуальність. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) є одним з найбільш поширених захворювань слизової оболонки порожнини рота, що характеризується періодичним виникненням рецидивуючих афт, здебільшого без певної закономірності, і відзначається тривалим перебігом і болем. Проблема повного вилікування даного захворювання залишається відкритою, адже в більшості випадків воно є симптоматичним і мало-ефективним, що більшою мірою пов'язано з недостатнім розумінням етіопатогенетичного фактора захворювання.

Мета дослідження: визначення й деталізація деяких клініко-імунологічних аспектів перебігу ХРАС.

Матеріали та методи. За допомогою основних клінічних методів об'єктивізували стоматологічний статус пацієнтів із ХРАС. Із додаткових методів обстеження паралельно із загальним і біохімічним аналізом крові призначали дослідження лімфоцитарного профілю периферичної крові (Sinevo, IMD).

Результати та обговорення. Основними скаргами пацієнтів із ХРАС були біль, наявність виразок, утруднення вживання їжі й мовлення. З анамнезу — довга тривалість захворювання й рецидивний характер з тенденцією до збільшення частоти. Ремісія тривала від кількох місяців до 5–7 днів. Слід відзначити, що 9 осіб (82 %) відмічали наявність подібної симптоматики в близьких родичів. 9 осіб (82 %) відчували дискомфорт і біль у ділянках, де згодом утворювалися афти. 6 осіб (55 %) із супутніх захворювань відмічали патологію травного каналу. Об'єктивно — у 10 осіб (91 %) афти були розташовані в передніх відділах порожнини рота. Афти зазвичай поодинокі, округлої або овальної форми, вкриті фібринозним нальотом з вінчиком гіперемії по периферії. Пальпаторно елементи ураження різко болісні, м'які. Слизова оболонка, на тлі якої розташовані афти, гіперемійована, набрякла, болюча. У 6 осіб (55 %) поява афт супроводжувалась слабкістю, гіподинамією і зниженням працездатності. Результати проведених досліджень дають можливість говорити про вірогідне зниження індексу імунорегуляції (до $0,70 \pm 0,01$), а саме співвідношення Т-хелперів і Т-супресорів (CD4/CD8), порівняно з референтними даними ($1,59 \pm 0,08$).

Висновки. Отже, хворі на ХРАС — молоді пацієнти, середній вік яких становить 27 років. За результатами суб'єктивних методів обстеження слід відзначити роль спадкового чинника. Розвитку афти передують трансформація первинного елемента ураження — плями, яка підвищується над рівнем здорових тканин — в ерозію округлої чи овальної форми, вкрити фібринозним нальотом та оточену вінчиком гіперемії — афту, надалі відбувається її епітелізація. Середня тривалість захворювання становила 7–10 діб. У хворих на ХРАС зареєстровано вірогідне зниження індексу імунорегуляції порівняно з референтними даними.

Худан Р.І.

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,

м. Тернопіль, Україна

Особливості функціонування фагоцитуючих клітин крові за умови ліпополісахарид-індукованого пародонтиту у поєднанні із хронічною гіпергомоцистеїнемією

Актуальність. Перспективним напрямом вивчення патогенезу генералізованого пародонтиту (ГП) є виявлення факторів, що впливають на весь організм людини і тканини пародонта зокрема. Одним із таких факторів є гомоцистеїн. Дані щодо взаємозв'язку гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ) та прогресування ГП є обмеженими та суперечливими. Водночас у запальних реакціях особливу роль відіграють нейтрофіли, які першими надходять до вогнища запалення та є здатними до фагоцитозу.

Метою дослідження було з'ясувати особливості функціонування нейтрофілів крові за умови ліпополісахаридіндукованого пародонтиту (ЛПС-індукованого пародонтиту) на тлі хронічної ГГЦ.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на 48 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях з масою 180–200 г, які були поділені на такі групи: I — контрольна група ($n = 12$); II — тварини з ЛПС-індукованим пародонтитом; III — тварини з хронічною тіолактоною ГГЦ ($n = 12$); IV — тварини з ЛПС-індукованим пародонтитом на тлі хронічної тіолактонової ГГЦ ($n = 12$). Популяцію нейтрофілів крові отримували за допомогою центрифугування на подвійному градієнті щільності 1,077 і 1,093 фіколу-верографіну. Аналіз зразків проводили на проточному цитометрі Epics XL («Beckman Coulter», США). Генерацію активних форм оксигену (АФО) визначали за допомогою 2,7-дігідрохлорфлуоресцеїну діацетату («Sigma Aldrich», США); трансмембранний мітохондріальний потенціал

($\Delta\Psi_m$) — за допомогою набору реактивів «MitoScreen» («BD Pharmingen», США); апоптоз — за допомогою FITC-міченого анексину V з набору реагентів «ANNEXIN V FITC» («Beckman Coulter», США).

Результати та обговорення. Встановлено, що кількість нейтрофілів крові із підвищеною генерацією АФО у щурів із ЛПС-індукованим пародонтитом без супутньої патології збільшилася на 87,9 % ($p = 0,001$) відносно контрольної групи. У щурів із ЛПС-індукованим пародонтитом на тлі хронічної ГГЦ даний показник зріс у 2,8 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи, що на 50,5 % ($p = 0,008$) перевищувало дані за умови ЛПС-індукованого пародонтиту без супутньої патології. При визначенні кількості нейтрофілів крові із зниженням $\Delta\Psi_m$ встановлено, що у щурів із ЛПС-індукованим пародонтитом без супутньої патології даний показник зріс на 73,3 % ($p = 0,001$) відносно контрольної групи, а у щурів із поєднаною патологією — у 2,5 раза ($p < 0,001$), що на 42,3 % ($p = 0,001$) перевищувало дані за умови ЛПС-індукованого пародонтиту без супутньої патології. Гіперпродукція АФО і порушення цілісності зовнішньої мітохондріальної мембрани ініціює запуск апоптотичної загибелі клітин. Встановлено, що у щурів із ЛПС-індукованим пародонтитом без супутньої патології кількість нейтрофілів крові із ознаками апоптозу збільшилася в 2,1 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи. У щурів із ЛПС-індукованим пародонтитом на тлі хронічної ГГЦ даний показник зріс у 3,5 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи, що на 71,4 % ($p = 0,001$) перевищувало дані за умови ЛПС-індукованого пародонтиту без супутньої патології.

Висновки. При ЛПС-індукованому пародонтиті без супутньої патології нейтрофіли крові генерують надмірну кількість АФО, що супроводжується порушенням цілісності внутрішньої мембрани мітохондрій та апоптозом. Хронічна ГГЦ посилює порушення функціонального стану нейтрофілів крові за умови пародонтиту та підвищує їх програмовану загибель. ■

РЕЗОЛЮЦІЯ 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» (22–23 жовтня 2021 року, м. Київ)

Заслухавши доповіді та виступи учасників **6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології»**, пропонуємо:

І. Враховуючи, що на виконання Указу Президента України від 18 серпня 2021 р. № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 р. «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» Міністерством охорони здоров'я України ведеться робота з розроблення та затвердження до 1 грудня 2021 р. Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 р., схвалити такі пропозиції до МОЗ України:

1. Із метою покращення доступності населення України до медичної стоматологічної допомоги визначити та затвердити у встановленому порядку гарантований державою рівень безоплатної стоматологічної допомоги.

2. Розробити та затвердити стандарти надання гарантованого державою рівня безоплатної стоматологічної допомоги; розроблений нормативний акт ввести у дію відповідною постановою Кабінету Міністрів України.

3. Визначення та нормативне забезпечення порядку оплати стоматологічних послуг окремим пільговим категоріям населення з державного бюджету України відповідно до діючого законодавства та створення нового нормативного акту Кабінету Міністрів України.

4. Прийняти на державному рівні Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань, проект якої розроблений ГО «Асоціація стоматологів України».

5. Виділити окремим напрямком профілактику основних стоматологічних захворювань в учнів загальноосвітніх закладів та внести до переліку лікарських

спеціальностей обов'язкового медичного обслуговування.

6. Запровадити систему гігієнічного навчання і виховання в організованих дитячих колективах та закладах, підпорядкованих МОЗ України та МОН України, шляхом створення спільного наказу МОН та МОЗ України.

7. Відповідним наказом міністра охорони здоров'я затвердити теми клінічних протоколів та формування мультидисциплінарних груп з підготовки уніфікованих клінічних протоколів із надання медичної стоматологічної допомоги, проект якого з відповідними пропозиціями подано до МОЗ України групою експертів МОЗ України за напрямками «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортопедична стоматологія», «дитяча стоматологія», «ортодонтія», «стоматологія» 31 травня 2021 року.

