

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Том 2, № 4, 2021

ORAL and GENERAL HEALTH

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

ORAL AND GENERAL HEALTH



Німесил®



**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 ододозовий 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 ододозовий 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**

Том 2,
№ 4,
2021

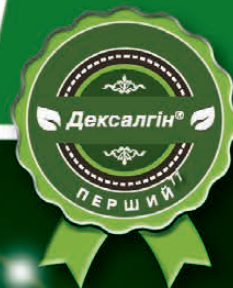
ZASLAVSKY®
Publishing house

www.mif-ua.com

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). Тяжке 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. Ділова 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. А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Віа Кампо ді Піве, 67100 Іт'Аква (АК), Італія.
ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ. Склад: 1 мл розчину для ін'єкції містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 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 коліках 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). Тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю), та інші. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим. Рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. При необхідності повторну дозу вводять через 6 годин. Максимальна ділова 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). Пациєнтів слід переводити на пероральне лікування анальгетиками, 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® від 15.10.2020 №2338.

Виробник. АльфаСіма С.П.А., вул. Енріко Фермі, 1 - 65020 Аяно (Пескара), Італія.
ДЕКСАЛГІН® САШЕ. Склад: декскетопрофену трометамолу 1 одозовий пакет містить декскетопрофену трометамолу 36,90 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг. **Лікарська форма.** Транули 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). Тяжке 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. Ділова 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 весь вміст 1 пакета 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-Carpena 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. Fortschr 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 Mepredine 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 «Pharmstandart», ТОВ «Моріон», 2003-2020, Year 2003-2020, M01A market). ¹² <http://panacea.ua/> ¹³ Показання: симптоматичне лікування гострого болю від легкого до середнього ступеня (Дексалгін® та Дексалгін® саше) до болю середньої та високої (Дексалгін® ін'єкт) інтенсивності. ¹⁴ Пациєнтам особливих груп (літнього віку, при порушеннях функцій печінки легкого до помірного ступеня тяжкості, при порушеннях функцій нирок легкого ступеня тяжкості) дозу препарату слід підбирати індивідуально. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарські засоби та ознайомтеся з повним переліком показань, протипоказань, побічних реакцій, способами та особливостями 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). Пациєнтів 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 ІмбХ»
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, № 4, 2021

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



mif-ua.com



journals.urau.ua

ORAL and GENERAL HEALTH

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 2, № 4, 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@zaslavskyi.gmail.com
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. 7,44.
Зам. 2021-oral-05. 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, № 4, 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.gmail.com
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 7,44.
Order 2021-oral-05. 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)

Tsybaliuk 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 5

Оригінальні дослідження

Мазур І.П., Гасюк Н.В., Попович І.Ю., Радчук В.Б.
Що необхідно знати стоматологу в умовах пандемії COVID-19? 8

Супрунович І.М.
Вплив пародонтологічного лікування на товщину цементу коренів зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом 16

Arturo Sánchez-Pérez, Jesús Muñoz-Peñalver, María José Moya-Villaescusa, Carmen Sánchez-Matás
Вплив передопераційного застосування декскетопрофену трометамолу на біль і набряк, що виникають після операції імплантації зубів: рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження 21

Лікарю, що практикує

Організаційно-клінічні аспекти онкозахворювань червоної облямівки губ і слизової оболонки порожнини рота

Методичні рекомендації для лікарів-стоматологів щодо проведення професійних онкологічних оглядів губ і ротової порожнини. Частина 1. Злоякісні новоутворення губ та ротової порожнини: епідеміологія та фактори ризику 30

Організаційні та правові аспекти стоматологічної допомоги в умовах трансформації системи охорони здоров'я

Вахненко О.М.
Світові моделі надання медичної стоматологічної допомоги 37

Пожевілова А., Пожевілова К.
Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога у 2022 році 42

Сторінки історії

Шиміліна В.В., Хлебас С.В., Слободяник М.В.
Зуболікарська освіта в Україні: історичні нариси 46

Левченко А.-О.Ю., Мазур П.В.
Історична хронологія організації державної системи стоматологічної служби в Україні 54

Вимоги до оформлення статей 62

Медична книга 64

Contents

Editor's Page

Address of the editor-in-chief prof. I.P. Mazur 5

Original Researches

I.P. Mazur, N.V. Gasyk, I.Yu. Popovich, V.B. Radchuk
What do dentists need to know in the context of the COVID-19 pandemic? 8

I.M. Suprunovych
Effect of periodontal treatment on the thickness of the cementum of the tooth roots in patients with generalized periodontitis 16

Arturo Sánchez-Pérez, Jesús Muñoz-Peñalver, María José Moya-Villaescusa, Carmen Sánchez-Matás
Effects of the Preoperative Administration of Dexketoprofen Trometamol on Pain and Swelling After Implant Surgery: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial 21

Practicing Physician

Organizational and clinical aspects of cancers of the vermillion border and oral mucosa

Methodical recommendations for dentists on conducting professional oncological examinations of the lips and mouth. Part 1. Malignant neoplasms of the lips and mouth: epidemiology and risk factors 30

Organizational and legal aspects of dental care in the context of the transformation of the health care system

O.M. Vakhnenko
Global models of medical dental care 37

A. Pozhevilova, K. Pozhevilova
Continuing professional development of a dentist in 2022 42

Page of History

V.V. Shymilina, S.V. Khlebas, M.V. Slobodyanik
Dental education in Ukraine: historical essays 46

A.-O. Yu. Levchenko, P.V. Mazur
Historical chronology of the organization of the state system of dental service in Ukraine 54

Requirements for the articles 62

Medical book 64

Шановні колеги!

Завершується 2021 рік, протягом якого на шпальтах журналу ми ділилися з вами новими технологіями з діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних хвороб, публікували методичні рекомендації, наукові статті. Протягом року ми висвітлювали головні новини стоматологічної спільноти, святкували 65-ту річницю професійного об'єднання лікарів-стоматологів України, публікували матеріали III Українського конгресу з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія» та 6-го Національного українського стоматологічного конгресу з міжнародною участю «Інноваційні технології в стоматології», у яких вітчизняні науковці і практикуючі лікарі навели свої наукові здобутки, напруження в галузі стоматології.

Одним із актуальних напрямків фахового журналу було відтворення історії стоматології України, адже «хто не пам'ятає свого минулого, не має майбутнього», і ми крок за кроком відтворювали події стоматологічної галузі початку XX століття.

На шпальтах четвертого номера журналу «Oral and General Health» подано методичні розробки з питань діагностики злоякісних новоутворень ротової порожнини (частина 1). Згідно з прийнятими рішеннями координаційної ради ГО «Асоціація стоматологів України» (протокол засідання № 1 від 01.07.2021) та відповідно до резолюції 6-го Національного українського стоматологічного конгресу «Інноваційні технології в стоматології» групою науковців підготовлено методичні рекомендації з питань ранньої діагностики злоякісних новоутворень губ та ротової порожнини.



Редакційна рада журналу запрошує лікарів-стоматологів, лікарів загальної практики, науковців до створення якісного контенту нашого видання!

Маємо честь запросити вас до участі в IV Українському конгресі з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія», який відбудеться 7–8 квітня 2022 року в Києві і буде присвячений Всесвітньому дню здоров'я порожнини рота.

Запрошуємо до співпраці!

**З повагою,
головний редактор журналу
професор Ірина Мазур ■**



Громадська організація
АСОЦІАЦІЯ
СТОМАТОЛОГІВ
УКРАЇНИ



IV Український конгрес з міжнародною участю «ІНТЕГРОВАНА МЕДИЦИНА ТА СТОМАТОЛОГІЯ», присвячений Всесвітньому дню здоров'я порожнини рота 7–8 квітня 2022 року

Шановні колеги!

ГО «Асоціація стоматологів України» має честь запросити вас до участі в IV Українському конгресі з міжнародною участю **«Інтегрована медицина та стоматологія»**, який відбудеться 7–8 квітня 2022 року і присвячений Всесвітньому дню здоров'я порожнини рота.

Провідними вітчизняними та міжнародними науковцями різних галузей медицини — кардіологами, ендокринологами, гінекологами, лікарями сімейної медицини та стоматологами будуть висвітлені сучасні уявлення про причини і розвиток загальносоматичних захворювань та їх прояви в стоматології, взаємозв'язок і взаємообтяження перебігу хвороб, міждисциплінарні погляди фахівців на складні клінічні ситуації, особливості лікування. Науково-практичний захід — це майданчик для обміну досвідом, обговорення найгостріших проблем у стоматології, новітніх трендів та інноваційних технологій.

У рамках конгресу заплановано навчальні тренінги для лікарів-стоматологів.

Для молодих вчених та лікарів у рамках конгресу заплановано стендові доповіді з публікацією тез в матеріалах конгресу. Більше інформації на сайті <https://www.udenta.org.ua/>.

Захід внесено до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2022 році», та затверджено Міністерством охорони здоров'я України та Національною академією медичних наук України. Учасникам будуть нараховані відповідні освітні бали.

*З повагою, президент ГО «Асоціація стоматологів України»
професор Ірина Мазур*

Шановні колеги!

**Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
та ГО «Асоціація стоматологів України»
мають честь запросити вас до участі
в IV Українському стоматологічному конгресі
з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія»,
який відбудеться 7–8 квітня 2022 року в м. Києві**

Професійне та наукове формування молодого покоління лікарів-стоматологів є важливим напрямом діяльності Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та ГО «Асоціація стоматологів України». У рамках конгресу заплановано проведення науково-практичного симпозиуму молодих вчених та лікарів, під час якого буде надано можливість представити свої стендові доповіді на віртуальній науковій платформі конгресу та опублікувати тези в науковому фаховому стоматологічному виданні «Oral and General Health».

Вимоги до стендової доповіді

Стенова доповідь надається у вигляді презентації Power Point у форматі .pptx або PDF, не більше ніж 6–7 слайдів. Інформація наукової доповіді має бути розміщена в презентації так:

— 1-й слайд: прізвище, ім'я та по батькові доповідача; назва доповіді; назва закладу вищої освіти чи наукового закладу; науковий керівник: прізвище, ім'я та по батькові; IV Український стоматологічний конгрес з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія», 7–8 квітня 2022 року, м. Київ;

- 2-й слайд: актуальність проблеми;
- 3-й слайд: матеріали та методи дослідження;
- 4-й та 5-й слайди: основні результати дослідження;
- 6-й слайд: основні висновки дослідження.

Участь із презентацією та тезами доповіді буде внесено до програми конгресу й зараховано як «участь у конгресі зі стендовою доповіддю» та надано відповідний сертифікат учасника, за умови подачі матеріалів до 01.03.2022 року.

За додатковою інформацією можете звернутися до організатора науково-практичного симпозиуму молодих вчених та лікарів: Слободяник Мар'яна Володимирівна, тел. +38 (099) 250-80-24, електронна скринька: maryana.slobodyanik@gmail.com

До стендової доповіді додаються матеріали публікації у вигляді тез, що будуть опубліковані в науковому фаховому стоматологічному виданні «Oral and General Health».

Вимоги до публікацій:

- тези стендової доповіді мають відповідати тематиці конгресу, базуватися на власних матеріалах і не повинні друкуватися раніше;
- мова — українська;
- обсяг тез — до 2500–3000 знаків, текст подається в електронному вигляді в форматі Word, шрифт Times New Roman, кегль (розмір шрифту) — 14, інтервал — 1,5, без ручних перенесень;

— після тексту тез/стендової доповіді обов'язково слід надати ПІБ (повністю), посаду, місце роботи та електронну адресу кожного автора;

— в темі електронного листа обов'язково вказати: «Публікація тез» або «Публікація стендової доповіді».

Оформлення тез і стендових доповідей здійснюється в такому порядку:

- прізвище автора(-ів) та ініціали;
- назва установи (закладу), де виконана робота, місто, країна;
- назва публікації (жирним шрифтом).

Текст повинен включати:

- актуальність;
- мету дослідження;
- матеріали та методи;
- результати та обговорення;
- висновки.

Усі аббревіатури в тексті статті повинні мати розшифрування.

Публікації будуть прийняті до друку до 01.03.2022 р.

Вартість участі зі стендовою доповіддю та публікацією тез (пакет № 1 «Публікація стендової доповіді з отриманням сертифіката та друкованого примірника журналу «Oral and General Health» із матеріалами конгресу») — 700 грн, публікації тез (пакет № 2 «Публікація тез») — 500 грн. Якщо тези надійдуть після 01.03.2022 р., вартість їх публікації підвищиться.

Реквізити для оплати:

Назва банку: АТ «Прокредит Банк», м. Київ, Україна, МФО 320984

Отримувач: Міжнародний благодійний фонд «Видавництво «Сфера»

Код отримувача: 21656443

Рахунок отримувача: UA253209840000026003210225335

Необхідно правильно заповнювати призначення оплати:

«Безповоротна благодійна фінансова допомога для виконання статутних завдань від _____ (ПІБ)».

Статті (тези) та скановану копію квитанції про сплату слід відправити на електронну пошту журналу «Oral and General Health» (e-mail: medredactor@i.ua, контактна особа — Купріненко Наталія Василівна).

Оргкомітет конгресу ■

Мазур І.П.¹, Гасюк Н.В.², Попович І.Ю.³, Радчук В.Б.²¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна³Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Що необхідно знати стоматологу в умовах пандемії COVID-19?

Резюме. Метою даної публікації є розгорнута клінічна характеристика та уніфікація захворювань слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів, які перенесли COVID-19, із метою підвищення ефективності надання кваліфікованої стоматологічної допомоги даному контингенту осіб у період пандемії та створення умов для безперервного професійного розвитку стоматологів. **Результати.** У роботі наведене аналітичне узагальнення клінічних проявів та критеріїв діагностики захворювань слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів після перенесеного COVID-19, що дадуть можливість стоматологу своєчасно та професійно діагностувати ці хвороби в його повсякденній практичній діяльності в умовах пандемії. Діагностовані захворювання слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів, які перенесли COVID-19, характеризуються різноманітністю нозологій, що ставить перед стоматологом завдання визначити доцільність їх розгляду як мультидисциплінарної проблеми, що потребує інтеграції лікарів різних фахів. **Висновки.** Відсутність уніфікованих підходів до першопричини змін слизової оболонки порожнини рота в даного контингенту осіб та дефіцит знань стосовно досконалих патофізіологічних механізмів персистенції COVID-19 особливо гостро порушують питання доцільності розробки алгоритмів кваліфікованої стоматологічної допомоги таким пацієнтам в Україні та їх реалізації в щоденній практиці стоматолога в умовах карантину. Отримані результати обґрунтовують розробку необхідного алгоритму стоматологічного обстеження з урахуванням спектра діагностованих нозологічних одиниць слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів із COVID-19 в умовах пандемії.

Ключові слова: вірус; порожнина рота; наліт; печіння; слизова оболонка

Вступ

У березні 2020 року коронавірусна інфекція (COVID-19) була визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я пандемією (Wu A. et al., 2020).

Одночасне захворювання на COVID-19 великої кількості населення призводить до перенавантаження системи охорони здоров'я і робить пандемію небезпечною зі збільшенням чисельності летальних випадків (Wang C. et al., 2020).

Останні порушують перед системою охорони здоров'я низку питань, розв'язання яких викликає проблеми і ризики, що полягають у неготовності лікарів до проведення великого обсягу лікувальних заходів значній кількості тяжкохворих пацієнтів (Wu A. et al., 2020).

Клінічні прояви COVID-2109 є доволі мультигенними і залежать від тяжкості захворювання, віку, статі, стану організму пацієнтів. Крім того, слід відзначити двоспрямований вплив вірусу: безпосередньо — через пряме інфікування й опосередковано — шляхом реалізації імунної відповіді організму (Никифоров В.В. і др., 2020).

Шлях передачі вірусу переважно повітряно-крапельний — через дихальну систему, а також контактний — через потрапляння вірусу на поверхні тіла з подальшим перенесенням на слизові оболонки (Белоцерковская Ю.Г. і др., 2020).

Захворювання зазвичай має гострий початок, найбільш специфічні симптоми — підвищення тем-

ператури тіла, втомлюваність та сухий кашель. Доволі часто визначаються біль у м'язах, головний біль, кон'юнктивіт, втрата смаку і нюху, поява висипів на шкірі, зміна кольору кінцівок. Втрата смаку і нюху є високоспецифічним симптомом, може діагностуватися самостійно, без супутньої лихоманки і кашлю, і, за попередніми оцінками, відмічається у 80 % пацієнтів із COVID-19. Вираженість даної клінічної ознаки залежить від штаму вірусу (Македонова Ю.А. и др., 2021).

Найбільш частим ускладненням COVID-19 є вірусна пневмонія, що призводить до гострого респіраторного дистрес-синдрому з подальшою дихальною недостатністю, при яких найчастіше необхідні киснева терапія та респіраторна підтримка (Chan J.F. et al., 2020).

Тяжкий перебіг захворювання зафіксований переважно в осіб похилого віку та із супутніми системними захворюваннями (Wang C. et al., 2020).

З огляду на те, що вхідними воротами для COVID-19 є система слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, і порожнини рота зокрема, доцільно підкреслити роль стоматолога в реалізації інтегрованого підходу до ведення таких пацієнтів на етапі як розпаду захворювання, так і клінічного видужання (Хабадзе З.С. и др., 2020).

Метою даної роботи є підвищення ефективності надання кваліфікованої стоматологічної допомоги пацієнтам, які перенесли COVID-19, шляхом детальної клінічної характеристики та уніфікації захворювань слизової оболонки порожнини рота у таких осіб.

Матеріали та методи

Був проведений прийом 42 пацієнтів, які перенесли COVID-19, віком від 36 до 70 років. На етапі об'єктивізації стоматологічного статусу застосовували основні клінічні методи обстеження: суб'єктивні (скарги, анамнез захворювання та життя пацієнта) та об'єктивні (огляд пацієнта з оцінкою стану слизової оболонки порожнини рота: колір, зволоженість, тургор, детальна характеристика елементів ураження, їх топографічне розташування; оцінкою гігієни порожнини рота, рівня санації; констатування наявності ортопедичних конструкцій). Паралельно аналізували та брали до уваги виписки з історій хвороби, що надавали лікувальні заклади, протоколи застосованої терапії та ступінь тяжкості перенесеного захворювання.

За результатами основних та за потреби додаткових методів обстеження пацієнтам призначали етіотропне, патогенетичне та симптоматичне лікування з огляду на принципи індивідуального, диференційованого та поєднаного підходів.

Результати

При клінічному обстеженні 42 пацієнтів, які перенесли нову коронавірусну інфекцію (COVID-19), на етапі застосування суб'єктивних методів виявлені такі скарги: втрата смаку — у 38 осіб (90 %), розлади слиновиділення (сухість порожнини рота чи гіперсаливація) — у 40 пацієнтів (95 %), відчуття печіння, дискомфорту та повзання мурашок у ділянці язика або інших анатомічних складових слизової оболонки порожнини рота — у 29 хворих (69 %), скарги на порушення цілісності слизової оболонки порожнини рота та больові відчуття, пов'язані із цим, — у 13 осіб (31 %).

При об'єктивному обстеженні в 42 осіб (100 %) були візуалізовані зміни слизової оболонки порожнини рота, що характеризувалися наявністю нашарувань різної локалізації та різного ступеня інтенсивності, у 13 осіб (31 %) — порушення цілісності слизової оболонки порожнини рота ерозивного, афтозного та виразкового характеру.

Отже, за результатами проведеного клінічного обстеження пацієнтів, які звернулися за стоматологічною допомогою після перенесеного COVID-19, були діагностовані: глосодинія (7 осіб — 17 %), кандидозний (12 осіб — 28 %), герпетичний (5 осіб — 12 %) та хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (8 осіб — 19 %), десквамативний глосит (10 осіб — 24 %). У деяких клінічних випадках спостерігали поєднання нозологічних одиниць (табл. 1).

Глосодинія

Основними скаргами в обстежених із глосодинією були відчуття печіння, дискомфорту та повзання мурашок у ділянці язика (7 пацієнтів — 100 %) або інших анатомічних складових слизової оболонки порожнини рота (3 особи — 43 %), одночасно вони мали скарги на утруднення при ковтанні.

Хворі також скаржились на розлади смаку та нюху, при цьому інтенсивність цих ознак була значно вищою на тлі перенесеного COVID-19, ніж при глосодинії з класичним клінічним перебігом. Доцільно зазначити, що у 2 осіб (29 %) глосодинію діагностовано до перенесення COVID-19, а дана інфекція спровокувала загострення хвороби.

У 5 пацієнтів (72 %) спостерігали сенестопатії — нав'язливі стани, що проявляються у відчутті збільшення розміру, набряку язика, стороннього предмета та стискання глотки, як наслідок постковідної енцефалопатії. Інтенсивність парестетичних відчуттів переважала у вечірній час. При цьому спостерігалися позитивні специфічні симптоми, що характерні для глосодинії: щадіння язика — обережне ставлення

Таблиця 1. Відсотковий розподіл діагностованих нозологічних одиниць у пацієнтів, які перенесли COVID-19, n (%)

Глосодинія	Кандидозні ураження	Герпетичні ураження	Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит	Десквамативний глосит
7 (17)	12 (28)	5 (12)	8 (19)	10 (24)



Рисунок 1. Пацієнтка М., 45 років. Діагноз «глосидинія». Зовнішній вигляд язика з наявністю незначної кількості нашарувань та поодиноких складок у ділянці спинки



Рисунок 2. Пацієнт К., 41 рік. Діагноз «гострий псевдомембранозний кандидозний стоматит». Зовнішній вигляд слизової оболонки щоки, вкритої нашаруваннями, які нагадують зсіле молоко, та червоної облямівки

пацієнтів, що утруднює мовотворення, та симптом щипка — відсутність больових відчуттів при пальпації язика.

Глосидинія характеризувалася поліморфізмом клінічних проявів (рис. 1).

У хворих на глосидинію реєстрували зміни загального стану організму, вегетативної нервової системи у вигляді підвищеної пітливості, тривалих головних болів, запаморочення, порушення сну, емоційної вразливості, канцерофобії. У хворих на глосидинію, які перенесли COVID-19, визначалася підвищена нервово-м'язова збудливість — у 7 осіб (100 %), порушення ритму серцевих скорочень — у 7 (100 %), виражений дермографізм шкіри — у 6 (86 %).

При стоматологічному обстеженні спостерігали невідповідність об'єктивної картини язика та суб'єктивних відчуттів у бік максимальної вираженості останніх. Язик характеризувався наявністю поодиноких відбитків зубів та незначної кількості нашарувань у ділянці спинки. Відчуття печіння характеризувалося симетричністю локалізації з тенденцією до посилення у вечірній час, під час емоційних навантажень та зникало під час прийому їжі і сну. Доволі часто діагностували порушення слиновиділення, переважно в бік зниження саливації. У 5 осіб (71 %) спостерігали зниження глоткового рефлексу та рефлексів з м'якого піднебіння. Період максимальної вираженості клінічних проявів захворювання збігався з періодом згасання коронавірусної хвороби, із загостренням соматичної патології та зі стресовими станами, що індуковані впливом вірусу.

Вплив на слинні залози та саливацію

У 40 осіб (95 %) діагностовані порушення функції саливації, при цьому у 29 хворих (69 %) — гіпосаливація, у 13 (31 %) — тенденція до підвищення слинови-

ділення, це контингент пацієнтів із герпетичними та афтозними ураженнями слизової оболонки порожнини рота.

Вплив на смак

Дисгевзію — порушення смаку було діагностовано в 21 особи (50 %), яка перенесла COVID-19.

Кандидоз слизової оболонки порожнини рота

Серед обстежених хворих, які перенесли COVID-19, кандидозні ураження слизової оболонки порожнини рота діагностували у 12 пацієнтів (28 %). Серед клініко-морфологічних форм переважали гострий псевдомембранозний кандидоз (9 осіб — 75 %) та хронічний гіперпластичний кандидозний стоматит (3 особи — 25 %) у поєднанні з мікотичними ураженнями кутів рота (7 осіб — 58 %).

Хворі на гострий псевдомембранозний кандидоз скаржилися на наявність нашарувань, печіння слизової оболонки порожнини рота, відчуття дискомфорту під час прийому їжі, особливо подразнюючої. При хронічному гіперпластичному кандидозному стоматиті скарги були переважно на наявність щільних нашарувань та відчуття сухості слизової.

З анамнезу хворих було з'ясовано, що в протоколи лікування вірусного захворювання були включені антибактеріальні препарати, системні глюкокортикоїди та підтримувальна киснева терапія.

При огляді порожнини рота відмічене ураження слизової оболонки, переважно щік, язика та губ. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемована, суха. На тлі гіперемії візуалізувалися нашарування, що за зовнішнім виглядом нагадували зсіле молоко. Нашарування підвищувалися над рівнем слизової оболонки. Колір їх був варіабельний, від молочно-білого до сірого та жовтуватого, при спробі зняти шпателем спостері-



Рисунок 3. Пацієнт К., 41 рік. Діагноз «гострий псевдомембранозний кандидозний стоматит». Зовнішній вигляд слизової оболонки язика, відкритого нашаруваннями, червоної облямівки та кутів рота



Рисунок 4. Пацієнт С., 34 роки. Діагноз «виразкова форма хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту». Виразка вкрита фібринозним нашаруванням із вінчиком гіперемії по периферії

гали яскраву гіперемію прилеглої слизової оболонки (рис. 2).

Слід відмітити і погіршення загального стану гігієни порожнини рота, що пояснюється неможливістю її дотримуватися через застосування кисневих масок.

Розвиток і максимальна вираженість клінічних ознак відповідали періоду згасання коронавірусної хвороби. При тяжкому перебігу COVID-19 вогнища нашарувань зливалися в суцільні плівчасті поверхні з тенденцією до потовщення та поширення на всі ділянки порожнини рота. У 7 осіб (58 %) виявлені в кутах рота мікотичні заїди, покриті білуватим нальотом, що утворився, імовірно, на тлі обробки антисептичними препаратами при спробі самолікування (рис. 3).

Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

Серед пацієнтів, які звернулися за стоматологічною допомогою після перенесеного COVID-19, у 8 осіб (19 %) був діагнований хронічний рецидивуючий афтозний стоматит — хронічне захворювання слизової оболонки порожнини рота, що характеризується періодичною появою афт, тривалим перебігом із періодичними загостреннями.

Хворі скаржилися на наявність однієї або декількох виразок у порожнині рота, порушення прийому їжі та мовлення, загальну слабкість (рис. 4).

Під час стоматологічного огляду на язик, яснах на тлі незміненої слизової оболонки діагностували наявність однієї чи декількох ерозій округлої форми, покритих фібринозним нашаруванням й оточених яскраво-червоним вінчиком гіперемії. Елементи ураження різко болісні, при пальпації м'які. Рецидиви також діагностували в період згасання коронавірусної хвороби. Слід зазначити, що в більшості пацієнтів, які перене-

сли COVID-19, діагностували глибокі, кратероподібні афти, оточені ділянкою гіперемії, що рубцюються (стоматит Сеттона).

Гострий герпетичний стоматит

У 5 (12 %) пацієнтів із перенесеним COVID-19 діагностували гострий герпетичний стоматит. Захворювання розвивалося в період видужання та переважно мало гострий початок з ознаками загального нездужання і головного болю. Основними скаргами пацієнтів були біль у порожнині рота під час прийому їжі, порушення мовлення, наявність численних ерозій.

При об'єктивному обстеженні слизова оболонка порожнини рота була гіперемована, набрякла, з численними ерозіями, що мали поліциклічні контури. Пальпація елементів ураження різко болісна. Елементи ураження переважно розташовувалися на слизовій оболонці твердого піднебіння, губ та щік (рис. 5).

Разом із цим нерідко уражується червона облямівка губ, а також шкіра, що межує з нею. При цьому на поверхні ураження спостерігалися переважно кірочки та лусочки.

Майже всі обстежені пацієнти відмічали наявність нашарувань на спинці язика та неприємний запах із порожнини рота, що обумовлений активною життєдіяльністю видового складу мікрофлори та порушенням смакових відчуттів та нюху.

Геморагічні зміни слизової оболонки порожнини рота

Порушення кровообігу мікроциркуляторного ланцюга судинного русла слизової оболонки порожнини рота проявлялися в 14 пацієнтів (33 %). Основною скаргою при цьому була зміна кольору слизової оболонки порожнини рота.



Рисунок 5. Пацієнтка Л., 46 років. Діагноз «гострий герпетичний стоматит». Ерозії з поліциклічними контурами на стадії епітелізації. Підсилення чіткості судинного рисунка

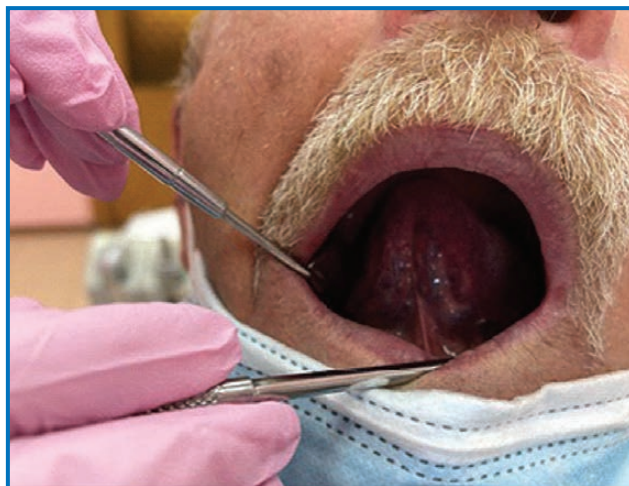


Рисунок 6. Пацієнт В., 56 років. Діагноз «розширення судин вентральної поверхні язика та геморагічні плями»

Геморагічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота зустрічалися в пацієнтів з обтяженим перебігом захворювання COVID-19 та пацієнтів із наявністю в анамнезі патології серцево-судинної системи.

Під час стоматологічного огляду відмічали помірний ціаноз та набряк губ. На слизовій оболонці губ візуалізувався судинний рисунок. Колір слизової був варіабельний, від блідо-рожевого до ціанотичного. Також візуалізувалися петехіальні та пурпурні крововиливи на вентральній поверхні язика (рис. 6).

Десквамативний глосит у пацієнтів із перенесеним COVID-19 діагностували в 10 осіб (12 %).

Захворювання також розвивалося переважно в період видужання та майже не супроводжувалося порушенням загального стану пацієнтів. Основними скаргами пацієнтів були парестезії, відчуття печіння, які посилювалися під час вживання їжі, та наявність плям на язичку.

При об'єктивному обстеженні на бічних поверхнях язика чи його спинці візуалізували одну чи декілька плям яскраво-червоного кольору — вогнища десквамації епітелію, які, зливаючись між собою, утворюють специфічний рисунок. По периферії плям підвищеного зроговіння зазнають ниткоподібні сосочки (рис. 7).

Обговорення

Відомо, що коронавірусна інфекція має мукотропну дію на слизову оболонку порожнини рота, ініціює тимчасові порушення саливації (40 осіб — 95 %), при цьому у 29 осіб (69 %) — гіпосаливацію, у 13 (31 %) — тенденцію до підвищення слиновиділення, у 21 особи (50 %) — порушення смакової і нюхової чутливості, при цьому слід зазначити, що всі пацієнти відмічали відновлення смаку в різні терміни після видужання.

