

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

ORAL and GENERAL HEALTH

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

Том 3,
№ 3,
2022

ZASLAVSKY[®]
Publishing house

www.mif-ua.com



німесулід
Німесил[®]



**НІМЕСУЛІД №1
В УКРАЇНІ**

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО БОЛЮ^{2*}**



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я. Фармакопералетивний препарат: нестероїдний протизапальний засіб. Код АТХ M01A X17. Склад: 1 одозовий пакет по 2 г містить німесулід 100 мг. Показання. Лікування гострого болю. Лікування періодичної дисменореї. Рішення про призначення німесуліду повинно ґрунтуватися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 одозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом - 15 днів. З метою зменшення частоти виникнення побічних реакцій потрібно застосовувати мінімальну ефективну дозу препаратів найкоротшого часу. Рекомендуються застосовувати після прийому їжі. Протипоказання. Водня підплична чутливість до німесуліду, до будь-якого іншого НЗЗ або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу та ін. Також порушення функцій нирок, порушення функцій печінки та ін. Побічні дії. Запам'ятовування, лютість артеріального тиску, диспепсія, гіперемія та ін. Виробник. Laboratorios Menarini S.A. Місцеве виробництво. Ательє: ХХ, 587, багатина, Барселона, 08018 Іспанія. 1. За результатами розробленої процедури лікарського засобу у розповсюдженні в ІС-групі M01A X17 «Німесил» за січень 2021 - січень 2022, за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmImpact»/«ФармаІмпакт» компанії «Pharma Research». 2. Інструкція для медичного застосування препарату «Німесил» № 1625 від 17.07.2019. * Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Код UA-NM-01-2022-YT-реор. Дата затвердження 14.10.2022. Перед застосуванням будь-якого лікарського засобу необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, повною переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування лікарського засобу «Німесил». За повною деталізованою інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу «Німесил», затвердженої наказом МОЗ України № 1625 від 17.07.2019, РЛН №04/9655/01/01. За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна Ілб» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березинська, 29, тел.: 044-494-33-88.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



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 геріатрії** 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



Oral and General Health

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у липні 2020 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

Том 3, № 3, 2022

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



mif-ua.com



Open Journal System

ORAL and GENERAL HEALTH

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 3, № 3, 2022

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:**

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. 5,58.
Зам. 2022-oral-08. 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.
(zaslavsky@i.ua)
Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпрес»
Вул. Алчевських, 2, м. Харків, 61002

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., 2022

ORAL and GENERAL HEALTH

*Specialized reviewed
practical scientific journal*

Volume 3, № 3, 2022

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:**

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 5,58.
Order 2022-oral-8. 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.
(zaslavsky@i.ua)
Correspondence address: P.O.B. 74, Kyiv, 04107
Publishing entity certificate
ДК № 2182 dated 13/05/2005

Print: Landpress Ltd.
Alchevskykh str., 2, Kharkiv, 61002

Editor-in-Chief

Mazur Iryna P.,

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

Editorial Board

Denga O.V.

(Kyiv, Ukraine)

Khaitovych M.V.

(Kyiv, Ukraine)

Malanchuk V.O.

(Kyiv, Ukraine)

Rybachuk A.V.

(Kyiv, Ukraine)

Schnayder S.A.

(Kyiv, Ukraine)

Tatarchuk T.F.

(Kyiv, Ukraine)

Tsymbaliuk V.I.

(Kyiv, Ukraine)

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

© Zaslavsky O.Yu., 2022

Зміст

Contents

Лікарю, що практикує

*Мазур І.П., Гасюк Н.В., Рибачук А.В.,
Маланчук В.О., Мазур П.В.*

Клінічна характеристика потенційно
злоякісних утворень слизової оболонки
порожнини рота
та червоної облямівки 6

Вахненко О.М.

Зміни в нормативно-правовій базі надання
медичної стоматологічної допомоги
й роботи лікарів стоматологічного профілю..... 12

Буряк Р.В., Слободяник М.В., Позур Т.П.