ІІ. Підготувати та подати на розгляд до Національної служби здоров'я України пропозиції до Програми медичних гарантій на 2022 рік:

1. Запровадити прозорий розрахунок тарифу на стоматологічну допомогу на підставі медико-технологічних документів, уніфікованих протоколів, затверджених МОЗ України. На перехідний період, до прийняття уніфікованих клінічних протоколів, підвищити тариф на стоматологічну допомогу до 310 грн.

2. Запровадження диференційованого підходу до оплати стоматологічних послуг дорослим та дітям в амбулаторних умовах, а саме профілактики, спостереження, діагностики, лікування та медичної реабілітації. Зараз стоматологічна допомога відповідно до Постанови КМУ № 133 від 15.02.2021 року «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II–IV кварталах 2021 року» оплачується за глобальною ставкою на підставі даних попереднього року, занесених в ЕСОЗ.

3. Збільшення на 20 % часу на відвідування дітей та підлітків, що враховує особливості дитячої стоматології та необхідність психологічної підготовки.

4. В Програмі медичних гарантів стоматологічної допомоги на 2022 рік врахувати щорічні онкологічні профілактичні огляди в стоматологічній допомозі з необхідним комплексом обстеження кожного українця.

III. Доручити Правлінню та координаційній раді ГО «Асоціація стоматологів України»:

1. Ураховуючи вимоги карантину через ситуацію з COVID-19 в Україні, рекомендувати Асоціації стоматологів України провести засідання координаційної ради в I кварталі 2022 року в онлайн-режимі.

2. Відповідно до Резолюції 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» підготувати листи з пропозиціями до Міністерства охорони здоров'я України і Національної служби здоров'я України.

3. Із метою зменшення злоякісних новоутворень порожнини рота та губ підготувати науково-методичне забезпечення для лікарів-стоматологів, що базується на засадах доказової медицини, щодо сучасних методів онкологічного обстеження порожнини рота та губ, своєчасної діагностики передракових станів та початкових форм онкологічних захворювань.

IV. Підтримати пропозиції ВГО «Асоціація лікарів-пародонтологів України»:

1. Рекомендувати при виконанні науково-дослідної роботи, написанні статей для публікації в профільних стоматологічних журналах як в Україні, так і за кордоном використовувати нову «Класифікацію захворювань та станів тканин пародонта і періімплантних

тканин, 2017» (EFP&AAP World Workshop, 2017). Рекомендувати закладам вищої освіти України включити в навчальну програму підготовки магістрів та інтернів інформацію щодо «Класифікації захворювань та станів тканин пародонта і періімплантних тканин 2017» (EFP&AAP World Workshop, 2017).

2. На підставі модифікованої класифікації захворювань пародонта і кваліфікаційних характеристик лікаря-пародонтолога розробити сучасні протоколи комплексного лікування захворювань тканин пародонта. Для реалізації даного завдання створити мультидисциплінарну робочу групу в такому складі: проф. Г.Ф. Білолицька, проф. Т.О. Петрушанко, проф. І.П. Мазур, проф. Ю.Г. Чумакова, проф. П.В.Леоненко, д.м.н. О.В. Копчак, проф. В.І. Герелюк, О.М. Штука.

3. Із метою організації підготовки лікарів-пародонтологів в Україні клопотати перед МОЗ України про присвоєння спеціалізації лікарів-пародонтологів лікарям-стоматологам, які відповідають таким вимогам:

— проводять освітній процес у закладах вищої освіти за дисциплінами: «терапевтична стоматологія», «пародонтологія»;

— мають науковий ступінь кандидата медичних наук або доктора медичних наук із захищеною дисертаційною роботою за напрямком «пародонтологія»;

— мають вагомі (не менше 5 у ліцензованих та наукометричних виданнях) журнальні статті, монографії, підручники за напрямком «пародонтологія».

**Президент ГО «Асоціація стоматологів України»
професор І.П. Мазур ■**

Білоклицька Г.Ф., Петрушанко Т.О., Чумакова Ю.Г., Копчак О.В.
Асоціація лікарів-пародонтологів України, м. Київ, Україна

Невирішені питання класифікації захворювань пародонта (дискусія)

Весною цього року відбулась визначна подія для всіх прихильників клінічної пародонтології, збулась мрія нашої Асоціації лікарів-пародонтологів України (АЛПУ): Міністерство охорони здоров'я України (Наказ МОЗ України 1254 від 22.06.21 р., зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 р. за № 1081/36703) внесло до реєстру нову спеціальність — «пародонтологія». Хочу звернути вашу увагу на те, що європейських країн, де пародонтологія визнана як спеціальність, зовсім не багато — їх усього 15. Серед країн СНГ це Латвія, Литва та Азербайджан, а відтепер і наша Україна!

Сьогодні перед нами постали нові завдання. Будь-яка стоматологічна установа, незалежно від форми власності, зобов'язана працювати в правовому полі, тобто має використовувати у своїй практичній діяльності протоколи обстеження та надання стоматологічного лікування — професійної спеціалізованої допомоги. Такий протокол базується на класифікації захворювань. Саме класифікація є тим інструментом, від якості якого залежить правильність установлення діагнозу і, відповідно, майбутній план лікування.

Кажучи про протокол обстеження та лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта, ми маємо на увазі якийсь алгоритм, що базується на доказовій медицині. Починаючи обстеження хворого, ми ставимо перед собою певні завдання, які повинні вирішити, тому що від правильності постановки даних завдань залежить результат, а саме діагноз, а потім — і план лікування і його ефективність і результативність.

Рівень діагностики визначає розуміння сутності патологічного процесу, характер його перебігу, стадії розвитку, ступінь тяжкості. Тобто кожна класифікація відображає рівень розвитку науки в певний відрізок часу. Добре всім відома і, по суті, єдина узаконена в Україні класифікація захворювань пародонта М.Ф. Данилевського (1994 року) була революційною і дуже потрібною в певний проміжок часу. Але з того моменту пройшло майже 27 років. Чи відповідає дана класифікація потребам сучасності, сучасному рівню розвитку науки? Напевно, ні. Зараз вона потребує удосконалення, не-

зважаючи на те, що її продовжують викладати в закладах вищої освіти.

Із нашої точки зору, лікарі-стоматологи мають певні труднощі з діагностикою захворювань пародонта. Звертаю вашу увагу на те, що сьогодні лікарі-стоматологи державних стоматологічних закладів повинні працювати з максимально спрощеною класифікацією захворювань пародонта, що запропонована НСЗУ. Дана класифікація взагалі нівелює всі відомі нам нозологічні форми пародонтальних захворювань, зводячи їх, по суті, до трьох діагнозів: гінгівіт (не важливо який!), періодонтит (без будь-яких уточнень), пародонтоз. Не можна забувати, що сьогодні лікар працює в дуже непростих ринкових умовах, при яких кожна маніпуляція має ціннову характеристику. Такий підхід до класифікації не враховує професійний рівень лікаря, його рівень теоретичних і практичних компетентностей. Разом із тим ми розуміємо важливість класифікації НСЗУ, оскільки саме від даної організації залежать фінансування й оплата праці лікарів-стоматологів, які працюють у державних стоматологічних закладах.

У зв'язку з цим завданням нашої АЛПУ було знайти можливість внести необхідні зміни в дану класифікацію, максимально наблизити її найбільш відомим у Європі з тим, щоб вона стала дієвим інструментом у роботі практичного лікаря. Сьогодні найбільш відома у Європі міжнародна класифікація пародонтологічних та періімплантних хвороб та станів, що була обговорена і прийнята в Чикаго у 2017 році, надрукована на сторінках ведучих професійних журналів Європи і США. Розуміючи, що відтепер в нашій країні введена спеціалізація «пародонтологія», висновок очевидний: ми повинні переходити на зарубіжну термінологію, сприяти впровадженню міжнародної класифікації в практичну стоматологію. Треба відзначити, що вперше в даній класифікації чітко визначені такі поняття, як здоров'я ясен і здоровий пародонт, для пародонтиту встановлені три основні групи: некротизуючий пародонтит, пародонтит як прояв системних захворювань і власне пародонтит, запроваджена багатови-

мірна система стадій і ступеней пародонтиту. Уперше з'явилася класифікація захворювань і станів тканин пародонта і періімплантних тканин, що, безумовно, є позитивним. Із даного приводу наша Асоціація лікарів-пародонтологів України на 6-му Національному українському стоматологічному конгресі АСУ внесла відповідні пропозиції, що стосуються поетапного впровадження міжнародної класифікації захворювань пародонта в Україні.