Вірус COVID-19 чинить нейротропну дію, у тому числі і на щелепно-лицеву ділянку. Пацієнти відмічають печіння в порожнині рота, втрату смаку (90 % пацієнтів), розлади слиновиділення (95 %), відчуття печіння, дискомфорту та повзання мурашок у ділянці язика або інших анатомічних складових слизової оболонки порожнини рота (69 %). У проведеному дослідженні ми відмітили сенестопатії в пацієнтів, які перенесли COVID-19. Сенестопатії — нав'язливі стани, що проявляються відчуттям збільшення розміру, набряку язика, стороннього предмета та стискання глотки, що відображено в роботах

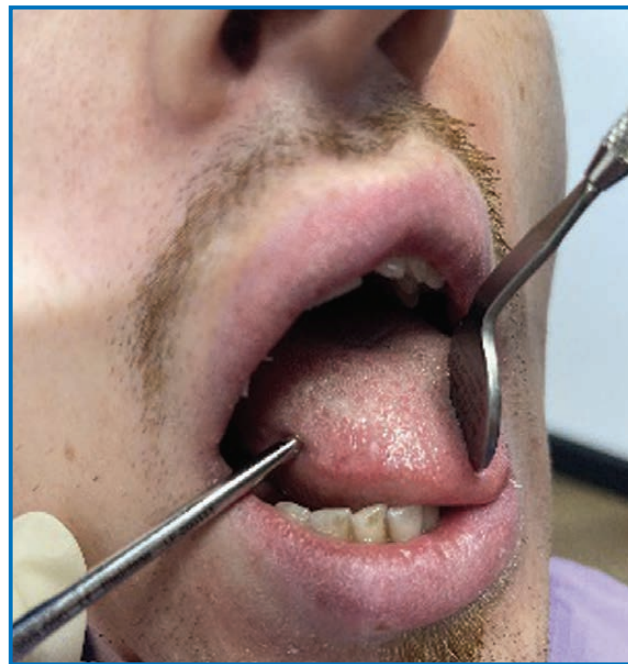


Рисунок 7. Пацієнт Н., 44 роки. Діагноз «десквамативний глосит». Вогнище десквамації з вінчиком гіперкератозу на бічній поверхні язика

Х. Ху et al. (2020) як постковідна енцефалопатія. При цьому дане захворювання частіше діагностувалося в жінок, які перенесли COVID-19. З огляду на дані стосовно циклічності диференціації епітелію слизової оболонки порожнини рота (Гасюк Н.В., 2015) у віці від 38 до 78 років глосодинія діагностується у 20 % випадків, не зафіксовано випадків у дитячому та підлітковому віці.

Патогенетичні аспекти глосодинії інтерпретуються за даними О.С. Яворської (1995) та сучасників, зокрема М.І. Корешкіна та ін. (2018), як вісцеро-рефлекторний стовбуровий синдром, індукований ураженням групи ядер стовбура мозку вісцеральною патологією на фоні вегетосудинної дистонії. За рахунок анатомічної та функціональної спорідненості волокон блукаючого, трійчастого та язикового нервів ініціюються порушення чутливості — парестезії, сенестопатії, які проєктуються на різні анатомічні ділянки порожнини рота та обличчя.

Патогенез глосодинії в пацієнтів, які перенесли COVID-19, доволі мультифакторний, включає, на нашу думку, порушення взаємодії психологічних чинників і нейрофізіологічних складових та дисбаланс саме вегетативної іннервації слизової оболонки порожнини рота. Варто додати гіпоксичні зміни тканин як наслідок масивного оксидативного стресу тканин у пацієнтів, які перенесли COVID-19 (Гасюк Н.В., Мазур І.П., Попович І.Ю., Радчук В.Б., 2021).

Крім того, у частини пацієнтів фіксували низку передумов, що призводять до розвитку даного синдрому і включають як місцеві (ортопедичні конструкції), так і соматичні чинники (патологія внутрішніх органів і систем), що в постковідний період мали тенденцію до загострення (Гасюк Н.В., Мазур І.П., 2020). Доволі часто діагностували порушення слиновиділення, переважно в бік зниження саливації, механізми якої відображені в роботах С.В. Морозова, І.Ю. Мейтель (2016) та D.A. Ettlin et al. (2016). Отже, глосодинію в пацієнтів, які перенесли COVID-19, на сьогодні слід розцінювати як мультидисциплінарну проблему, що охоплює значне коло інтересів насамперед неврологів, оскільки на перший план стає питання гіпоксії тканин як наслідку оксидативного стресу після перенесеного захворювання, а також стоматологів та лікарів загальної практики (Гасюк Н.В., Мазур І.П., Попович І.Ю., Радчук В.Б., 2021).

Зміни мікробного пейзажу порожнини рота проявлялися у вигляді кандидозних уражень. Патогенез розвитку кандидозних уражень в осіб, які перенесли COVID-19, на нашу думку, первинно обумовлений комплексним потужним імуносупресивним впливом глюкокортикоїдів на організм загалом, місцевим пригнічуючим впливом кисневої маски на бар'єрну функцію слизової оболонки порожнини рота та системної антибіотикотерапії (Гасюк Н.В., Мазур І.П., Попович І.Ю., Радчук В.Б., 2021), хоча питання першопричини кандидозу в даного контингенту осіб залишається дискусійним і розглядається як із позиції імуносупресивного впливу самого ві-

русу на організм загалом, так і наслідків антибіотикотерапії, що застосована при лікуванні пневмонії (Лавровская Я.А. и др., 2017).

Погіршення перебігу захворювань травної системи, зокрема десквамативного глоситу, обумовлені низкою чинників: системною масивною антибіотикотерапією, гіпоксичними та вегетативними змінами, що ініціюють порушення трофіки епітелію спинки язика і, як наслідок, підвищену десквамацію.

Патогенез хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту в даного контингенту осіб, на нашу думку, має двоспрямований зв'язок, а саме обумовлений імуносупресивним впливом вірусу та є наслідком порушення імунологічних механізмів в організмі людини, що призводить до зниження імунологічної реактивності та порушення неспецифічного захисту. Разом із тим відмічається пригнічуюча дія антибіотикотерапії на видовий склад мікрофлори кишечника і розвиток у подальшому бактеріальної алергії, коли спостерігається перехресна імунна реакція за рахунок антигенної схожості бактеріальної мікрофлори порожнини рота й епітеліоцитів слизової оболонки порожнини рота, що обумовлює їх помилкову атаку антитілами.

Механізм розвитку та індуктори гострого герпетичного стоматиту в пацієнтів, які перенесли COVID-19, на нашу думку, первинно обумовлені імуносупресивним впливом самого вірусу, на тлі якого активізувалася герпесвірусна інфекція як автоінфекція (Гасюк Н.В., Мазур І.П., Попович І.Ю., Радчук В.Б., 2021).

Зміни кровоносної системи та мікроциркуляції, що проявляються появою геморагічних змін слизової оболонки порожнини рота у вигляді плям, цілком узгоджуються з даними нових наукових досліджень стосовно ризику розвитку ДВС-синдрому в пацієнтів, інфікованих коронавірусом (Wang C. et al., 2020).

Тромботичні ускладнення є однією з найскладніших проблем у пацієнтів із COVID-19. Попередні дані стосовно узагальнюючих результатів пандемії COVID-19 показали, що у хворих гематологічні зміни проявляються тромбоцитопенією (36,2 %) і підвищенням D-димеру. Ці параметри корелюють зі ступенем тяжкості захворювання (Македонова Ю.А. и др., 2021).

При цьому зміну судинного рисунка слизової доцільно інтерпретувати як порушення кровообігу мікроциркуляторного ланцюга судинного русла, що має вагоме патофізіологічне обґрунтування даної патології (Wang C. et al., 2020; Македонова Ю.А. и др., 2021).

Висновки

Отже, підсумовуючи результати обстеження пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, які перенесли COVID-19, ми визначили низку нозологій, які первинно індуковані імуносупресивним впливом вірусу на організм, що

спровокувало автоінфекційну відповідь, побічною дією та пригнічуючим ефектом лікарських препаратів, які включені в протоколи лікування COVID-19 та його ускладнень, і є відображенням тропності даного вірусу до певних складових судинного русла. При цьому в пацієнтів після перенесеного COVID-19 були діагновані: глосодинія (7 осіб — 17 %), кандидозний (12 осіб — 28 %), герпетичний (5 осіб — 12 %) та хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (8 осіб — 19 %), десквамативний глосит (10 осіб — 24 %). У деяких клінічних випадках (10 осіб — 24 %) спостерігали поєднання нозологічних одиниць.

Відсутність уніфікованих підходів до першопричини змін слизової оболонки порожнини рота в даного контингенту осіб та дефіцит знань стосовно досконалих патофізіологічних механізмів персистенції COVID-19 особливо гостро ставлять питання доцільності розробки алгоритмів кваліфікованої стоматологічної допомоги таким пацієнтам в Україні та їх реалізації в щоденній практиці стоматолога в умовах карантину.

Отримані результати обґрунтовують розробку необхідного алгоритму стоматологічного обстеження з урахуванням спектра діагнованих нозологічних одиниць слизової оболонки порожнини рота в пацієнтів із COVID-19 в умовах пандемії.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується проведення інтегрованого обстеження пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, які перенесли COVID-19, залежно від нозології та ступеня тяжкості ураження слизової в зіставленні з гематологічними параметрами.

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

Список літератури

1. Белоцерковская Ю.Г., Романовских А.Г., Смирнов И.П. COVID-19: респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов. *Consilium Medicum*. 2020. 3. 12-20.
2. Гасюк Н.В. Комплексна цитологічна характеристика небезігу процесу диференціації букального епітелію у осіб жіночої статі молодого віку залежно від фази менструального циклу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. 2(119). 33-36.
3. Гасюк Н.В., Мазур И.П., Попович И.Ю., Радчук В.Б. Клиническая характеристика заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов перенесших COVID-19 — что необхо-

димо знать стоматологу в условиях пандемии? *Gergian medical news*. 2021. 10. 93-99.

4. Гасюк Н.В., Мазур И.П. Клінічні стани: печіння порожнини рота. Що може зруйнувати бездоганну роботу стоматолога — глосодинія чи непереносимість сплавів та матеріалів? Лікаря, що практикує. 2020. 1. 40-45.

5. Корешкина М.И. Почему трудно поставить диагноз «синдром горящего рта»? *РМЖ: Медицинское обозрение*. 2018. 9. 10-13.

6. Лавровская Я.А., Романенко И.Г., Лавровская О.М., Придатко И.С. Кандидоз слизистой оболочки рта при дисбиотических изменениях. *Крымский терапевтический журнал*. 2017. 3. 27-30.

7. Македонова Ю.А., Поройский С.В., Гаврикова Л.М., Афанасьева О.Ю. Проявление заболеваний слизистой полости рта у больных, перенесших COVID-19. *Вестник ВолгГМУ*. 2021. 1(77). 111-115.

8. Морозова С.В., Мейтель И.Ю. Ксеростомия: причины и методы коррекции. *Медицинский совет*. 2016. 1. 124-128.

9. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А.Ю., Забозлаев Ф.Г. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 2020. 48 с.

10. Ушаков Р.В., Елисеева Н.Б., Полевая Н.П. Современные методы диагностики, устранения и профилактики галитоза: Учебное пособие. М.: ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», 2016. 81 с.

11. Хабазе З.С., Соболев К.Э., Тодуа И.М., Морданов О.С. Изменения слизистой оболочки полости рта и общих показателей при COVID 19 (SARS-CoV-2): одноцентровое описательное исследование. *Endodontics today*. 2020. 18. 4-9.

12. Chan J.F., To K.K., Tse H., Jin D.Y., Yuen K.Y. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. *Trends Microbiol*. 2013. 21. 544-555.

13. Ettlin D.A., Sommer I., Brönnimann B., Ettlin D.A. Design, construction, and technical implementation of a web-based interdisciplinary symptom evaluation (WISE) — a heuristic proposal for orofacial pain and temporomandibular disorders. *J. Headache Pain*. 2016. 1(1). 77.

14. Wang C., Horby P.W., Hayden F.G., Gao G.F. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020. 395. 470-473.

15. Wu A., Peng Y., Huang B., Ding X., Wang X., Niu P. Genome composition and divergence of the novel coronavirus (2019-nCoV) originating in China. *Cell Host Microbe*. 2020. 27(3). 325-328.

16. Xu X., Chen P., Wang J., Feng J., Zhou H., Li X. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Sci. China Life Sci*. 2020. 63(3). 457-460.

Отримано/Received 10.11.2021

Рецензовано/Revised 22.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 01.12.2021 ■

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>.

N.V. Gasyk, MD, PhD, Professor, Department of Therapeutic Dentistry, State Institution of Higher Education "I. Horbachevsky Ternopil National Medical University", Ternopil, Ukraine; e-mail: gasyknv@tdmu.edu.ua

I.Yu. Popovich, MD, PhD, Associate Professor at the Department of Therapeutic Dentistry, Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine; e-mail: ivanatomat@ukr.net

V.B. Radchuk, PhD, Assistant at the Department of Therapeutic Dentistry, State Institution of Higher Education "I. Horbachevsky Ternopil National Medical University", Ternopil, Ukraine; e-mail: radchuk@tdmu.edu.ua

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. Mazur¹, N.V. Gasyk², I.Yu. Popovich³, V.B. Radchuk²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

²State Institution of Higher Education "I. Horbachevsky Ternopil National Medical University", Ternopil, Ukraine

³Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

What do dentists need to know in the context of the COVID-19 pandemic?

Abstract. Background. The purpose of this publication is a detailed clinical characterization and unification of oral mucosal diseases in patients who suffered COVID-19, in order to increase the effectiveness of qualified dental care for this group of people during a pandemic and to create conditions for continuous professional development of dentists. **Results.** The paper presents an analytical generalization of clinical manifestations and criteria for diagnosing oral mucosal diseases in patients who suffered COVID-19, which will allow timely and professionally detecting these diseases in the daily practice of a dentist in the context of a pandemic. Diagnosed oral mucosal diseases in patients, who had COVID-19, are characterized by a variety of nosologies, which puts before the dentist the task to study the expediency of their

consideration as a multidisciplinary problem that requires the integration of physicians of different specialties. **Conclusions.** The lack of unified approaches to the root cause of changes in the oral mucosa in this group of people and lack of knowledge about the pathophysiological mechanisms of COVID-19 persistence raises the question of the feasibility of developing algorithms for qualified dental care for such patients in Ukraine and their implementation in the daily practice of a dentist during quarantine. The obtained results substantiate the development of the necessary algorithm of dental examination taking into account the spectrum of diagnosed nosological units of the oral mucosa in patients with COVID-19 in a pandemic.

Keywords: virus; oral cavity; plaque; burning; mucous membrane

Вплив пародонтологічного лікування на товщину цементу коренів зубів у пацієнтів із генералізованим пародонтитом

Резюме. Актуальність. Важливу роль у процесах регенерації пародонтального комплексу у хворих на генералізований пародонтит відіграє цемент кореня зуба. **Мета дослідження:** вивчити вплив механічної обробки поверхні коренів зубів на товщину цементу при проведенні пародонтологічного лікування у пацієнтів із генералізованим пародонтитом. **Матеріали та методи.** У дослідження включено 14 пацієнтів із генералізованим пародонтитом, яким було проведено пародонтологічне обстеження. Матеріалом дослідження стали 24 зуби з генералізованим пародонтитом II–III ступеня тяжкості, видалених за ортопедичними і пародонтологічними показаннями. **Результати.** Товщина цементу коренів зубів (на поздовжніх шліфах), що оброблялися зоноспецифічними кюретами Грейсі, була найнижчою, її середні показники становили $5,47 \pm 3,35$ мкм, тоді як товщина цементу верхньої третини коренів зубів, що не підлягали інструментальному впливу, була $44,09 \pm 15,32$ мкм. За результатами морфометрії цементу поздовжніх шліфів зубів встановлено значний вплив зоноспецифічних кюрет Грейсі на товщину цементу кореня порівняно з магнітострикційним ультразвуковим скалером ($p = 0,020$). **Висновки.** На товщину цементу коренів зубів впливають зміни рН ротової рідини, мікробний біофільм, інфекційно-запальні процеси в тканинах пародонта та інструментальна обробка коренів зубів. У пацієнтів із пародонтитом зменшення товщини цементу коренів зубів разом із підвищеним жувальним навантаженням у результаті травматичної оклюзії та низькими регенеративними властивостями цементу пришийкової частини кореня зуба є чинниками розвитку гіперестезії та цервікальних уражень.

Ключові слова: цемент кореня зуба; генералізований пародонтит; скануюча електронна мікроскопія; морфометрія; первинне пародонтологічне лікування

Вступ

Основною метою лікування хворих на генералізований пародонтит є елімінація мікробного біофільму на поверхні коренів зубів. Біофільм являє собою організовану структуру, що складається з колоній мікроорганізмів, вбудованих у матрикс, який з часом мінералізується і перетворюється на зубний камінь [1]. Мікроорганізми біофільму шляхом селективної адгезії прикріплюються до поверхні кореня і продукують ендотоксини, які спричиняють токсичний вплив на цемент кореня зуба та викликають мікроциркуляторні порушення в тканинах пародонта, пошкоджуючи його структурні елементи.

Цемент — мінералізована тканина, яка покриває корінь зуба і забезпечує разом із періодонтальною зв'язкою прикріплення зубів до альвеолярної кістки [2]. Хронічний запальний процес у тканинах пародонта викликає руйнування періодонтальної зв'язки й оголення поверхні кореня зуба. У результаті впливу факторів навколишнього середовища цемент кореня зазнає як структурних змін, так і змін його елементного хімічного складу, які можуть негативно позначитися на регенерації тканин пародонта, в тому числі і цементу. Пошкодження цементу кореня зубів негативно впливають на функціонування комплексу «альвеолярна кістка — періодонтальна зв'язка — цемент кореня».

Відповідно до різниці щільності клітин та органічних волокон у матриксі цемент кореня гістологічно поділяється на п'ять типів [3]. Безклітинний неволокнистий цемент складається з матриксу, але не містить колагенових волокон і клітин, відкладається у вигляді ізольованих плям на незначних ділянках емалі та дентину і не виконує жодної функції в прикріпленні зубів.

Безклітинний зовнішній волокнистий цемент розміщується в ділянці шийки та у верхніх двох третинах кореня зуба, складається з мінералізованого матриксу та великої кількості колагенових волокон, впорядкованих у щільні пучки, одні з яких розміщуються паралельно поверхні цементу, інші мають радіальний напрямок. З одного боку вони переходять у волокна основної речовини дентину, з іншого — у пучки колагенових волокон періодонтальної зв'язки і далі — у шарпеевські волокна альвеолярної кістки. Велика кількість волокон вказує на значну роль цього різновиду цементу в прикріпленні зубів до кісткової тканини. Товщина безклітинного цементу кореня повільно збільшується з віком [3, 4].

Клітинний внутрішній волокнистий цемент розміщується в ділянці верхівки коренів зубів і ділянці фуркацій та характеризується наявністю цементобластів, цементоцитів і власних колагенових волокон. Цементоцити розміщуються в лакунах і мають відростки, що орієнтовані в бік періодонту, який є джерелом трофіки шляхом дифузії. Цементобласти знаходяться на поверхні цементу та відповідають за відкладання нових шарів цементу. Клітинний внутрішній волокнистий цемент відіграє важливу роль у регенерації цементу, виявляється в дефектах резорбції та місцях переломів коренів [3, 4]. Клітинний змішаний багат шаровий цемент є комбінацією клітинного внутрішнього волокнистого цементу та безклітинного внутрішнього волокнистого цементу, шари яких накладаються один на один [2].

При генералізованому пародонтиті елімінація мікробного біофільму досягається завдяки згладжуванню та поліруванню твердих поверхонь коренів зубів із застосуванням ручних і механічних інструментів: ультразвукових і звукових скалерів і кюрет. Застосування тих чи інших видів інструментів має значний вплив на поверхню кореня зуба, яка контамінована мікроорганізмами. Під час інструментальної обробки поверхні кореня є низка факторів, що впливають на товщину цементу: тип і потужність скалера, дизайн насадок, гострота робочої частини кюрети, прикладена сила й адаптація інструментів до поверхні кореня (кути нахилу). Органічний матрикс цементу подібний до матриці кісткової тканини: цементобласти експресують білки кісткової матриці — остеокальцин, остеопонтин і сіалопротеїн; крім того, у мінералізованій матриці цементу виділяються фактори росту: тромбоцитарний фактор росту, інсуліноподібний фактор росту, трансформуючий фактор росту бета-1, основний фактор росту фібробластів та інші білки, в результаті чого цемент кореня зуба відіграє важливу роль у регенерації тканин пародонта і створенні но-

вого прикріплення, тому неагресивна робота на поверхні коренів зубів у пародонтологічних пацієнтів є необхідною для забезпечення оптимального пародонтального здоров'я [4, 5].

Одним із ключових елементів досягнення успішної регенерації тканин пародонта є делікатна робота в під'ясенній ділянці та запобігання розвитку пошкоджень цементу кореня при підтримувальному пародонтологічному лікуванні, коли інструментальна робота збільшує ризик руйнування цементу кореня зуба.

Метою даного дослідження було вивчити вплив механічної обробки поверхні коренів зубів на товщину цементу при проведенні пародонтологічного лікування у пацієнтів із генералізованим пародонтитом.

Матеріали та методи

Клінічне дослідження. До дослідження було включено 14 пацієнтів із діагнозом «генералізований пародонтит II та III ступеня тяжкості, хронічний перебіг», на етапі первинного пародонтологічного лікування у яких було видалено 24 однокореневих зуби за пародонтологічними й ортопедичними показаннями (за інформованою згодою). Для встановлення діагнозу генералізованого пародонтиту використовували класифікацію М.Ф. Данилевського (1994). Учасникам було проведено рентгенологічне (ортопантомограма) та пародонтологічне обстеження з використанням клініко-інструментальної програми Florida Probe system (Florida Probe Corp, Gainesville, FL).

Ультроструктурне дослідження проводили на 24 однокореневих зубах верхньої і нижньої щелеп, видалених за пародонтологічними й ортопедичними показаннями. За допомогою скануючого електронного мікроскопа Tescan Mira 3 LMU (TESCAN ORSAY HOLDING, Czech Republic) проводили вимірювання товщини цементу верхньої третини коренів зубів на 48 поздовжніх шліфах, отриманих з 24 однокореневих зубів у хворих на генералізований пародонтит до проведення первинного пародонтологічного лікування та після різних видів інструментальної обробки.

Проведено 4 серії досліджень, по 6 зубів у кожній, залежно від впливу на поверхню кореня зубів. До I серії досліджень включено видалені зуби за пародонтологічними показаннями (III ступінь рухомості) після проведення пародонтологічного лікування з використанням магнітострикційного ультразвукового скалера Cavitron (Dentsply Sirona, USA). До II серії досліджень було включено зуби, поверхню яких було оброблено магнітострикційним ультразвуковим скалером Cavitron та зоноспецифічними кюретами Грейсі. III серія досліджень включала зуби, поверхню яких була оброблена зоноспецифічними кюретами Грейсі. IV серія досліджень становила контрольну групу, яка включала 6 зубів з генералізованим пародонтитом, поверхню яких не підлягала інструментальному впливу.

Протокол підготовки зразків зубів. Зразки зубів були занурені в 2,5% розчин глутарового альдегіду на 24 години та оброблені гіпохлоритом натрію для видалення органічних відкладень. Проведено зневоднення зразків за стандартним гістологічним протоколом у серіях етанолу зростаючої концентрації (25%, 50%, 70%, 100% по 12 годин), після чого проводилось висушування зразків у критичній точці CO_2 . Для отримання поздовжніх шліфів зубів зразки були залиті в епоксидну смолу. Поздовжні шліфи зубів в епоксидних блоках одержували на приладі Metcon MicroCut 151 (Metkon, Turkey). Шліфи полірували з використанням абразивної пасти, закріплювали на столики за допомогою провідного адгезивного вуглецевого матеріалу та покривали тонким шаром сплаву Au/Pd товщиною 30 нм в установці Gatan 682 PECS (Gatan, Germany). За допомогою скануючого електронного мікроскопа Tescan Mira 3 LMU, який обладнаний енергодисперсійним спектрометром

Oxford X-Max 80 mm², при прискорюючій напрузі 10 кВ на поздовжніх шліфах зубів проводили морфометричні виміри та вивчали товщину цементу верхньої третини коренів зубів.

Статистичний аналіз був проведений за допомогою мови програмування R (версія 3.6.3). Для представлення показників товщини цементу кореня зубів використовували середнє значення та стандартне відхилення ($M \pm SD$). Статистичне значення між групами визначали за методом Краскела — Волліса. Для множинних порівнянь застосовували метод Холма. Статистично значущою різницю вважали при рівні $p < 0,05$.

Результати та обговорення

До дослідження було включено 14 хворих на генералізований пародонтит II та III ступеня тяжкості.

За результатами морфометрії цементу (на поздовжніх шліфах) встановлено, що товщина цементу

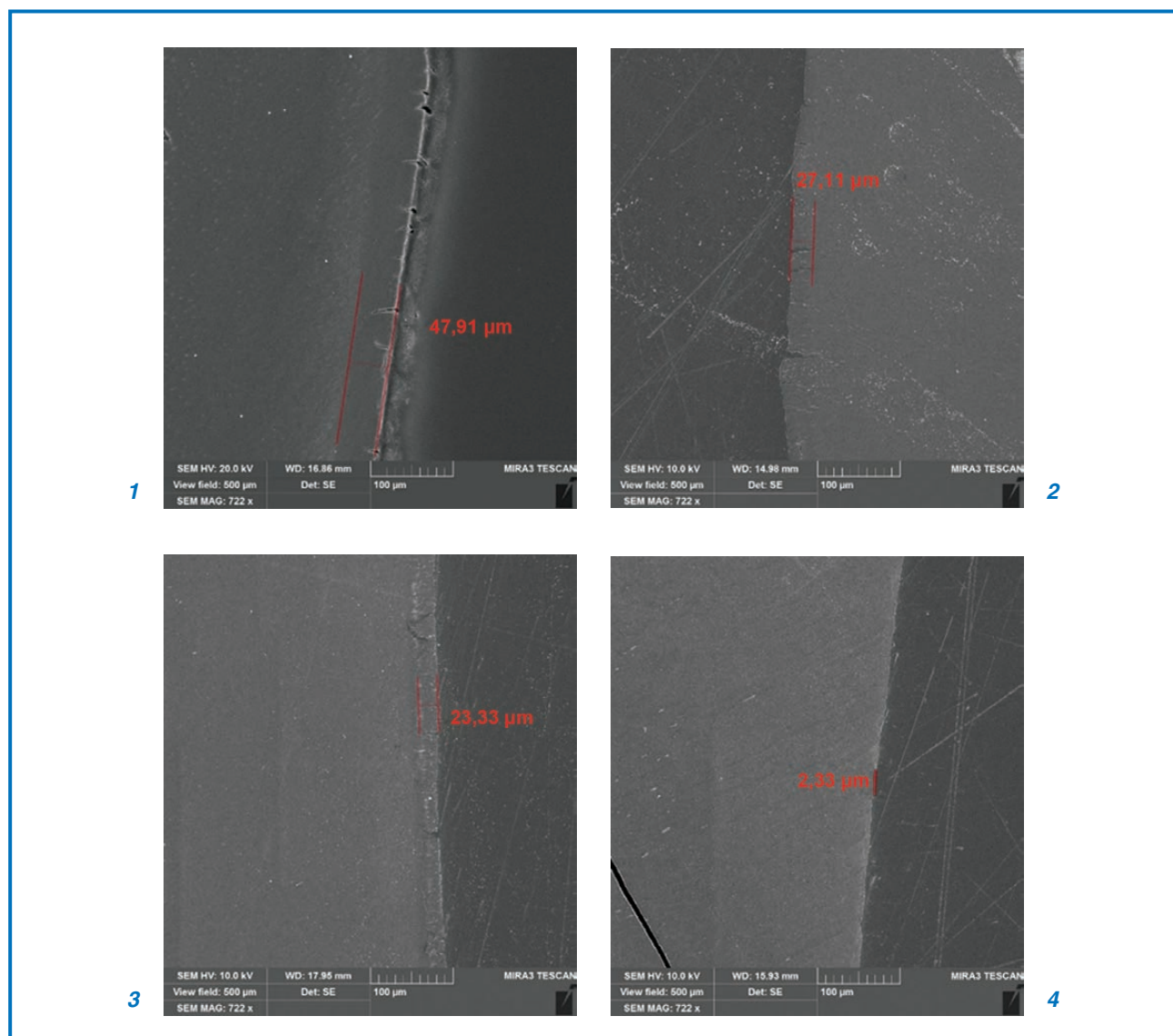


Рисунок 1. Скануюча електронна мікроскопія верхньої третини кореня зуба: 1 — серія IV ($\times 722$); 2 — серія I ($\times 722$); 3 — серія II ($\times 722$); 4 — серія III ($\times 722$)

верхньої третини коренів зубів IV серії становила $44,09 \pm 15,32$ мкм. У зразків I серії досліджень середня товщина цементу верхньої третини коренів становила $23,56 \pm 3,63$ мкм, тоді як товщина цементу коренів зубів III серії досліджень була $17,40 \pm 4,82$ мкм. Товщина цементу коренів зубів IV серії досліджень була найнижчою, її середні показники становили $5,47 \pm 3,35$ мкм (рис. 1).

Наявна вірогідна різниця товщини цементу верхньої третини коренів зубів між зразками IV та III серії досліджень ($p = 0,013$). Вірогідна різниця товщини цементу верхньої третини коренів зубів спостерігалася між зразками IV та II серії досліджень ($p = 0,013$). Між зразками III та I серії досліджень також була наявна вірогідна різниця товщини цементу кореня ($p = 0,020$). Вірогідна різниця товщини цементу верхньої третини коренів спостерігалася між зразками III та II серії досліджень ($p = 0,020$). Між зразками IV та I серії досліджень, а також між зразками I та II серії досліджень вірогідна різниця товщини цементу верхньої третини коренів зубів близька до вірогідної ($p = 0,065$, $p = 0,061$ відповідно) (рис. 2).

Дослідження проводилось на видалених зубах у пацієнтів із генералізованим пародонтитом на етапі первинного пародонтологічного лікування. За допомогою методу електронної мікроскопії виявлено значний вплив механічного інструментарію на поверхню цементу коренів зубів. Результати дослідження показали, що робота магнітострикційним ультразвуковим скалером усувала менше цементу порівняно з зоноспецифічними кюретами Грейсі. Ці дані узгоджуються з дослідженнями, проведеними Bozbay et al. та Ritz et al. [6, 7]. У пацієнтів із генералізованим пародонтитом цемент кореня зубів тонший, тому під час інструментальної обробки поверхні коренів зубів можна видалити цемент разом із нижчеприлеглим дентином, що призведе до оголення дентинних трубочок. Враховуючи наявність біологічно активних медіаторів, які входять до складу кісткової тканини і цементу кореня, постійний інструментальний вплив на поверхню цементу кореня може призвести до значної втрати його товщини та втрати біомеханічних особливостей, які відіграють значну роль у процесах фіксації та регенерації пародонтального комплексу.

Висновки

1. Товщина цементу коренів зубів (на поздовжніх шліфах), які оброблялися зоноспецифічними кюретами Грейсі, була найнижчою, її середні показники становили $5,47 \pm 3,35$ мкм, тоді як товщина цементу верхньої третини коренів зубів, які не підлягали інструментальному впливу, була $44,09 \pm 15,32$ мкм.

2. Під час проведення первинного пародонтологічного лікування робота магнітострикційного ультразвукового скалера показала менший вплив на товщину цементу коренів зубів порівняно із застосуванням зоноспецифічних кюрет Грейсі ($p = 0,020$).