Стоматологічна допомога пацієнтам
із серцево-судинними
захворюваннями 16

*Ошурко А.П., Сухляк В.В., Лисиця Д.Л.,
Дундюк-Березіна С.І.*

Об’єднані заради миру
на стоматологічному фронті..... 21

Матеріали конференції

**Тези IV Українського конгресу
з міжнародною участю
«Інтегрована медицина та стоматологія»,
присвяченого Всесвітньому дню здоров’я
порожнини рота 31**

Закут Яра Салах

Оцінювання впливу тютюнопаління
на показники стану здоров’я ротової
порожнини у підлітків 31

*Стоян О.Ю., Леонтьєва Ф.С.,
Савельєва Н.М., Денисова О.Г.*

Роль біохімічних маркерів сполучної тканини
в діагностиці захворювань скронево-
нижньощелепних суглобів 32

Practicing Physician

*I.P. Mazur, N.V. Gasyk, A.V. Rybachuk,
V.O. Malanchuk, P.V. Mazur*

Clinical characteristics
of potentially malignant formations
of the mucous membrane
of the mouth cavity and lips..... 6

O.M. Vakhnenko

Changes in the regulatory framework
for the provision of medical dental care
and the work of dental professionals..... 12

R.V. Buriak, M.V. Slobodianyuk, T.P. Pozur

Dental care
for patients with cardiovascular
diseases 16

*A.P. Oshurko, V.V. Sukhliak, D.L. Lysytsia,
S.I. Dundiuk-Berezina*

United for peace
on the dental front..... 21

Proceedings of the Conference

**Abstracts of the IV Ukrainian congress
with international participation
“Integrated medicine and dentistry”
dedicated to the World
Oral Health Day 31**

Zakut Yara Salakh

Assessment of smoking
impact on the oral health indicators
in adolescents 31

*O.Yu. Stoian, F.S. Leontieva,
N.M. Savielieva, O.H. Denysova*

The role of biochemical markers of connective
tissue in the diagnosis of temporomandibular
joint disorders 32

Мороз Л.В., Мельник Т.О., Березюк І.С.,
Морква А.В., Голодюк С.М.
Дослідження варіації симптоматики
постковідного синдрому серед
мешканців Вінниччини і її залежності
від різних чинників32

L.V. Moroz, T.O. Melnyk, I.S. Bereziuk,
A.V. Morkva, S.M. Holodiuk
Studying the variation of symptoms
of post-COVID syndrome among residents
of Vinnytsia region and its dependence
on different factors32

Сторінки історії

Page of History

Шиміліна В.В.
Зуболікарська допомога в Україні:
історичні нариси
(частина 2).....34

Пожевілова А., Пожевілова К.
Історичні нариси становлення
стоматології України
у XX столітті.....40

V.V. Shymilina
Dental education in Ukraine:
historical essays
(part 2)34

A. Pozhevilova, K. Pozhevilova
Historical essays on the development
of dentistry of Ukraine
in the 20th century40

Оригінальні дослідження

Original Researches

Мазур І.П., Левченко А.-О.Ю.,
Слободяник М.В., Мазур П.В.
Сучасні підходи до лікування
захворювань пародонта з використанням
препарату місцевої дії з протизапальними
та антибактеріальними
властивостями47

I.P. Mazur, A.-O.Y. Levchenko,
M.V. Slobodyanyk, P.V. Mazur
Modern approaches
to the treatment of periodontal
diseases using a topical drug
with anti-inflammatory and antibacterial
properties47

Мазур І.П.¹, Гасюк Н.В.², Рибачук А.В.³, Маланчук В.О.³, Мазур П.В.¹¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Клінічна характеристика потенційно злоякісних утворень слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки

Резюме. У статті наведена клінічна характеристика потенційно злоякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки. Найчастішими варіантами клінічної картини є виразка, яка не загоюється, іноді ущільнений вузол з виразковою поверхнею. Рак губ зазвичай має вигляд екзофітного утворення, вкритого кіркою, у деяких випадках — з проростанням у розташований під слизовою оболонкою м'яз, ерозії чи виразки із ущільненими краями. На пізніх стадіях пухлини можуть уражати прилеглі анатомічні структури, спричиняючи рухомість зубів, тризм, обмеження рухів язика, зміни чутливості, загрубілість голосу, збільшення лімфатичних вузлів та появу об'ємних утворень шиї.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота; червона облямівка; передраковий стан

Методичні рекомендації було затверджено 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».