Пропозиції ВГО «Асоціація лікарів-пародонтологів України»:

1. На першому етапі діяти згідно з новою «Класифікацією захворювань та станів тканин пародонта і періімплантних тканин 2017» (EFP&AAP World Workshop, 2017) при виконанні науково-дослідної роботи, написанні статей для публікації в профільних стоматологічних журналах як в Україні, так і за кордоном.

2. На другому етапі (з 2023 р.) рекомендувати закладам вищої освіти України включити в навчальну програму підготовки магістрів та інтернів інформацію щодо «Класифікації захворювань та станів тканин пародонта і періімплантних тканин 2017» (EFP&AAP World Workshop, 2017).

3. Адаптувати «Класифікацію захворювань та станів тканин пародонта і періімплантних тканин 2017» (EFP&AAP World Workshop, 2017) для впровадження в практичну діяльність лікарів-стоматологів України як базу для розробки нових протоколів діагностики та лікування захворювань пародонта. Замінити термін «пародонтит» на «періодонтит», як узаконено у світовій пародонтології.

4. Клопотати перед НСЗУ щодо модифікації запропонованої даною організацією класифікації з внесенням необхідних доповнень із метою максимально наблизити її до найбільш відомих у Європі, щоб вона стала дієвим інструментом у роботі практичного лікаря.

На нашу думку, саме на підставі міжнародної класифікації захворювань пародонта і кваліфікаційних характеристик лікаря-пародонтолога стане можливим

розробити сучасні протоколи обстеження і комплексного лікування захворювань тканин пародонта.

Стосовно підготовки лікарів-стоматологів за спеціальністю «пародонтологія» передбачається, що вона буде проходити шляхом спеціалізації за даним фахом відповідно до Наказу МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», зареєстрованого в Мін'юсті 25.03.2019 р. за № 293/33264, й останнього з цього погляду Наказу МОЗ України від 22.06.2021 р. № 1254 «Про затвердження положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію», зареєстрованого в Мін'юсті 17.08.2021 р. за № 1081/36703, та інших нормативних документів, що регламентують підготовку фахівців галузі знань «охорона здоров'я» на післядипломному етапі. Метою циклу спеціалізації стане перепідготовка лікарів-стоматологів відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста за спеціальністю «пародонтологія» з тривалістю навчання 6 місяців.

Цикл спеціалізації передбачає розгляд актуальних питань із діагностики, лікування та профілактики захворювань тканин пародонта. Значна увага направлена на сучасні методи та методики, ознайомлення та оволодіння практичними навичками, новітніми досягненнями вітчизняних та іноземних науковців. В умовах швидкого оновлення медичної інформації обов'язком лікаря стає постійне підвищення професійної компетентності на принципах доказової медицини, що дозволить проводити високоефективне, безпечне, економічно оптимальне пародонтологічне лікування та бути конкурентним на сучасному ринку праці. З урахуванням того, що спеціальність «пародонтологія» передбачає мультидисциплінарний підхід як у діагностиці, так і в лікуванні генералізованих захворювань пародонта і періімплантних тканин, основна концепція програми передбачає набуття високого рівня теоретичних і практичних компетентностей для встановлення цілей майбутньої практики. ■

УДК 616.31-082:614.2.001

Мазур І.П., Мазур П.В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

До питання класифікації та пов'язаної з нею термінології хвороб пародонта: історіографічний аналіз

Резюме. У статті наведено історіографічний аналіз літературних джерел і медико-технологічних документів щодо термінології та класифікації хвороб пародонта, що використовували в Україні протягом останніх 120 років. Актуальність обговорення стоматологічною спільнотою питання щодо термінології та класифікації хвороб пародонта зумовлена необхідністю запровадження клінічних настанов та уніфікованих протоколів надання стоматологічної допомоги на основі доказової медицини й запровадження нової класифікації та введення відповідних термінів.

Ключові слова: хвороби пародонта; класифікація хвороб пародонта; термінологія хвороб пародонта

У дореволюційний період у наукових виданнях з питань захворювань зубів і щелеп при характеристиці запальних хвороб ясен («Заболевание десень, связанная с страданием зубов») використовувались терміни «запалення» («воспаление»), «альвеолярна піорея» («альвеолярная пиоррея») і «епуліси» («эпулиды»). В монографії доктора Г.Д. Львовського, що вийшла друком в 1900 році в Одесі, «Зубы (челюсти и десны): их болезни и лечение» в розділі XV «Воспаление корневой надкостницы» є термін, представлений англійською мовою, — «periodontitis».

Після Жовтневої революції у періодичних фахових виданнях публікуються результати досліджень радянських вчених у журналі «Одонтология и стоматология». Переважна кількість наукових статей висвітлює питання захворювань пульпи і пародонта, а також аспекти хірургічної стоматології. Виходячи з аналізу публікацій у фаховому стоматологічному виданні, в двадцятих роках ХХ сторіччя серед хвороб пародонта актуальною проблемою для радянських стоматологів був виразково-некротичний гінгівіт. У журналі за 1923 рік серед оригінальних наукових статей знаходимо статтю професора Г.А. Маслова «Язвенный стоматит и гингивит».

Про актуальність виразково-некротичного гінгівіту на той час свідчить і стаття А.І. Євдокімова про «gingivitis ulcerosa», опублікована в 1925 році. А в 1927 році матеріали про нові шляхи в лікуванні виразкових стоматитів та гінгівітів подані в статті І.Г. Лукомського.

Разом із тим у фахових журналах окремим розділом є огляди закордонних дослідників і переклади у вигляді рефератів їх статей. У журналі «Одонтология и стоматология» публікуються реферати перекладених іноземних статей, переважно із німецьких журналів. У перекладах часто вживається термінологія німецької класифікації, а саме «парадентоз», що ототожнюється з поняттям «альвеолярна піорея».

В 1929 році на III Всесоюзному одонтологічному з'їзді, що проходив у Москві, А.І. Євдокімов у своїй доповіді про альвеолярну піорею акцентував увагу делегатів на впливі можливих ускладнень пародонтиту на загальний стан здоров'я людини. За результатами його досліджень було запропоновано судинну теорію етіології та патогенезу хвороб пародонта. У резолюції III Всесоюзного одонтологічного з'їзду невеликим окремим пунктом стоїть «По вопросу о пиоррейных зубах (альвеолярная пиоррея)», в якому вказується про

© «Oral and General Health», 2021

© Издавец Заславский О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Мазур Ірина Петрівна, доктор медичних наук, професор кафедри стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожичка, 9, м. Київ, 04112, Україна; факс: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com

For correspondence: Iryna Mazur, DM, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorohozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; fax: (044) 486-00-22; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com

Full list of authors information is available at the end of the article.

необхідність подальшого поглибленого вивчення цього захворювання, «угрожающего общему состоянию здоровья организма, расстраивающего функцию жевания и пищеварения», та забезпечення відповідним клініко-лабораторним обладнанням для проведення досліджень.

Починаючи з 1929 року простежується підвищена увага радянських одонтологів до питань хвороб пародонта, про що свідчить збільшення кількості перекладів і друк рефератів іноземних статей. В 1929 році в фаховому журналі надруковано реферат статті Кукліса про особливості клінічного перебігу пародонтиту — «парадентозу». Наведено огляд німецьких учених у розділі «Парадентозы, фокальная инфекция» щодо методів зняття зубних відкладень, інструментарію та методів проведення кюретажу «десневых карманов». Проведено детальний аналіз хірургічних методів лікування для різних клінічних форм захворювання: методу Юнгера (1896), удосконаленого Заксом (1910), гінгівоектомії чи радикально-хірургічного методу Цешинського і Неймана (1914, 1916, 1921). При «глубоких интраальвеолярных карманах у отдельных зубов» кюретаж протипоказано, оскільки «выделения не имеют здесь достаточного оттока».

Увага одонтологів до питань хвороб пародонта зосереджена на негативних наслідках фокальної інфекції на загальний стан здоров'я людини. У рефератах перекладів закордонних статей наведені дані про взаємозв'язок хвороб пародонта із загальним станом організму людини, а також про роль «фокальної інфекції» на перебіг системних захворювань. Слід зазначити, що в рекламному блоці журналу «Одонтология и стоматология» за 1929 рік з переліком запропонованих книг для читачів не було жодного спеціалізованого видання з питань пародонтології.

Перші дослідження українських науковців з питань хвороб пародонта були проведені в Українському державному інституті стоматології в Одесі, де вивчали імунобіологічний стан організму при альвеолярній піореї. Результати наукових досліджень опубліковано у «Трудах Всеукраинского государственного института стоматологии в Одессе», перший випуск якого побачив світ в 1932 році під редакцією І.А. Клейтмана.