3. Пошкодження цементу кореня зубів у хворих на генералізований пародонтит є структурною осно-

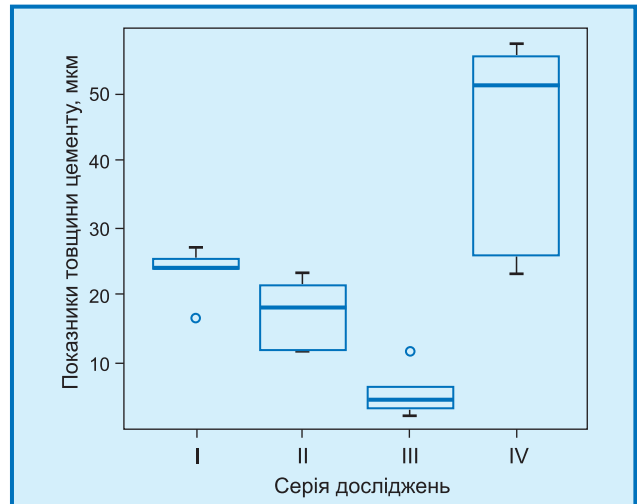


Рисунок 2. Товщина цементу верхньої третини коренів зубів залежно від інструментального впливу

вою низького регенераторного потенціалу цементу, що пояснюється особливостями безклітинного цементу у пришийковій ділянці, втратою клінічного прикріплення ясен і впливом мікроорганізмів. Вірогідне зменшення товщини цементу коренів зубів у поєднанні з підвищеним жувальним навантаженням внаслідок травматичної оклюзії та низькими регенеративними властивостями цементу пришийкової частини кореня зуба є чинником розвитку гіперестезії та цервікальних уражень.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Larsen T., Fiehn N.E. Dental biofilm infections — an update. *APMIS*. 2017. 125. 376–84.
2. Bilgin E., Gurgan C.A., Arpak M.N., Bostanci H.S., Guven K. Morphological changes in diseased cementum layers: a scanning electron microscopy study. *Calcif. Tissue Int.* 2004. 74. 476–85.
3. Bosshardt D.D., Selvig K.A. Dental cementum: the dynamic tissue covering of the root. *Periodontol.* 2000. 1997. 13. 41–75.
4. Arzate H., Zeichner-David M., Mercado-Celis G. Cementum proteins: role in cementogenesis, biomineralization, periodontium formation and regeneration. *Periodontol.* 2000. 2015. 67(1). 211–33.
5. Grzesik W.J., Narayanan A.S. Cementum and periodontal wound healing and regeneration. *Crit. Rev. Oral Biol. Med.* 2002. 13. 474–84.
6. Bozbay E., Dominici F., Gokbuget A.Y. et al. Preservation of root cementum: a comparative evaluation of power-driven versus hand instruments. *International Journal of Dental Hygiene*. 2018. 16. 202–209.
7. Ritz L., Hefti A.F., Rateitschak K.H. An in vitro investigation on the loss of root substance in scaling with various instruments. *J. Clin. Periodontol.* 1991. 18. 643–7.

Отримано/Received 16.11.2021

Рецензовано/Revised 26.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 02.12.2021 ■

Information about author

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>

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

I.M. Suprunovych

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Effect of periodontal treatment on the thickness of the cementum of the tooth roots in patients with generalized periodontitis

Abstract. Background. The cementum of the tooth roots plays an important role in the regeneration of the periodontal complex. The study was aimed to examine the effect of mechanical treatment of the surface of the tooth roots on the thickness of the cementum during periodontal treatment in patients with generalized periodontitis. **Materials and methods.** Fourteen patients with generalized periodontitis who underwent periodontal examination were clinically examined. The material of the study was 24 teeth with generalized periodontitis grade III–IV extracted for orthopedic and periodontal indications. **Results.** The thickness of the cementum of the tooth roots (on longitudinal sections) treated with area-specific Gracey curettes was the lowest, its average was $5.47 \pm 3.35 \mu\text{m}$. The thickness of the cementum of the upper third of tooth roots the surface of which was not subject to instrumental impact was $44.09 \pm 15.32 \mu\text{m}$. The results of the cemen-

tum morphometry of longitudinal sections of teeth demonstrated a significant effect of area-specific Gracey curettes on the thickness of root cementum compared to a magnetostrictive ultrasonic scaler ($p = 0.020$). **Conclusions.** The thickness of the cementum of the tooth roots is affected by the changes in the oral fluid pH, the microbial biofilm, infectious-inflammatory processes in periodontal tissues, and instrumental treatment of the teeth roots. In patients with periodontitis, a decrease in the thickness of the tooth roots cementum together with increased masticatory load due to traumatic occlusion and low regenerative properties of the cervical root cementum is a factor in the development of hyperesthesia and cervical lesions.

Keywords: tooth root cementum; generalized periodontitis; scanning electron microscopy; morphometry; primary periodontal treatment

Arturo Sánchez-Pérez¹, Jesús Muñoz-Peñalver², María José Moya-Villaescusa¹,
Carmen Sánchez-Matás³

¹Department of Periodontology, University of Murcia, Murcia Dental School, Murcia, Spain

²Private Practice, Clínica Dental Drs Muñoz, Murcia, Spain

³Virgen del Rocío Hospital, Sevilla, Spain

Вплив передопераційного застосування декскетопрофену трометамолу на біль і набряк, що виникають після операції імплантації зубів: рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження

Резюме. Одним з факторів, який пацієнти найчастіше згадують як той, що найчастіше асоціюється з імплантацією зубів, є страх післяопераційного болю. Щоб зменшити цей фактор, за 15 хв до початку операції імплантації призначали одноразово перорально декскетопрофену трометамол (ДКТ) у дозі 25 мг або плацебо. Сто пацієнтів, яким планувалося встановлення одного імпланта, були випадковим сліпим методом розподілені в одну з двох груп. Пацієнтам в основній групі призначали 25 мг ДКТ (група ДКТ), а пацієнтам контрольної групи давали 500 мг вітаміну С у вигляді плацебо (група ПЛ). Для оцінки болю була використана суб'єктивна візуальна аналогова шкала довжиною 100 мм. Запалення й ускладнення оцінювали за 5-бальною шкалою Лайкерта. Використовувалися дисперсійний аналіз, t-критерій та U-критерій Манна — Уїтні. Завершили дослідження 83 пацієнти зі 100 (у групі ПЛ вибуло 8 осіб і в групі ДКТ — 9 осіб). Пацієнти, які отримували ДКТ, повідомляли про менш виражену інтенсивність болю протягом безпосереднього післяопераційного періоду. Вираженість запальної реакції через 48 год після операції була слабшою в групі ДКТ порівняно з контрольною групою, але кровотеча в групі ДКТ була більшою. Інших ускладнень у жодній групі не було. Можна зробити висновок, що превентивне застосування 25 мг розчинного ДКТ перорально за 15 хв до операції імплантації може зменшити вираженість больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: превентивна аналгезія; зубні імпланти; декскетопрофену трометамол; післяопераційна/медикаментозна терапія; зубні імпланти/побічні ефекти

Вступ

Одним з факторів, який пацієнти найбільше згадують як той, що найчастіше асоціюється з імплантацією зубів, є страх післяопераційного болю [1, 2]. Біль, пов'язаний з лікуванням зубів, є дуже суб'єктивним компонентом, і пацієнти сприймають його як реальну загрозу, що викликає високий рівень тривоги [3]. У крайніх випадках такий страх може перешкодити цим пацієнтам звернутися до стоматолога в майбутньому [4].

Актуальність даної статті полягає в тому, що серед методів лікування зубів, які викликають найбільший страх у пацієнтів, є і хірургічні процедури, включно з операціями зі встановлення імплантів [5–7]. Загалом біль, що відчувається після встановлення імпланта, описується як легкий або помірний, хоча іноді він може бути інтенсивним, і тривалість цього болю зазвичай обмежена [8–10]. Його причиною може бути хірургічна травма і/або післяопераційний запальний процес [11].

Один з терапевтичних підходів до полегшення болю після операції полягає в превентивному застосуванні нестероїдних анальгетиків. Декскетопрофену трометамол (ДКТ) є одним із найпотужніших інгібіторів синтезу простагландинів *in vitro* [12, 13]. Серед переваг ДКТ — 5-кратне зниження ризику виразки порівняно з ізомерною формою препарату. Іншою важливою особливістю ДКТ є його швидке всмоктування, що дозволяє вводити препарат за 15–20 хв до операції [14].

Однак існує обмежена інформація щодо ефективності превентивного введення ДКТ щодо зменшення болю, який відчувають пацієнти після операції, у тому числі після процедур імплантації.

Отже, метою даної роботи було оцінити вираженість больового синдрому в пацієнтів, яким після встановлення імплантів призначали одноразово ДКТ у дозі 25 мг за 15 хв до операції. Наша робоча гіпотеза полягала в тому, що ДКТ при його застосуванні за 15 хв до операції імплантації буде ефективним щодо зменшення інтенсивності післяопераційного болю.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 100 пацієнтів (по-слідовно з листопада 2013 р. по жовтень 2015 р.), яким була запланована операція імплантації зубів в університетській стоматологічній клініці (Мурсія, Іспанія). У кожного пацієнта встановлювали лише 1 імплант, тобто всього було проведено 100 операцій з імплантації зубів. Усі пацієнти були старші від 18 років і не мали медичних і хірургічних протипоказань, а також системних захворювань, які б завадили лікуванню (оцінка за шкалою Американського товариства анестезіологів (ASA) I або II). Індекс маси тіла не розраховували. Усі учасники дослідження змогли прочитати, зрозуміти запитання анкети про стан здоров'я, відповісти на них і підписати документ про інформовану згоду. Це дослідження було проведено відповідно до перегляду Гельсінської декларації, версії 2014 року [15], що було зареєстровано на ClinicalTrials.gov під ідентифікатором NCT03107338. Протокол дослідження був затверджений Комітетом з етики Університету Мурсії.

Дослідження було подвійним сліпим рандомізованим з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ) 100 мм для оцінки інтенсивності болю. Ступінь ускладнень визначали за 5-бальною шкалою Лайкерта (4 — найвищого ступеня вираженості; 3 — дуже виражені; 2 — наявні; 1 — майже немає; 0 — немає). Розлади шлунково-кишкового тракту оцінювалися як наявні чи відсутні.

Пацієнти підписали 2 форми інформованої згоди: одну на операцію з імплантації, а іншу — на участь у дослідженні. В останній чітко вказувалася можливість пацієнтів вийти з дослідження в будь-який час.

Застосовували місцевий анестетик, що складається з лідокаїну гідрохлориду й епінефріну (20 мг/мл + 0,0125 мг/мл відповідно) (блокада альвеолярного нерва не проводилась). Усім пацієнтам у даному дослідженні вводили лише місцевий анестетик лідокаїн, і його доза в кожного пацієнта ніколи не перевищувала 2 картриджів (20 мг × 1,8 мл = 36 мг лідокаїну). Усі імпланти мали піскоструминну й кислотнотравлену поверхню (TiCare Inhex, Mozo Grau, Вальядолід, Іспанія). Встановлення імплантів усім пацієнтам виконувалося тим самим хірургом відповідно до рекомендацій виробника (всього встановлено 100 імплантів). За 15 хв до операції в

основній групі застосовували ДКТ 25 мг у формі пероральної суспензії, а в контрольній групі — 500 мг вітаміну С. Обидва розчини видавали в одноразовій помаранчевій чашці, щоб замаскувати незначну різницю в кольорі.

Попередньо були проведені рентгенівські дослідження (панорамні і/або сканерні знімки). Дослідження проводилося в паралельних групах. Розмір вибірки розраховували за такою формулою:

$$n \geq 2 \times (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times S^2/d^2,$$

з результатом 42 пацієнти на групу; N — розмір вибірки, α (похибка 1-го типу) = 0,05, β = 0,2 (похибка 2-го типу; розрахункова потужність 80 %), S² — дисперсія в контрольній групі = 147,42 і d — похибка вимірювання 1,5 мм. Необхідний розмір вибірки оцінювався в 42 пацієнти на групу. Ми припустили виключення 20 % пацієнтів, і остаточна вибірка з урахуванням виключення пацієнтів становила 97 осіб, що в кінцевому підсумку було округлено до 100.

Пацієнти були проінструктовані щодо механічного контролю зубного нальоту й отримали письмові інструкції щодо гігієни порожнини рота. Демографічні показники вибірки для дослідження населення можна побачити в табл. 1.

Критерії включення

Пацієнти, які були включені до дослідження, відповідали наступним критеріям включення: задовільний загальний стан здоров'я (оцінка за шкалою ASA I або II); відсутність больового синдрому на момент відбору; невикористання знеболювальних засобів протягом попередніх тижнів; вік понад 18 років; індекс гігієни порожнини рота < 2 [16]; мінімум 2 мм прилеглої тканини ясен; мінімум 8 мм вертикальної кістки; мінімум 7 мм вестибулолінгвальної кістки; пацієнти, які планують поставити один імплант і бажають взяти участь у цьому контрольованому дослідженні.

Критерії виключення

Пацієнти, які відповідали наступним критеріям, були виключені із дослідження: вагітні або жінки, які годують груддю; прийом будь-якого типу ліків, що можуть вплинути на больову чутливість; вираженість болю понад 40 мм на ВАШ перед опера-

Таблиця 1. Демографічні характеристики учасників дослідження

Параметри	Група ДКТ	Група плацебо
Кількість осіб	50	50
Чоловіки	12	23
Жінки	38	27
Вік (ДІ)	52,9 (49,2–55,6)	53,84 (49,9–57,7)
Вибули з дослідження	9	8

цією; зловживання алкоголем або наркотиками в анамнезі; необхідність керованої регенерації або процедур синус-ліфтингу; недотримання протоколу дослідження.

Дизайн дослідження

Дане дослідження проводилося як проспективне рандомізоване подвійне сліпе з використанням плацебо. У цій роботі використовувалися пункти списку, запропоновані в Консолідованих стандартах звітності про дослідження (CONSORT). Процес можна узагальнити так:

- початковий скринінг: проводилося опитування й оцінка стану пацієнтів, які відвідували клініку, щоб переконатися, що вони відповідають критеріям включення;

- розподіл: пацієнтів розподіляли на основну й контрольну групи до початку лікування;

- рандомізація: для забезпечення ефективної рандомізації дані всіх пацієнтів були введені в комп'ютерну програму (<https://www.random.org>). 50 пацієнтів було віднесено до основної групи, а 50 — до контрольної групи відповідно до списку, який визначав порядок проведення оперативного втручання. Результат зберігався в пронумерованому конверті, який відкривали в день операції, вказуючи на призначений варіант лікування;

- проспективність: розподіл у групи проводився до початку хірургічного лікування, а лікування проводилося до проведення оцінки результатів;

- маскування: і пацієнт, і особа, яка проводила оцінку за ВАШ, не знали про результати рандомізації і про те, який препарат призначався.

Оцінка больового синдрому й запалення

Біль оцінювали за допомогою ВАШ 100 мм у такі моменти: перед анестезією (до введення анестетика), після анестезії, безпосередньо після операції, через 2, 8, 12, 24, 36 і 48 год після операції і в пізньому післяопераційному періоді (3 і 7 днів). Ступінь запалення оцінював експерт через 48 год за 5-бальною шкалою Лайкерта (4 — надзвичайно виражене; 3 — дуже виражене; 2 — є запалення; 1 — незначне запалення; 0 — відсутнє запалення). Та сама особа проводила всі клінічні вимірювання під час контрольних оглядів, а також оцінювала наявність або відсутність будь-яких інших ускладнень.

Хірургічне втручання

Встановлення імплантів проводилося згідно з рекомендаціями виробника при швидкості свердління 800 об/хв і обертальному моменті 20 Н при сильному стерильному охолодженні. Місцевий анестетик вводили в кількості, мінімально необхідній, щоб уникнути потенційних ускладнень, пов'язаних з ішемією під час загоєння. У всіх випадках розрізи виконувалися посередині гребеня, без вертикальних розрізів, а операційну рану було розширено медіально й дистально для забезпечення доступу. Розрізи розширювали за необхідності, щоб відкрити щонайменше 5 мм кістки.

Післяопераційний догляд

Антибіотикотерапію (500 мг амоксициліну або 300 мг кліндаміцину для пацієнтів з алергією на пеніцилін) проводили кожні 8 год протягом 7 днів. Застосування антибіотиків було розпочато після операції. Аналогічно знеболювальна й протизапальна терапія включала введення 600 мг ібупрофену кожні 8 год протягом 48 год, починаючи з 2 год після операції. Під час загоєння не використовувалися тимчасові протези.

Пацієнти, які вибули з дослідження

Із 100 пацієнтів, яких було відібрано для участі в дослідженні, 17 вибули (8 із групи ПЛ і 9 із групи ДКТ). Серед тих 8, які вибули з групи ПЛ, були 4 чоловіки й 4 жінки. Причини: 1 не зрозумів інструкції; 1 зробив помилку під час заповнення анкети; 1 заповнював форму нерегулярно, а 5 не повернули анкету. Серед 9 пацієнтів у групі ДКТ, які вибули, було 2 чоловіки і 7 жінок. Причини: 2 не зрозуміли інструкції; у 1 пацієнта вираженість болю за ВАШ до операції становила понад 70 мм; 6 пацієнтів не повернули свої анкети.

Статистичний аналіз

Дані були оброблені за допомогою програми SPSS версії 19 (SPSS Inc., Чикаго, Іллінойс) для Microsoft Windows. Описова статистика (середнє значення і довірчий інтервал (ДІ)) була використана для надання даних за допомогою дослідницького аналізу Тьюкі. Різницю за віком між групами аналізували за допомогою t-критерію. Сприйняття болю з часом між групами (ПЛ проти ДКТ) аналізували за допомогою двостороннього дисперсійного аналізу (ANOVA) з повторюваними вимірюваннями за допомогою процедури загальної лінійної моделі (GLM).

Запалення й післяопераційні ускладнення, що оцінювалися за шкалою Лайкерта, аналізували за допомогою U-тесту Манна — Уїтні. Розлади шлунково-кишкового тракту («є» чи «немає») аналізували за допомогою тесту хі-квадрат.

Рівень статистичної вірогідності встановлено на рівні $P < 0,05$. Для визначення нормальності розподілу проводили тест Колмогорова — Смірнова і тест Шапіро — Уїлка. Потужність, отримана в тестах, становила 80 %.

Результати були оброблені незалежним статистом (<http://estadisticamurcia.com/web/#2>).

Результати

Серед 83 пацієнтів, які завершили дослідження, було 29 чоловіків і 54 жінки; середній вік становив 52,7 року (ДІ 50–55,4). Середній вік чоловіків становив 52,2 року (ДІ 46,9–57,5), жінок — 53 роки (ДІ 49,8–56,2). Статистично вірогідної різниці не було. Склад груп був таким: 41 пацієнт, середній вік яких дорівнював 51,8 року (ДІ 48,0–55,6), завершив дослідження в групі ДКТ, яка складалася з 10 чоловіків (середній вік 53,1 року; ДІ 43,8–62,3) і 31 жінки (середній вік 51,4 року; ДІ 47,0–55,7). Статистично вірогідної різниці за віком

між ними не було. 42 пацієнти із середнім віком 53,6 року (ДІ, 49,5–57,7) завершили дослідження в групі ПЛ, до складу якої входили 19 чоловіків (середній вік 51,7 року; ДІ 44,6–58,9) і 23 жінки (середній вік 55,1 року; ДІ 50,1–60,1). Статистично вірогідної різниці за віком між чоловіками й жінками не було.

Час, витрачений на кожне хірургічне втручання, коливався від 40 до 60 хв. Що стосується анатомічних місць втручань, то 10 імплантів встановили в передню частину верхньої щелепи (від ікла до ікла),

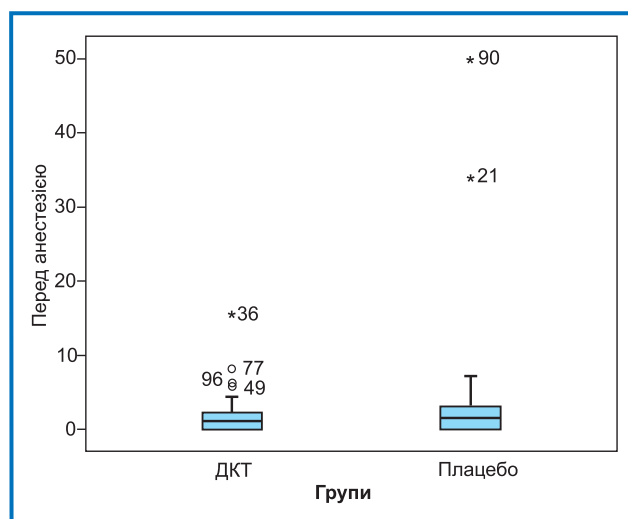


Рисунок 1. Перед початком дослідження не було вірогідних відмінностей між групами. Плоті показують мінімуми, нижні квартилі (Q1), медіани (Q2), верхні квартилі (Q3), максимуми. Кола — випадіння (1,5 інтерквартильний діапазон); зірочки — крайні випадіння (3 інтерквартильні діапазони)

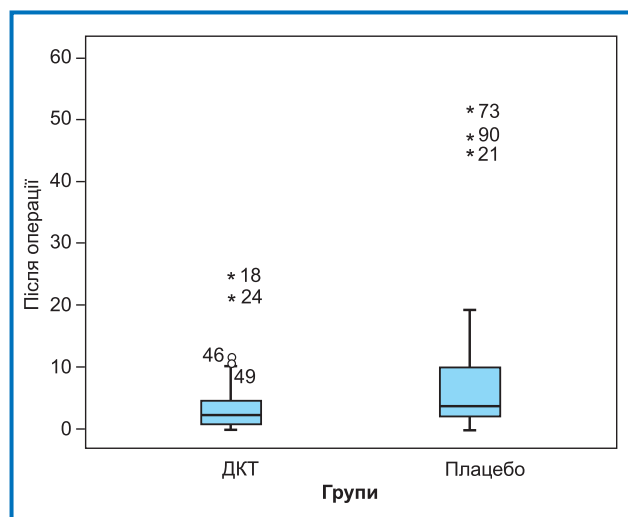


Рисунок 2. Після процедур імплантації зубів було встановлено вірогідні відмінності між групами. У групі декскетопрофену трометамолу повідомлялося про менш виражений біль, ніж у групі ПЛ. На графіках відображаються мінімуми, нижні квартилі (Q1), медіани (Q2), верхні квартилі (Q3) і максимуми. Кола — випадіння (1,5 інтерквартильний діапазон); зірочки — крайні випадіння (3 інтерквартильні діапазони)

6 — у передню нижньощелепну ділянку, 26 — у пре-молярну ділянку верхньої щелепи, 5 — у ділянку нижнього премоляра, 13 — у ділянку верхньощелепних молярів і 23 — у ділянку нижнього моляра. Розподіл за щільністю кістки D1–D4 на основі критеріїв Misch був таким: 2 імпланти були розміщені в кістку D1; 61 імплант встановили в D2; 20 імплантів встановили в кістку D3. У жодній групі не встановлювали імпланти в кістку D4.

Усі проаналізовані змінні мали нормальний розподіл. З іншого боку, завдяки розміру вибірки центральна гранична теорема гарантувала використання параметричних тестів. Щоб перевірити, чи були вірогідними зміни показника за ВАШ у часі і чи вплинули ці зміни на групу, ми провели 2-факторний ANOVA з повторними вимірюваннями за допомогою процедури загальної лінійної моделі.

Оцінка пацієнтів перед анестезією показала відсутність статистично вірогідних відмінностей щодо відчуття болю між пацієнтами двох груп (рис. 1). Один пацієнт з досліджуваної групи був виключений з дослідження в цей час, оскільки у нього рівень болю за ВАШ був більше за 70 мм.

Відразу після анестезії (через 15–20 хв після введення ДКТ) не було статистично вірогідних відмінностей між двома групами.

Відразу після операції пацієнти оцінювали вираженість болю як легку (< 30 мм) або помірну (< 60 мм). Точніше, 80 пацієнтів повідомили про легкий біль (96,4 %) і лише 3 пацієнти — про помірний (3,6 %). Усі пацієнти, які відзначали помірний біль, належали до групи ПЛ; були виявлені статистично вірогідні відмінності між двома групами ($P < 0,023$). Середній показник вираженості болю в групі ДКТ становив 3,75 (ДІ 2,0–5,41) порівняно з 8,52 (ДІ 4,74–12,3) у групі ПЛ (рис. 2). Не було вірогідних відмінностей між групами протягом пізнього періоду спостереження. Підсумки цих результатів наведені в табл. 2 і на рис. 3.

Не було виявлено статистично вірогідних відмінностей між чоловіками й жінками протягом жодного оцінюваного періоду, хоча жінки в обох групах доповіли про більш виражений біль у період від 8 до 36 год після операції.

Не було виявлено жодних відмінностей щодо щільності кісток або болю в будь-який період часу.

Існували вірогідні відмінності між групами щодо запалення й кровотечі через 48 год (U-тест Манна — Уїтні). У пацієнтів групи ДКТ запалення було менш вираженим, проте ступінь кровотечі в них був більшим, але все одно він не досягав ступеня I.

Не було вірогідних відмінностей між групами щодо інших можливих ускладнень, таких як гематома, інфекція, зяяння, емфізема, сенсорні порушення або некроз кісток, через 48 год (U-тест Манна — Уїтні). Не спостерігалось вірогідної різниці між групами щодо розладів шлунково-кишкового тракту (тест хі-квадрат). Ці дані слід інтерпретувати з обережністю через дуже низьку частоту зареєстрованих ускладнень (табл. 3).

Обговорення

Метою даного дослідження було перевірити основний принцип превентивного знеболювання. Було висунуто гіпотезу, що терапевтичні втручання слід починати до появи болю, а не у відповідь на біль [17]. Превентивна аналгезія зменшує післяопераційний больовий синдром і кількість вживаних анальгетиків і є найбільш ефективним засобом зменшення післяопераційного болю [18].

Для оцінки болю, про який повідомляють пацієнти, ми використовували ВАШ [19]. Ця шкала є простим, надійним, чутливим і відтворюваним інструментом для оцінки болю в того самого пацієнта в різні моменти часу. Крім того, результати оцінки за ВАШ можна аналізувати за допомогою параметричних статистичних методів.

Проте багато клінічних досліджень, спрямованих на вивчення знеболювальної ефективності лікарських засобів, не враховують значення за ВАШ < 50 для статистичного аналізу.

Незважаючи на те, що операція зі встановлення одного імпланта є процедурою, при якій очікується больовий синдром слабкої інтенсивності (15,44 бала за ВАШ через 2 год після операції), ми вважали, що за відсутності золотого стандарту больового синдрому той дизайн дослідження, який ми використали, був єдиним способом порівняти результати профілактичного знеболювального лікування. Більшість досліджень, які оцінюють біль після хірургічних втручань у порожнині рота (в основному нижні треті моляри), застосовують подібну методологію і реєструють рівень болю < 50.

З іншого боку, на вираженість болю впливає безліч факторів. Серед факторів, які значною мірою ко-

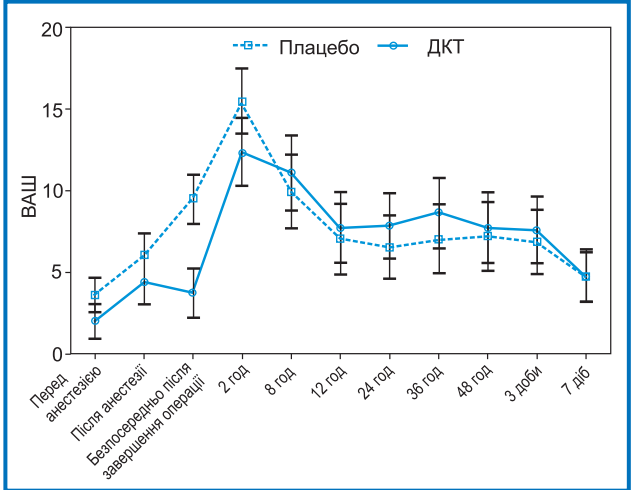


Рисунок 3. Еволюція больового синдрому в пацієнта. Загальний період спостереження становив 7 днів
Примітка: * — статистично вірогідні відмінності.

релюють з післяопераційним боєм, є наступні: (1) системні захворювання, (2) хірургічні процедури, (3) премедикація, (4) якість кісткової тканини, (5) тривога перед операцією, (6) післяопераційний набряк і (7) стать.

Системні захворювання, такі як цукровий діабет та артеріальна гіпертензія, асоціювалися з більш високими показниками післяопераційних ускладнень, таких як біль і відсутність загоєння ран [20], які є результатом самої хвороби або ліків, що використовуються для контролю захворювання. У нашому дослідженні стан здоров'я всіх пацієнтів був задовільним (за шкалою ASA I або II), і обох вищезгаданих захворювань спеціально уникали при відборі учасників

Таблиця 2. Середні значення, SD і статистичні порівняння змінної візуальної аналогової шкали відповідно до групи**

Час	Групи		Ефекти всередині груп	
	ДКТ, середнє значення (SD)	Плацебо, середнє значення (SD)	Час F(d.f.); значення Р (η²)	Група x час F(d.f.); значення Р (η²)
Перед анестезією	2,03 (2,92)	3,65 (8,95)	F(10,800) = 9,273 < 0,001 (0,104)	F(10,800) = 2,186 0,003 (0,092)
Після анестезії	4,45 (6,17)	6,08 (10,38)		
Безпосередньо після операції*	3,76 (5,32)	9,52 (12,14)		
2 год	12,39 (21,16)	15,44 (17,80)		
8 год	11,14 (15,26)	9,95 (13,83)		
12 год	11,76 (16,01)	7,08 (10,76)		
24 год	7,86 (13,29)	6,56 (11,60)		
36 год	8,69 (14,64)	7,05 (12,53)		
48 год	7,76 (14,15)	7,24 (13,27)		
3 доби	7,61 (13,48)	6,89 (12,16)		
7 дів	4,83 (12,27)	4,77 (6,74)		

Примітки: * — статистично вірогідні відмінності; ** — ANOVA з повторюваними вимірюваннями через загальну лінійну модель.

Таблиця 3. Ускладнення й побічні ефекти, що виявлялися під час періоду спостереження[§]

Показник	Плацебо (n = 42), медіана; IQR	ДКТ (n = 41), медіана; IQR	Значення Р
Запалення**	0; 0–1	1; 1–0	0,025*
Кровотеча**	0; 0–0	0; 0–0	0,04*
Гематома**	0; 0–0	0; 0–0	0,674
Інфекція**	0; 0–0	0; 0–0	0,317
Зяяння рани**	0; 0–0	0; 0–0	0,399
Емфізема**	0; 0–0	0; 0–0	1
Сенсорні розлади**	0; 0–0	0; 0–0	0,317
Некроз кістки**	0; 0–0	0; 0–0	0,165
Шлунково-кишкові розлади***	0; 0–0	0; 0–0	0,494

Примітки: * — статистично вірогідні відмінності; ** — U-тест Манна — Уїтні; *** — тест хі-квадрат;
[§] — IQR — міжквартильний діапазон.

дослідження. Отже, системні захворювання не вплинули на результати, отримані в нашому дослідженні.

Що стосується анестезії, ми віддали перевагу лідокаїну перед іншими анестетиками, такими як артикаїн. Основною причиною такого вибору є короткий період напіввиведення лідокаїну (1,5–2 год) і його широкий терапевтичний діапазон. Для порівняння: період напіввиведення артикаїну становить 6 год. Вибір лідокаїну здавався доцільним, оскільки жодне наше втручання не тривало понад 60 хв. Крім того, швидке розсіювання анестезуючого ефекту дозволило нам вірогідно оцінити дію ДКТ на ранній стадії.

У нашому дослідженні як знеболювальний засіб ми обрали ібупрофен. Призначення ібупрофену 600 мг як післяопераційного анальгетика, безумовно, маскувало знеболювальний ефект ДКТ. Вони обидва є нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), які запобігають продукції запального простагландину циклооксигеназою-1 і -2 (ЦОГ-1 і -2), а також простаглініну й тромбосану. Іншим варіантом було б призначення ацетамінофену. Ацетамінофен — це препарат, який використовується для полегшення болю й зниження підвищеної температури тіла. Його механізм дії не впливає на активність ЦОГ-1 і -2. Однак після операції необхідно також контролювати процес запалення, і цей можливий побічний ефект передбачає призначення не тільки анальгетиків, але й протизапальних засобів. З іншого боку, ми також оцінювали безперервність інгібуючого впливу ДКТ на ЦОГ.

У будь-якому випадку прийом ібупрофену пацієнти розпочали через 2 год після операції, тож він не впливав на відмінності між групами, які було зареєстровано в найближчому післяопераційному періоді.

Стверджується, що в пацієнтів, яким виконують більш складні хірургічні процедури, больовий синдром може бути більш вираженим. Фактори, на які слід звернути увагу в даному дослідженні, це тривалість процедури понад 60 хв [21], техніка трансплантації [9], розміщення імплантата в задніх секторах [10],

кількість встановлених імплантів [9], перегрів хірургічного ложа [22, 23], обертальний момент [24], введення занадто великої кількості місцевого анестетика [25] і досвід хірурга [8]. Якщо дотримуватися відповідного протоколу з встановлення імплантата, побічних ефектів повинно майже не бути. Адекватна іригація та переривчасте свердління з низьким тиском будуть сприяти зменшенню больового синдрому в післяопераційному періоді [26]. У нашому дослідженні ми спробували контролювати всі ці змінні й виключили складні випадки, які могли потребувати лікування за допомогою регенеративних методів. Ми надзвичайно скрупульозно ставилися до хірургічної техніки; ми застосували рясну іригацію в поєднанні з переривчастим і прогресуючим свердлінням на додаток до використання мінімальної ефективної кількості місцевого анестетика. Ми також застосували 20 Н тиску введення імплантата. Крім того, хірург виконував усі хірургічні маніпуляції відповідно до інструкцій виробника.