Злоякісні новоутворення губ і слизової оболонки ротової порожнини є актуальною 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 [11].

Серед онкологічних захворювань, що діагностували у 2019 році, питома вага хворих із занедбаними клінічними випадками (III і IV стадія) серед хворих з уперше встановленим діагнозом «злоякісні новоутворення» найбільша для ротової порожнини (53,3 %), суттєво менша для гортані (14,9 %) та губ (8,6 %) [9, 12].

Про роль профілактичних оглядів у ранній діагностиці онкологічних захворювань свідчить той факт, що

лише в 19,4 % хворих онкологічне захворювання було діагностоване під час профілактичних медичних оглядів у лікаря-стоматолога [10].

Більше ніж 90 % видів раку порожнини рота становлять сквамозноклітинні карциноми [7, 8].

Розвитку злоякісних пухлин зазвичай передують передракові стани, які є динамічними станами, що трансформуються в рак у результаті прогресування — постійної зміни властивостей клітини у бік злоякісності [4, 5] (рис. 1).

Патогенетичні механізми передракових станів обумовлені тривалим впливом провокуючих чинників, що ініціюють судинні розлади, наслідком яких є стаз — призупинення кровотоку в судинах власної пластинки слизової оболонки порожнини рота із подальшою запальною реакцією та змінами епітелію [1–3, 5] (рис. 2).

Зміни епітелію проявляються у вигляді рівномірної гіперплазії, утворення обмежених проліфератів чи розвитку деструктивних процесів з обмеженою проліферацією (рис. 3).



Рисунок 1. Вплив провокуючих чинників на клітини передракового вогнища



Рисунок 2. Патогенез передракових станів слизової оболонки порожнини рота

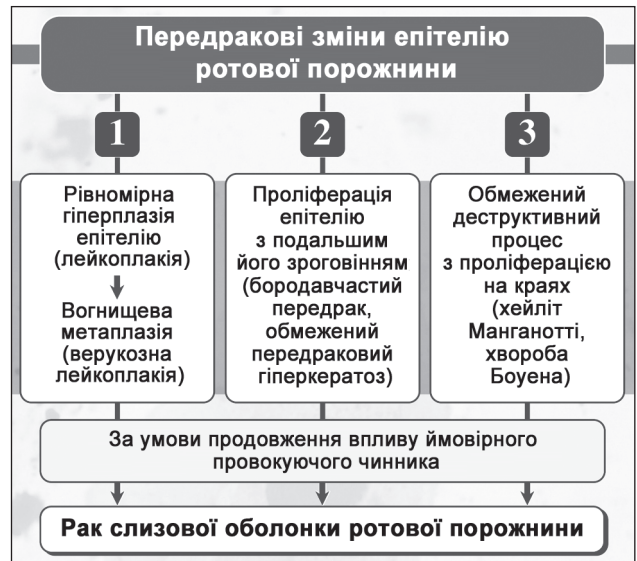


Рисунок 3. Зміни епітелію на етапі розвитку передракових станів

У клінічній практиці лікар-стоматолог доволі часто діагностує облігатні передраки червоної облямівки, а саме хейліт Манганотті. При цьому хейліті пацієнт скаржиться на наявність ерозії, виразки або кірок на червоній облямівці губ. Елементи ураження періодично з'являються і самовільно зникають, переважно у весняно-літній період. При об'єктивному обстеженні на червоній облямівці нижньої губи справа чи зліва від середньої лінії виявляють ерозію розміром 0,5–1,5 см, переважно овальної або неправильної форми з гладенькою, ніби полірованою поверхнею червоного кольору. У деяких пацієнтів ерозія покрита прозорим тоненьким епітелієм, через товщу якого проступають краплинки крові, чи кров'янистою кіркою. Тканини по периферії ерозії не змінені.

Пальпація елемента ураження безболісна, ущільнення дна та по периферії відсутні. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Перебіг даного передраку хвилеподібний, триває від 3 місяців до 7–10 років (рис. 4).