Актуальність хвороб пародонта серед населення України була обговорена на I Українському стоматологічному з'їзді, що відбувся в Одесі 24–29 серпня 1932 року. У доповіді професора Л.М. Ліндебаума (Харківська наукова стоматологічна школа) «До патогенезу парадентозів» було наведено дані результатів епідеміологічних оглядів серед працівників заводів м. Харкова та виявлено поширеність цих хвороб від 30 до 50 %. Згодом доповідь опублікували у фаховому виданні «Стоматология», що виходило у Харкові. У статті наведені результати епідеміологічних досліджень С.Й. Вайса (Український державний інститут стоматології, м. Одеса), що були проведені серед «селянства на Полтавщині (село Остап'є)», де поширеність хвороб пародонта становила до 30 % обстежених селян. Подані результати дослідження серед людей різних вікових груп, дійшли висновку, що «60 % захворюваності на парадентози припадає на найактивнішу, найпрацездатнішу частину людності». Тож «масове поширення парадентозів, які

вважають мільйони трудящої людності, робить питання про них тепер одним із актуальних у стоматології, підносячи його значення в справі охорони здоров'я до рівня питання державної ваги». Далі автор наводить дані огляду літератури, переважно німецьких учених, щодо основних чинників розвитку хвороб пародонта, а саме конституційного типу, групи крові, перенесених інфекційних захворювань (грип, тиф, малярія). Важливим моментом у статті є виділення різних форм «парадентозів» залежно від конституційного типу людини (за Ентіним Д.А.) — деструктивної (яка переважає у пікніків) і запальної форми парадентозів (в астеників) (маргінальні парадентози). Напрям досліджень, представлений професором Л.М. Ліндебаумом, свідчить про тісну співпрацю стоматологів з науковцями в галузі медицини та фізіології, а саме в контексті досліджень О.О. Богомольця: «Конституція являє феномен життя, реальність, яка може підпадати під впливом її чинників глибоким змінам». На підставі власних досліджень та аналізу літературних джерел автор надав таку модель патогенезу: «В основі патогенезу парадентозів є враження кінцевого жильного апарату парадентіуму». Одним із організаційних висновків своєї доповіді автор від кафедри стоматології Всеукраїнського інституту удосконалення лікарів запропонував «організувати Всесоюзне товариство для вивчення й боротьби з парадентозами, мета якого буде вивчати питання патогенезу, профілактики й терапії парадентозів».

Перше періодичне видання стоматологічної спільноти України «Проблеми стоматології», в якому віддзеркалено вітчизняні наукові розробки, вийшло друком в 1940 році російською мовою. У резолюціях II Українського стоматологічного з'їзду в 1936 році та I Пленуму Стоматологічної ради Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР в 1937 році було рішення щодо випуску українського фахового стоматологічного видання. До початку Другої світової війни вийшли друком дві книги «Проблеми стоматології». Перше і друге фахові видання були присвячені 40-річчю лікарської, наукової, педагогічної і громадської діяльності професора Ю.М. Гофунга.

У першій книзі «Проблеми стоматології» вийшло друком три статті з питань хвороб пародонта, в яких використовувались терміни «альвеолярна піорея» і «парадентальні тканини».

У 30-х роках XX століття Міжнародною організацією з питань вивчення хвороб пародонта (ARPA) були зроблені перші спроби систематизувати хвороби та виділити основні нозологічні форми — запальні, дистрофічні та пухлинні. У класифікації ARPA використовували термін «пародонтопатії» — «*paradontopathiae inflammatae*», «*paradontopathiae dystrophicae*», «*paradontopathiae neoplasticae*».

Згідно з оглядами періодичних видань, опублікованих в Радянському Союзі та Україні, інтерес до питань пародонтології поступово підвищувався. Найбільш поширеним терміном для клінічної характеристики хвороб пародонта був «альвеолярна піорея». У літературній мові серед науковців при написанні статей все частіше використовується термінологія німецьких учених, праці яких активно цитувалися й перекладалися радянськими стома-

тологами. Використовується термін «парадентоз», що означало: «пара-» — «навколо», корінь слова «дент» — «зуб», суфікс «оз» вказував на хворобу з превалюванням дистрофічних процесів. Тож і значення слова «парадентоз» — захворювання тканин навколо зуба. У сучасній науково-популярній літературі досі допускають помилки при написанні термінів, а саме «парАдонтит», «парАдонтоз».

Післявоєнний період розвитку пародонтології в Україні

Після Другої світової війни серед українських учених також не було єдиної класифікації і термінологічних визначень щодо хвороб пародонта.

В 1949 році в наукових статтях Одеської наукової стоматологічної школи при дослідженні біомеханічних характеристик кісткової тканини альвеолярного відростка використовували термін «пародонтоз». За думкою авторів статті, «основным патологическим процессом при пародонтозе является заболевания параденциума, причем в болезненный процесс вовлекаются не только мягкие ткани, но и костные стенки луночек зубов». Автори статті, згідно з даними літератури, вважали, що «главной причиной расшатывания и выпадения зубов является атрофия и рассасывание стенок луночек».

Вітчизняні та радянські дослідники притримувались нервово-трофічної теорії патогенезу цих захворювань, тож і використовували суфікс «-оз» у назві захворювання.

У своїй доповіді на II Республіканській конференції стоматологів УРСР (1–3 жовтня 1956 року) професор Ісак Йосипович Новик (Київська наукова стоматологічна школа) використовує термін «амфодонтоз» та дає таке визначення пародонти: «Амфодонтоз — нейрогенная дистрофия, поражающая ткани амфодонта и локализующаяся только в их пределах. При амфодонтозе поражается в первую очередь сосудистая система амфодонта».

Класифікацію хвороб пародонта було запропоновано в 1964 році професором І.Й. Новиком, а згодом в 1977 році його учні та послідовники наукової школи — професори М.Ф. Данилевський та Г.М. Вишняк запропонували власну класифікацію з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку патологічних процесів у тканинах пародонта.

У класифікації М.Ф. Данилевського, Г.М. Вишняка (1977) виділено такі нозологічні форми хвороб пародонта:

I. Запальні (папіліт, гінгівіт, пародонтит).

II. Дистрофічні — пародонтоз — генералізована судинно-нервова дистрофія тканин пародонта. Виділено дві форми пародонтозу — дистрофічна та дистрофічна — запальна.

III. Дистрофічно-запальні процеси в тканинах пародонта при захворюваннях внутрішніх органів та кісткової системи.

IV. Продуктивні процеси тканин пародонта: доброякісні (фіброматоз, епулід) та злоякісні.

Із цієї класифікацією в термінології лікарів-стоматологів використовуються сучасні назви нозологічних форм хвороб пародонта — гінгівіт, пародонтит, пародонтоз.

В 1983 році на XVI Пленумі Всесоюзного товариства стоматологів, що відбувся в м. Єревані, Вірменія, було прийнято класифікацію хвороб пародонта, що використовувалась в Радянському Союзі. Згідно з цією класифікацією, виділяли 5 нозологічних форм хвороб пародонта:

I. Гінгівіт — запалення ясен без порушення цілісності зубоюсенного прикріплення.

II. Пародонтит — запалення тканин пародонта, що характеризуються прогресуючою деструкцією періодонта та кістки.

III. Пародонтоз — дистрофічне ураження періодонта.

IV. Ідіопатичні хвороби пародонта з прогресуючим лізісом тканин пародонта.

V. Пародонтоми — пухлини та пухлиноподібні процеси в пародонті.

Погляд на термінологію і класифікацію хвороб пародонта в період незалежності України

В 1994 році групою експертів на чолі з президентом Асоціації стоматологів України професором М.Ф. Данилевським запропонована класифікація хвороб пародонта, яка передбачала 5 нозологічних груп:

I. Запальні — папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит.

II. Дистрофічно-запальні (генералізований пародонтит).

III. Дистрофічні (пародонтоз).

IV. Ідіопатичні.

V. Пухлинні.

Після наукових дебатів в 1998 році класифікація була переглянута і дистрофічно-запальні хвороби було об'єднано в одну групу з дистрофічними хворобами пародонта. Республіканська конференція стоматологів України (м. Одеса, 1998) рекомендувала використовувати класифікацію М.Ф. Данилевського як робочу класифікацію в навчальних і лікувальних закладах України.

В основі класифікації М.Ф. Данилевського зберігалась стара радянська класифікація хвороб пародонта, що була прийнята в 1983 році в м. Єревані. Відмінність у двох класифікаціях полягала в розподілі на ступені тяжкості пародонти і пародонтозу. В Єреванській класифікації поділяли на ступені тяжкості — легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг. У класифікації М.Ф. Данилевського — на початковий, I, II і III ступені тяжкості. Термінологічно класифікація хвороб пародонта не охоплювала всі стани тканин пародонта, а також не було включено до цієї класифікації періімплантні стани та хвороби.