Одним з тривожних аспектів є премедикація, яку застосовує пацієнт. На загоєння ран можуть впливати два типи препаратів. Деякі засоби, такі як антидепресанти, нейролептики, стабілізатори настрою, анксиолітики, заспокійливі й снодійні, змінюють сприйняття болю [20], тоді як деякі ліки впливають на процес остеоінтеграції (особливо НПЗП) [27–30]. Пацієнти, які протягом попередніх 2 місяців приймали будь-які ліки, які могли б впливати на сприйняття болю або остеоінтеграцію, були виключені з дослідження.

У нашому дослідженні жоден пацієнт не доповідав про шлунково-кишкові розлади, а при оцінці ступеня загоєння ран через 48 год після операції вірогідних відмінностей між групами не виявлено. Ці дані узгоджуються з даними, опублікованими іншими авторами, і демонструють, що використання НПЗП протягом коротких періодів не чинить негативного впливу на зубні імпланти на ранній фазі загоєння [31]. Однак, щоб уникнути цього можливого ризику, рекомендується застосовувати знеболювальний засіб одноразово і/або у вигляді ко-

роточасних схем лікування. Існує безліч надійних доказів щодо знеболювальної ефективності одноразового застосування пероральних анальгетиків. Відносно низькі дози знеболювальних препаратів швидкої дії і фіксовані комбінації анальгетиків можуть забезпечити достатньо виражену й тривалу аналгезію [32]. Крім того, дослідження ефективності одноразового перорального прийому анальгетиків надали докази того, що частота небажаних явищ при їх застосуванні подібна до плацебо, за винятком випадків застосування вищих доз деяких препаратів і комбінацій лікарських засобів, які включають опіоїди [33]. Ці дані підтверджують нашу підтримку превентивного одноразового застосування ДКТ перед операцією імплантації.

Метою цього дослідження було оцінити ефективність контролю больового синдрому за допомогою одноразового прийому ДКТ. Враховуючи, що період напіввиведення ДКТ становить приблизно 1,6 год, оцінку його впливу на больовий синдром можна було дати лише через 12 або 24 год. Однак контроль побічних ефектів операції не обмежується тільки першими 12 або 24 год, тому що нерідко вони розвиваються навіть через 7 днів. Протягом 7-денного спостереження було зафіксовано всі можливі ускладнення як операції, так і фармакологічного лікування, що застосовувалося. Крім того, оцінки проводилися в різні періоди часу, і їх результати аналізувалися незалежно один від одного.

Описано зв'язок між якістю кісток і болем. Пояснення цієї асоціації може полягати в тому, що тверда кістка вимагає більш тривалого хірургічного втручання. Крім того, тверда кістка може вимагати більшого контактного тиску, що може викликати некротичну реакцію [34]. Отже, позитивна кореляція між твердою кісткою і післяопераційним болем також була б правдоподібною і обґрунтованою.

Крім того, деякі автори виявили зв'язок між положенням імпланта й вираженістю больового синдрому [9], тоді як інші не знайшли такого зв'язку [35, 36]. Ця невідповідність, імовірно, пов'язана з тиском, якому піддається кістка високої щільності під час введення імпланта. У нашому дослідженні тиск під час встановлення імпланта контролювався і не перевищував 20 Н. Якщо тиск під час фрезерування перевищує цю межу, свердло, що входить до хірургічного набору, змінюється (Mozo Grau/Tisage, Вальядолід, Іспанія) та адаптується до щільності кісток.

У нашому дослідженні не було вірогідних відмінностей у вираженості больового синдрому залежно від анатомічної ділянки встановлення імпланта або щільності кістки.

Здається очевидним, що тривога може впливати на больову реакцію та посилювати її на ранніх стадіях після операції [6, 10, 35, 37]. Однак деякі автори стверджують, що на 7-й день ефект тривоги вже не є важливим [35].

У нашому дослідженні ми не оцінювали тривожність, і це питання ставили тільки під час відбору па-

цієнтів для участі в дослідженні. Тому ми не можемо оцінити вплив тривоги на біль безпосередньо після операції.

Після операції імплантації зубів слід очікувати виникнення післяопераційного набряку певного ступеня. Встановлення зубних імплантів фізично ушкоджує як слизову оболонку, так і альвеолярну тканину, що викликає класичне гостре запалення [11]. Згідно з попереднім дослідженням, набряк може збільшуватися залежно від кількості встановлених зубних імплантів, розміщення імпланта в місці, де раніше були відсутні зуби, наявності або відсутності проведення синус-ліфтингу й виконання будь-яких операцій з реконструкції кістки [9].

Наші результати продемонстрували, що в групі ДКТ набряк був меншим через 48 год. Проте кровотеча при цьому була більшою (хоча її інтенсивність була низькою). Обидва ефекти можна було очікувати як наслідок застосування НПЗП. Інших ускладнень не спостерігалось.

Нарешті, кілька авторів повідомили, що жінки скаржаться на біль частіше, ніж чоловіки [26, 38, 39]. Як і в інших авторів [40], ми не спостерігали ніяких відмінностей у сприйнятті болю між чоловіками й жінками, хоча в групі плацебо серед жінок була клінічна тенденція повідомляти про більш виражений больовий синдром через 8, 12, 24 і 36 год, але ця різниця не була статистично вірогідною.

Обмеженнями цього дослідження є використання ібупрофену як знеболювального препарату. Усім пацієнтам призначали 600 мг ібупрофену кожні 8 год протягом 48 год через 2 год після операції. Це може частково пояснити, чому вираженість пізнього післяопераційного болю не відрізнялася між двома групами. Однак це обмеження виникло через обов'язок максимально уникнути виникнення болю в пацієнтів. Застосування протоколу без знеболювання було б неетичним і тому не розглядалось. Незважаючи на наші наполягання, щоб пацієнти дотримувалися суворої схеми прийому ібупрофену, ми не можемо бути впевнені, що вони дотримувалися цієї рекомендації або що вони не приймали дози, вищі за рекомендовані.

У цьому дослідженні не були визначені ні надійність, ні валідність ВАШ. Однак ми використовували ВАШ аналогічно тому, як вона застосовувалася в подібних дослідженнях.

Іншим обмеженням цієї роботи є відсутність урахування тривоги. Ми не оцінювали цей параметр, тому не можемо визначити, наскільки тривога могла вплинути на сприйняття болю.

Була оцінена щільність кісткової тканини, але обмежена кількість імплантів, встановлених у кістку D1, і відсутність випадків встановлення імплантів у кістку D4 не дозволяють зробити відповідні висновки щодо цієї змінної.

Нарешті, у цьому дослідженні не оцінювали остеоінтеграцію, і, отже, ми не можемо припустити, чи вплинули ДКТ або ібупрофен на остеоінтеграцію в довгостроковій перспективі.

Висновки

У рамках обмежень цього дослідження превентивне застосування 25 мг розчинного ДКТ перорально за 15 хв до початку операції імплантації зубів продемонструвало статистично вірогідне зменшення вираженості больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді порівняно з прийомом плацебо.

Список літератури

1. McNeil D.W., Berryman M.L. Components of dental fear in adults? *Behav. Res Ther.* 1989. 27. 233-236.
2. Ragnarsson B., Arnlaugsson S., Karlsson K.O., Magnusson T.E., Arnarson E.O. Dental anxiety in Iceland: an epidemiological postal survey. *Acta Odontol. Scand.* 2003. 61. 283-288.
3. Shoben E.J., Borland L. An empirical study of the etiology of dental fears. *J. Clin. Psychol.* 1954. 10. 171-174.
4. Siegel K., Schrimshaw E.W., Kunzel C. et al. Types of dental fear as barriers to dental care among african american adults with oral health symptoms in Harlem. *J. Health Care Poor Underserved.* 2012. 23.
5. Brand H.S., Gortzak R.A., Palmer-Bouva C.C., Abraham R.E., Abraham-Inpijn L. Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatment. *Int. Dent. J.* 1995. 45. 45-48.
6. Eli I., Schwartz-Arad D., Baht R., Ben-Tuvim H. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clin. Oral Implants Res.* 2003. 14. 115-118.
7. Soh G., Yu P. Phases of dental fear for four treatment procedures among military personnel. *Mil. Med.* 1992. 157. 294-297.
8. Al-Khabbaz A.K., Griffin T.J., Al-Shammari K.F. Assessment of pain associated with the surgical placement of dental implants. *J. Periodontol.* 2007. 78. 239-246.
9. Gonzalez-Santana H., Penarrocha-Diago M., Guarinos-Carbo J., Balaguer-Martínez J. Pain and inflammation in 41 patients following the placement of 131 dental implants. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2005. 10. 263.
10. Hashem A.A., Claffey N.M., O'Connell B. Pain and anxiety following the placement of dental implants. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 2006. 21. 943-950.
11. Bryce G., Bomfim D.I., Bassi G.S. Pre- and post-operative management of dental implant placement. Part 2: management of early-presenting complications. *Br. Dent J.* 2014. 217. 171-176.
12. Marenco J.L., Perez M., Navarro F.J. et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dexametopfen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. *Clin. Drug Investig.* 2012. 19. 247-256.
13. Mauleon D.D., Artigas R., Garda M.L., Carganico G. Pre-clinical and clinical development of dexametopfen. *Drugs.* 2012. 52. 24-46.
14. Jimenez Martinez E., Gasco Garda C., Arrieta Blanco J.J., Gomez del Torno J., Bartolome Villar B. Estudio de la eficacia analgesica del Dexametopfen Trometamol 25 mg. vs. Ibuprofeno 600 mg. tras su administracion oral en pacientes sometidos a una intervencion quirurgica oral. *Med. Oral Patol. Oral. Cir. Bucal Ed. Impresa.* 2004. 9. 138-148.
15. General Assembly of the World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J. Am. Coll Dent.* 2014. 81. 14-18.
16. Loe H., Anerud A., Boysen H., Smith M. The natural history of periodontal disease in man. Study design and baseline data. *J. Periodontol Res.* 1978. 13. 550-562.
17. Gutta R., Koehn C.R., James L.E. Does ketorolac have a pre-emptive analgesic effect? A randomized, double-blind, control study. *J. Oral Maxillofac. Surg. Off J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* 2013. 71. 2029-2034.
18. Vadivelu N., Mitra S., Schermer E. et al. Preventive analgesia for postoperative pain control: a broader concept. *Local Reg. Anesth.* 2014. 7. 17-22.
19. Huskisson E.C., Jones J., Scott P.J. Application of visual-analogue scales to the measurement of functional capacity. *Rheumatol. Rehabil.* 1976. 15. 185-187.
20. Kuroi R., Minakuchi H., Hara E.S. et al. A risk factor analysis of accumulated postoperative pain and swelling sensation after dental implant surgery using a cellular phone-based real-time assessment. *J. Prosthodont. Res.* 2015. 59. 194-198.
21. Tan W.C., Krishnaswamy G., Ong M.M.A., Lang N.P. Patient-reported outcome measures after routine periodontal and implant surgical procedures. *J. Clin. Periodontol.* 2014. 41. 618-624.
22. Eriksson R.A., Albrektsson T. The effect of heat on bone regeneration: an experimental study in the rabbit using the bone growth chamber. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1984. 42. 705-711.
23. Pandey R.K., Panda S.S. Drilling of bone: a comprehensive review. *J. Clin. Orthop. Trauma.* 2013. 4. 15-30.
24. Scarano A., Piattelli A., Assenza B., Sollazzo V., Lucchese A., Carinci F. Assessment of pain associated with insertion torque of dental implants. A prospective, randomized-controlled study. *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* 2011. 24. 65-69.
25. Sanchez-Siles M., Torres-Diez L.C., Camacho-Alonso F., Salazar-Sanchez N., Ballester Ferrandis J.F. High volume local anesthesia as a postoperative factor of pain and swelling in dental implants. *Clin. Implant. Dent. Relat. Res.* 2014. 16. 429-434.
26. Chesterton L.S., Barlas P., Foster N.E., Baxter G.D., Wright C.C. Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain.* 2003. 101. 266.
27. Apostu D., Lucaciu O., Lucaciu G.D. et al. Systemic drugs that influence titanium implant osseointegration. *Drug Metab. Rev.* 2016. 1-46.
28. Gomes F.I.F., Aragao M.G., de Paulo Teixeira Pinto V. et al. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on osseointegration: a review. *J. Oral Implantol.* 2015. 41. 219-230.
29. Hatipoglu M.G., Inal S., Kabay S. et al. The influence of different nonsteroidal anti-inflammatory drugs on alveolar bone in rats: an experimental study. *Acta Stomatol. Croat.* 2015. 49. 325-330.
30. Winnett B., Tenenbaum H.C., Ganss B., Jokstad A. Peri-operative use of non-steroidal anti-inflammatory drugs might impair dental implant osseointegration. *Clin. Oral Implants Res.* 2016. 27. e1-e7.
31. Sakka S., Hanounieh S.I. Investigation of the effect of ibuprofen on the healing of osseointegrated oral implants. *J. Investig. Clin. Dent.* 2013. 4. 113-119.
32. Spivakovsky S., Spivakovsky Y. Reliable evidence for efficacy of single dose oral analgesics. *Evid. Based Dent.* 2016. 17. 60-61.
33. Wong Y.J. Single dose oral analgesics for postoperative pain have few adverse events. *Evid. Based Dent.* 2016. 17. 83.
34. Yoshida K., Uoshima K., Oda K., Maeda T. Influence of heat stress to matrix on bone formation. *Clin. Oral Implants Res.* 2009. 20. 782-790.

35. Gomez-de Diego R., Cutando-Soriano A., Montero-Martin J., Prados-Frutos J.-C., Lopez-Valverde A. State anxiety and depression as factors modulating and influencing postoperative pain in dental implant surgery. A prospective clinical survey. *Med. Oral Patol. Oral Cirugia Bucal.* 2014. 19. e592-e597.

36. Muller E., Rfos Calvo M.P. Pain and dental implantology: sensory quantification and affective aspects. Part I: at the private dental office. *Implant Dent.* 2001. 10. 14-22.

37. Fardal O., McCulloch C.A. Impact of anxiety on pain perception associated with periodontal and implant surgery in a private practice. *J. Periodontol.* 2012. 83. 1079-1085.

38. Frazer M., Hampson S. Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. *Br. Dent J.* 1988. 165. 436-439.

39. Smyth J.S. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Aust. Dent. J.* 1993. 38. 354-359.

40. Fillion M., Aubazac D., Bessadet M., Allegre M., Nicolas E. The impact of implant treatment on oral health related quality of life in a private dental practice: a prospective cohort study. *Health Qual. Life Outcomes.* 2013. 11. 197.

Оригінал статті надрукований у
Journal of Oral Implantology. 2018. 44(2).
DOI: 10.1563/aaid-joi-D-17-00185 ■

Arturo Sánchez-Pérez¹, Jesús Muñoz-Peñalver², María José Moya-Villaescusa¹, Carmen Sánchez-Matás³

¹Department of Periodontology, University of Murcia, Murcia Dental School, Murcia, Spain

²Private Practice, Clínica Dental Drs Muñoz, Murcia, Spain

³Virgen del Rocío Hospital, Sevilla, Spain

Effects of the Preoperative Administration of Dexketoprofen Trometamol on Pain and Swelling After Implant Surgery: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial

Abstract. The fear of postoperative pain is often mentioned by patients as one of the factors that is most frequently associated with dental implants. To reduce this factor, a single oral dose of 25 mg dexketoprofen trometamol (DKT) or placebo was administered 15 minutes before implant surgery. One hundred patients who required single-implant treatments were randomly assigned to 1 of 2 blinded groups. The patients in the test group were given 25 mg DKT (DKT group), and those in the control group were given 500 mg vitamin C as a placebo (PLACEBO group). A subjective visual analogue scale of 100 mm in length was used to evaluate pain. Inflammation and complications were assessed using a 5-point Likert scale. An analysis of variance, t-tests, and a Mann-Whitney U test were

performed. Among the 100 patients, 83 completed the study (there were 8 dropouts in the PLACEBO group and 9 in the DKT group). The patients who received DKT reported a lower pain intensity during the immediate postoperative period. The inflammatory response was weaker in the DKT group than the control group at 48 hours, but bleeding was greater. There were no other complications in either of the groups. In conclusion, the preemptive use of 25 mg soluble DKT administered orally 15 minutes before implant surgery can reduce the severity of immediate postoperative pain.

Keywords: preemptive analgesia; dental implants; dexketoprofen trometamol; postoperative/drug therapy; dental implants/adverse effects

Рекомендовано координаційною радою ГО «Асоціація стоматологів України»
(протокол засідання № 1 від 01.07.2021) та схвалено резолюцією
6-го Національного українського стоматологічного конгресу
«Інноваційні технології в стоматології»

Методичні рекомендації для лікарів-стоматологів щодо проведення професійних онкологічних оглядів губ і ротової порожнини

Частина 1. Злоякісні новоутворення губ та ротової порожнини: епідеміологія та фактори ризику

Вступ

Розвиток цивілізації супроводжується невинним зростанням частоти виникнення певних захворювань людини, що можна розцінювати як плату за прогрес, зміну/погіршення стану навколишнього середовища і природного образу життя. До цих захворювань відносять серцево-судинні, генетичні, онкологічні та деякі інші. Онкологічні захворювання відносяться до основних неінфекційних хвороб, їх поширеність збільшується з віком, вони мають високу вартість лікування та високу смертність, а також вкрай негативно впливають на психологічний стан хворого.

Порожнина рота включає такі відділи: присінок порожнини рота та власне порожнину рота. Присінок — це анатомічне утворення, яке спереду обмежене губами і щоками, а позаду — зубами і яснами. У свою чергу, власне порожнина рота спереду і з боків обмежена зубами і яснами, а позаду переходить у глотку. Межа між цими ділянками пролягає між твердим та м'яким піднебінням, між передніми 2/3 та задньою 1/3 язика та по передніх дужках мигдаликів [1].

Злоякісні новоутворення (ЗН) губ і слизової оболонки ротової порожнини (РП) є вагомим проблемою охорони здоров'я у зв'язку з частим запізненням встановлення правильного діагнозу внаслідок малосимптомності або асимптомності цих пухлин на початкових стадіях, недостатньої інформованості лікарів щодо проблеми [2, 3]. Серед онкологічних захворювань, що діагностували у 2019 році, питома вага хворих із запущеними випадками (III і IV стадія)

серед хворих з уперше встановленим діагнозом ЗН найбільша для ротової порожнини (53,3 %), суттєво менша для гортані (14,9 %) та губ (8,6 %). Про роль профілактичних оглядів у ранній діагностиці онкологічних захворювань свідчить той факт, що лише в 19,4 % хворих онкологічне захворювання було діагностовано під час профілактичних медичних оглядів у лікаря-стоматолога. Усе це свідчить про актуальність своєчасної діагностики ЗН губ та ротової порожнини та підкреслює необхідність впровадження обов'язкових медичних оглядів та нагадування пацієнтам про їх користь та допомогу у своєчасній діагностиці онкологічних захворювань.

Крім того, первинне джерело пухлини може бути розташованим у глибоких відділах обличчя, під основою черепа, в недоступних для прямого візуального контролю відділах щелепно-лицевої ділянки, голови та шиї. Іншою проблемою раннього виявлення ЗН губ та РП є відсутність у багатьох країнах чітких та доступних алгоритмів обстеження та подальшого скерування пацієнтів з підозрою на рак даної анатомічної локалізації. Безумовно, рання діагностика, подальше якісне обстеження, лікування, реабілітація та диспансеризація таких хворих здатні покращити прогноз і підвищити виживаність [4].

Визначна роль у діагностиці раку порожнини рота належить лікарям-стоматологам, проте не варто недооцінювати і роль лікарів загальної медичної практики (сімейних лікарів), оскільки відсутність мотивації та висока вартість стоматологічної медичної допомоги нерідко перешкоджають пацієнтам регулярно відвідувати стоматолога [5–7].

Етіологія

Основними ініціюючими факторами ризику раку порожнини рота є куріння та вживання алкоголю, спадкова схильність, надмірна інсоляція, слабкий імунітет, вірус папіломи людини, травмування слизової оболонки зубними протезами, хронічні захворювання слизової оболонки порожнини рота, а основним методом лікування — хірургічне втручання, у деяких випадках — з до- та післяопераційною ад'ювантною променевою терапією, хіміотерапією, імунотерапією [1].

Епідеміологія

Рак порожнини рота входить до 15 найбільш поширених видів раку у всьому світі [8, 9]. У 2018 р. у світі було діагностовано 354,8 тис. випадків раку губ та порожнини рота, що становить 2 % усіх нових випадків раку [8]. Медіана віку на момент встановлення діагнозу сквамозноклітинної карциноми порожнини рота або ротоглотки становить 63 роки, а 97 % випадків цих пухлин припадають на вік старше 35 років [10].

На частку раку порожнини рота припадає 1,9 % усієї смертності від раку, хоча показники різних країн значно відрізняються [11, 12]. Протягом останнього десятиліття спостерігається зростання частоти раку ротової порожнини у США [13], Австралії [14], Великобританії [15, 16] та Європі [17]. Незважаючи на появу та розвиток сучасних методів лікування протягом останніх кількох десятиліть, загальна смертність від сквамозноклітинної карциноми рота порівняно з 1980-ми роками істотно не знизилася. Це можна пояснити недосконалими системами скринінгу та раннього виявлення пухлин, що призводить до великої частки виявлення новоутворень на пізніх стадіях [18].

Вживаність при сквамозноклітинній карциномі значною мірою залежить від стадії процесу: при локалізованому раку даний показник через 5 років становить 83,7 %, за наявності регіонарних метастазів — 64,2 %, а за наявності віддалених метастазів — 38,5 %. Близько 70 % випадків діагностують на пізніх стадіях, що підкреслює важливість своєчасного виявлення та профілактики раку ротової порожнини [19].

Хоча губи та слизова оболонка порожнини рота добре піддаються візуальному огляду, у 2019 р. було

планово оглянуто лише 18,8 % населення України, і кожний другий українець, оглянутий у порядку планової санації, потребував стоматологічної допомоги.

За даними Національного канцер-реєстру, у 2019 р. в Україні було виявлено 512 осіб (69 % чоловіків та 31 % жінок) з пухлинами губ. Показник захворюваності на злоякісні новоутворення губ становив 1,4 на 100 тис. населення (стандартизований показник захворюваності, світовий стандарт — 0,7).

За останнє десятиліття відмічена тенденція до зниження захворюваності на злоякісні новоутворення губ серед жителів України (у 2010 році стандартизований

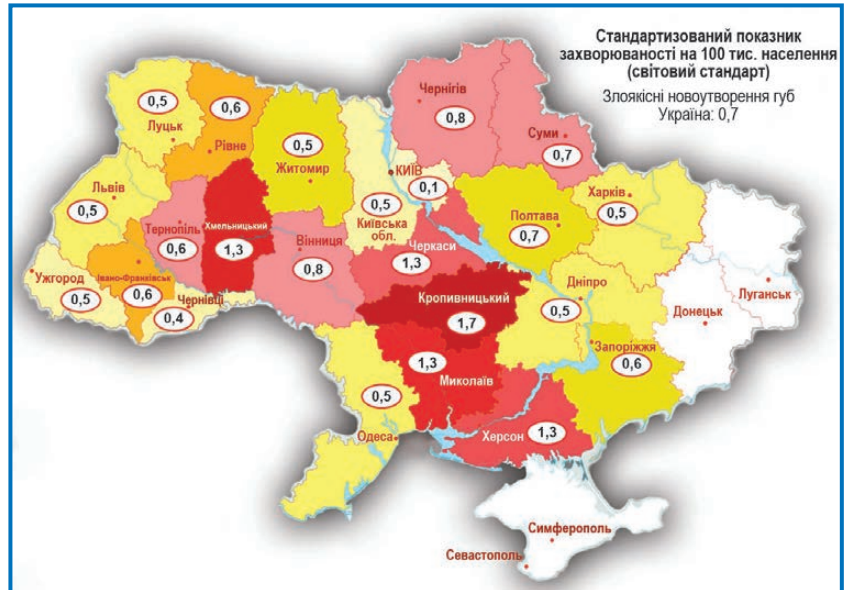


Рисунок 1. Порівняльний аналіз стандартизованого показника захворюваності на 100 тис. населення на злоякісні новоутворення губ у різних областях України у 2019 році (згідно з Національним канцер-реєстром)

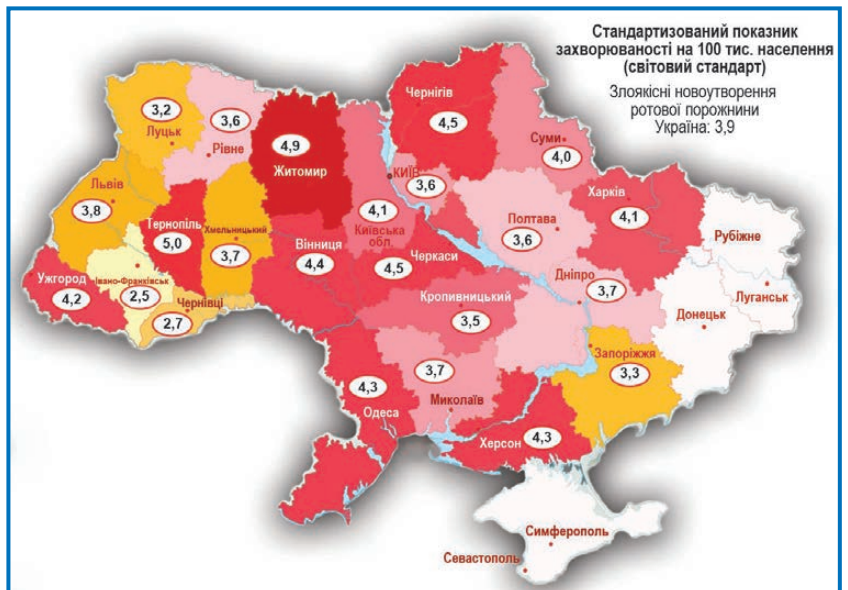


Рисунок 2. Порівняльний аналіз стандартизованого показника захворюваності на 100 тис. населення на злоякісні новоутворення губ у різних областях України у 2019 році (згідно з Національним канцер-реєстром)

показник був вищим і становив 1,2). Тим не менше, необхідно звернути увагу на проблему своєчасної діагностики онкологічного захворювання. Хоча переважна більшість хворих з новоутвореннями червоної облямівки губ звертається за стоматологічною допомогою на ранніх стадіях захворювання (за даними 2019 р., у 83,9 % хворих було діагностовано I–II стадію раку губ), питома вага хворих, яким було встановлено III і IV стадію раку, становила 14,6 % (1,6 % — не визначено). Тобто кожному десятому жителю України, що звернувся із новоутворенням губ, було діагностовано III або IV стадію раку. Цей показник коливається в різних регіонах України, що наведено на рис. 1.

У 2019 р. мали місце 104 випадки смерті від злоякісних новоутворень губ. Смертність від злоякісних новоутворень губ у 2019 році становила 0,3 на 100 тис. населення (серед чоловіків — 0,5, серед жінок — 0,1), а стандартизований показник захворюваності, світовий стандарт становив 0,1.

Злоякісні новоутворення ротової порожнини (ЗН РП) у 2019 р. були виявлені у 2266 осіб (77 % чоловіків та 23 % жінок). Показник захворюваності на злоякісні новоутворення ротової порожнини становив 6,4 на 100 тис. населення (серед чоловіків — 10,5, серед жінок — 2,7). Стандартизований показник захворюваності на ЗН РП, світовий стандарт — 3,9.

Загалом за останнє десятиліття спостерігається щорічне збільшення показника захворюваності на ЗН РП: у 2008 році цей показник становив 4,9 на 100 тис. населення, а у 2019 році показник онкологічної захворюваності ротової порожнини сягає 6,4 на 100 тис. населення.

Викликає значне занепокоєння пізня і неякісна, недостатня діагностика злоякісних новоутворень порожнини рота. Питома вага хворих із занедбаними випадками (III та IV стадія раку порожнини рота) серед хворих з уперше встановленим діагнозом злоякісних новоутворень становила 53,3 %. Тобто кожному другому українцю, який звернувся з приводу новоутворень у порожнині рота, діагностували III та IV стадію раку. Результати порівняльного аналізу стандартизованого показника захворюваності на ЗН РП в різних областях України показали, що найвищі показники спостерігаються у Тернопільській (5,0) та Житомирській областях (4,9) (рис. 2).

Смертність від злоякісних новоутворень порожнини рота у 2019 р. становила 4,1 випадку на 100 тис. населення (серед чоловіків — 7,3, серед жінок — 1,3). Стандартизований показник, світовий стандарт становить 2,5 на 100 тис. населення.

Фактори ризику

Факторами ризику ЗН губ та РП є куріння та інші види вживання тютюну, вживання алкоголю, опромінення, вірусні інфекції, імунodefіцити, хронічне запалення та хронічні травми (постійне накусання, тиск знімних ортопедичних конструкцій), ультрафіолетове опромінення (переважно для раку губ), інфікування папіломавірусом людини, незадовільна гігієна порожнини рота та генетична схильність (рис. 3) [11, 19–25]. Рак рота частіше розвивається у чоловіків, осіб старшого віку та представників нижчих соціально-економічних верств населення [11, 26].

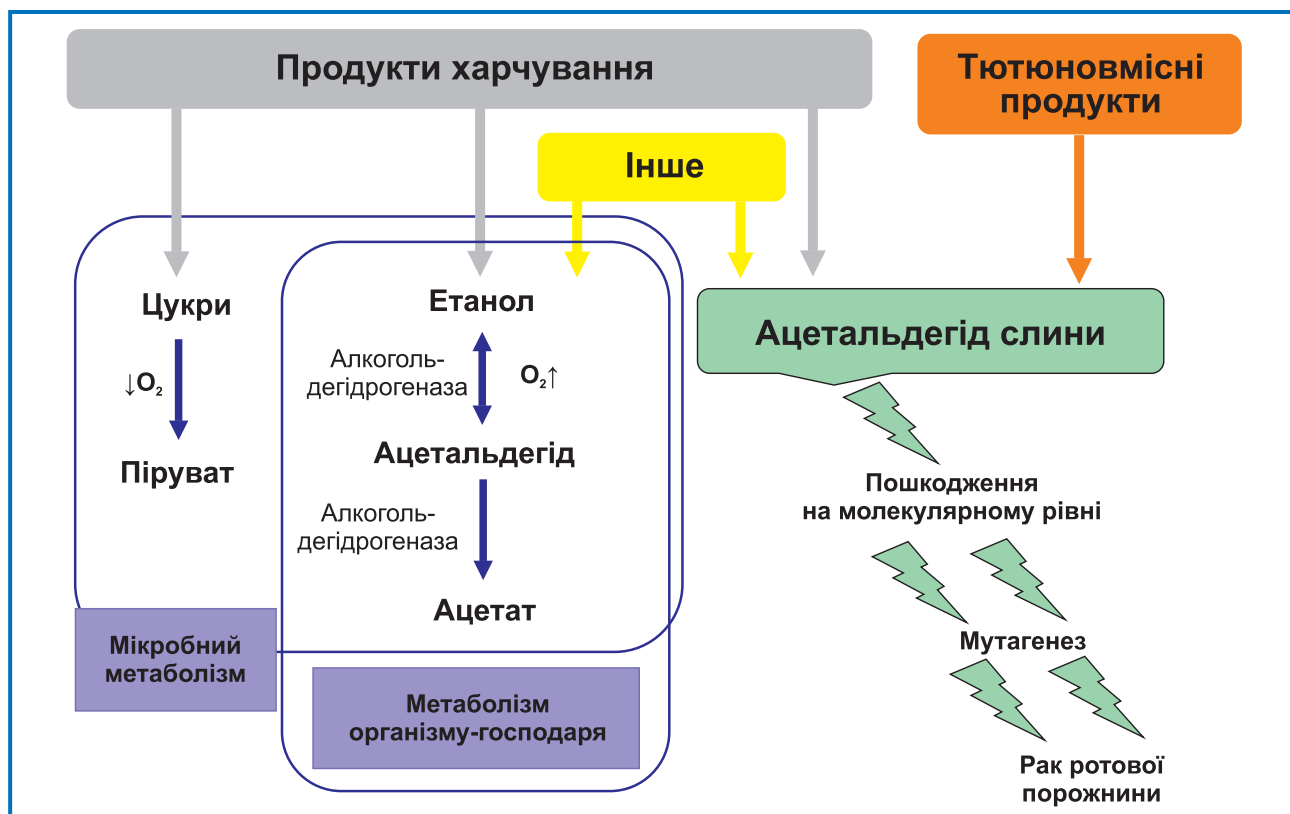


Рисунок 3. Вплив факторів ризику на розвиток раку порожнини рота

Беручи до уваги те, що впливу більшості цих факторів можна уникнути, відповідно, розвитку раку слизової оболонки порожнини рота можливо запобігти. Тим не менше, цей вид раку може розвиватися й у пацієнтів, які не мають перелічених факторів ризику [23].