Лікування хейліту Манганотті консервативне і зазвичай триває 14 днів. Вигляд патологічного вогнища при загоєнні наведено на рис. 5.

Серед факультативних передраків із високою ймовірністю малігнізації лікарі-стоматологи нерідко діагностують ерозивну та верукозну форму лейкоплакії — ураження слизової оболонки, що характеризується патологічним згортанням епітелію слизової оболонки порожнини рота у відповідь на хронічний подразник.

Залежно від клініко-морфологічної форми лейкоплакії у пацієнта можуть бути наявні скарги на біль, який посилюється під час прийому подразнюючої їжі, наявність ерозії, виразок чи розростань. При об'єктивному обстеженні зміни слизової оболонки порожнини рота (переважно щік, бічних поверхонь язика) мають вигляд білої плями чи бляшки, яка може бути гомогенною або негомогенною.



Рисунок 4. Клінічна картина хейліту Манганотті



Рисунок 5. Позитивна динаміка при лікуванні хейліту Манганотті у вигляді зменшення площі вогнища ураження



Рисунок 6. Лейкоплакія слизової оболонки бічної поверхні язика, ерозивна форма



Рисунок 7. Верукозна лейкоплакія слизової оболонки бічної поверхні язика



Рисунок 8. Позитивна динаміка консервативного лікування лейкоплакії слизової оболонки бічної поверхні язика. Епітелізація ерозій

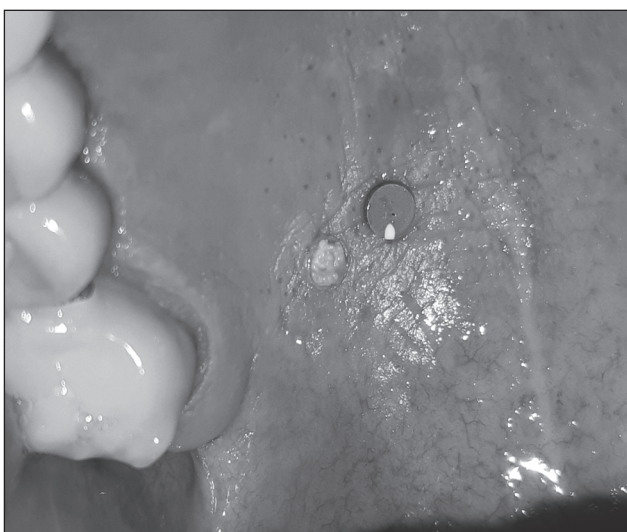


Рисунок 9. Папілома, розташована на межі твердого і м'якого піднебіння



Рисунок 10. Декубітальна виразка слизової оболонки дна порожнини рота



Рисунок 11. Клінічні ознаки малігнізації лейкоплакії: поява по периферії сосочкоподібних розростань, порушення цілісності ділянки ураження, спонтанна кровоточивість

Гомогенні вогнища не підвищуються над рівнем здорових тканин, є однорідними, гладенькими та мають білий колір. Такі вогнища клінічно характеризують пласку форму. У свою чергу, негетерогенні вогнища — плямисті, біло-червоні, на тлі яких візуалізуються ерозії чи виразки — клінічно характеризують виразкову форму (рис. 6). Негетерогенні вогнища також можуть характеризуватися наявністю дрібних білих вузликів на червоному тлі або мати вигляд бородавки. У такому випадку вони клінічно характеризують верукозну форму лейкоплакії (рис. 7).

Позитивну динаміку лікування лейкоплакії наведено на рис. 8.

До факультативних передраків із високою ймовірністю малігнізації відноситься папілома — доброякісна пухлина епітеліального походження. Основними скаргами при папіломі є наявність розростання чи

відчуття стороннього предмета в порожнині рота. При об'єктивному обстеженні візуалізується проліферат, що піднімається над поверхнею слизової оболонки, має грибоподібну або округлу форму, діаметром від 1–2 мм до 1 см і розташовується на тоненькій ніжці або на широкій основі блідо-рожевого кольору. При пальпації папілома м'яка, безболісна. Зроговіння епітелію папіломи за умови хронічного подразнення і травматизації має щільнішу консистенцію і білий колір. Слизові оболонці по периферії папіломи зазвичай властивий блідо-рожевий колір, у випадках розташування папіломи у місцях травматизації вона може бути дещо гіперемованою (рис. 9).