У 2004 році були прийняті клінічні протоколи щодо надання стоматологічної допомоги та затверджені Наказом МОЗ України № 566 від 23.11.2004 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонція», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія». У протоколі надання стоматологічної допомоги було закладено саме класифікацію хвороб пародонта М.Ф. Данилевського. Клінічні протоколи було

прийнято та затверджено на підставі експертної думки фахівців з умовою перегляду та оновлення кожні 5 років.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» було передбачено підготовку та створення клінічних протоколів надання медичної допомоги на підставі доказової медицини і кращих медичних практик. Також цим наказом було передбачено шляхи підготовки, громадського обговорення та затвердження медико-технологічних документів. Разом із тим відповідними наказами МОЗ України подовжено чинність вкрай застарілого Наказу МОЗ України № 566 від 23.11.2004 року, оскільки нові клінічні протоколи, створені на засадах доказової медицини, відсутні.

Для закладів охорони здоров'я України Наказом МОЗ України № 773 від 03.04.2020 «Про затвердження Таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» та/або національного класифікатора НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій» з метою уніфікації даних медичних записів на рівні поліклінік і стаціонарів та подальшої оплати Національною службою здоров'я України запроваджено «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (КХСПОЗ)». Цей класифікатор розроблено для уніфікації кодування хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я в первинній медичній документації та даних електронної системи охорони здоров'я. Цей класифікатор використовується при створенні та впровадженні в Україні системи фінансування закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану амбулаторну та госпітальну медичну допомогу. Тому, згідно з законодавством України, ведення медичної документації в стоматологічних закладах та надання стоматологічної допомоги мають здійснюватися відповідно до цього класифікатора, а саме «Клас 11. Хвороби органів травлення. Стоматологічні хвороби K00–K14». Класифікатор гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, Австралійська модифікація (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), розробленим Австралійським консорціумом з розробки класифікацій (ACCD). Класифікатор хвороб та споріднених проблем розроблений на основі Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду Всесвітньої організації охорони здоров'я, тому ми матимемо можливість порівнювати статистичні дані щодо захворюваності та смертності на міжнародному рівні.

Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (КХСПОЗ)

Клас 11. Хвороби органів травлення. Стоматологічні хвороби K00–K14

K0 5.0 Гострий гінгівіт

K0 5.1 Хронічний гінгівіт

K0 5.2 Гострий періодонтит

K0 5.3 Хронічний періодонтит

K0 5.4 Пародонтоз

K0 5.5 Інші хвороби періодонта

K0 5.6 Хвороба пародонта неуточнена

K0 6.0 Осідання ясен (Gingival recession)

K0 6.1 Гіпертрофія ясен

K0 6.2 Ушкодження ясен та беззубого альвеолярного відростка, пов'язані з травмою

K0 6.8 Інші уточнені ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка

K0 6.9 Інші уточнені ураження ясен та беззубого альвеолярного відростка

Відповідно до цієї класифікації буде прийматися Національною службою здоров'я України звітність від лікарів-стоматологів державного, а згодом і приватного сектора стоматологічних послуг. Прийнята в Україні класифікація має суттєві відмінності. По-перше, в даній класифікації використовується англійська термінологія, а саме в назвах хвороб пародонта використано «періодонтит». По-друге, переклад цієї класифікації був технічним, без залучення фахівців відповідного літературного перекладу, який розуміють лікарі-стоматологи, і певні терміни перекладено не вірно. По-третє, мають бути напрацьовані відповідно до цієї класифікації клінічні протоколи надання стоматологічної допомоги і перепрацьована методична література для лікарів. По-четверте, необхідно обов'язкове введення цієї класифікації в навчальні плани та програми підготовки лікарів-стоматологів, а також підготовка навчально-методичної літератури.

Таким чином, стоматологічна спільнота знаходиться на шляху біфуркації розвитку пародонтології в Україні за визначенням класифікації хвороб пародонта і відповідної термінології. Наведене питання є актуальним, оскільки дасть можливість спеціалістам спілкуватися однією мовою між собою і зі світовою спільнотою, опрацювати та запровадити відповідні клінічні протоколи надання стоматологічної допомоги. Класифікація хвороб пародонта є «ключем» до спеціальності «пародонтологія». Стоматологічна спільнота має або вирішити і прийняти нову класифікацію з відповідною термінологією, що прийнято у Європі та світі у 2017 році, або залишитися на старих позиціях і опрацювати та прийняти українську класифікацію, що охоплює й описує всі стани тканин пародонта та періімплантних тканин. Тож вибір виключно за фахівцями.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Д-р Г.Д. Львовскій. *Зубы (челюсти и десны): их болезни и лечение. Тип. Акционерного Южно-Русского О-ва Печатного Дела. Одесса. 1900. Глава XV. Воспаление корневой надкостницы (periostitis dentalis, periodontitis, pericementitis). С. 105-112. Глава XVIII. Заболевания десен, связанные с страданіем зубов (воспаление, альвеолярная пиоррея и эпюлиды). С. 126-133.*

2. Лукомский И.Г. *Новый путь в терапии язвенных стоматогингивитов. Одонтология и стоматология. 1927. № 3. С. 52-53.*

3. Евдокимов А.И. О gingivitis ulcerosa и его последствиях. *Одонтология и стоматология*. 1925. № 4. С. 17-19.
4. Куклис. К вопросу об этиологии парадентальных заболеваний на основании систематических клинических наблюдений. *Одонтология и стоматология*. 1929. № 1. С. 46.
5. Sachs. Метод Юнгер-Закса на практике. *Одонтология и стоматология*. 1929. № 6. С. 50-53.
6. G. Haber. Парадентозы, в особенности так называемая альвеолярная пиоррея, в их отношении к вопросу давления при жевании и к вопросу артикуляции. *Одонтология и стоматология*. 1926. № 2. С. 33.
7. Донован. Профилактика пиорреи. *Одонтология и стоматология*. 1929. № 5. С. 47.
8. Розенов. Оральный сепсис и его отношение к фокальной инфекции и элективной локализации. *Одонтология и стоматология*. 1929. № 5. С. 48.
9. Штоттмиллер. Значение фокальной инфекции с точки зрения внутренней медицины. *Одонтология и стоматология*. 1929. № 5. С. 49.
10. Маслов Г.А. Язвенный стоматит и гингивит. *Одонтология и стоматология*. 1923. № 2. С. 2-7.
11. Тезисы докладов III Всесоюзного одонтологического съезда. Ленинград. Издание оргбюро съезда. 1928. С. 54.
12. Чертков Л.И., Клейтман И.А., Епштейн Е.В. Альвеолярная пиоррея и иммуно-биологическое состояние организма. *Труды Всеукраинского государственного института стоматологии в Одессе*. Под ред. проф. И.А. Клейтмана. Выпуск первый. Одесса, 1932. С. 45-51.
13. Линденбаум Л.М. До патогенезу парадентозів. *Стоматология. Збірник наукових праць*. Відп. ред. Є.М. Гофунг. Медичне видавництво, 1934. С. 84-101.
14. Либи́на А.Ю. Морфологические изменения в зубах и парадентальных тканях при экспериментальном атиреозе крыс. *Проблемы стоматологии. Сборник работ Киевского, Харьковского и Одесского стоматологических институтов*. Под ред. Е.М. Гофунга, С.Н. Вайсблата, Л.М. Линденбаума, Г.А. Личмана, И.О. Новика. Книга первая. Госмедиздат УССР, 1940. С. 15-26.
15. Гофунг В.Е. Микрофлора зубного камня. *Проблемы стоматологии. Сборник работ Киевского, Харьковского и Одесского стоматологических институтов*. Под ред. Е.М. Гофунга, С.Н. Вайсблата, Л.М. Линденбаума, Г.А. Личмана, И.О. Новика. Книга первая. Госмедиздат УССР, 1940. С. 65-73.
16. Шварцер Э.Б. Вопросы диагностики и терапии альвеолярной пиорреи. *Проблемы стоматологии. Сборник работ Киевского, Харьковского и Одесского стоматологических институтов*. Под ред. Е.М. Гофунга, С.Н. Вайсблата, Л.М. Линденбаума, Г.А. Личмана, И.О. Новика. Книга первая. Госмедиздат УССР, 1940. С. 89-96.
17. Синельников Е.И., Бугаева М.Г. Физические свойства альвеолярного отростка в норме и при пародонтозе. *Труды Украинского института стоматологии. Ученые записки*. Выпуск I. Отв. ред. М.Н. Кухарева. Одесса, 1949. С. 25-41.
18. Новик И.О. Современное состояние проблемы амфодонтоза. Тезисы II Республиканской конференции стоматологов УССР, 1-3 октября 1956 года, г. Киев. К.: Государственное медицинское издательство УССР, 1956. С. 5-7.
19. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. К.: Здоров'я, 2000. С. 110-113.
20. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»: Наказ МОЗ України № 566 від 23 листопада 2004 р.
21. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012.
22. Про затвердження Таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» та/або національного класифікатора НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»: Наказ МОЗ України № 773 від 03.04.2020.
23. Національний класифікатор України. Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Наказ Міністерства економіки України № 360-21 від 04.08.2021. С. 351-352.