Куріння є найвагомішим фактором ризику раку рота внаслідок впливу на слизову оболонку канцерогенних хімікатів, у тому числі нітрозамінів, бензпіренів та ароматичних амінів [25]. У курців ризик розвитку раку ротової порожнини утричі більший, ніж в осіб без шкідливої звички [27]. Ризик також несе і пасивне куріння [28], а одночасне споживання алкоголю ще більше підвищує ймовірність розвитку пухлини [1]. Можливо, причиною цього є те, що алкоголь збільшує проникність слизових оболонок порожнини рота, полегшуючи надходження канцерогенів [29].

Наведені дані узгоджуються із останніми науковими дослідженнями вітчизняних вчених у даному напрямку, пов'язаними із вивченням клітинного складу слизової оболонки порожнини рота в осіб, що мали шкідливу звичку — куріння тривалістю 1–5 років. Отримані результати демонструють, що куріння є одним із чинників, які ініціюють пухлинну трансформацію [1–3].

Куріння, залежно від тривалості та інтенсивності, запускає процеси перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у двох напрямках: запалення та дискератоз.

У першому випадку зміни клітинного складу характеризують цитоморфологічну картину хронічного катарального запалення — типового патологічного процесу, який виникає у разі ушкодження букального епітелію травматичними чинниками (у випадку куріння — поєднаним термічним та хімічним впливом). У курців було діагностовано і якісні, і кількісні зміни клітинного складу букальних епітеліоцитів. Кількісні зміни проявляються реорганізацією відсоткового співвідношення епітеліальних клітин, а саме зменшенням кількості рогових лусочок порівняно із нормою та появою парабазальних епітеліоцитів. Якісні зміни характеризуються зменшенням кількості еозинофільних гранул та структур у клітинах проміжного та поверхневого шарів, появою серед епітеліоцитів клітин із вакуолізованою цитоплазмою та узурованими контурами плазмолем.

Аналіз клітинного складу надав можливість розробити ймовірну схему механізму порушення диференціації епітелію слизової оболонки порожнини рота у курців (рис. 4).

Зміни клітинного складу цитограм букального епітелію за умов впливу нікотину в обстеженого контингенту осіб є проявом захисно-приспосувальної реакції слизової оболонки порожнини рота на вплив патогенних факторів, спрямованої на відмежування, знищення та видалення флогогенного агента.



Рисунок 4. Концепція інфекційно-запального процесу слизової оболонки порожнини рота у курців [30]



Рисунок 5. Концепція патогенезу дискератозу слизової оболонки порожнини рота у курців

У свою чергу, другий напрямок морфологічної перебудови епітелію слизової оболонки порожнини рота відображає стійку тенденцію до розвитку дискератозу — порушення зроговіння епітелію. У даному випадку якісні зміни клітин проявляються цитоспецифічною організацією, характерною для різновиду білкової дистрофії, а саме рогової, яка характеризується надлишковим утворенням рогової речовини у незроговілому епітелії, тобто гіперкератозом слизової оболонки порожнини рота. Наведені зміни клітинного складу створюють передумови для розвитку лейкоплакії, яка належить до передракових станів.

Відповідно до літературних джерел останніх років, куріння, яке поєднує в собі несприятливий вплив фізичних та хімічних чинників, ініціює та підтримує хронічне запалення і, як наслідок, провокує порушення трофіки та рогову дистрофію, які супроводжуються підвищеним ризиком виникнення злоякісних проліферативних процесів. Тривале існування вогнища патологічного зроговіння слизової оболонки порожнини рота може стати джерелом розвитку ракової пухлини (рис. 5) [2]. Запальний та дискератозний процеси можна розглядати як два автономних, які виникли на слизовій оболонці порожнини рота у курців. Також їх можна розглядати і як ланки одного і того ж патогенетичного механізму на етапі пухлинної трансформації.

Останніми роками відзначається зростання захворюваності на рак порожнини рота, пов'язаний з інфі-

куванням вірусом папіломи людини [33]. Хоча найчастіше цей вірус асоціюють із раком шийки матки та орофарингеальними пухлинами (зокрема, новоутвореннями мигдаликів та кореня язика), існують докази зв'язку інфікування і з раком порожнини рота. Так, ця інфекція учетверо частіше має місце в осіб із сквамозноклітинною карциномою, ніж в осіб із здоровими слизовими оболонками [34].

Список літератури

1. Гасюк Н.В. Статистичне обґрунтування компенсаторних механізмів епітелію ясен в умовах нікотинної інтоксикації. *Медицина інформатика та інженерія*. 2015. Т. 1. № 29. С. 42-46.
2. Гасюк Н.В., Єрошенко Г.А. Патогенетичні механізми передпухлинної цитотрансформації слизової оболонки порожнини рота в умовах нікотинної інтоксикації. *Шпитальна хірургія*. 2015. Т. 1. № 69. С. 64-68.
3. Гасюк Н.В., Мошель Т.Н., Попович І.Ю. Особенности качественной и количественной перестройки клеточного состава буккального эпителия в условиях никотиновой интоксикации. *Український стоматологічний альманах*. 2016. № 1. С. 16-20.
4. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Несін О.Ф., Рахній Ж.І. *Терапевтична стоматологія. Захворювання слизової оболонки порожнини рота*. К.: Медицина, 2010. 640 с.
5. Ніколішин А.К. *Терапевтична стоматологія*. Вінниця: Нова книга, 2012. 680 с.
6. Abati S., Bramati C., Bondi S., Lissoni A., Trimarchi M. *Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diag-*

- nosis. *International journal of environmental research and public health*. 2020. Vol. 17. № 24. P. 9160. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249160>
7. Applebaum E., Ruhlen T.N., Kronenberg F.R., Hayes C., Peters E.S. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2009. Vol. 140. № 4. P. 461-467.
 8. Australian Institute of Health and Welfare 2014. Head and neck cancers in Australia. Cancer series no. 83. Cat. no. CAN 80. Canberra: AIHW. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/bdccebf2-dbe6-44e2-9104-8461d7e7c165/16933.pdf.aspx?inline=true>
 9. Awan K.H., Patil S. Efficacy of Autofluorescence Imaging as an Adjunctive Technique for Examination and Detection of Oral Potentially Malignant Disorders: A Systematic Review. *The journal of contemporary dental practice*. 2015. Vol. 16. № 9. P. 744-749.
 10. Barnett T., Hoang H., Stuart J., Crocombe L. "Sorry, I'm not a dentist": perspectives of rural GPs on oral health in the bush. *Med. J. Aust.* 2016. Vol. 204. № 1. doi: 10.5694/mja15.00740.
 11. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018. Vol. 68. № 6. P. 394-424.
 12. Cancer Research UK. Mouth and oropharyngeal cancer. 2018. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/mouth-cancer/about>
 13. Candotto V., Lauritano D., Nardone M. et al. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. *Oral Implantol (Rome)*. 2017. Vol. 10. № 3. P. 209-220.
 14. Chainani-Wu N., Madden E., Cox D., Sroussi H., Epstein J., Silverman S. Jr. Toluidine blue aids in detection of dysplasia and carcinoma in suspicious oral lesions. *Oral diseases*. 2015. Vol. 21. № 7. P. 879-885.
 15. Chaturvedi P., Singh A., Chien C.Y., Warnakulasuriya S. Tobacco related oral cancer. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2019. Vol. 365. l2142. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2142>
 16. Chaturvedi P., Singhvi H.R., Malik A. The role of chronic mucosal trauma in oral cancer: A review of literature. *Indian journal of medical and paediatric oncology: official journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*. 2017. Vol. 38. P. 44-50.
 17. Chow L. Head and Neck Cancer. *The New England journal of medicine*. 2020. Vol. 382. № 1. P. 60-72.
 18. Crossman T., Warburton F., Richards M.A., Smith H., Ramirez A., Forbes L.J. Role of general practice in the diagnosis of oral cancer. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. 2016. Vol. 54. № 2. P. 208-212.
 19. de Veld D.C., Skurichina M., Witjes M.J., Duin R.P., Sterenborg H.J., Roodenburg J.L. Autofluorescence and diffuse reflectance spectroscopy for oral oncology. *Lasers in surgery and medicine*. 2005. Vol. 36. № 5. P. 356-364.
 20. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Dyba T., Randi G., Bettio M., Gavin A., Visser O., Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*. 2018. Vol. 103. P. 356-387.
 21. Gandini S., Botteri E., Iodice S., Boniol M., Lowenfels A.B., Maisonneuve P., Boyle P. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International journal of cancer*. 2008. Vol. 122. № 1. P. 155-164.
 22. Ganly I., Goldstein D., Carlson D.L., Patel S.G., O'Sullivan B., Lee N., Gullane P., Shah J.P. Long-term regional control and survival in patients with "low-risk", early stage oral tongue cancer managed by partial glossectomy and neck dissection without postoperative radiation: the importance of tumor thickness. *Cancer*. 2013. Vol. 119. № 6. P. 1168-1176.
 23. Gelazius R., Gervickas A., Kubilius R. Epidemiology of primary oral cancer diagnostics in Kaunas. *Stomatologija*. 2018. Vol. 20. P. 49-53.
 24. Gelband H., Jha P., Sankaranarayanan R., Horton S. (eds.). *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition*. Vol. 3. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0349-9.
 25. Howlander N., Noone A.M., Krapcho M. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2010. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2010/
 26. International Agency for Research on Cancer. Incidence, Mortality and Prevalence by Cancer Site. World Source: Globocan. 2020. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
 27. Irfan M., Delgado R., Frias-Lopez J. The Oral Microbiome and Cancer. *Frontiers in immunology*. 2020. Vol. 11. P. 591088. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.591088>
 28. Jafarey N.A., Mahmood Z., Zaidi S.H. Habits and dietary pattern of cases of carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 1977. Vol. 27. № 6. P. 340-343.
 29. Johnson N.W., Warnakulasuriya S., Gupta P.C. et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Advances in dental research*. 2011. Vol. 23. № 2. P. 237-246.
 30. Joseph B.K. Oral cancer: prevention and detection. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*. 2002. Vol. 11. № 1. P. 32-35.
 31. Kato M.G., Baek C.H., Chaturvedi P. et al. Update on oral and oropharyngeal cancer staging — International perspectives. *World journal of otorhinolaryngology — head and neck surgery*. 2020. Vol. 6. № 1. P. 66-75.
 32. Kerawala C., Roques T., Jeannon J.P., Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology*. 2016. Vol. 130. № S2. P. 83-89.
 33. Kumar M., Nanavati R., Modi T.G., Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *Journal of cancer research and therapeutics*. 2016. Vol. 12. P. 458-463.
 34. Lee Y.C., Marron M., Benhamou S. et al. Active and involuntary tobacco smoking and upper aerodigestive tract cancer risks in a multicenter case-control study. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*. 2009. Vol. 18. № 12. P. 3353-3361.
 35. Li Y.-N., Lu R., Zhang J., Zhou G. Inter-and intra-observer agreement on the judgment of toluidine blue staining for screening of oral potentially malignant disorders and oral cancer. *Clinical Oral Investigations*. 2019. Vol. 23. № 11. P. 1709-1714.
 36. Lingen M.W. et al. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity. A report of the American Dental Association. *Journal of the American Dental Association* (1939). 2017. Vol. 148. № 10. P. 712-727.
 37. Macey R., Walsh T., Brocklehurst P. et al. Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015. Vol. 2015. № 5. CD010276. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010276.pub2>

38. Macpherson L.M.D. Raising awareness of oral cancer from a public and health professional perspective. *Br. Dent. J.* 2018. № 225. P. 809-814.
39. Maymone M., Greer R.O., Ksecker J. et al. Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2019. Vol. 81. № 1. P. 59-71.
40. Montero P.H., Patel S.G. Cancer of the oral cavity. *Surgical oncology clinics of North America.* 2015. Vol. 24. № 3. P. 491-508.
41. Naruse T., Yanamoto S., Matsushita Y. et al. Cetuximab for the treatment of locally advanced and recurrent/metastatic oral cancer: An investigation of distant metastasis. *Molecular and clinical oncology.* 2016. Vol. 5. № 2. P. 246-252.
42. Network NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Head and Neck Cancers. 2013. https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Head_and_Neck_Cancers.pdf
43. Omar E. Current concepts and future of noninvasive procedures for diagnosing oral squamous cell carcinoma — a systematic review. *Head & face medicine.* 2015. Vol. 11. № 6. doi: 10.1186/s13005-015-0063-z.
44. Oral Cancer — Prevention and Patient Management. URL: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-oral-cancer-prevention_and_patient_management.pdf
45. Oral Health Foundation. The State of Mouth Cancer UK Report 2018/2019. 2019. <https://www.dentalhealth.org/stateofmouth-cancer>
46. Paré A., Joly A. Cancers de la cavité buccale: facteurs de risque et prise en charge [Oral cancer: Risk factors and management]. *Presse medicale (Paris, France: 1983).* 2017. Vol. 46. № 3. P. 320-330.
47. Patton L.L., Ashe T.E., Elter J.R., Southerland J.H., Strauss R.P. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners, and dental health professionals. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2006. Vol. 102. № 6. P. 758-764.
48. Peres M.A., Macpherson L., Weyant R.J. et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet (London, England).* 2019. Vol. 394. № 10194. P. 249-260.
49. Sankaranarayanan R., Ramadas K., Thara S., Muwonge R., Thomas G., Anju G., Mathew B. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. *Oral oncology.* 2013. Vol. 49. № 4. P. 314-321.
50. Sankaranarayanan R., Ramadas K., Thomas G., Muwonge R., Thara S., Mathew B., Rajan B.; Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet (London, England).* 2005. Vol. 365. № 9475. P. 1927-1933.
51. Sciubba J.J. Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions. Computer-assisted analysis of the oral brush biopsy. U.S. Collaborative OralCDx Study Group. *Journal of the American Dental Association.* 1999. Vol. 130. № 10. P. 1445-1457.
52. Shanti R.M., O'Malley B.W. Jr. Surgical Management of Oral Cancer. *Dental clinics of North America.* 2018. Vol. 62. № 1. P. 77-86.
53. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer Statistics. *CA Cancer J. Clin.* 2017. Vol. 67. № 1. P. 7-30.
54. Szturc P., Vermorken J.B. Management of recurrent and metastatic oral cavity cancer: Raising the bar a step higher. *Oral oncology.* 2020. Vol. 101. P. 104492. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104492>
55. Tiwari L., Kujan O., Farah C.S. Optical fluorescence imaging in oral cancer and potentially malignant disorders: A systematic review. *Oral diseases.* 2020. Vol. 26. № 3. P. 491-510.
56. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2015. № 65(2). P. 87-108.
57. Wang B., Zhang S., Yue K., Wang X.D. The recurrence and survival of oral squamous cell carcinoma: a report of 275 cases. *Chinese journal of cancer.* 2013. Vol. 32. № 11. P. 614-618.
58. Watters C., Brar S., Pepper T. Oral mucosa cancer. *StatPearls Publishing,* 2021.
59. Wong T., Wiesenfeld D. Oral Cancer. *Australian dental journal.* 2018. Vol. 63. № 1. P. 91-99.
60. World Health Organisation. Oral health. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
61. Zhang H., Dziegielewski P.T., Biron V.L. et al. Survival outcomes of patients with advanced oral cavity squamous cell carcinoma treated with multimodal therapy: a multi-institutional analysis. *Journal of otolaryngology — head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.* 2013. Vol. 42. № 1. P. 30. <https://doi.org/10.1186/1916-0216-42-30>
62. Zhang L., Williams M., Poh C.F. et al. Toluidine blue staining identifies high-risk primary oral premalignant lesions with poor outcome. *Cancer Research.* 2005. Vol. 65. № 17. P. 8017-8021.

Далі буде ■

УДК 616.31.-08:616.15(075.8)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251147>

Вахненко О.М.

ГО «Асоціація стоматологів України»

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

Світові моделі надання медичної стоматологічної допомоги

Резюме. У статті поданий аналіз організаційних та фінансових моделей надання стоматологічної допомоги в країнах далекого зарубіжжя та СНД. Надаються параметри фінансування різних моделей стоматологічної допомоги та доступність цього виду медичної допомоги для населення. Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що при переході держави на ринкову економіку існуюча система охорони здоров'я зазнає докорінного реформування. Населення в цей період відчуває значні труднощі в отриманні медичної допомоги. Україна має вибудувати свою систему надання медичної стоматологічної допомоги з огляду на світовий досвід.

Ключові слова: організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги; фінансування стоматологічної допомоги; зміни моделей надання стоматологічної допомоги при переході до ринкової економіки

Організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги в країнах далекого зарубіжжя та СНД характеризуються великим різноманіттям та відображують особливості систем охорони здоров'я в цих країнах, історичний досвід та шлях розвитку, через який вони пройшли. Як правило, моделі надання стоматологічної допомоги розвивалися від виключно приватних із прямими фінансовими відносинами між медичними працівниками та пацієнтами до різноманітних суспільних моделей, що включають державне фінансування, медичне страхування, змішані форми та переважно приватну практику [8, 9, 11].

Існує 6 основних систем стоматологічної допомоги в країнах Євросоюзу: модель Бісмарка, модель Беверіджа, скандинавська, південноєвропейська, східноєвропейська та змішана моделі. Євросоюз та європейська економічна зона з населенням 456 млн осіб мали у 2000 році 900 тис. спеціалістів в галузі стоматології. Із них лікарі становили 300 тис., стоматологічні гігієністи — 19 тис., зубні техніки — 300 тис. Витрати на стоматоло-

гічну допомогу становили 54 млрд євро, або 8 % від всіх витрат на охорону здоров'я [8, 9, 11].

Система стоматологічної допомоги невіддільна від національної системи охорони здоров'я країни та функціонує і розвивається за її принципами [5, 6].

Ефективність діяльності стоматологічної служби, як й охорони здоров'я загалом, характеризується як показниками стану здоров'я, так і фінансовими показниками [5, 6].

Скандинавська модель (Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція) характеризується великим спектром державних стоматологічних послуг, що фінансуються за рахунок національних чи місцевих податкових зборів. При цьому передбачено безкоштовне лікування для дітей до 18 років та деяких категорій дорослих. Застосовується принцип роботи в стоматологічній бригаді з широким залученням стоматологічних гігієністів та медичних сестер. Більше 90 % дітей до 18 років та 60–90 % дорослих регулярно відвідують стоматолога. При цьому показники поширення карієсу в Фінляндії

та інших країнах Північної Європи одні із найнижчих у світі [9, 11].

Прикладом централізованої системи гарантовано-го фінансування стоматологічної допомоги за рахунок державної системи страхування всіх верств населення є досвід Швеції. Витрати на охорону здоров'я цієї країни становлять 7,5 % від валового національного продукту. Близько 80 % витрат здійснюється на рівні регіональних органів управління. Витрати на стоматологічну допомогу населенню країни становлять 6 % від всіх витрат на медичну допомогу. Завдяки державним програмам профілактики стоматологічних захворювань, насамперед карієсу, поширеність карієсу в дітей та його ускладнень у дорослих знижується та є найнижчою серед країн Європи, що приводить до зменшення витрат на стоматологічну допомогу, у тому числі за рахунок коштів страхування. Стоматологічна допомога дітям до 19 років надається безкоштовно, лише з 19 років стоматологічні послуги частково сплачуються за рахунок особистих коштів пацієнта. Пацієнт повністю оплачує витрати на стоматологічну допомогу лише у випадку, коли він лікується в лікаря, який не включений до системи соціального страхування. Усі лікарі зобов'язані дотримуватись чинної системи встановлених тарифів. Якість стоматологічної допомоги забезпечується жорстким контролем із боку державних органів влади в поєднанні з контролем громадських організацій на регіональному рівні. Забезпеченість лікарями-стоматологами найвища у світі — 11 на 10 тис. населення [9, 11].

Модель Бісмарка (Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Голландія) базується на обов'язковому медичному страхуванні за рахунок працівників та працевлаштувачів. Вартість стоматологічних послуг повністю або частково відшкодовується відповідно до програми страхування. Ціни та тарифи узгоджуються між страховими компаніями та стоматологічними асоціаціями. У моделі Бісмарка дуже малий обсяг державної стоматологічної допомоги та нечасто застосовується принцип роботи в стоматологічній бригаді. В Австрії, Бельгії, Франції та Люксембурзі відсутні стоматологічні гігієністи [9, 11].

Аналіз системи організації та управління стоматологічною службою Німеччини свідчить про те, що домінуюче місце в структурі стоматологічної служби посідають державні клініки (їх питома вага становить близько 85 %), приватні клініки не перевищують 15 %. Такий стан речей для країни з ринковою економікою дозволяє стверджувати, що державними пріоритетами є не стільки економічна доцільність від діяльності стоматологічних організацій, скільки насамперед здоров'я нації. Державна система освіти обумовлює принцип відпрацювання, що означає: кожен спеціаліст, який отримав вищу освіту, робить свій внесок в оздоровлення населення країни, відпрацьовуючи певний час у системі державних лікувальних закладів. Діє продумана та збалансована політика з утримання та фінансування медичних закладів за рахунок коштів загальнодержавного медичного страхування, а також приватних страхових компаній. Делегування та розмежування функ-

цій між міністерством охорони здоров'я та асоціацією стоматологів Німеччини сприяють мобільності в системі організації та управління стоматологічною службою з урахуванням потреби та кон'юнктури цільового ринку [9, 11].

Модель Беверіджа (Великобританія) характеризується змішаним державним та приватним фінансуванням стоматологічної допомоги. Державне фінансування здійснюється у відносно невеликій кількості державних клінік або в приватних клініках, власники яких мають договір із державою. У країні створена система державного забезпечення та контролю фінансування стоматологічної допомоги населенню. Фінансування стоматологічних послуг населенню забезпечується місцевими органами влади. Надання стоматологічної допомоги регламентується низкою урядових документів, наприклад «Правилами загальнодержавного стоматологічного забезпечення» [9, 11].

Стоматологічна допомога в цій країні безкоштовна для дітей до 18 років та особливих категорій населення. Це молодь до 19 років, яка навчається повний день на денній формі навчання, вагітні та жінки, які мають дітей до 1 року, малозабезпечені (громадяни, які отримують допомогу з безробіття, інвалідності та ін.). Значно поширений принцип роботи в стоматологічній бригаді. Із року в рік збільшується кількість стоматологічних гігієністів та інших категорій середнього медичного персоналу. Близько 66 % населення регулярно відвідує стоматолога. Забезпечення стоматологічною допомогою в рамках програми державної служби охорони здоров'я проводиться місцевими органами охорони здоров'я через «довіреніх» лікарів державної служби (працюють у госпіталах чи закладах комун) чи лікарів-стоматологів загальностоматологічних поліклінік. Основний обсяг стоматологічної допомоги населенню Великобританії надається в рамках державної служби охорони здоров'я за медичною стоматологічною страховкою. Для дорослих пацієнтів стоматологічні процедури мають фіксовану оплату, що надходить на рахунок стоматологічної страховки страхової компанії. Реєстрація пацієнта здійснюється за рахунок його прикріплення до певного стоматолога, який його обслуговує. Стоматолог отримує оплату за лікування кожного пацієнта згідно з кількістю та видами виконаних процедур. Велика кількість лікарів-стоматологів надає стоматологічну допомогу на платній основі. Вона здійснюється поза системою державної охорони здоров'я та не оплачується за медичною страховкою. Паралельно ці ж лікарі можуть надавати допомогу за медичною стоматологічною страховкою.

У Великобританії лікарі-стоматологи можуть працювати в загальностоматологічній поліклініці — 78 % від загальної кількості лікарів країни, стоматологічному відділенні при госпіталі — 10 %, стоматологічній службі громади (комуни) — 7 %, університетській стоматологічній клініці — 2,5 % чи в стоматологічній службі Збройних сил — 2,2 %. У поліклініках стоматолог може працювати як лікар — професійний стажер, лікар-асистент, співвласник чи господар клініки. Клі-

ніка може бути приватною, працювати в системі державної служби охорони здоров'я чи змішаною. Стоматологічні відділення госпіталів приймають на роботу лікарів-стоматологів із виплатою їм фіксованої заробітної плати та на посади від молодшого помічника лікаря до лікаря-консультанта відділення за спеціалізаціями: «ортодонтія», «хірургія» та «відновлювальне загальне лікування зубів». Стоматологи стоматологічної служби громад (комун) проводять моніторинг стану порожнини рота жителів комун, навчання методам гігієни порожнини рота, впроваджують заходи з профілактики стоматологічних захворювань та проводять лікування зубів та порожнини рота в школярів. Невелика кількість стоматологів працює в університетських клініках, де вони проводять дослідницьку роботу та навчають студентів. Разом із лікарями-стоматологами, яких в країні близько 28 тис., або близько 5 на 100 тис. населення, працюють 24 тис. стоматологічних медсестер, 3,9 тис. зубних гігієністів, 8 тис. зубних техніків та 0,3 тис. зубних лікарів (їм дозволені видалення молочних зубів, найпростіші види пломбування, проведення інфільтраційної анестезії, пришліфовування та поліровка зубів, видалення зубного каменю та проведення гігієни порожнини рота) [9, 11].

Південноєвропейська модель (Кіпр, Мальта, Греція, Італія, Португалія, Іспанія) заснована на приватних стоматологічних послугах без втручання держави. Обмежена кількість державних клінік та програм страхування. Навіть для дітей можливості безкоштовного лікування обмежені. У результаті відсоток регулярного відвідування стоматолога в Португалії та Іспанії становить всього 30 % на рік [8].

Східноєвропейська модель (Чехія, Естонія, Угорщина, Латвія, Польща, Словенія, Словаччина) характеризується віддаленням від великого державного сектора, що надає безкоштовні стоматологічні послуги, у бік приватного. Це негативно вплинуло на стоматологічне здоров'я малозабезпеченого населення, тоді як у країнах «старого» Євросоюзу знижується поширеність карієсу в молоді, стає менше осіб із повною адентією, підвищується кількість випадків попиту на косметичне лікування [9, 11].

У США в 1987 році працювали 140 тис. стоматологів, або 5,78 на 10 тис. населення. 80–85 % стоматологів займалися загальною практикою, решта працювала в спеціалізованих галузях стоматології. Більше 90 % лікарів зайняті в приватній практиці. Для США не характерна робота стоматологів у бригадах чи групах, більше 70 % лікарів працюють одноосібно. У 2000 році кількість стоматологів становила 154 тис. Добровільним страхуванням на отримання стоматологічної допомоги охоплено близько 130 млн осіб, 108 млн осіб не мають страховки на стоматологічні послуги. Після виходу на пенсію більшість осіб старших вікових груп втрачають страховку, 26 млн дітей позбавлені страховки на отримання стоматологічної допомоги. У дітей, які мають страховку, потреба в лікуванні стоматологічних захворювань у 3 рази нижча порівняно з дітьми, які не мають стоматологічної страховки. У матеріалах звіту головно-го хірурга США відмічено, що 80 % нелікованих зубів

припадає на 25 % населення і ці 25 % — в основному особи з бідних шарів суспільства. Тільки приблизно 5 % населення отримують стоматологічну допомогу за рахунок державних джерел фінансування. Загальні витрати на стоматологічну допомогу становлять 6,5 % від загальних витрат на охорону здоров'я [9, 11].

У країнах СНД відсутні сформовані організаційні та фінансові моделі надання стоматологічної допомоги населенню цих країн. Може йтися лише про тенденції та шляхи подальшої трансформації радянської системи охорони здоров'я (у тому числі і стоматологічної допомоги) в інші моделі. Причому в доступних літературних джерелах вдалося знайти аналітичні матеріали щодо організаційних та фінансових принципів надання стоматологічної допомоги лише Російської Федерації, Республіки Білорусь та Казахстану. Наведений невеликий аналіз стану стоматологічної служби Республіки Таджикистан [2, 9].

Стоматологія Казахстану в 1992 році, зразу після проголошення незалежності Казахстану, пішла по шляху приватизації практично всіх лікувально-профілактичних стоматологічних закладів та їх підрозділів і створення та розвитку системи приватної стоматологічної допомоги. Основна мережа закладів була роздержавлена, стоматологія розвивається в основному за рахунок недержавного сектора, накоплений значний досвід із впровадження ринкових відносин у стоматології [3, 7].

Разом із цим були згорнуті профілактичні програми. Для деяких верств населення стоматологічна допомога стала недоступною, відсутня державна політика з надання стоматологічної допомоги. Ці та низка інших питань призвели до росту стоматологічної захворюваності та одонтогенних ускладнень, виникнення інших проблем, що потребували вирішення.

У 2007 році стоматологічна спільнота разом із державними органами управління охороною здоров'я визначила завдання на найближчі роки:

- формування державної політики з надання стоматологічної допомоги населенню Казахстану;
- розробка та прийняття програми профілактики серед дітей та підлітків;
- формування та прийняття на законодавчому рівні гарантованого обсягу безкоштовної стоматологічної допомоги;
- розробка та затвердження методики формування тарифів на стоматологічні послуги, порядку фінансування стоматологічних установ та організацій шляхом розміщення держзамовлення;
- впровадження державної політики з підготовки кадрів, у тому числі зубних лікарів та зубних техніків.

У Республіці Білорусь більша частина стоматологічної допомоги надається в державних структурах. У 2007 році в країні функціонували 72 стоматологічні поліклініки, у складі яких були 98 бюджетних та 37 платних лікувально-профілактичних відділень, 61 ортопедичне відділення [4].

У 770 державних закладах охорони здоров'я працювали стоматологічні підрозділи: 104 бюджетні лікувально-профілактичні відділення, 939 бюджетних кабінетів

та 131 платний кабінет. Також працювали 313 стоматологічних структур різних відомств, 618 суб'єктів підприємницької діяльності. Діють державні програми профілактики стоматологічних захворювань [132].

Ситуація у сфері стоматологічної допомоги населенню Російської Федерації багато в чому близька до такої в Україні. Існує невідповідність положень Основного закону країни — Конституції умовам розвитку стоматологічної служби та допомоги в нових соціально-економічних умовах. Відсутні законодавчі основи щодо організації, управління та діяльності стоматологічної служби та надання стоматологічної допомоги населенню, а також відсутні державні програми первинної профілактики основних стоматологічних захворювань. Не виконуються державними органами влади всіх рівнів й органами місцевого самоуправління основні положення законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян, зокрема в розділах надання безкоштовної медичної допомоги, проведення профілактичних заходів, формування та фінансування державних програм, відповідальності органів державної влади у сфері охорони здоров'я та фінансування охорони здоров'я, інформаційного забезпечення населення, діяльності професійних громадських організацій [2].

Середній міжнародний показник фінансування витрат на охорону здоров'я по країнах ЄС становить 8 %. У Росії частка витрат на охорону здоров'я не перевищувала 3,1–3,5 % від ВВП. Частка витрат на стоматологічну допомогу в структурі витрат на охорону здоров'я провідних країн світу становить 6–10 %. При цьому витрати на стоматологію окремо в структурі видатків бюджету не виділяються. В Росії такі офіційні показники відсутні. За опосередкованими даними, цей показник значно нижчий [2].

Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що при переході держави на ринкову економіку існуюча система охорони здоров'я зазнає докорінного реформування. Населення в цей період відчуває значні труднощі в отриманні медичної допомоги. Це пов'язано з тим, що старі механізми управління охороною здоров'я стають неадекватними, а на пошук нових витрачається багато часу, що потребує додаткових коштів. Ситуація ускладнюється і тими обставинами, що у світі ще не накопичено достатнього досвіду, що можна було б успішно використовувати в різних країнах із перехідною економічною системою [1].