Серед факультативних передракових станів із меншою ймовірністю малігнізації у практиці лікаря-стоматолога доволі часто спостерігаються травматичні виразки слизової оболонки порожнини рота.

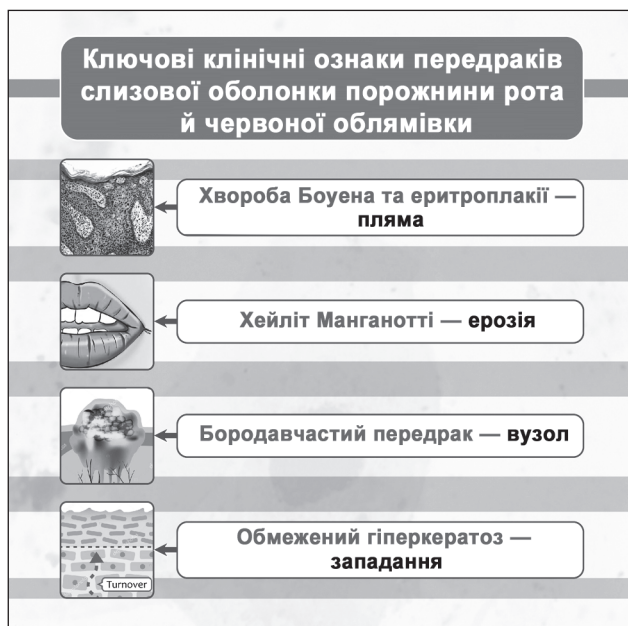


Рисунок 12. Схема диференціювання облігатних передраків за клінічними ознаками



Рисунок 13. Схема диференціювання факультативних передраків за клінічними ознаками



Рисунок 14. Ракова виразка бічної поверхні язика

Декубітальна виразка при об'єктивному обстеженні має нерівні, набряклі краї. Дно виразки чисте, іноді вкрите сірими нашаруваннями. Форма виразки повторює контури травмуючого чинника і найчастіше є лінійною. При пальпації виразка різко болюча, основа виразки м'яка, без ущільнення (рис. 10).

Практичному лікарю доцільно орієнтуватися на такі клінічні критерії малігнізації [4, 5, 12]:

- інтенсивний швидкий ріст та збільшення площі вогнища ураження;
- поява сосочкових виростів на поверхні та по периферії ерозій;
- поява ерозій чи тріщин у ділянці гіперкератозу (рис. 11);
- поява самовільної кровоточивості чи за умови незначного впливу на елемент ураження;
- зміна форми на кратероподібну;
- ущільнення основи вогнища ураження.

З метою оптимальної клінічної верифікації додаємо схематичне зображення деяких облігатних та факультативних передраків (рис. 12, 13).

Більшість сквамозноклітинних карцином (> 95 %) ротової порожнини мають вигляд виразок або об'ємних утворень, а на ранніх стадіях — майже непомітних пласких знебарвлених або червоних ділянок (рис. 14).

Найчастішими варіантами клінічної картини є виразка, яка не загоюється, іноді ущільнений вузлик з виразковою поверхнею. На пізніх стадіях пухлини можуть уражати прилеглі анатомічні структури, спричиняючи рухомість зубів, тризм, зміни чутливості, загубленість голосу, збільшення лімфатичних вузлів та появу об'ємних утворень шії.

Рак губ зазвичай має вигляд екзофітного утворення, покритого кіркою, у деяких випадках — з проростанням у розташований під слизовою оболонкою м'яз.

Висновок

Отже, розвитку раку слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки передують низка динамічних змін, які є тлом для подальшої пухлинної трансформації.