Отримано/Received 01.11.2021

Рецензовано/Revised 11.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 15.11.2021 ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone: +38 (050) 583-87-59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAAAAJ&hl=ru>; <http://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>.
P. Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and their own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of their manuscript.

I.P. Mazur, P.V. Mazur

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

On the classification and related terminology of periodontal diseases: a historiographical analysis

Abstract. The article presents a historiographical analysis of literature sources and medical and technological documents on the terminology and classifications of periodontal diseases used in Ukraine over the past 120 years. The urgency of the dental community's discussion of the terminology and classification of periodontal diseases is due to the need to introduce

clinical guidelines and unified protocols for the provision of dental care based on evidence-based medicine and the implementation of new classification and introduction of appropriate terms.

Keywords: periodontal diseases; classification of periodontal diseases; terminology of periodontal diseases

Вимоги до оформлення статей

Шановні автори!

Будь ласка, ознайомтеся з детально викладеними вимогами до оформлення статей для публікації в журналі на сайті <http://www.mif-ua.com> (розділ «Авторам»/«Вимоги до оформлення статей у журнали»).

Ці правила складені на основі «Єдиних вимог до рукописів, що подаються в біомедичні журнали» (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), розроблених Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (International Committee of Medical Journal Editors), а також з урахуванням вимог Наказу № 1112 («Про опублікування результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук») та вимог до видань, що включені до «Переліку наукових фахових видань України» згідно з Наказом № 1111 від 17.10.2012 р. Міністерства освіти та науки, молоді та спорту України.

Усі матеріали повинні бути оформлені відповідно до таких вимог:

1. РУКОПИС

1.1. Формат тексту. Рукопис надсилається до редакції в електронному вигляді у форматі MS Word (розширення .doc, .docx, .rtf), гарнітура Times New Roman; кегль 12; інтервал 1,5; поля 2,5 см з обох боків тексту. Виділення в тексті можна проводити тільки *курсивом* або **напівжирним** начертанням букв, але НЕ підкресленням. Із тексту необхідно видалити всі повторювані пробіли і зайві розриви рядків (в автоматичному режимі через сервіс Microsoft Word «Знайти і замінити»).

1.2. Обсяг тексту рукопису, включаючи список літератури, таблиці, ілюстрації, підписи до них, повинен становити для оригінальних статей 10–12 сторінок формату A4 (до 5000 слів), огляду літератури — 15–18 сторінок, повідомлень про спостереження з практики — 4–6 сторінок, рецензій — 4 сторінки.

1.3. Мова публікації. До публікації в журналі приймаються рукописи з будь-яких країн українською і/або англійською мовами. Метадані статті публікуються двома мовами (українською, англійською). При наборі тексту латиницею важливо використовувати тільки англійську розкладку клавіатури. Наприклад, неприпустимо замінювати латинську букву «i» українською літерою «і», незважаючи на візуальну ідентичність.

1.4. Відправка рукопису. До розгляду приймаються рукописи, раніше ніде не опубліковані і не направлені для публікації в інші видання. Стаття надсилається на електронну адресу редакції medredactor@i.ua (у темі листа обов'язково вказати назву журналу, у який ви відправляєте статтю) у вигляді єдиного файлу, що містить всі необхідні елементи (титульний лист, резюме, ключові слова, текстова частина, таблиці, список використаної літератури, відомості про авторів). **Окремими файлами в цьому ж листі** висилаються супровідні документи і копії ілюстрацій (рисуноків, схем, діаграм) у форматах тієї програми, у якій вони були створені. Якщо ілюстрації в статті подані у вигляді фотографій або растрових зображень, необхідно подати їх копію у форматі *JPG або *TIF, оригінальним розміром, із роздільною здатністю 300 точок на дюйм. Фізичний розмір у сантиметрах повинен бути достатнім для однозначного сприйняття й легкого читання змісту ілюстрації. Колірна па-

літра RGB або CMYK, без компресії. Ілюстрації повинні бути контрастними і чіткими.

Супровідна документація. До оригінальної статті додаються: супровідний лист від керівництва установи, у якій проводилося дослідження; декларація про наявність або відсутність конфлікту інтересів, авторська угода, декларація дотримання етичних норм при проведенні дослідження. Ці документи в електронному (відсканованому) вигляді надсилаються на електронну адресу редакції разом зі статтею, яка подається до публікації.

Усі файли повинні бути названі за прізвищем першого автора, наприклад «Петров. Текст.doc», «Петров. Рисунок.doc», «Петров. Супровідний лист.doc» тощо.

2. СТРУКТУРНІ ЕЛЕМЕНТИ РУКОПИСУ

До обов'язкових структурних елементів статті відносяться:

- титульна сторінка;
- резюме;
- ключові слова;
- текст статті (включаючи таблиці, рисунки);
- додаткова інформація;
- список цитованої літератури.

2.1. Титульна сторінка повинна містити українською та англійською мовами таку інформацію:

- УДК статті;
- назва статті — має повноцінно відображати предмет і тему статті, не бути надмірно короткою, але й не містити більше ніж 100 символів. Назва пишеться малими літерами, крім великої літери першого слова та власних назв;
- П.І.Б. всіх авторів повністю. При перекладі прізвищ авторів англійською мовою рекомендується транслітерувати так само, як у попередніх публікаціях, або використовувати для транслітерації сайт <http://translit.net/>, стандарт LC;

— повне найменування установи, у якій працює кожен автор. Якщо авторів декілька, біля кожного прізвища та відповідної установи проставляється цифровий індекс. Якщо всі автори статті працюють в одній установі, вказувати місце роботи кожного автора окремо не потрібно, достатньо вказати установу один раз. Якщо в автора кілька місць роботи, кожне позначається окремим цифровим індексом;

— контактна інформація автора, відповідального за листування (українською та англійською мовами), — П.І.Б. повністю, звання, місце роботи, посада, поштова адреса установи, адреса електронної пошти та контактний телефон автора.

2.2. Резюме (Abstract) оформлюється двома мовами (українською, англійською). Авторське резюме до статті є основним джерелом інформації у вітчизняних та зарубіжних інформаційних системах і базах даних, що індексують журнал. **Abstract англійською мовою повинен бути написаний якісною, грамотною англійською мовою, не вдаватися до дослівного перекладу україномовного варіанта резюме!** Обсяг основної частини резюме повинен становити близько 250 слів або 2000 знаків. Резюме оригінальної статті має бути структурованим і включати 5 обов'язкових рубрик в російськомовному (україномовному) варіанті: «Актуальність»; «Мета дослідження»; «Матеріали та методи»; «Результати»; «Висновок» — і 4 рубрики в англійськомовному: «Background» (включає в себе актуальність і мету дослідження); «Materials

and Methods»; «Results»; «Conclusions». Обсяг розділу «Результати» повинен становити не менше ніж 50 % від загального обсягу резюме. Резюме оглядів, лекцій, дискусійних статей складаються в довільній формі. Резюме оглядових статей повинні містити інформацію про методи пошуку літератури в базах даних Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, PИНЦ тощо.

Текст резюме повинен бути зв'язним, із використанням слів «отже», «більше того», «наприклад», «у результаті» тощо («consequently», «moreover», «for example», «the benefits of this study», «as a result» etc.), або розрізнені викладені положення повинні логічно впливати одне з одного. В англomовному тексті слід використовувати активний, а не пасивний стан: «The study tested», а не «It was tested in this study». Резюме не повинно містити аббревіатур, за винятком загальноприйнятих (наприклад, ДНК), виноска і посилання на літературні джерела.

2.3. Ключові слова (Keywords). Необхідно вказати 3–6 слів або словосполучень, що відповідають змісту роботи і сприяють індексуванню статті в пошукових системах. У ключові слова оглядових статей слід включати слово «огляд». Ключові слова повинні бути ідентичні українською та англійською мовами, їх слід писати через крапку з комою.