Без реформ у ринкових відносинах державний сектор охорони здоров'я далі існувати не може. Нестача фінансів призведе до його поступового занепаду, впливу кадрів, руйнування матеріально-технічної бази. Чинна державна система управління не справляється зі своїми функціями, вона неефективна, призводить до зниження всіх раніше досягнутих охороною здоров'я результатів [1].

Результати досліджень переконують, що стоматологічний статус значно впливає на стан здоров'я загалом, а стоматологічні проблеми негативно впливають на показники якості життя хворого та значно знижують його. Це примушує суспільство шукати оптимальні системи забезпечення населення стоматологічною допомогою.

Висновки

У світі існує 6 основних моделей системи надання стоматологічної допомоги. Ці системи формувалися історично з урахуванням особливостей систем медичної допомоги країн. Основна їх відмінність лежить у моделях фінансування та забезпеченості населення цих країн стоматологічною допомогою. У країнах, де останніми десятиліттями здійснено перехід до ринкової економіки, все ще триває процес реформування системи медичної допомоги та не створено усталених моделей надання стоматологічної допомоги населенню. Це негативно впливає на доступність цього виду медичної допомоги і, як результат, призводить до погіршення показників стоматологічного здоров'я. Необхідно пришвидшити ці процеси та більш активно працювати над формуванням системи надання стоматологічної допомоги, найбільше прийнятної для даних країн.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Гуменюк О.М. Досвід роботи фахівців стоматологічного профілю в США, Канаді та перспективи реформування стоматологічної освіти в Україні. *Новини стоматології*. 1998. № 2. С. 70–71.
2. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. *Нижний Новгород*, 2003. 280 с.
3. Леус П.А. *Стоматология Республики Казахстан*. *Стоматологический журнал*. 2008. № 2. С. 187–188.
4. Леус П.А. Тенденции стоматологической заболеваемости в Европе и СНГ. *Эпидемиология основных стоматологических заболеваний*. Ивано-Франковск, 2004. С. 9–10.
5. Мазур І.П., Вахненко О.М. Моніторинг основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2019 рік. *Oral and General Health*. 2020. № 1(Т. 1). С. 11–16. <http://www.mif-ua.com/archive/article/49717>
6. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. Т. 13. № 1(84). С. 70–76. <https://umv.com.ua/storichchya-ukrainskoi-stomatologii-zdobutki-ta-suchasni-vikliki/>
7. Нургазина Г.К. Проблемы частной стоматологии Казахстана. *Новое в стоматологии*. Алма-Ата, 2003. № 1. С. 68–70.
8. Павленко А.В., Бугорков И.В. Анализ системы организации стоматологической помощи в Германии. *Дентальные технологии*. 2009. № 2–3(41–42). С. 13–18.
9. Юлдашев И.М. Составляющие стоматологической службы Великобритании. *Проблемы стоматологии*. 2003. № 2. С. 42–43.
10. Lawton R. Burns, Gilbert Gimm, Sean Nicholson. The financial performance integrated health organization. *Journal of health-care management*. 2005. Vol. 50. № 3. P. 191–211.
11. Steven B. Cohen. Date collection organization effect in the national utilization and expenditure survey. *Journal of economic and social measurement*. 1986. № 14. P. 367–378.

Отримано/Received 23.11.2021

Рецензовано/Revised 05.12.2021

Прийнято до друку/Accepted 12.12.2021 ■

Information about author

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.

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

O.M. Vakhnenko

NGO "Ukrainian Dental Association", Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Global models of medical dental care

Abstract. The article presents an analysis of organizational and financial models of dental care in foreign and CIS countries. The parameters of financing different models of dental care and availability of this type of medical care to the population are provided. The experience of many countries around the world shows that with the transition of the state to a market economy, the existing health care system undergoes radi-

cal reform. The population during this period experiences significant difficulties in obtaining medical care. Ukraine needs to build its system of providing dental care based on world experience.

Keywords: organizational and financial models of dental care; financing of dental care; changes in models of dental care during the transition to a market economy

УДК 616.31:614.23

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148>Пожевілова А.¹, Пожевілова К.²¹Директор медичного центру «Градаліс», магістр з управління інноваційною діяльністю, м. Київ, Україна²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога у 2022 році

Резюме. У 2022 році атестація лікарів відбуватиметься відповідно до Наказу МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» (зі змінами) та постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників», яка набирає чинності з 1 січня 2022 року. До 1 березня 2022 року лікарю-стоматологу необхідно скласти особисте освітнє портфоліо за результатами безперервного професійного розвитку (БПР) та підтвердити 50 балів. БПР працівників сфери охорони здоров'я здійснюється шляхом здобуття неформальної освіти під час проходження навчання на заходах БПР. В статті надана інформація щодо механізму нарахування балів БПР, проведення їх щорічної перевірки та підготовки до атестації.

Ключові слова: атестація лікарів; система безперервного професійного розвитку; формальна освіта; неформальна освіта

Вступ

Система безперервного професійного розвитку (БПР) — це сучасний підхід до професійного вдосконалення лікаря. Після завершення формальної освіти лікарі мають постійно розвивати свої компетенції. Принцип безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я поширений серед розвинутих країн Європи, Америки та Азії, зокрема у Великій Британії, США, Польщі, Чехії, Швеції, Сінгапурі та інших державах.

У країнах, де переважає приватна лікарська практика, ліцензування включає безперервний професійний розвиток лікаря, що є обов'язковим для продовження медичної ліцензії. Це поняття було введено Всесвітньою федерацією медичної освіти у 2001 році замість терміна «безперервна медична освіта», який використовувався раніше [6, с. 28]. Всесвітня федерація медичної освіти виділяє три етапи підготовки медичних працівників. Після дипломної освіти відбувається післядипломне навчання в інтернатурі, резидентурі або на циклах спеціалізації, де лікарі отримують власне спеціальність.

Наступна фаза — безперервний професійний розвиток — це освіта, яка триває впродовж усього життя. БПР є професійним обов'язком кожного лікаря, його

тривалість становить 30–40 років. Відповідальність за проведення БПР покладається на самого лікаря та професійні асоціації. Організація БПР у різних країнах суттєво відрізняється і не є дуже жорсткою навіть там, де лімітується підтвердженням права лікаря на продовження медичної практики один раз на 5–7 років [7, с. 425]. Наприклад, у Словенії формами БПР є читання лекцій або участь у конгресах, публікація наукових статей у журналах, участь у підготовці монографій або підручників; самостійне навчання за допомогою мультимедійних програм і вивчення наукової літератури з письмовими відповідями на конкретні запитання; пізнавальні екскурсії та відвідування певних наукових установ або лікувально-профілактичних закладів; участь у лекціях відомих учених або лікарів; доповіді щодо хворих у товариствах або на конференціях. Інформація про обсяг навчання, виконаного за програмою БПР, виражається у кредитних одиницях (КО). Для оновлення ліцензії лікар повинен набрати як мінімум 75 КО впродовж терміну дії попередньої ліцензії (7 років). За кожний рік володіння ліцензією лікар повинен набирати 15 КО. Лікарська палата Словенії видає дозволи на організацію семінарів, лекцій та інших форм БПР на основі програм і реко-

- Німеччина — 125 кредитів за 5 років
- Угорщина — 250 кредитів за 5 років
- Італія — 50 кредитів щорічно, 150 за трирічний період
- Литва — 120 кредитів за 5 років, що включають вивчення питань професійної етики — 2, профілактики — 2, невідкладних станів — 8, раціональне використання антибіотиків — 6 годин
- Польща — 200 кредитів за 4 роки
- Румунія — 200 кредитів за 5 років, мінімум 40 на рік
- Швейцарія — 80 кредитів на рік
- Велика Британія — 100 кредитів за 5 років згідно з узгодженим планом професійного розвитку

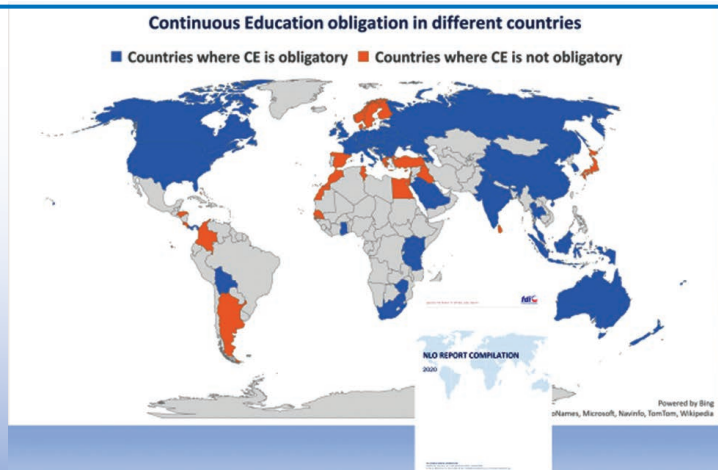


Рисунок 1. Безперервний професійний розвиток стоматологів країн Європи

мендацій лекторів. КО нараховуються за кожну годину читання лекції; за участь у конференції, семінарі, симпозиумі, у визнаних міжнародних форумах; за кожну написану статтю [7, с. 138–139].

В Україні починаючи з 1 січня 2020 року кожен лікар упродовж року має набрати щонайменше 50 балів БПР. Бали нараховуються за різні види навчання, які лікар вільно обирає на основі запропонованого МОЗ України переліку видів діяльності. Загалом кількість балів не обмежена, проте щорічний обов'язковий мінімум становить саме 50 балів. Для лікарів, які значно перевищують кількісні й якісні вимоги до БПР, існує можливість позачергового отримання вищої категорії. Тобто для атестації у 2022 році лікар повинен подати до атестаційної комісії портфоліо за 2020 та 2021 роки, де загальна кількість балів повинна становити 100 балів і більше.

Лікар щороку вносить в освітнє портфоліо дані про своє навчання та засвідчує його в керівника свого закладу. Бали в портфоліо обліковуються згідно з додатком 5 до Порядку проведення атестації лікарів. Бланк освітнього портфоліо — це додаток 2 до цього ж Порядку.

Нормативні документи, що регулюють БПР лікаря-стоматолога в Україні

Міністерство охорони здоров'я забезпечило внесення змін до наявної моделі безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Були враховані пропозиції медичної спільноти, а також розширені категорії працівників, які мають право на сучасний безперервний професійний розвиток.

Відповідну постанову «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» прийнято на засіданні уряду. Мета постанови — закріпити успішну світову практику розвитку медиків, що розпочалася в Україні з 2018 року, вдосконалити її для формування системної та комплексної моделі навчання. БПР передбачає постійний розвиток працівників сфери охорони здоров'я для надання якісної медичної допомоги.

Нормативним актом про систему безперервного професійного розвитку медичних працівників є по-

станова Кабінету Міністрів України № 725 від 14 липня 2021 р. У документі прописані лише основні засади здійснення безперервного професійного розвитку.

Лікарям, які здійснюють атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії (або її підтвердження), слід керуватися іншим нормативним документом — наказом МОЗ України № 446 від 22 лютого 2019 р. (у редакції наказу МОЗ № 1753 від 18 серпня 2021 р.). Саме цей наказ слід роздрукувати та вивчити кожному лікарю. Окрім «Порядку проведення атестації лікарів» у документі наявні важливі додатки: атестаційний листок, особисте освітнє портфоліо, атестаційне посвідчення, критерії нарахування балів БПР.

Порада: роздрукуйте текст наказу № 446 з додатками. Завантажити можна за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії

Атестація лікарів на присвоєння кваліфікаційної категорії проводиться за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом один раз на п'ять років.

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

- друга кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад п'ять років;
- перша кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад сім років;
- вища кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад десять років.

До стажу роботи для атестації за спеціальностями «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія»,

«ортопедична стоматологія», «ортодонтія», «дитяча стоматологія» зараховуються періоди роботи на посаді лікаря-стоматолога за умови відпрацювання за спеціальністю, з якої лікар атестується, не менше трьох років.

Лікарі, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, подають до атестаційної комісії такі документи:

- 1) письмова заява;
- 2) атестаційний листок;
- 3) копії диплома, трудової книжки (за наявності) або витяг з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування, сертифіката лікаря-спеціаліста та/або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії (за наявності);
- 4) особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку.

На засіданні атестаційної комісії лікар пред'являє оригінали документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку, особисто.

Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії

Лікарі, яким присвоєно кваліфікаційну категорію, проходять атестацію на її підтвердження один раз на п'ять років.

Атестація лікарів на підтвердження кваліфікаційної категорії проводиться за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом.

Лікарі, які бажають пройти атестацію на підтвердження кваліфікаційної категорії, подають до атестаційної комісії такі документи:

- 1) письмова заява;
- 2) атестаційний листок;
- 3) копії диплома, трудової книжки (за наявності) або витяг з реєстру застрахованих осіб Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування, сертифіката лікаря-спеціаліста, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії;
- 4) особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку.

Щорічне навчання лікарів — БПР

Бали безперервного професійного розвитку нараховуються за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я:

— **формальної освіти** у сфері охорони здоров'я — шляхом здобуття вищої освіти на освітньо-науковому та науковому рівні вищої освіти. Бали безперервного професійного розвитку за здобуття формальної освіти нараховуються лише за здобуття освітньо-наукового та наукового ступеня (доктор філософії, доктор наук);

— **неформальної освіти** — під час проходження: навчання на циклах тематичного удосконалення, професійного медичного стажування за межами закладу,

де працює такий працівник; майстер-класу, симуляційного тренінгу або тренінгу з оволодіння практичними навичками, тренінгу, семінару, фахової (тематичної) школи, наукової та/або науково-практичної конференції (у тому числі конгресу, з'їзду, симпозіуму). Безперервний професійний розвиток шляхом здобуття неформальної освіти також може здійснюватися за дистанційною формою навчання з використанням електронних навчальних ресурсів. Дистанційне навчання у режимі реального часу передбачає, що присутність учасників може бути підтверджена та що вони мають можливість подавати свої запитання та відповіді;

— **інформальної освіти** — шляхом самоорганізованого здобуття працівниками сфери охорони здоров'я професійних компетентностей під час повсякденної діяльності, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю. Підтвердженням безперервного професійного розвитку шляхом здобуття інформальної освіти може бути публікація статті або огляду в журналі, що має імпакт-фактор.

Нарахування балів здійснюється з розрахунком 1 бал за 2 години. Кількість годин за проходження курсу зазначена в описі курсу на платформі. Кількість балів, що враховуються до обов'язкового щорічного мінімуму, не має перевищувати 15 для україномовних та 20 для англomовних заходів.

Наприкінці попереднього року були внесені деякі зміни до Постанови Кабінету Міністрів № 302, згідно з якими вводиться нове поняття «електронна система безперервного професійного розвитку». Саме в ній будуть міститися всі дані про зареєстрованих провайдерів БПР, їхні заходи та учасників. Ще однією суттєвою зміною є те, що проект нової постанови містить перелік вимог до заходів БПР і провайдерів. Останніми можуть вважатися фізичні та юридичні особи, які відповідають певним вимогам та зареєстровані в електронній системі. Зверніть увагу, що розширився список фахівців, на які поширюється постанова, — це лікарі, провізори та молодші спеціалісти з медичною освітою.

Усі лікарі, які здійснюють професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку особисте освітнє портфоліо та підтверджувати щонайменше 50 балів. Мінімальна кількість балів, яка має бути підтверджена за річний період, становить 50 (максимальна кількість балів необмежена).

Важливо! Наказом МОЗ № 446 наведені критерії нарахування балів безперервного професійного розвитку.

Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку складається лікарем. Облік балів ведеться лікарем та засвідчується керівником закладу охорони здоров'я за місцем роботи у період, за який обліковуються бали.

Наявність мінімальної кількості балів, яка має бути підтверджена за річний період, не є обов'язковою, якщо у відповідний річний період лі-

кар не обліковував бали або облікував менше 50 балів внаслідок виникнення об'єктивних причин (стан здоров'я лікаря, надзвичайні ситуації природного і техногенного характеру, військові дії тощо), підтверджених документально у встановленому законодавством порядку.

Як реєструвати особисте освітнє портфоліо?

Особисте освітнє портфоліо за відповідний річний період подається лікарем для щорічної перевірки до відділу кадрів за місцем роботи до 1 березня. Освітнє портфоліо подається щорічно виключно до відділу кадрів за місцем роботи незалежно від того, проходить лікар чергову атестацію у поточному році чи ні.

Особисте освітнє портфоліо містить:

— заповнену форму особистого освітнього портфоліо із зазначенням контактних даних (номер телефону, адреса електронної пошти);

— копії документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку за відповідний річний період.

Зверніть увагу, що в особистому освітньому портфоліо є пункт «кількість наданих медичних послуг за звітний період».

Відділ кадрів за місцем роботи контролює вчасне подання лікарями їх особистих освітніх портфоліо та перевіряє, чи облікував лікар мінімальну кількість балів за відповідний річний період.

За результатами перевірки відділ кадрів за місцем роботи надає для затвердження керівнику закладу охорони здоров'я перевірені особисті освітні портфоліо, узагальнений звіт щодо подання лікарями особистих освітніх портфоліо та перелік осіб, які мають проходити атестацію у поточному році.

Особиста відповідальність керівника

Керівник закладу охорони здоров'я щорічно затверджує план навчання лікарів у рамках безперервного професійного розвитку та звіт щодо виконання плану за минулий рік.

Керівник закладу охорони здоров'я на підставі інформації, наданої відділом кадрів, приймає рішення щодо направлення лікаря на атестацію або на стажування, за що несе персональну відповідальність.

Пам'ятайте! Лікареві, який свідомо надав недостовірні дані про перебіг свого безперервного професійного розвитку, буде відмовлено в атестації.

Висновки

Отже, сучасний стан медичної сфери України потребує реформування. Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що забезпечити та підвищити якість медичних послуг можливо тільки при постійному вдосконаленні та формуванні системи. БПР передбачає постійний розвиток працівників сфери охорони здоров'я для надання якісної медичної допомоги.

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

Список літератури

1. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Наказ МОЗ України № 725 від 14 липня 2021 року, що набирає чинності з 1 січня 2022 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>
2. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>
3. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України № 1753 від 18.08.2021 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1338-21#n2>
4. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF#Text>
5. БПР лікарів: все що потрібно знати у 2021 році. Медичний портал ITMED. https://itmed.org/clinic_articles/bpr-likariv-vse-shcho-potribno-znati-v-2021-rotsi/
6. Про БПР. <https://portal.phc.org.ua/uk/pro-bpr/>
7. Худощина О.В. Зарубіжний досвід державного регулювання ліцензування професійної діяльності медичних працівників у контексті пропозицій реформування медичної сфери в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 20. C:/Users/user/Desktop/23 %20 %!!!!!!!.pdf

Отримано/Received 02.12.2021

Рецензовано/Revised 17.12.2021

Прийнято до друку/Accepted 23.12.2021 ■

A. Pozhevilova¹, K. Pozhevilova²

¹Gradalis Medical Center, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Continuing professional development of a dentist in 2022

Abstract. In 2022, attestation of doctors will take place in accordance with the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated February 22, 2019 No. 446 "Some issues of continuous professional development of doctors" (as amended) and the Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated July 14, 2021 No. 725 "On approval of the Regulations on continuous professional development of medical and pharmaceutical workers", which entered into force on January 1, 2022. By March 1, 2022, a dentist must complete

a personal educational portfolio based on the results of continuing professional development (CPD) and confirm 50 points. CPD of healthcare workers is carried out through non-formal education during training at CPD events. The article provides information on the mechanism of scoring of CPD points, their annual inspection and preparation for certification.

Keywords: attestation of doctors; system of continuous professional development; formal education; non-formal education

Шиміліна В.В.¹, Хлебас С.В.², Слободяник М.В.²

¹ГО «Зубні лікарі України», КНП «Хмельницька обласна стоматологічна поліклініка», м. Хмельницький, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Зуболікарська освіта в Україні: історичні нариси

Резюме. Наприкінці XIX століття в Україні засновано приватні зуболікарські школи в Києві, Одесі, Харкові та Катеринославі. У 1920 році з формуванням нової організаційної моделі надання стоматологічної допомоги на засадах соціальної медицини підвищується потреба у забезпеченні системи охорони здоров'я стоматологічними кадрами. Реформування зуболікарської освіти в Україні має свої відмінності: з формуванням вищої стоматологічної освіти на одонтофаках медичних інститутів зберігаються та суттєво реформуються зуболікарські школи, що готують зубних лікарів, спеціалістів із середньою професійною медичною освітою. У статті подано архівні матеріали щодо реформування зуболікарських шкіл і особливості підготовки зубних лікарів на початку XX століття.

Ключові слова: стоматологічна допомога населенню України; зуболікарські школи; вища стоматологічна освіта; підготовка спеціалістів; нормативно-правові й архівні документи

Наприкінці XIX сторіччя (1891 р.) на теренах Російської імперії запроваджується державне регулювання в наданні зуболікарської допомоги, а саме наказом «Про реформування навчання зуболікувальному мистецтву» було узаконено зуболікувальні школи й офіційно затверджено звання зубного лікаря. 7 травня 1891 року було видано статут приватних зуболікувальних шкіл, який регулював їхню діяльність [1, 2, 10].

Зуболікарську допомогу надавали зубні лікарі й дантисти — спеціалісти, які не мали загальномедичної освіти та не вважалися лікарями. Зубні лікарі навчалися в приватних зуболікарських школах протягом 2,5 року за затвердженими програмами та після навчання мали складати іспит на медичному факультеті університету. Дантисти навчалися за індивідуальною програмою в приватних зуболікувальних кабінетах із подальшим складанням іспиту комісії при університеті. Підготовка дантистів проводилась до 7 травня 1900 року, а потім готували лише зубних лікарів. Дантисти мали право лікувати тільки зуби, а зубні лікарі — ще й захворювання порожнини рота. Медичну допомогу при щелепно-лицевих травмах і пораненнях надавали лікарі з вищою освітою, що спеціалізувалися на зуболі-

карській практиці, щелепно-лицевій хірургії, після закінчення медичного факультету університету й називалися лікарями-одонтологами. Підготовка одонтологів тривала на медичних факультетах протягом чотирьох років, потім вони відбували навчання в приватній зуболікарській школі [3, 9].

Зуболікарські школи мали право відкривати лише в містах, де були університети, а очолити школу могли лише лікарі-одонтологи з вищою освітою. Перші зуболікарські школи в Україні засновано наприкінці XIX сторіччя: в Одесі — Т.О. Тичинським (1893) та І.І. Марголіним (1896), а іспити зубні лікарі складали в Імператорському Новоросійському університеті. В 1898 році зуболікарські школи було відкрито в м. Києві лікарями Л. Головчинером, С. Лур'є, О. Плінером, а іспити зубні лікарі складали в Імператорському університеті Святого Володимира. Згодом відкрилися Київська зуболікарська школа Л.С. Бланка, Київська зуболікарська школа приват-доцента Університету Св. Володимира М.М. Жука. В найстарішому в Україні Імператорському Харківському університеті, що був заснований у 1803 році В.Н. Каразіним, приймали іспити у зубних лікарів Харківської зуболікарської школи. Першу зуболі-

карську школу в Харкові було відкрито 1898 р., а другу — 1 вересня 1900 р. Цього ж року в Катеринославі, після організації Вищого гірського училища, було дозволено зубному лікарю А.І. Шредеру та хірургу з вищою освітою Р.Ю. Веберу відкрити зуболікарську школу, в якій із 1902 р. викладав і написав свою першу працю «Стоматологічна фармакологія» Ю.М. Гофунг [3, 9, 10].

Події Жовтневої революції 1917 року суттєво змінили основи організації системи охорони здоров'я, та стоматології зокрема. Тяжкі наслідки Першої світової війни та громадянської війни, висока захворюваність населення України, зокрема на інфекційні хвороби, стимулювали керівництво України до запровадження нової організаційної моделі надання медичної та стоматологічної допомоги, побудованої на соціальних закладах [2].

До Жовтневої революції усі зуболікарські школи в Україні були приватні, офіційно завідували в них дипломовані лікарі-одонтологи з вищою освітою. Такі школи були організовані в університетських містах, а саме в Харкові, Києві, Одесі, Катеринославі. В урядових лікарських установах, у міських і земських лікарнях посад зубних лікарів не було. Зуболікарська допомога була цілком у руках приватних лікарів. Лише окремі дипломовані лікарі обирали своєю спеціальністю лікування зубів, щелеп. Відсутність зв'язку зуболікарських шкіл із вищими медичними школами дуже обмежувала загальну медичну підготовку зубних лікарів. Недостатність освіти усвідомлювали самі зубні лікарі, які на своїх з'їздах вирішували звертатися до уряду про відкриття державних зуболікарських інститутів, але їх клопотання не були задоволені. Наслідки такої неувagi до вивчення та лікування захворювань щелепно-лицевої ділянки особливо проявилися в часи Першої світової війни, коли велика кількість поранених із пошкодженнями щелеп і зубів, спотворенням обличчя не діставали раціональної допомоги через відсутність у хірургів досвіду в цій галузі. Необхідність у такій допомозі й зумовила виділення в хірургії галузі, що спеціалізувалася на лікуванні захворювань порожнини рота, щелеп і суміжних ділянок лица та шиї, — стоматології (від грец. слів «рот» і «слово»), яка набула широкого розвитку вже в радянській медицині [3, 9, 10].

Зуболікарська допомога надавалася зубними лікарями та дантистами зазвичай у великих містах. У сільській місцевості стоматологічна допомога здійснювалася фельдшерами та земськими лікарями й зводилася переважно до видалення зубів або розтину абсцесу. Стоматологічна допомога на той час надавалася в основному приватними зуболікарськими кабінетами та була доступна лише для забезпечених громадян, які могли оплатити лікування. Приватна форма організації зуболікарської допомоги не була спроможна вирішити численні медико-санітарні та соціальні проблеми й задовольнити потреби населення. Доступ до цього виду медичної допомоги був обмежений як високою ціною, так і малою кількіс-

тю зуболікарських кабінетів і підготовлених спеціалістів [10].

Ситуація у стоматологічному житті потребувала термінової розбудови системи охорони здоров'я та зуболікарської допомоги населенню. Декретами Народного комісаріату охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки (НКОЗ УРСР) із квітня 1920 року розпочинається розбудова державної соціальної медицини, спрямована на масове охоплення населення медичною допомогою. З метою ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування запроваджувалося державне регулювання системи охорони здоров'я, що забезпечувалося коштами держави [2].

Реорганізація зуболікарської освіти

У 1920 р. стоматологія стала окремою дисципліною медицини, в Україні відбувалося становлення державної системи зуболікувальної допомоги, здійснювались пошуки оптимальних шляхів організації обслуговування міського та сільського населення [3, 10].

Постанова про реформу зуболікарської освіти, що була прийнята 1 жовтня 1918 р. та підписана народним комісаром охорони здоров'я М.О. Семашко при погодженні з народним комісаром просвіти М.М. Покровським і керівником зуболікарської підсекції П.Г. Дауге, відкривала шлях до запровадження вищої стоматологічної освіти [6].

Із березня 1920 р. на факультетах медичних університетів розпочали відкриватися кафедри стоматології, відчиняли двері також профільні одонтологічні вищі медичні заклади: 1922 р. в Києві відкрився Одонтологічний інститут. Разом із тим у пункті 2 цієї Постанови говорилося про закриття зуболікарських шкіл та використання їх матеріально-технічних баз для створення нових одонтологічних факультетів [6].

Система охорони здоров'я, висока поширеність стоматологічних хвороб та їх ускладнень потребували значно більшої кількості спеціалістів, ніж було в Україні. Підвищення потреби в зуболікарській допомозі відбувалося на тлі кадрової кризи в галузі. В Україні точилася громадянська війна, і значну кількість зубних лікарів було мобілізовано. Перші випуски одонтологічних інститутів планувалися лише через чотири роки. Певна кількість зубних лікарів проходили навчання на одонтологічних факультетах і лише частково надавали стоматологічну допомогу. Всі ці чинники поглиблювали кадрову кризу в галузі, тож увага НКОЗ УРСР була спрямована на збереження зуболікарських шкіл в університетських містах та підготовку фахівців із спеціальною середньою професійною освітою — зубних лікарів [3].

Таким чином, в Україні запроваджується інший шлях кадрового забезпечення стоматологічної галузі, відмінний від Росії та інших союзних республік, а саме: розбудова одонтологічних факультетів

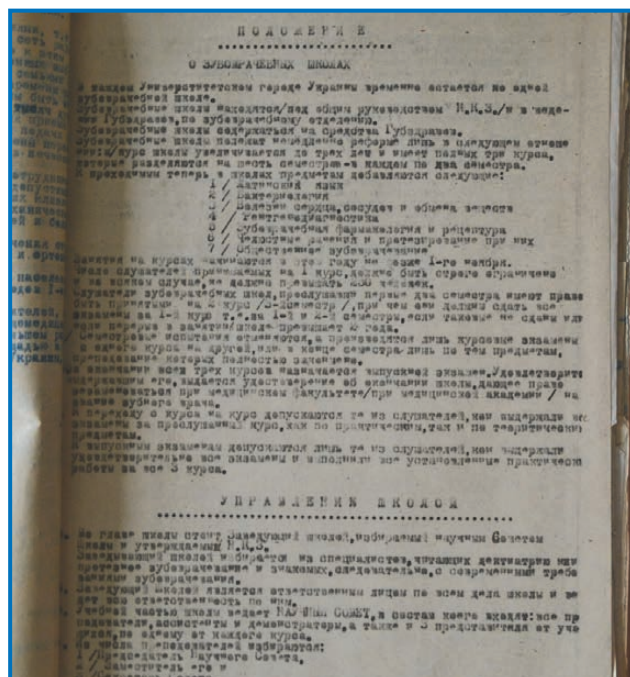


Рисунок 1. Положення про зуболікарські школи від 30 вересня 1920 року (перша сторінка)

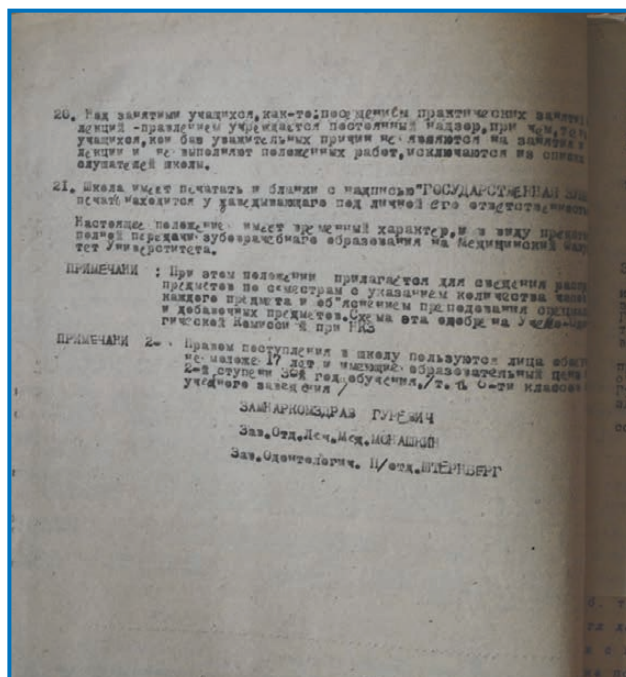


Рисунок 2. Положення про зуболікарські школи від 30 вересня 1920 року (друга сторінка)

(одонтофаки) та реорганізація (замість закриття) зуболікарських шкіл. Такий шлях розвитку стоматологічної освіти сприяв швидкому зростанню кадрового потенціалу галузі в Україні. У подальшому фахівці, які отримали стоматологічну освіту в Україні, за державним розподілом направлялись для надання зуболікарської допомоги у найвіддаленіші куточки Радянського Союзу.

Для забезпечення сільського та міського населення зуболікарськими кадрами потребувала реорганізації зуболікарська середня професійна освіта: зміна програми навчання майбутніх фахівців та її удосконалення, розвиток державних зуболікарських освітніх закладів, які б могли забезпечити країну зубними лікарями в повному обсязі [5].