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

Список літератури

1. Гасюк Н.В. Статистичне обґрунтування компенсаторних механізмів епітелію ясен в умовах нікотинової 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 нікотинової інтоксикації. *Шпитальна хірургія*. 2015. Т. 1. № 69. С. 64-68.
3. Гасюк Н.В., Мошель Т.Н., Попович И.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. Мазур І.П., Ананьєва А.В. Аналіз захворюваності на злоякісні новоутворення губ і ротової порожнини в Україні. *Медицина газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2019. № 4 (60). Тематичний номер. С. 34-35. <https://health-ua.com/article/45776-analz-zahvoryuvanost-v-ukran-nazloyaksn-novoutvorenniya-gub-rotovo-porozhnin>.
6. Abati S., Bramati C., Bondi S., Lissoni A., Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 Dec 8. Vol. 17(24). P. 9160. doi: 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/bdcceb72d-be6-44e2-9104-8461d7e7c165/16933.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/>
13. Rybachuk A.V., Tolstanov O.K., Malanchuk V.O., Mazur I.P., Fedorenko Z.P., Sumkina O.V. Analysis of morbidity and mortality of patients with malignant neoplasms of the lip and oral cavity in Ukraine. *World of Medicine and Biology*. 2022. № 2(80). P. 134-140.

Отримано/Received 17.07.2022

Рецензовано/Revised 27.07.2022

Прийнято до друку/Accepted 02.08.2022 ■

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=El071JUAAAAJ&hl=ru>; <https://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

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

V.O. Malanchuk, MD, PhD, Professor, Head of the Department of oral and maxillo-facial surgery, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=6602947130>; <http://www.researcherid.com/rid/E-2000-2019>; https://scholar.google.com/citations?user=JxsK_KgAAAAJ&hl=uk&authuser=2; <https://orcid.org/0000-0001-8111-0436>

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

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

I.P. Mazur¹, N.V. Gasyk², A.V. Rybachuk³, V.O. Malanchuk³, P.V. Mazur¹

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

³Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Clinical characteristics of potentially malignant formations of the mucous membrane of the mouth cavity and lips

Abstract. The article presents the clinical characteristics of potentially malignant neoplasms of the mucous membrane of the oral cavity and the lips. The most frequent variants of the clinical picture are an ulcer that does not heal, sometimes a compacted node with an ulcerated surface. Lip cancer usually has the appearance of an exophytic formation covered with a crust, in some cases — with germination in the muscles located under the mucous membrane,

erosion or ulcers with thickened edges. In the late stages, tumors can affect adjacent anatomical structures, causing tooth mobility, trismus, limitation of tongue movements, changes in sensitivity, hoarseness of voice, enlargement of lymph nodes and the appearance of neck masses.

Keywords: mucous membrane of the oral cavity; vermilion border; precancerous condition

Зміни в нормативно-правовій базі надання медичної стоматологічної допомоги й роботи лікарів стоматологічного профілю

Резюме. У статті подано аналіз змін у нормативно-правовій базі надання медичної стоматологічної допомоги й роботи лікарів стоматологічного профілю. Подаються нормативно-правові акти, прийняті за останні роки. Окрема увага приділяється трансформації в системі безперервного професійного розвитку лікарів, проблемам стандартизації стоматологічної допомоги. Подано короткий аналіз роботи групи експертів МОЗ України за напрямками «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортопедична стоматологія», «дитяча стоматологія», «ортодонтія», «стоматологія».

Ключові слова: нормативно-правові акти; закони, постанови Кабінету Міністрів, накази Міністерства охорони здоров'я; зміни в системі безперервного професійного розвитку лікарів; стандартизація; група експертів Міністерства охорони здоров'я

Останні десять років в Україні відбувається суттєве реформування системи охорони здоров'я. Кардинальні зміни стратегії охорони здоров'я щодо фінансування розпочалися після 2017 року, коли було прийнято низку визначальних нормативно-правових актів у медичній галузі.

За останні роки відбулася низка змін у нормативно-правовій базі надання медичної стоматологічної допомоги й роботи лікарів стоматологічного профілю. Більшість нормативно-правових актів було прийнято стосовно системи охорони здоров'я в цілому, і вони повною мірою стосуються стоматологічної допомоги.