2.4. Текст статті. Структура повного тексту рукопису, присвяченого опису результатів оригінальних досліджень, повинна відповідати загальноприйнятому шаблону і містити обов'язкові розділи: «Вступ»; «Мета»; «Матеріали та методи»; «Результати»; «Обговорення»; «Висновки».

Будь ласка, ознайомтеся з детальними правилами оформлення кожного з цих розділів на сайті <http://www.mif-ua.com> (розділ «Авторам»/«Вимоги до оформлення статей у журнали»).

2.5. Додаткова інформація вказується після тексту статті, перед списком літератури. Обов'язково повинно бути задекларовано наявність або відсутність в авторів **конфлікту інтересів** (у таких випадках повинна бути фраза «Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів»). Конфліктом інтересів може вважатися будь-яка ситуація (фінансові відносини, служба або робота в установах, що мають фінансовий або політичний інтерес до опублікованих матеріалів, посадові обов'язки тощо), що може вплинути на автора рукопису і призвести до приховування, спотворення даних або зміни їх трактування. **Інформація про фінансування.** Необхідно вказувати джерело фінансування — всіх осіб і організацій, що надали фінансову підтримку дослідженню (у вигляді грантів, дарування або надання обладнання, реактивів, витратних матеріалів, ліків тощо), а також взяли іншу фінансову або особисту участь, що може призвести до конфлікту інтересів. Указувати розмір фінансування не потрібно. **Подяки.** Автори можуть висловити подяку людям та організаціям, що сприяли публікації статті в журналі, але не є її авторами.

2.6. Пристатейний список літератури. Правила оформлення списку використаних джерел (із прикладами) доступні на сайті <http://www.mif-ua.com> (розділ «Авторам»/«Вимоги до оформлення статей у журнали»).

Загальні рекомендації. Оптимальна кількість цитованих робіт в оригінальних статтях і лекціях становить 20–30, в оглядах — 40–60 джерел. Бажано цитувати оригінальні роботи, опубліковані протягом останніх 5–7 років у зарубіжних періодичних виданнях, високоцитовані джерела, у тому числі з Scopus і Web of Science. Намагайтеся мінімізувати самоцитовання або уникайте його. Також намагайтеся звести до мі-

німуму посилання на тези конференцій, монографії. У список літератури не включаються неопубліковані роботи, офіційні документи, рукописи дисертацій, підручники і довідники. Повинна бути подана додаткова інформація про статті — DOI, PubMed ID тощо. Якщо в списку менше половини джерел мають індекси DOI, стаття не може бути опублікована в міжнародному науковому журналі. Посилання повинні бути перевірені. Перед комплектацією списку літератури кожне джерело перевіряйте через сайт <http://www.crossref.org/guestquery> або <https://scholar.google.com.ua/>

Кожне джерело слід поміщати з нового рядка під порядковим номером, що вказується в тексті статті арабськими цифрами у квадратних дужках. У списку всі роботи перераховуються в порядку цитування, а НЕ в алфавітному порядку.

Вимоги до оформлення пристатейного списку літератури згідно з Наказом ДАК України та згідно з міжнародними стандартами відрізняються, у зв'язку з чим його необхідно обов'язково подавати у 2 варіантах:

1. Список літератури згідно з вимогами ДАК України оформляється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання».

2. References має бути оформлений символами латинського алфавіту за стандартами National Library of Medicine (NLM). Джерела українською, російською та іншими мовами, що використовують символи кирилиці, необхідно відтворювати в такий спосіб: прізвища та ініціали авторів слід транслітерувати (транслітерацію можна здійснити автоматично на сайті <http://translit.net/>, стандарт LC), а назву статті — перекласти англійською мовою (не транслітерувати!). При написанні прізвищ авторів краще використовувати найбільш поширене написання прізвища даного автора в мережі Інтернет, яке вказується в інших публікаціях. Якщо ви використовували переклад будь-якої статті, посилання краще приводити на оригінальну публікацію.

Автор відповідає за правильність даних, наведених у списку літератури.

3. ПЛАГІАТ І ВТОРИННІ ПУБЛІКАЦІЇ

Неприпустимо використання несумлінного текстового запозичення і привласнення результатів досліджень, які не належать авторам наданого рукопису. Перевірити статтю на оригінальність можна за допомогою сервісів <https://www.antiplagiat.ru/> (для російськомовних текстів) і <http://www.plagiarisma.net/> (для англomовних текстів). Також можна використовувати програму Advego plagiatus. Редакція залишає за собою право перевірки наданих рукописів на наявність плагіату.

Стаття повинна бути ретельно відредагована і вивірена автором. Перед відправкою рукопису до редакції переконайтеся, що всі вищевказані інструкції виконані.

Матеріали для публікацій надсилати

на електронну адресу редакції:

medredactor@i.ua

(в темі листа обов'язково вказати назву періодичного видання, у яке ви відправляєте статтю!)

або головного редактора (Мазур Ірина Петрівна):

irina.p.mazur@gmail.com

**Якщо ви хочете придбати одну з книг післяплатою, вам треба зателефонувати до нас в інтернет-магазин і зробити замовлення:
+38 (067) 325-10-26.**

Докладніше про книги на сайті **WWW.BOOKVAMED.COM.UA**

СТОМАТОЛОГІЯ		
C03220	Адгезивные керамические реставрации передних зубов / Магне П. — 408 с.	3341,00
C03221	Адгезивные технологии в эстетической стоматологии / Руле Ж.-Ф. — 200 с.	706,00
C03210	Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / Топольницкий О.З. — 264 с.	780,00
C03176	Биомеханика в стоматологии: Монография / А.Н. Чуйко, И.А. Шинчуковский. — 468 с.	200,00
C03248	Биомеханика и компьютерные технологии в челюстно-лицевой ортопедии и дентальной имплантологии / А.Н.Чуйко. — 350 с.	300,00
C03247	Биомеханика и ренессанс субпериостальной имплантации / А.Н.Чуйко. — 231 с.	200,00
C03054	Внеочаговый остеосинтез в лечении повреждений нижней челюсти / А.И. Воложин, А.А. Дацко и др.	50,00
C03131	Внутренние болезни (для стоматологических факультетов) / В.Т. Ивашкин.	116,00
C03149	Военная стоматология / Г.И. Прохвятилов. — 512 с.	187,00
C03023	Врожденная расщелина верхней губы и неба / С.В. Чуйкин. — 368 с.	162,00
C03161	Врожденные несращения верхней губы и неба. Методическое пособие для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов / Л.В. Харьков и др. — 84 с.	50,00
C03065	Галитоз / Т.В. Попруженко.	50,00
C03066	Гигиена при зубном протезировании / С. Улитовский.	58,00
C03016	Двигательная дисфункция нижней челюсти / Т.И. Самедов, Ю.В. Иванов.	37,00
C03257	Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Изд. 2 / Неспрядько В.П., Куц П.В. — 348 с.	1000,00
C03224	Дентальная имплантология: хирургические аспекты / Блок М. — 448 с.	1559,00
C03212	Детская терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Елизарова В.М. и др. — 288 с.	351,00
C03213	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов: учебное пособие / Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, В.П. Вашкевич. — 192 с.	250,00
C03253	Диагностика и лечение травматических повреждений мышечкового отростка нижней челюсти у детей / Харьков Л.В. — 120 с.	75,00
C03026	Заболевания пародонта. Гриф УМО (4-е изд.) / А.И. Грудянов. — 336 с.	578,00
C03154	Заболевания пародонта: руковод. к практ. занятиям по терапевт. стоматологии для студентов IV и V курсов стомат. факультетов / И.М. Макеева и др. — 96 с.	84,00
C03225	Заболевания полости рта / Сильвермен С. — 472 с.	891,00
C03072	Зубные коронки из полимерных материалов / В.А. Клемин.	50,00
C03028	Зубопротезная техника. Учебник / М.М. Расулов. — 448 с.	148,00
C03073	Иллюстрированный справочник по эндодонтологии (2-е изд.) / Р. Беер.	541,00
C03125	Кариес зубов: учебное пособие / Ю.М. Максимовский. — 80 с.	58,00
C03239	Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественной оценки зубочелюстно-лицевых аномалий / Р.А. Фадеев. — 68 с.	80,00