З метою посилення загальнономедичної підготовки зубних лікарів була переглянута їх навчально-освітня програма. Зуболікарські школи переходили з приватної форми власності в державну та перебували під загальним керівництвом Народного комісаріату охорони здоров'я по зуболікарському відділенню й утримувались за кошти губернських відділів охорони здоров'я [5].

Реформування зуболікарської школи передбачало збільшення тривалості навчання до трьох років (повних три курси, які поділяються на 6 семестрів — у кожному курсі по 2 семестри). Заняття на курсах мали розпочатися в 1920 р. не пізніше 1 листопада для всіх зуболікарських шкіл. Кількість слухачів, які приймалися на 1-й курс, мала бути суворо обмежена та не повинна була перевищувати 250 осіб (рис. 1) [5].

У Положенні про зуболікарські школи (рис. 1) в редакції від 30 вересня 1920 року введено нову програ-

му з навчання зубних лікарів та нові умови навчання й складання іспитів. Згідно з цим, у кожному університетському місті України тимчасово залишається по одній зуболікарській школі, що знаходиться під загальним керівництвом зуболікарського відділення НКОЗ УРСР та утримується на кошти губернських відділів охорони здоров'я [5].

До прохідних предметів додаються загальнономедичні та зуболікарські: латинська мова, бактеріологія, хвороби серця, судин і обміну речовин, рентгенодіагностика, зуболікарська фармакологія та рецептура, щелепні поранення та протезування при них, громадське зуболікування (рис. 1) [5].

Після закінчення всіх трьох курсів призна- чалися випускні іспити. При задовільній здачі іспитів видавалося посвідчення про закінчення школи, яке давало право екзаменуватися при медичних факультетах на звання «зубний лікар». До переходу до наступного курсу допускалися ті зі слухачів, які витримали всі іспити за курс і прослухали теоретичні предмети, а також пройшли практичні заняття. До випускних іспитів допускалися лише ті зі слухачів, які задовільно витримали всі іспити та виконали всі встановлені практичні роботи за три курси [5].

Управління зуболікарською школою

Згідно з Положенням про зуболікарські школи (рис. 1 та 2), очолював зуболікарську школу завідувачий школою, який обирався науковою радою школи та затверджувався Народним комісаріатом охорони здоров'я УРСР зі спеціалістів, які читали дентіатрію або протезне зуболікування й володіли сучасними методами зуболікування [5].

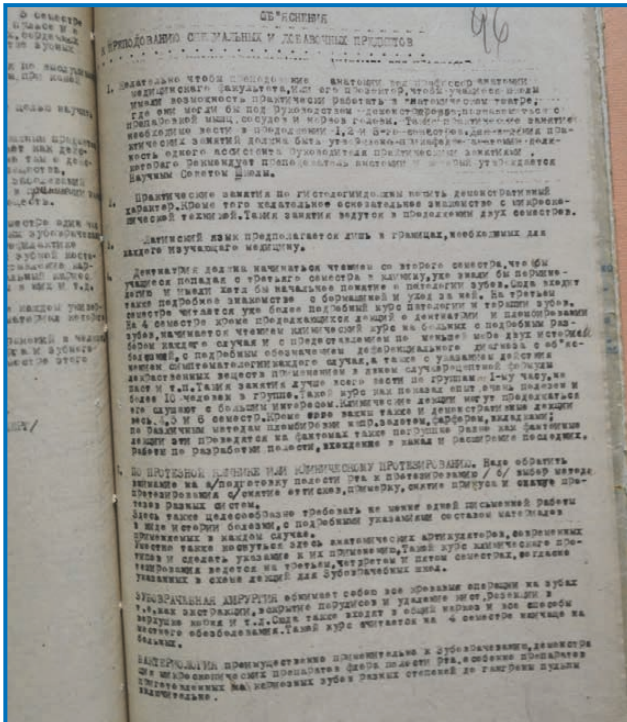


Рисунок 3. Роз'яснення наркома охорони здоров'я «До викладання додаткових та спеціальних предметів» (перша сторінка)

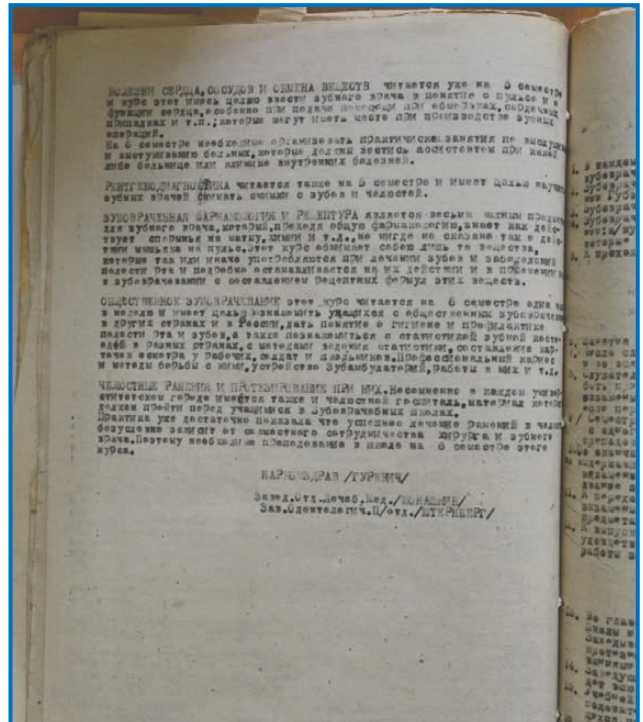


Рисунок 4. Роз'яснення наркома охорони здоров'я «До викладання додаткових та спеціальних предметів» (друга сторінка)

Навчальною частиною школи керувала наукова рада, до складу якої входили всі викладачі, асистенти та демонстратори, а також три представники від учнів — по одному від кожного курсу. З числа викладачів обиралися: голова наукової ради, заступник голови наукової ради та секретар ради. Наукова рада обирала зі свого боку двох членів, які разом із завідувачем школою являли собою правління школи [5].

Головою правління був завідуючий школою. Всі папери, які виходили з канцелярії школи, мали бути закріплені підписом завідуючого та діловодом школи. Над зайнятими учнями правлінням був заснований постійний нагляд, причому ті з учнів, які без поважних причин не з'являлися на заняття та лекції і не виконували покладених робіт, виключалися зі списків слухачів школи [5].

Для підтвердження державності та важливості зуболікарських шкіл кожна школа мала право друкувати бланки з надписом «Державна зубшкола», печатка знаходилася у завідуючого під особисту його відповідальність і контроль [5].

Навчально-освітні програми зуболікарських шкіл

До підготовки навчально-освітніх програм та викладання медичних і стоматологічних дисциплін у зуболікарських школах висувалися високі вимоги. Освітній процес у закладах освіти регулювався Народним комісаріатом охорони здоров'я УРСР у роз'ясненні наркома охорони здоров'я «До викладання додаткових та спеціальних предметів» (рис. 3 та 4) [4].

До загальних предметів у програму зуболікарських шкіл додалися спеціалізовані дисципліни для всебічного розвитку зуболікарської освіти. Це були загальнономедичні та спеціальні зуболікарські предмети. Із загальних медичних дисциплін у зуболікарських школах викладали: анатомію, гістологію, латинську мову, бактеріологію, хвороби серця, судин та обміну речовин, рентгенодіагностику тощо. До спеціальних зуболікарських дисциплін належали такі, як дентиатрія, протезна клініка та клінічне протезування, зуболікарська хірургія, зуболікарська фармакологія та рецептура, громадське зуболікування, щелепні поранення та протезування при них (рис. 3 та 4) [4].

При підготовці в зуболікарських школах значну увагу приділяли вивченню анатомії. З цією метою викладання анатомії мав проводити професор анатомії медичного факультету або його прозектор, щоб учні школи мали можливість практично працювати та під керівництвом демонстраторів ознайомлюватись з препаруванням м'язів, судин і нервів голови. Такі практичні заняття проводили протягом 1, 2 та 3-го семестрів. Ведення практичних занять було затверджено при кафедрі анатомії [4].

Практичні заняття з гістології мали демонстративний характер та являли собою знайомство з мікроскопічною технікою. Такі заняття проводилися протягом двох семестрів. Латинська мова викладалась у межах медицини з акцентом на вивчення медичної термінології [4].

Основи надання зуболікарської допомоги, а саме дентиатрії, майбутні зубні лікарі починали опано-

увати на другому семестрі навчання. Для зубних лікарів дентиатрія за роз'ясненням повинна розпочинатися читанням з другого семестру, щоб учні, потрапляючи з третього семестру в клініку, вже знали термінологію та мали загальне уявлення про патологію зубів. Сюди також входило докладне знайомство з бормашиною та догляд за нею. На 3-му семестрі викладається вже більш докладний курс патології та терапії зубів. На 4-му семестрі, крім лекцій з дентиатрії та пломбування зубів, розпочинається читання клінічного курсу на хворих із докладним розбором кожного випадку та наданням щонайменше двох історій хвороб із докладним позначенням диференціального діагнозу та поясненням симптоматології кожного випадку, а також із зазначенням дії лікарських речовин, застосуванням у певному випадку рецептної формули паст і т.п. [4].

З метою глибокого опанування професії заняття мали проводитись по групах не більше ніж 10 чоловік у кожній. Клінічні лекції могли продовжуватися весь 4, 5 та 6-й семестри. Учні зуболікарських шкіл мали змогу відвідувати демонстративні лекції з різноманітних методів пломбування золотом, фарфором, вкладками. На заняттях курсанти слухали відповідні лекції, практичні заняття проводилися на фантомах, з розробкою каріозної порожнини та порожнини зуба, проходженням каналів та їх розширенням [4].

Крім дентиатрії, особливу увагу приділяли вивченню основ протезування зубів. На кафедрі зубопротезування займалися підготовкою порожнини рота до протезування, обирали методи протезування, знімали відтиски, здійснювали примірки, розробляли анатомічні артикулятори. Такий курс клінічного протезування встановлювався на 3, 4 та 5-му семестрах згідно з вказаним у схемі лекцій для зуболікарських шкіл. Також вимагалось не менше однієї письмової роботи у вигляді історії хвороби, з детальним зазначенням складу матеріалів, які використовуються в кожному випадку [4].

Зуболікарська хірургія обіймала екстракції зубів, розкриття абсцесів та видалення кіст, резекції верхівки кореня, загальний наркоз та всі методи місцевого знеболювання. Такий курс проводився на 4-му семестрі на пацієнтах (рис. 3) [4].

Викладання стоматологічних дисциплін проводилось із включенням інформації з основ мікробіології, для демонстрації використовувались мікроскопічні препарати флори із застосуванням бакматеріалів каріозних і гангренозних зубів [4].

З метою посилення загальнономедичних знань такі дисципліни, як хвороби серця, судин та обміну речовин, викладалися на 5-му семестрі, цей курс мав за мету ввести зубного лікаря в поняття внутрішніх хвороб з акцентом на маніпуляції, за яких пацієнт втрачає свідомість при зуболікарському втручанні. На 6-му семестрі організовувалися практичні заняття, що проводилися асистентом у лікарні або клініці з відвідуванням і оглядом хворих (рис. 4) [4].

Рентгенодіагностика вводилась на 5-му семестрі та мала на меті навчити зубних лікарів робити знімки

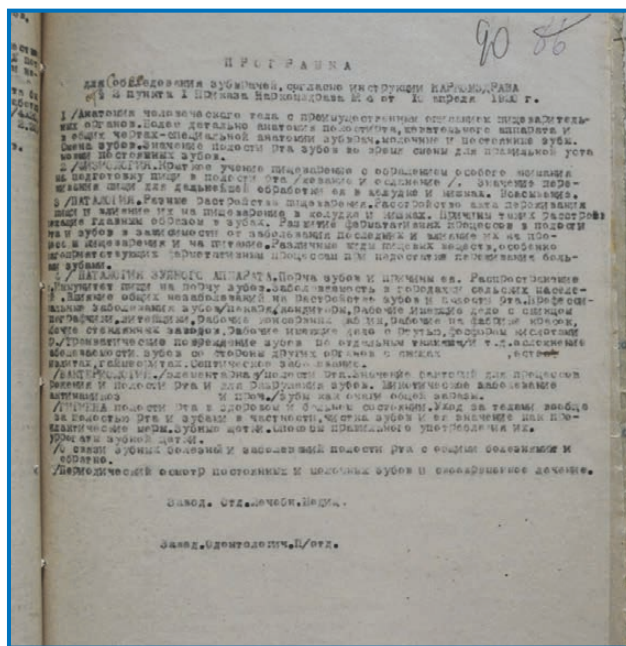


Рисунок 5. Програма співбесіди зубних лікарів згідно з Інструкцією Народного комісаріату охорони здоров'я § 2 пункту 1 наказу Народного комісаріату охорони здоров'я № 4 від 10 квітня 1920 року

зубів і щелеп. Дисципліна «зуболікарська фармакологія та рецептура» відрізнялась від «загальної фармакології» та мала навчити майбутніх зубних лікарів складати рецепти саме для надання зуболікарської допомоги, що використовуються лише для лікування зубів [4].

Важливим напрямом роботи в новій системі охорони здоров'я була профілактика захворювань шляхом введення загальної диспансеризації населення, вжиття оздоровчих і санітарних заходів [1]. Тому була започаткована така дисципліна, як «громадське зуболікування», що мала загальний ознайомчий характер, викладалася на 6-му семестрі один раз на тиждень і ставила на меті ознайомлення учнів із громадським зуболікуванням в інших країнах, а також давала поняття про гігієну й профілактику порожнини рота та зубів, знайомила зі статистикою в різних країнах світу, з методами ведення статистики, складання карточок огляду, вивчала професійний карієс, методи боротьби з ним, облаштування зубних амбулаторій і роботу в них (рис. 4) [4].

У післявоєнні часи в країні важливе місце посів такий предмет, як щелепні поранення та протезування при них. У кожному університетському місті завжди знаходився військовий госпіталь, де учні мали змогу ознайомлюватися з видами щелепних травм, поранень та проходити практичні заняття. Здійснювалося викладання щелепних поранень та протезування при них у зуболікарській школі на 6-му семестрі третього курсу [4].

Реформування зуболікарської освіти дало можливість у короткі строки вирішити кадрове питання

стоматологічної допомоги населенню. Стоматологічна допомога надавалась у державних зуболікарських амбулаторіях, в амбулаторно-поліклінічних умовах. Налагоджувалася система надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги за дільничним принципом, де лікарі-стоматологи працювали разом із терапевтами, хірургами, гінекологами й іншими медиками. На великих заводах, промислових підприємствах створювалися медико-санітарні амбулаторії (цехи), що надавали медичну та стоматологічну допомогу робітникам за місцем їх роботи. До складу бригад таких амбулаторій входили терапевти, хірурги, зубні лікарі. Таким чином реалізовувався новий принцип радянської медицини — стоматологія стала невід'ємною частиною медичної допомоги [2].

Критерії оціночної характеристики зубних лікарів

Відповідно до Програми співбесіди зубних лікарів, згідно з Інструкцією Народного комісаріату охорони здоров'я § 2 пункту 1 наказу Народного комісаріату охорони здоров'я № 4 від 10 квітня 1920 року, кожен фахівець мав досконало володіти знаннями щодо анатомії людського тіла з переважним описом травних органів і детальної анатомії порожнини рота, жувального апарату та анатомії молочних і постійних зубів, періодів зміни молочних зубів на постійні та значення здоров'я молочних зубів для правильного росту постійних (рис. 5) [8].

Велике значення мали знання з фізіології та патології травлення, при якій недостатнє функціонування жувального апарату негативно впливає на шлунково-кишковий тракт у цілому, що відіграє особливу роль при несприятливих ферментативних процесах. Тому важливими також були знання з патології зубного апарату. В цьому випадку необхідно володіти знаннями щодо псування зубів і причин їх руйнування, знати статистику захворюваності міського та сільського населення й особливості професійних захворювань зубів (стосувалося пекарів, кондитерів, робочих, які мають справу зі свинцем, ливарників, трудящих на заводах з виготовлення фарб, робочих скляних заводів, а також працівників, які мають справу зі ртуттю, фосфором, кислотами тощо) [8].

Майбутній фахівець повинен мати основні знання з бактеріології та гігієни порожнини рота та розуміти зв'язок зубних хвороб і захворювань порожнини рота із загальними хворобами, а також розуміти важливість періодичних оглядів постійних і молочних зубів, їх своєчасного лікування.

10 серпня 1920 року вийшла Постанова Народного комісаріату освіти та Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР «Про перевірочні випробування для осіб, які закінчили зуболікарські школи», підписана наркомом освіти Г.Ф. Гриньком, наркомом охорони здоров'я М.Г. Гуревичем, завідувачим Левенсоном та завідувачим одонтологічним підвідділом Владиміровим. Згідно з цією

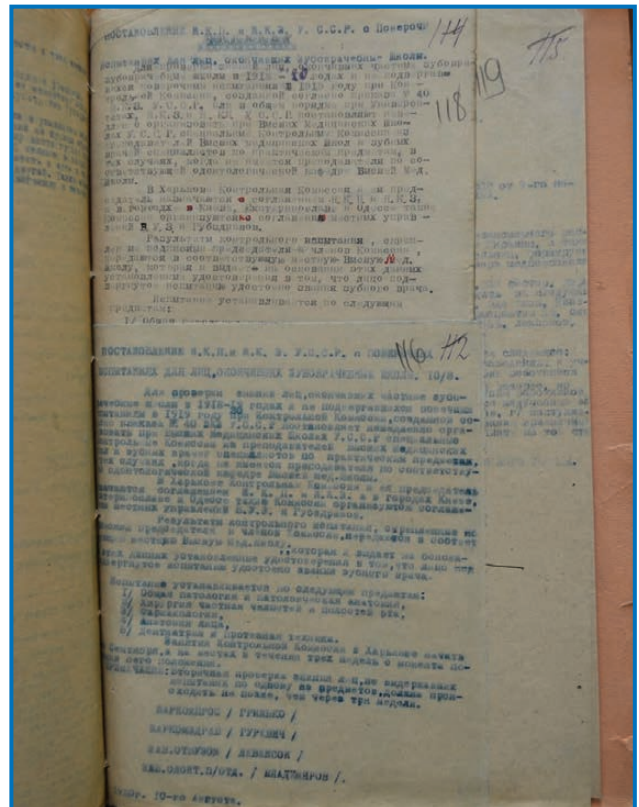


Рисунок 6. Постанова Народного комісаріату освіти та Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР «Про перевірочні випробування для осіб, які закінчили зуболікарські школи» від 10.08.1920 р.

постановою, для перевірки знань зубних лікарів при вищих медичних школах УРСР організовувалися спеціальні контрольні комісії з викладачів вищих медичних шкіл та зубних лікарів — спеціалістів з практичних предметів. У Харкові контрольна комісія та її голова призначаються за згодою Народного комісаріату освіти та Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР, а в містах Києві, Катеринославі та Одесі такі комісії організовуються за згодою місцевих управлінь при губернських відділах охорони здоров'я (рис. 6) [6]. Фактично в Україні на той час було 4 школи: в Києві, Одесі, Катеринославі та Харкові [6].

Результати контрольного випробування, закріплені підписами голови та членів комісії, передавалися у відповідну місцеву вищу медичну школу, яка на основі цих даних видавала посвідчення в тому, що особа піддавалась випробуванню та здобула звання зубного лікаря [7].

Випробування охоплювало кілька найважливіших предметів на перевірку теоретичних і практичних знань, а саме: загальна патологія та патологічна анатомія, шелепна хірургія та хірургія порожнини рота, фармакологія, анатомія обличчя та дентиатрія, протезна техніка. Якщо особа не проходила первинної перевірки знань, то не пізніше ніж через три тижні проводилася вторинна перевірка з даного випробування [7].

Таблиця 1. Лікувально-профілактичні заклади, що надавали стоматологічну допомогу в Україні, та кадровий потенціал галузі

	1927*	1928*	1933**	1936*	1937*	1939*	1940*
Заклади, що мають зуболікарські відділення	23	31	1346 (797 у містах, 549 у селах)	1371	1467	1729	2229
Кількість лікарів-стоматологів (уся група)			1178	1535	1604	2247	2702
Кількість зубних лікарів			1207	1068	853	1090	1644

Примітки: * — за даними бюро медико-санітарної статистики Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР, форма 90. Статистичні дані надано ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України»; ** — за даними І пленуму Стоматологічної ради Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР, 15–18 травня 1937 року, м. Одеса.

У 1920 р. стоматологія увійшла в окрему дисципліну, відбувалося становлення державної системи одонтологічної допомоги та пошуки оптимальних шляхів організації обслуговування міського та сільського населення. З березня 1920 р. на факультетах медичних університетів почали відкриватися кафедри стоматології, відчиняли двері також профільні одонтологічні вищі медичні заклади: 1922 р. у Києві відкрився Одонтологічний інститут, 1928 р. в Одесі — Науково-дослідницький інститут стоматології та ін. Також було запропоновано нову систему оцінки праці зубного лікаря, а саме: одиниця праці (20 хвилин для лікування одного каріозного зуба), ідея створення централізованої та безкоштовної системи охорони здоров'я, що була покладена в основу державної політики та реалізована на практиці [9, 10].

Завдяки реформуванню стоматологічної галузі у ХХ ст. і соціально-стоматологічної допомоги на засадах державного фінансування та удосконалення стоматологічної освіти в Україні відбувся приріст кадрового потенціалу стоматологічної галузі та лікувально-профілактичних закладів, що надавали стоматологічну допомогу населенню (табл. 1).

Висновки

Отже, в Україні запроваджується інший шлях кадрового забезпечення стоматологічної галузі, відмінний від Росії та інших союзних республік, а саме: розбудова одонтологічних факультетів (одонтофаки) та реорганізація (замість закриття) зуболікарських шкіл. Такий шлях розвитку стоматологічної освіти в Україні сприяв швидкому зростанню кадрового потенціалу галузі. В подальшому фахівці, які отримали стоматологічну освіту в Україні, за державним розподілом направлялися для надання зуболікарської допомоги та розбудови стоматологічної галузі у найвіддаленіші куточки Радянського Союзу.

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

Список літератури

1. Верхратський С.А. Історія медицини. 3-тє видання. Київ: Вища школа. Головне видавництво, 1983. С. 243; 351-352.

2. Мазур І.П. Історичні аспекти організації стоматологічної служби в Україні. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2019. № 21(466). С. 36-37.

3. Мазур І.П. Стоматологічна освіта — рушійна сила в розвитку стоматологічної галузі. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2019. № 17(462). С. 30-31. <https://health-ua.com/article/44043-stomatologchna-osvta--rushijna-sila-rozvitku-stomatologchno-galuz>

4. Объяснение к преподаванию специальных и добавочных предметов. ЦДАВО України. Ф. 342. Оп. 2. Спр. 164. Накази, інструкції і обіжники одонтологічного підвідділу. Оригінал. Машинопис.

5. Положение «О зубоврачебных школах». ЦДАВО України. Ф. 342. Оп. 2, Спр. 140. Реформа зубоврачебного образования. НКОЗ 30.09.1920 р. Арк. 29-30. Оригінал. Машинопис.

6. Постановление «О реформе зубоврачебного образования». ЦДАВО України. Ф. 342. Оп. 2. Спр. 140. «Реформа зубоврачебного образования». Арк. 2. Копія. Машинопис.

7. Постановление НКП и НКЗ УССР о поверочных испытаниях для лиц, окончивших зубоврачебные школы. ЦДАВО України. Ф. 342. Оп. 2. Спр. 164. Накази, інструкції і обіжники одонтологічного підвідділу. НКОЗ 10.08.1920 р. Арк. 118. Оригінал. Машинопис.

8. Программа для собеседования зубных врачей согласно инструкции Наркомздрава § 2 пункта 1 Приказа Наркомздрава № 4 от 10.04.1920 г. ЦДАВО України. Ф. 342. Оп. 2. Спр. 164. Накази, інструкції і обіжники одонтологічного підвідділу. Арк. 90. Оригінал. Машинопис.

9. Стоматологія України. Історичні нариси. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Харків: СІМ, 2017. 192 с.

10. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нариси. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Кропивницький: Поліум, 2020. 224 с. <https://library.gov.ua/ukrayinska-naukova-stomatologichna-shkola/>

Отримано/Received 01.12.2021
Рецензовано/Revised 15.12.2021
Прийнято до друку/Accepted 22.12.2021 ■

Information about authors

Vira Shymilina, Chair of the NGO "Dentists of Ukraine", dentist in Khmelnytsky Regional Dental Clinic, Khmelnytsky, Ukraine e-mail: veravita79@gmail.com; zubni.likarigo@gmail.com; phone +380673115008

Svitlana Khlebas, PhD, Shupyk National University of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: khlyebassv@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-3122-7131>

Marianna Slobodyanik, Shupyk National University Healthcare of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: maryana.slobodyanik@gmail.com

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

V.V. Shymilina¹, S.V. Khlebas², M.V. Slobodyanik²

¹Chair of the NGO "Dentists of Ukraine", MNPE "Khmelnytskyi Regional Dental Polyclinic", Khmelnytskyi, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Dental education in Ukraine: historical essays

Abstract. At the end of the 19th century, private dental schools were established in Ukraine in Kyiv, Odesa, Kharkiv, and Katerynoslav. In 1920, with the formation of a new organizational model for the provision of dental care on the basis of social medicine, the need to provide the health care system with dental staff increased. The reform of dental education in Ukraine has its differences: with the formation of higher dental education in the dental faculties of medical institutes, dental schools

that train dentists, specialists with secondary professional medical education are preserved and significantly reformed. The article presents archival materials on the reform of dental schools and the peculiarities of the training of dentists in the early 20th century.

Keywords: dental care for the population of Ukraine; dental schools; higher dental education; training of specialists; normative-legal and archival documents

Історична хронологія організації державної системи стоматологічної служби в Україні

Резюме. У статті наведені історичні нариси створення державної системи організації стоматологічної служби України. Досвід багаторічної історії стоматологічної допомоги розкриває еволюційний шлях створення, розвитку та вдосконалення зуболікарської діяльності як невід'ємної складової медицини. Організаційно-економічна модель зуболікарської допомоги бере початок із дореволюційного періоду та будується на принципах безоплатності, доступності, кваліфікованості, комплексності та профілактики захворювань. Аналіз історичних даних дозволяє побачити закономірності досягнень та внесків діячів одонтології в розвиток стоматології та націлити на вдосконалення та процвітання сучасної стоматології та стоматології майбутнього.

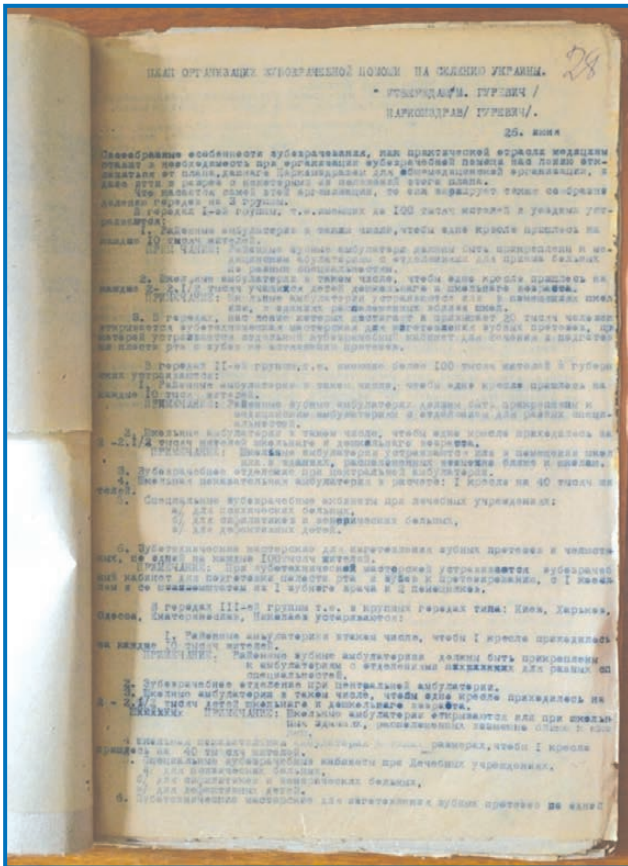
Організація зуболікарської допомоги та освіта в дореволюційні часи

На початку XX ст. в Росії відбулося становлення страхової медицини. На території України у великих містах працювали зуболікарські амбулаторії, що мали змогу надавати високоякісну стоматологічну допомогу. За відсутності достатньої кількості спеціалізованих одонтологічних клінік та належного отримання населенням стоматологічного лікування у 1912 році третя Державна Дума прийняла закон «Про страхування робітників на випадок хвороби». У закладах медичного обслуговування розпочалося розширення зуболікарської служби, діяльність якої була спрямована на організацію медичної допомоги застрахованим громадянам. Для систематичного отримання стоматологічної допомоги був прийнятий «Закон про лікарняні каси», який став фундаментом здобуття своєчасної застрахованої зуболікарської допомоги. Оплата зуболікарських послуг робітникам здійснювалась внеском 1–3 % їхнього заробітку, а для підприємців становила 2/3 із суми внесків робітників. Одонтологічні товариства неодноразово розглядали питання про розширення переліку стоматологічних маніпуляцій, що покривалися коштами страхових лікарняних кас. На засіданні

Одеського одонтологічного товариства у 1914 році обговорювалось, що до безкоштовного стоматологічного лікування відносилось хірургічне лікування, а саме розтин абсцесу та видалення зубів, однак постановка пломби на зуби та подальше ортопедичне протезування здійснювалось за рахунок коштів хворого [1, с. 52, 53].

Після Лютневої революції 1917 року Тимчасовий уряд О.Ф. Керенського прийняв зміни до чинного закону «Про страхування робітників на випадок хвороби», у якому передбачався перехід лікарняних кас на повне самоврядування із наданням усіх уповноважень в організації медичної допомоги застрахованим хворим. Стоматологічна допомога в межах страхового забезпечення передбачала як лікувальні, так і профілактичні заходи оздоровлення населення. Для оптимізації зуболікарської допомоги планувалося створення зуболікарських кабінетів при амбулаторіях лікарняних кас із забезпеченням кожної тисячі застрахованих однією посадою зубного лікаря [2, с. 78, 79].

Події Першої світової війни змусили медичних працівників разом із зубними лікарями нести почесну повинність на військових фронтах. Воєнні шпиталі були переповнені хворими із вогнепальними пораненнями,



План організації зуболікувальної допомоги населенню України (с. 1)

травмами та ушкодженнями обличчя й щелеп. Отримання медичної допомоги при вогнепальних пораненнях та травмах щелепно-лицьової ділянки потребувало не тільки участі лікарів-хірургів загального профілю, а й долучення до співпраці лікарів-одонтологів або зубних лікарів. Необхідність подальшого розвитку військово-польової хірургії щелепно-лицьової ділянки в подальшому стала ще одним важелем у реформуванні зуболікарської освіти.

Зуболікарська освіта здобувалась у приватних школах і була можливою лише для заможних верств населення. Питання щодо визначення одонтології медичною наукою та необхідності підготовки спеціалістів в університетах неодноразово обговорювалось на зібраннях одонтологічних товариств. Але для цього процесу були й перешкоди: по-перше, приватні школи давали доходи для їх власників, і вони не були зацікавленими віддавати зуболікарську освіту університетам; по-друге, університети не мали повноцінних клінічних баз із сучасним устаткуванням для проведення навчального процесу; по-третє, в царській Росії доступ до університетської освіти був обмеженим для певних національностей. Напрями реформування зуболікарської освіти активно обговорювали на п'ятому делегаційному з'їзді у 1917 році. Радикальні процеси в реформуванні стоматологічної освіти відбулись у 1918 році в РСФРР, а згодом, у 1919 році,

в Україні. Одним із основоположників реформування стоматологічної освіти був П.Г. Дауге, який доклав великих зусиль, енергії та наполегливості у його звершенні [3, с. 22, 23].

Запровадження державної зуболікувальної допомоги в Україні

Базові принципи медичної допомоги включали масовість, безоплатність, та побудову нових закладів охорони здоров'я — амбулаторій та лікарень в усіх населених пунктах України. У квітні 1920 року НКОЗ УРСР прийняв низку наказів, розпоряджень, роз'яснень у вигляді інструкцій, що регулювали надання соціальної зуболікарської допомоги населенню на засадах державного фінансування. З метою забезпечення доступного та висококваліфікованою стоматологічною допомогою робітничого класу та селян одонтологічним підвідділом (Штернберг) НКОЗ УРСР був запропонований «План організації зуболікувальної допомоги для населення України», який був затверджений 26 червня 1920 року народним комісаром М.Г. Гуревичем.