ДОКЛАДНІШЕ ПРО КНИГИ НА НАШОМУ САЙТІ WWW.BOOKVAMED.COM.UA

C03014	Клиническая стоматология: официальная и интегративная / А.К. Иорданишвили.	185,00
C03200	Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов: Ортопедический атлас / В.А.Клемин, А.Г.Комлев, А.А.Комлев. — 128 с.	280,00
C03102	Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Е. Романов, В.Н. Царев.	50,00
C03032	Комбинированные зубные пломбы: пластическая реставрация зубов комбинированными восстановительными конструкциями / В.А. Клемин, А.В. Борисенко, П.В. Ищенко. — 304 с.	296,00
C03175	Комбіновані зубні пломби: пластична реставрація комбінованими відновлювальними конструкціями: навч.посіб (4-те вид.) / В.А. Кльомін, А.В. Борисенко, П.В. Іщенко. — 336 с.	203,00
C03018	Комплексное лечение генерализованного пародонтита тяжелой степени с применением депульпирования зубов / А.В. Цимбалистов.	68,00
C03196	Краткое руководство по военной ортопедической стоматологии / Ищенко П.В.	92,00
C03194	Краткое руководство по военной ортопедической стоматологии / П.В. Ищенко, В.А. Клемин, Р.Х. Камалов. — 192 с.	108,00
C03174	Лекарственная аллергия в стоматологии / Б.М. Пухлик, С.М. Пухлик, М.В. Анисимов. — 112 с.	180,00
C03168	Матеріалознавство у стоматології. Навчальний посібник / Під заг.ред. М.Д. Короля. — 240 с.	57,00
C03081	Местное обезболивание в клинической стоматологии / Ю.В. Ефимов.	77,00
C03035	Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта. Руководство для врачей / А.И. Грудянов. — 112 с.	162,00
C03083	Методы оценки и коррекции стоматофобии / А.В. Севбитов.	50,00
C03019	Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики. — 144 с.	120,00
C03084	Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей / Клемин В.А.	50,00
C03166	Морфофункціональна та клінічна оцінка зубів з дефектами твердих тканин / В.А. Кльомін, А.В. Борисенко, П.В. Іщенко, В.В. Кльомина. — 128 с.	50,00
C03178	Неотложная помощь в стоматологии / В.А. Клемин, А.В. Павленко, В.Н. Арендарюк и др. — 144 с.	70,00
C03243	Неотложная помощь в стоматологии. Пособие по производственной практике по стоматологии / В.А. Клемин, Н.В. Кабанова, В.В. Кубаренко и др. — 352 с.	100,00
C03085	Новейшие технологии в эстетической стоматологии: Учебное пособие. — 3-е изд., доп. и перераб. / В.Н. Чиликин. — 96 с.	140,00
C03087	Ортодонтические ретенционные аппараты / М.Я. Алимова.	97,00
C03092	Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов: Учебник для студентов. — 2-е изд., испр. и доп. Гриф УМО / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, Н.Ю. Незнанова, С.Б. Фищев. — 320 с.	140,00
C03089	Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: учебн. пособие (2-е изд., перераб. и доп.) / А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов. — 344 с.	728,00
C03050	Ортопедическое лечение заболеваний пародонта / В.Н. Копейкин. — 174 с.	50,00
C03041	Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов / Х.А. Каламкаров. — 216 с.	67,00
C03094	Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей / С.С. Ксембаев.	64,00
C03015	Переломы челюстей / В.А. Малышев, Б.Д. Кабаков.	99,00
C03020	Повреждения челюстно-лицевой области при родах и их последствия. — 112 с.	51,00

C03043	Практическая одонтология, или Что надо знать стоматологу о строении и функции зубов: Учебник. Гриф УМО / А.Ж. Петрикас. — 112 с.	148,00
C03045	Предварительное лечение больных перед зубным протезированием / В.Н. Трезубов. — 160 с.	103,00
C03227	Применение нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения стоматологических заболеваний / Сохов С.Т. — 96 с.	134,00
C03185	Променева діагностика в стоматології: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів / За ред. проф. М.С. Каменецького. — 142 с.	270,00
C03010	Пропедевтическая ортодонтия / Ю.Л. Образцов, С.Н. Ларионов. — 160 с.	64,00
C03011	Протетическая реставрация зубов / В.Н. Трезубов.	50,00
C03100	Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т.В. Попруженко.	322,00
C03130	Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г.М. Барер. — 568 с.	231,00
C03165	Робота з сучасними реставраційними матеріалами. Навчальний посібник для студентів та лікарів-стоматологів / В.А. Кльомін, А.В. Борисенко, П.В. Іщенко. — 152 с.	50,00
C03105	Руководство для среднего медицинского персонала стоматологических клиник / Х. Левисон.	258,00
C03230	Санитарно-гигиенический режим в терапевтических стоматологических кабинетах (отделениях) / Николаев А.И. — 280 с.	186,00
C03107	Секреты терапевтической стоматологии. Т. 1 / А.В. Борисенко.	290,00
C03180	Современные биомедицинские технологии в лазерной и клеточной стоматологии: Монография / Е.А. Алингорская, В.Н. Залесский. — 432 с.	400,00
C03162	Стеклоиономерные материалы и их применение в стоматологии. Практическое пособие / Н.В. Биденко. — 144 с.	52,00
C03206	Стоматологический диагноз / В.А. Клемин. — 216 с.	80,00
C03245	Стоматологическое материаловедение. Учебник / Э.С. Каливрадзян. — 320 с.	387,00
C03231	Съемные ортодонтические аппараты / Исааксон К.Г. — 144 с.	350,00
C03048	Терапевтическая стоматология. Учебник для студентов медицинских вузов / Е.В. Боровский. — 840 с.	508,00
C03235	Терапевтична стоматологія: У 4 т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для мед. ВНЗ III—IV рів. акред. Дopusчено МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — 560 с.	216,00
C03190	Терапевтична стоматологія: У 4 т. — Т. 4: Захворювання слизової оболонки порожнини рота: Підруч. для мед. ВНЗ III—IV рів. акред. Дopusчено МОЗ / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В. — 640 с.	400,00
C03021	Функциональная анатомия полости рта и ее органов. Методическое пособие для студентов стоматологического факультета медицинских вузов. — 108 с.	100,00
C03232	Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области / Ефимов Ю.В. — 48 с.	55,00
C03158	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко, И.Л. Чехова. — 472 с.	240,00
C03198	Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез: учебное пособие / Под ред. А.М. Панина. — 208 с.	297,00
C03157	Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова. — 480 с.	240,00
C03121	Эстетика не прямой реставрации / Ирфан Ахмад. — 323 с.	448,00
C03122	Эстетическая реставрация боковых зубов / Дэвид А.Гарбер. — 452 с.	448,00
C03195	Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / Грудянов А.И.	147,00

**Весь асортимент магазину медичної книги «БУКВАМЕД»
на сайті: WWW.BOOKVAMED.COM.UA**

МАВРОДІЙ В.М.

ДОВІДНИК ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОРОЗВИТКУ ДЛЯ КВАЛІФІКОВАНИХ ЛІКАРІВ



Для лікарів усіх спеціальностей, сімейних лікарів (загальної практики) та інтернів, які бажають знати і виконувати сучасні рекомендації, протоколи надання медичної допомоги терапевтичного профілю. Ураховані всесвітні, європейські та національні рекомендації асоціацій, організацій і наукових товариств кардіологів, пульмонологів, ендокринологів, гастроентерологів, алергологів, нефрологів, урологів, гематологів, психоневрологів. У наданих матеріалах висвітлені основні нозологічні форми та патології, що зустрічаються в повсякденній роботі лікарів загальної практики і суміжних спеціальностей. Матеріали для додаткового читання включають джерела медичної літератури і електронних ресурсів. Основна мета видання – забезпечення успішної повсякденної практики і спонукання до саморозвитку кваліфікованого лікаря.

Книги можна замовити в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефоном: +38 (067) 325-10-26

БУКВАМЕД
медичинская литература



СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Інститут сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика спільно з Видавничим домом «Заславський» вперше в Україні започаткував проєкт — серію навчальних посібників «Сімейна медицина», за загальною редакцією академіка НАМН України, професора Ю.В. Вороненка, професора О.Г. Шекери та завідувачів кафедр Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, за актуальними напрямками сімейної медицини. Підготовкою матеріалів кожного навчального посібника займаються кращі фахівці післядипломної освіти України.

Посібники рекомендовані до друку вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України.

В РАМКАХ СЕРІЇ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» ВЖЕ ВИЙШЛИ У СВІТ ТАКІ КНИГИ:

- Актуальні питання **педіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нервових хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нефрології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **геронтології та гериатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини невідкладних станів** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **фтизіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **алергології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **акушерства** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **паліативної та хоспісної допомоги** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **радіаційної медицини** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини катастроф** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **серцево-судинних хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **внутрішніх хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **психіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **офтальмології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **ендокринології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **гінекології** у практиці сімейного лікаря.

БУКВАМЕД
медичинська література

Книги можна замовити в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефоном: +38 (067) 325-10-26