Розбудову мережі зуболікарських амбулаторій планували за територіальним принципом, а саме залежно від кількості населення, що проживало в місті або селищі. За тим же принципом 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 кількість населення становила до 100 тисяч жителів, організація роботи районних та шкільних амбулаторій підпорядковувалась наступним вимогам: районні амбулаторії були прикріплені до загальномедичних амбулаторій, мали окремі зуболікарські відділення для прийому хворих та працювали з розрахунком 1 крісло 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.

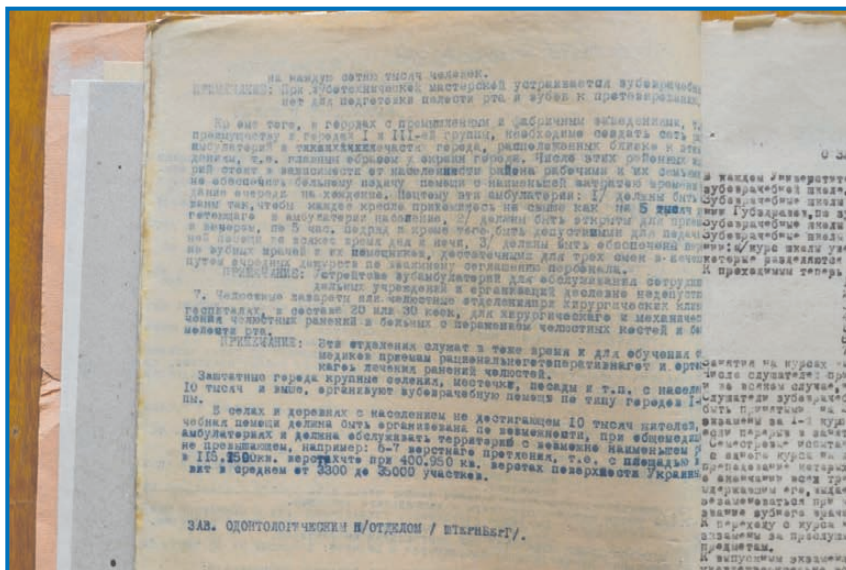
Міста, де населення перевищувало 100 тисяч, та великі міста (Київ, Харків, Одеса, Катеринослав (Дніпро) та Миколаїв), відносили до 2-ї та 3-ї групи. Основні принципи організації надання зуболікувальної допомоги в районних та шкільних амбулаторіях населених пунктів двох останніх груп ґрунтувались на вимогах у містах 1-ї групи. Однак з урахуванням збільшеної чисельності населення додатково було дозволено відкривати зуболікувальні заклади при центральних амбулаторіях та проводити шкільне й дошкільне зуболікування. Для дитячого контингенту на 1 крісло припадало 40 тисяч жителів. 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.

«План організації зуболікувальної допомоги для населення України» передбачав надання стоматологічної допомоги сільському населенню, що мешкало в населених пунктах з менш ніж 10 тисячами жителів. 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 мережі *шкільних амбулаторій* (проведення профілактики стоматологічних захворювань шкільного й дошкільного віку); *зуботехнічних лабораторій* (для лікування, підготовки й відновлення зубними протезами функціональності зубів у ротовій порожнині) та відкриття *спеціальних зуболікувальних кабінетів* для психічних, сифілітичних, венеричних хворих і дітей із вадами розвитку [4, с. 28].

Основні засади соціального зуболікування

Поширення інфекційних та соціальних хвороб під час Першої світової війни, Громадянської війни створювало негативні тенденції в динаміці демографічних процесів, відтворенні трудових ресурсів, що в цілому мало загрозу для держави. У системі охорони здоров'я України запроваджувались заходи запобігання поширенню соціально небезпечних хвороб у суспільстві. Соціально-економічні перетворення, спрямовані на всі сфери життєдіяльності населення України, змінювали медико-соціальну ситуацію, форми медико-санітарного забезпечення, критерії та показники роботи медичних закладів. У 1923 році Павло Георгійович Дауге опублікував лекцію, присвячену основоположнику радянської медицини М.О. Семашку, «Основи соціального зуболікування». Вивчення етіологічних та патогенетичних факторів інфекційних захворювань, клінічних особливостей поширення інфекції, наслідків можливих ускладнень дало можливість прийняти загальні протиепідемічні та профілактичні заходи оздоровлення населення. Унаслідок воєнних дій соціально-економічний рівень життя в суспільстві знизився, що вплинуло на поширеність захворюваності. Тому П.Г. Дауге у своїй лекційній доповіді стверджував, що «с соціальними болезнями можна боротися виключительно соціальними средствами» [5, с. 54–60]. Шкільне зуболікування, касова зуболікарська допомога, військове зуболікування, судово-медичне зуболікування, обстеження і боротьба з професійними захворюваннями порожнини рота і зубів — все це було спрямоване не тільки на зменшення основних показників захворюваності на стомато-



План організації зуболікувальної допомоги населенню України (с. 2)

логічні хвороби, але й на їх активну профілактику. Реформування зуболікарської освіти сприяло забезпеченню зуболікарської допомоги висококваліфікованими кадрами. Тісний зв'язок між двома визначальними факторами розвитку захворюваності населення потребував комплексного підходу до надання медичної допомоги для запобігання хворобі та запровадження модернізованих заходів медичного лікування в суспільстві.

Уперше питання про запровадження соціального зуболікування в охорону здоров'я населення обговорювалося вченими, лікарями та громадськими діячами в листопаді 1923 року на Першому Всеросійському одонтологічному з'їзді. Для запобігання поширенню інфекційних хвороб П.Г. Дауге закликав до перегляду нових соціально-медичних аспектів отримання зуболікарської допомоги. На державному рівні розроблялися наукові підходи та організаційні заходи щодо запобігання стоматологічним хворобам. 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. Соціальні аспекти отримання зуболікарської допомоги поставили на новому етапі в охороні здоров'я і були спрямовані на охорону праці та оздоровлення мільйонних мас населення.

Метою соціального зуболікування було оздоровлення робітників та селян шляхом об'єднання зусиль держави, науковців та медичних працівників. Були визначені основні організаційні завдання, спрямовані на забезпечення державою фінансування та подальшого створення зуболікувальних амбулаторій із наданням стоматологічної допомоги; наукову діяльність із вивчення та дослідження впливу соціальних, професійних і побутових умов на захворювання зубів і порожнини рота; підготовку в закладах вищої освіти та зуболікарських школах висококваліфікованих спеціалістів; уповноваження одонтологів, зубних лікарів

на своєчасне лікування та проведення санації дітей шкільного віку, сільського і робітничого населення із поширенням санітарно-гігієнічних норм та диспансеризації [6, с. 58].

Стоматологічна спільнота про соціальну зуболікарську допомогу

Реформування системи охорони здоров'я розпочалося зі створення нової організаційно-економічної моделі надання стоматологічного лікування. Державне регулювання системи охорони здоров'я торкнулося зуболікарської допомоги як невід'ємної складової частини висококваліфікованої медицини.

18 жовтня 1921 року П.Г. Дауге опублікував статтю «Основні думки щодо зуболікарської реформи в Радянській Росії». Вона була надрукована в німецькому журналі «Zahärzliche Rundschau» (№ 42). У ній були подані нові засади організаційно-економічної моделі отримання громадянами соціального медичного обслуговування. Стоматологічна спільнота Німеччини не сприймала запропоновані П.Г. Дауге впровадження в медицину. На підтримку статті П.Г. Дауге виступили проф. Г. Фішер та проф. А. Канторов, які відзначили реформу медицини як ефективний поштовх до стоматологічного оздоровлення населення [7, с. 55].

Соціальні аспекти запровадженої організаційно-економічної моделі стоматологічного лікування затверджували новий етап в державній системі охорони здоров'я. Організаційні завдання були спрямовані на охорону праці робітників, селян та оздоровлення всього населення. Альфред Кон був однодумцем П.Г. Дауге, який свідчив, що для запобігання захворюваності та впровадження заходів масового лікування в людському суспільстві потрібно різнобічно досліджувати хворобу кожного індивідуума та вдосконалювати методи зуболікарської допомоги. Московський лікар Меєр схвалював думку П.Г. Дауге і вважав, що нові засади державного соціального зуболікування розкривають важливі чинники захворюваності й об'єднують лікарів навколо посилення та зміцнення заходів стоматологічної служби.

Представники Одеської стоматологічної спільноти не сприймали спроби організації соціального стоматологічного лікування для громадян, вважали його неефективним та ставилися до нього з великим острахом. Неодноразові дискусії між одеськими лікарями щодо впровадження соціального зуболікування залишалися безрезультатними. Одеський зубний лікар І.А. Гершанський погоджувався з ідеологією розвитку соціальної медицини П.Г. Дауге, відстоював нові заходи соціальної медицини та сприяв широкому обговоренню організаційно-практичних питань зуболікарської діяльності онтологічними діями [8, с. 154–157].

Впровадження організаційно-економічної моделі та забезпечення державою соціального зуболікування часто обговорювалось серед стоматологічних діячів. Попит на отримання стоматологічного лікування був значним, але доступним воно було лише для замож-

них верств населення. Розбудова державної соціальної медицини спрямовувалась на масове охоплення населення медичною допомогою. Охорона здоров'я забезпечувалась державним фінансуванням із метою ефективного і доступного для кожного громадянина медичного обслуговування. Організаційно-економічна модель дала поштовх до розбудови мережевої системи зуболікувальних відділень і амбулаторій у складі лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Стоматологічна освіта: одонтофак — український вибір

У 1918 році нова радянська система охорони здоров'я стала обговорювати питання радикальних змін у реформуванні стоматологічної освіти в РСФРР, а згодом, у 1919 році, і в Україні. Державна система зуболікарської допомоги створила зуболікарську підсекцію Народного комісаріату охорони здоров'я під керівництвом П.Г. Дауге. 1 жовтня 1918 року народним комісаром охорони здоров'я М. Семашком при погодженні з народним комісаром просвіти Михайлом Покровським і керівником зуболікарської підсекції П.Г. Дауге була підписана постанова про реформу зуболікарської освіти, в якій йшлося про закриття зуболікарських шкіл та організацію на медичних факультетах університетів онтологічних відділень. Ті, хто обрав спеціальність «зуболікування», на перших 3 курсах навчалися разом із студентами медичних факультетів, а профілюючі стоматологічні предмети вивчали з 7-го семестру наступні 2 роки.

Результат реформи стоматологічної освіти в РСФРР в 1918 році показав, що студенти медичних факультетів після трирічного навчання не мали бажання переходити на онтологічні відділення. Ця ситуація зумовила зменшення кількості підготовлених фахівців з онтології. Зуболікарська підсекція РСФРР в 1919 році прийняла рішення змінити систему підготовки лікарів-стоматологів (постанови НКОЗ РСФРР від 15.09.1919 р. і Народного комісаріату освіти від 27.03.1920 р.). Стоматологія повинна була вивчатися на медичних факультетах нарівні з іншими спеціальностями, а кваліфікація лікаря-стоматолога мала присвоюватися після додаткової спеціалізації протягом 1–2 років.

В Україні в січні 1920 року був створений НКОЗ УРСР на чолі з Д.І. Єфимовим. 05.04.1920 р. НКОЗ УРСР видав наказ «Про організацію зуболікарської секції при губернських відділах охорони здоров'я». Наказом передбачалося створення зуболікарської секції при підвідділі лікувальної медицини НКОЗ УРСР, реорганізованої в подальшому в підвідділ зуболікарської допомоги, який очолив лікар В. Владимиров. У цей час НКОЗ видав наказ «Про державну організацію зуболікарської допомоги в Українській Республіці», що передбачав розвиток цього розділу медицини на соціалістичних засадах. Величезна увага в Україні приділялася питанням підготовки зуболікарських кадрів, у результаті чого в квітні 1919 року було прийнято постанову про реформу зуболікарської освіти. У реорганізації зуболікарської освіти та стоматологічної допомоги в Українській Республіці брали активну участь про-

фесори К.П. Тарасов, Г.Ф. Бурвассер (Київ), Ю.М. Гофунг, Г.А. Маслов (Харків), зубні лікарі Л.А. Білейкін, М.А. Паль, Д. Скларська.

В Україні було вирішено проводити 4 роки навчання на одонтологічних факультетах, організованих при медичних інститутах. На одонтофаки приймалися особи з повною середньою освітою, які після закінчення отримували кваліфікацію (диплом) лікаря-одонтолога. Підготовкою стоматологічних кадрів на одонтофаках керував професор Ю.М. Гофунг. Факультети були відкриті в Києві (1920) деканом професором К.П. Тарасовим і в Харкові професором Ю.М. Гофунгом (1921).

Перевагою української моделі підготовки лікарів-одонтологів було те, що, закінчуючи одонтофак, фахівці мали гарну підготовку із загальномедичних предметів. Випускники одонтофаків отримували фундаментальні знання з медицини та стоматології. Навчальні плани та програми одонтологічного факультету на 2 перших курсах були близькі до таких на медичних факультетах, а предмети загальнобіологічного циклу та основні клінічні дисципліни викладалися на кафедрах медичних факультетів. Починаючи з 2-го курсу викладалися пропедевтика одонтології (3–4 семестри) і протезне зуболікування (усього 5 семестрів). Консервативне зуболікування викладалося протягом 6-го і 7-го семестрів. У програму чотирьох семестрів було включено оперативне зуболікування.

Із критикою організації одонтологічних факультетів та підготовки на них стоматологічних фахівців виступав П.Г. Дауге. Він вважав, що «...одонтолог, стоматолог, зубной врач — каждый из них должен быть медицински образованным специалистом». На його думку, 4-річний термін навчання на одонтофаку недостатній для підготовки такого фахівця. У зв'язку з цим П.Г. Дауге висловився: «Кончивший одонтофак специалист является в силу вещей узким специалистом в своей области (не врачом в широком смысле этого слова), но, несомненно, с несколько повышенной биологической и общемедицинской подготовкой, по сравнению с зубным врачом старой формации».

Слід зазначити, що одонтологічні факультети відіграли вирішальну роль у забезпеченні висококваліфікованими стоматологічними кадрами і на період становлення та розвитку вищої освіти віддзеркалювали український шлях. Незважаючи на деякі недоліки в навчальній роботі, одонтологічні факультети України були єдиним масовим джерелом поповнення лікарів-стоматологів і в СРСР. За час свого існування одонтофаки України випустили 1350 лікарів-одонтологів.

У 1930–1931 роках одонтологічні факультети України були виділені в самостійні стоматологічні інститути.

Поширеність стоматологічних хвороб та висока потреба в забезпеченні фахівцями мережі зуболікувальних амбулаторій зумовили важливий крок НКОЗ УРСР щодо реорганізації зуболікарських шкіл, що працювали в Києві, Харкові, Одесі та Катеринославі. В зуболікарських школах продовжували готувати фахівців із середньою освітою — зубних лікарів, що дозволило

значно збільшити кількість підготовлених стоматологічних кадрів.

У той же час у Російській республіці зуболікарська підсекція НКОЗ РСФРР, поспішивши закрити зуболікарські школи і не створивши умов для підготовки лікарів-стоматологів, поставила мережу практичного зуболікування в скрутне становище, що стало особливо помітним в 1929–1930 роках. Тому в 1931–1932 роках у РСФРР було відновлено підготовку зубних лікарів, там почали функціонувати річні курси з перепідготовки зубних лікарів із числа середніх медпрацівників. У 1932 році починають відкриватися зуболікарські відділення при медичних технікумах, а в 1933 р. — зуболікарські школи, що отримали назву зуболікарських інститутів. Було встановлено 3-річний термін підготовки зубних лікарів.

Минуло більше 15 років, перш ніж представники союзних республік СРСР дійшли єдиної думки з питання стоматологічної вищої освіти. Остаточна реформа здобуття вищої стоматологічної освіти відбулася лише в 1935 році у зв'язку з відкриттям стоматологічних інститутів з 4-річним терміном навчання. 09.06.1935 року був виданий наказ НКОЗ РСФРР «Про заходи з підготовки до відкриття стоматологічних інститутів». 4-річний термін навчання проіснував у стоматологічних інститутах СРСР аж до 1950 року.

Наказом НКОЗ СРСР № 783 від 20.09.1949 р. стоматологічні інститути з 1950 р. були реорганізовані в медичні стоматологічні інститути з 5-річним терміном навчання. Це дозволило підвищити загальномедичну та спеціалізовану підготовку лікарів-стоматологів, стоматологічні дисципліни вивчалися тепер протягом 6 семестрів замість 4 [9, с. 106–108].

Стоматологічні товариства в розвитку зуболікувальної допомоги

На кожному засіданні одонтологічний відділ НКОЗ УРСР активно обговорював організаційно-практичні питання розвитку зуболікарської діяльності в різнонаселених пунктах. Стрімка розбудова мереж зуболікарських закладів забезпечувала міських жителів повним стоматологічним лікуванням. На одному із засідань НКОЗ УРСР П.Г. Дауге обговорював проблему надання зуболікарських послуг у сільських місцевостях. Стоматологічне обслуговування в малонаселених пунктах потребувало посилення та розширення організаційних норм зуболікарської допомоги. Для забезпечення комплексності стоматологічного лікування в сільських населених пунктах були поставлені завдання, спрямовані на збільшення кількості штату кваліфікованих лікарів із залученням середнього медичного персоналу, відкриття в кожній сільській місцевості зуботехнічних лабораторій, покращення матеріального становища лікарів у цілях залучення одонтологів на сільську працю, виділення фонду на благоустрій зуболікарських кабінетів, проведення профілактичних заходів, охоплення населення санітарно-просвітницькою роботою у вигляді співбесід, лекцій щодо гігієни порожнини рота та профілактики стоматологічних захворювань [10, с. 51–55].

У 1925 році зубний лікар Б. Камінір опублікував доповідь «Про методи роботи наукових об'єднань». Доповідь була присвячена обговоренню нерівномірності можливостей здобуття медичних знань лікарів у галузі стоматологічної діяльності. Зубні лікарі, які жили у великих містах (Москва, Харків тощо), мали можливість збагачуватися науковими знаннями в університетах, на зуболікувальних кафедрах та в інших науково-лікувальних закладах. Решта лікарів, які мешкали у маленьких містечках, обмежувалися знаннями в стоматологічній сфері, щоденно зіштовхувались із новими проблемами й питаннями в практиці зуболікування. Для розширення науково-практичних навичок зуболікарської діяльності лікарі залучалися до наукових об'єднань. Організація зубними лікарями наукових об'єднань дала поштовх до масового поширення спостережень, досягнень, досвіду під час практичної зуболікарської діяльності та підвищення лікарської кваліфікації [11, с. 92–94].

На зібраннях одонтологів, з'їздах, пленумах стоматологічна спільнота обговорювала питання наукової організації праці в соціальному зуболікуванні, підвищення ефективності роботи протягом робочої зміни. Великий внесок у розвиток організаційних форм у зуболікувальних закладах зробив зубний лікар А.М. Берлін, який вивчав хронологію впливу робочого часу на продуктивність праці зубних лікарів й однотипність виконання маніпуляцій у лікуванні протягом кожного дня. До співпраці долучився одеський лікар Верлоцький, який разом із А.М. Берліном розраховував інтенсивність працездатності лікаря. Неодноразово обговорювалися питання щодо введення спеціалізації в стоматологічній професії задля надання під час зуболікарського прийому певного виду стоматологічного обслуговування. А.М. Берлін був переконаний у тому, що розділення організаційних функцій, а саме розподіл стоматологічного крісла під певний вид стоматологічних маніпуляцій та виконання маніпуляцій відповідно до спеціалізації лікаря, підвищить ергономіку часу й праці кожного зубного лікаря. У такій послідовності зубний лікар має достатньо часу для отримання детального анамнезу хворого, обстеження порожнини рота, відзначення діагнозу і стану захворюваності в медичній картці, складання та наступного роз'яснення плану лікування. Спільний організаційний проєкт між одонтологічними діями розроблявся задля вдосконалення продуктивності лікарської праці, поширювався між республіками та мав основну мету — з'ясування форм здійснення принципів розподілу праці із залученням цілих груп працюючого населення [12, с. 71–76].

Організація зуболікарської допомоги вимагала нових науково-методичних підходів, спрямованих на підвищення продуктивності праці в галузі стоматологічної допомоги. Велику відповідальність несли завідувачі відділами охорони здоров'я й одонтологічні керівники, які сприяли активному зростанню продуктивності праці в зуболікарській діяльності. Принцип вдосконалення науково-методичних підходів до розвитку стоматологічної допомоги включав організаційний напрям — дієве керівництво; належ-

не робоче обладнання зуболікувальних кабінетів; своєчасне постачання медичного інструментарію та матеріалів для лікування і психологічний напрям — суспільне виховання і зміцнення зуболікарського колективу; дбайливе ставлення до амбулаторного майна [13, с. 62–66].

Показники ефективності надання зуболікувальної допомоги

Ще в дореволюційний період продуктивність роботи зубного лікаря обмежувалась наданням першої невідкладної допомоги у вигляді ліквідації зубного болю та екстракції зубів. Проведення консервативного лікування хворому було лімітованим та доступним лише заможним верствам населення. Із часом зуболікарська допомога стрімко розвивалася. Із поступовим розширенням зуболікувальних амбулаторій, збільшенням кількості штату висококваліфікованих зубних лікарів, постачанням достатньої кількості якісного стоматологічного обладнання та матеріалів продуктивність зуболікарської праці покращувалась. За кількістю хворих, що зверталися по стоматологічну допомогу, вираховувалися показники ефективності праці зубного лікаря й бралися за одиницю його роботи. На думку П.Г. Дауге, розрахунок був нерациональним, продуктивність праці зубного лікаря була обернено пропорційною інтенсивності його роботи. Єдиним науковим центром із питань стоматологічної сфери був науково-дослідний інститут в Одесі. Співробітники цієї установи разом із А.М. Берліном проводили науково-методичні дослідження й вивчення хронометражу виконання лікарем основних стоматологічних маніпуляцій.

П.Г. Дауге запропонував нову систему вимірювання трудомісткості зуболікарської праці в трудових одиницях, у якій враховувалася не тільки продуктивність але й інтенсивність праці. За одиницю вимірювання праці зубного лікаря було взято «профілактичну пломбу». Оцінювання проводилося за принципом 1 відвідування на половину трудової одиниці. Зубний лікар міг виробляти від 15–25 трудових одиниць праці. У разі надання першої стоматологічної допомоги, за винятком постановки пломби, праця зубного лікаря при 30 відвідуваннях хворого становила 15 трудових одиниць на день; при постановці 5 пломб на 10 відвідувань — 10 трудових одиниць, а при 20 відвідуваннях — 15 трудових одиниць. П.Г. Дауге був упевнений, що зубний лікар, отримуючи одиницю за пломбу і ще пів одиниці за відвідування, буде плідно виконувати протоколи лікування карієсу зубів. Наступним питанням розрахунку трудових одиниць постали зуби з ураженнями пульпи. Першочергово всі сили спрямовувалися на боротьбу з каріозним процесом зубів, тому оцінювання лікування пульпітів не підвищувалося. Трудові одиниці праці зубного лікаря щодо відновлення таких зубів склалися з тривалості сеансів та кількості тимчасових пломб і становили 1/2 одиниці за кожне відвідування і самий момент накладення пломби. Оскільки постановка постійної пломби на пролікований пульпітний зуб потребує більше часу, ніж пломбування каріозної порожнини, оцінка такої пломби становила 2 трудові

одиниці. Отже, при постановці пломби на третій сеанс пролікованого гангренозного зуба сума одиниць становила 3½, а на четвертий сеанс — 4 одиниці. Екстракція зубів теж розглядалася в трудових одиницях лікаря. За екстракцію кожного кореня було введено по 1/2 трудової одиниці, але за кожен екстракційний зуб нараховувалося по 1 одиниці. Використання анестезії при видаленні зубів або коренів зубів у трудові одиниці не враховувалося. Проведення гігієни порожнини рота у вигляді зняття каменів зубів оцінювалося як постановка пломби — 1 трудова одиниця праці. Отже, такий розрахунок трудових одиниць П.Г. Дауге запропонував для того, щоб число відвідувань звести до мінімуму та мати можливість присвячувати час кожному окремому хворому.

Для правильного ведення обліку праці ввели число «відвідувань за першою допомогою» і загальне число «всіх відвідувань». За таким розрахунком можна було отримати число відвідувань хворих із консервативним лікуванням. Відношення відвідувань хворих із консервативним лікуванням до числа «корисних» трудових одиниць показувало, що на кожне відвідування припадала одна корисна трудова одиниця. Саме це давало можливість вважати роботу лікаря продуктивною. Незважаючи на започатковану цифру 18 максимальної кількості відвідувань зубного лікаря, попит на лікування в більшості випадків перевищував заданий стандарт. При такому раціональному розкладі оцінювання зуболікарської праці кількість відвідувань у разі зменшилася, що не тільки дало приріст надання індивідуального часу хворому, але й стало запорукою успіху лікарів у лікуванні зубів і профілактиці порожнини рота [14, с. 63–67].

Висновки

Історія минулих років розкриває покроковий шлях створення, розвитку та вдосконалення стоматології як невід'ємної складової медицини. Перші кроки до організації державної стоматологічної служби в Україні розпочалися з фінансування зуболікарської допомоги у 1912 році та започаткування страхової медицини. Нововведений закон «Про страхування робітників на випадок хвороби» передбачав отримання працівниками виплат при тимчасовій непрацездатності та забезпечував державне соціальне страхування для робітничого класу фабрик та заводів індустріальних міст. Із накопиченням коштів для безоплатної медичної допомоги створювалися страхові лікарняні каси, які стали фундаментом здобуття своєчасної стоматологічної допомоги. Події Першої світової війни принесли численну кількість хворих із вогнепальними пораненнями щелепно-лицьової ділянки, що викликало подальше реформування зуболікарської освіти. Незважаючи на складнощі реформування стоматологічної освіти, радикальні зміни відбулись у 1918 році в РСФРР, а згодом, у 1919 році, в УРСР. Запровадження соціального зуболікування базувалося на принципах безоплатної, доступної, масової, спеціалізованої та комплексної медичної допомоги. Нова організаційно-економічна модель зуболікарської допомоги забезпечувалась дер-

жавним фінансуванням та передбачала побудову розгалуженої системи закладів охорони здоров'я — амбулаторій та лікарень, медико-профілактичних частин на великих заводах та фабриках в усіх населених пунктах України. Запропонований одонтологічним підвідділом (Штернберг) НКОЗ УРСР «План організації зуболікувальної допомоги населенню України», затверджений 26 червня 1920 року народним комісаром М.Г. Гуревичем, передбачав забезпечення доступною та висококваліфікованою стоматологічною допомогою усіх регіонів України. У системі охорони здоров'я України запроваджувались заходи запобігання поширенню інфекційних та соціально небезпечних хвороб у суспільстві. Вирішення цього питання ґрунтувалося на проведенні науковцями досліджень впливу соціальних, професійних і побутових умов на захворювання зубів і порожнини рота. Соціальне зуболікування передбачало поліпшення здоров'я населення країни шляхом зменшення захворюваності на основні стоматологічні хвороби методом проведення лікувально-профілактичних заходів санації порожнини рота в дітей шкільного віку, сільського і робітничого населення, запровадження диспансеризації. Основні організаційні та практичні питання зуболікарської допомоги, аналіз переваг та недоліків різних моделей системи охорони здоров'я залежно від джерел фінансування, переваги соціального зуболікування та визначення основних його засад активно обговорювались організаторами охорони здоров'я, вченими, фахівцями на різних засіданнях одонтологічних товариств, конференціях, з'їздах, шпальтах фахових журналів. Запровадження нової моделі соціальної зуболікарської допомоги в Радянському Союзі неоднозначно сприймалося у світі, однак знайшлися однодумці, які підтримували П.Г. Дауге, одного із основоположників активного реформування державної системи стоматологічної служби. Хронологічний аналіз історичної розбудови стоматологічної служби в Україні показав, що вона зазнала кардинальних змін, реформації та великий успіхів у наданні висококваліфікованої зуболікарської допомоги. Глибше розуміння підґрунтя того періоду, переосмислення кожного діяння в державній системі охорони здоров'я України щодо реформування стоматологічної допомоги дають нам настанови до найліпшого опрацювання та реалізації безперервного росту й процвітання сучасної стоматології та стоматології майбутнього.

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

Список літератури

1. Общественное зубоврачевание. Журнал одонтологии и стоматологии. 1926. № 4. С. 52-53.
2. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России: основные этапы и направления развития (IX–XX века). Второе издание, переработанное и дополненное. Казань: Центр инновационных технологий, 2011. С. 78-79.
3. Формування стоматології як самостійної спеціальності. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленко, І.Л. Скрипник. Українська

наукова стоматологічна школа. Історичні нариси. Кропивницький: Поліум, 2020. С. 22-23.

4. План организации зубоветрачебной 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 подотделение лечебной медицины НКЗ СССР 1920 г.). Арк. 28. Оригінал. Машинопис.

5. Дауге П.Г. Основы социального зубоветрачевания. Журнал одонтологий и стоматологий. 1923. № 2. С. 54-60.

6. Общественное зубоветрачевание. Журнал одонтологий и стоматологий. 1926. № 4. С. 58.

7. Дауге П.Г. Основы социального зубоветрачевания. Журнал одонтологий и стоматологий. 1923. № 2. С. 55.

8. Дауге П.Г. Об основах социального зубоветрачевания. Труды 1-го Всероссийского одонтологического съезда 1924 г. С. 154-157.

9. Печковский К.Е., Печковская И.М. Дискуссия 1918–1930-х годов о моделях подготовки стоматологических кадров. Современная стоматология. 2015. № 5. С. 106-108.

10. Дауге П.Г. Зубоветрачебное строительство в центре и на местах. Журнал одонтологий и стоматологий. 1925. С. 51-55.

11. Каминир Б. О методах работы научных объединений. Журнал одонтологий и стоматологий. 1925. С. 92-94.

12. Берлин А.М. Организационные вопросы в общественном зубоветрачевании. Журнал одонтологий и стоматологий. 1926. № 4. С. 71-76.

13. Дауге П.Г. Общественное зубоветрачевание. Оруководстве зубоветрачебным делом на местах. Журнал одонтологий и стоматологий. 1926. № 4. С. 62-66.

14. Общественное зубоветрачевание. О Трудовых единицах. Журнал одонтологий и стоматологий. 1926. № 4. С. 63-67.

15. Мазур І.П. Історичні аспекти організації стоматологічної служби в Україні. Здоров'я України 21 сторіччя. 2019. № 21 (466). С. 36-37. <https://health-ua.com/article/44893-storichn-aspekti-organizatsi-stomatologichno-sluzhbi-v-ukran>

Отримано/Received 08.11.2021

Рецензовано/Revised 18.11.2021

Прийнято до друку/Accepted 23.11.2021 ■

Information about authors

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

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>.

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.

A.-O.Yu. Levchenko, P.V. Mazur

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Historical chronology of the organization of the state system of dental service in Ukraine

Abstract. The article presents historical essays on the creation of the state system of organization of the dental service of Ukraine. The experience of the long history of dental care reveals the evolutionary path of creating, developing and improving dental activity as an integral component in medicine. The organizational and economic model of dental care dates back to the pre-revolutionary

period and was based on the principles of free, availability, proficiency, integrated approach, and disease prevention. The analysis of historical data allows us to see patterns of contributions and achievements of odontologists in the development of dentistry and suggest the improvement and prosperity of modern dentistry and dentistry of the future.

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 україномовному варіанті: «Актуальність»; «Мета дослідження»; «Матеріали та методи»; «Результати»; «Висновок» — і 4 рубрики в англійському: «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, PИHC 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 змінити 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. Вказувати 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 мінімуму 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 програми Advego plagiatus, а також інших сервісів. 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

**Весь асортимент магазину медичної книги «БУКВАМЕД»
на сайті: WWW.BOOKVAMED.COM.UA**



«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.

ПРОВДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ



AKSIMED.UA • 044 390 00 55



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
медична література

Книги можна замовити в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефоном: +38 (067) 325-10-26