У 2017 році Верховна Рада України прийняла базові закони щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні. У Законі України від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» були сформульовані основні зміни в управлінні медичними закладами. Передбачалось упровадження заходів з реформування системи охорони здоров'я України задля створення мережі державних і комунальних медичних закладів з достатнім рівнем самостійності для ефективного й своєчасного медичного забезпечення населення. Заклади охорони

здоров'я отримали можливість здобуття фінансової та управлінської автономії для забезпечення фінансових, матеріально-технічних ресурсів системи охорони здоров'я. Цим документом встановлено спрощений порядок реорганізації закладів охорони здоров'я — державних і комунальних установ у казенні підприємства й комунальні некомерційні підприємства. Кошти, не використані закладом охорони здоров'я (крім державних і комунальних установ) у поточному році, не вилучались і використовувались надалі на фінансування діяльності закладу (зокрема, оновлення матеріально-технічної бази). Урегульовано окремі питання, пов'язані з договорами про медичне обслуговування населення, які будуть укладатись відповідно до спеціального порядку, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Радикальні зміни у фінансуванні закладів охорони здоров'я були запроваджені з прийняттям Закону України № 2168-VIII від 19.10.2017 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відповідно до цього закону було створено Національну службу здоров'я України, на яку було покладено функції фінансування закладів охорони здоров'я.

Окрім того:

— закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслу-

говування (медичних послуг) і лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;

— програмою медичних гарантій визначаються перелік і обсяг медичних послуг і лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України;

— медичні послуги й лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм і заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Трансформація в системі безперервного професійного розвитку лікарів

З 2018 року започатковано становлення й подальший розвиток системи безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Початок було покладено Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». 27.02.2019 розпорядженням Кабінету Міністрів України схвалено Стратегію розвитку медичної освіти в Україні. Постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 затверджено Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних і фармацевтичних працівників. Було видано Наказ Міністерства охорони здоров'я від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 25 березня 2019 р., № 293/33264). Також були внесені деякі зміни до вищеназваних наказів Наказом Міністерства охорони здоров'я від 19.01.2021 № 74 «Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 5.03.2021 № 319/35941). У цих двох наказах затверджувалися зміни в системі безперервного професійного розвитку лікарів у зв'язку з пандемією COVID-19.

Наказом МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію» внесено такі зміни щодо медичних спеціальностей стоматологічного профілю.

Тривалість інтернатури зі стоматології скорочено, вона становить 1 рік.

Також змінена тривалість спеціалізації:

- дитяча стоматологія — 3 місяці;
- терапевтична стоматологія — 3 місяці;
- ортопедична стоматологія — 3 місяці;
- пародонтологія — 6 місяців;
- ортодонція — 6 місяців;
- хірургічна стоматологія — 6 місяців;
- щелепно-лицева хірургія — 9 місяців.

Також до 6 існуючих спеціальностей стоматологічного профілю було додано ще 2: «щелепно-лицева хірургія» і «пародонтологія» (відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.04.2021 № 799 і від 15.02.2022 № 293).

Наказом МОЗ України від 22.09.2017 № 1126 «Про внесення змін до Державних санітарних правил і норм «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур» змінено вимоги до влаштування й експлуатації рентгенівських кабінетів у стоматології. Відповідно до даного наказу ці вимоги значно послаблені. Так, наприклад, можливе відкриття й облаштування рентгенівського кабінету, якщо стоматологічний заклад або ФОП має приміщення в житловому будинку.

Постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» прийнято оновлені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Суттєвих змін у ліцензійних умовах цією постановою не передбачено.

Порядок акредитації закладу охорони здоров'я було суттєво змінено Постановами Кабінету Міністрів України від 11 листопада 2015 року № 921, від 8 лютого 2017 року № 68 і від 13 березня 2019 року № 215. **Акредитація закладу охорони здоров'я стала добровільною. Тобто стоматологічна структура сама вирішує, чи проходити акредитацію, чи ні, і це не матиме ніяких юридичних наслідків.**

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 590 «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» з 1 вересня 2021 року втрачає чинність Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 листопада 2004 року № 566 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонція», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія».

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.08.2021 № 1852 дію наказу відтерміновано до 1 вересня 2022 року.

Стандартизація стоматологічної допомоги

Стоматологи всіх спеціальностей керувалися відповідними нормативами надання медичної стоматологічної допомоги. Але у 2015 році визнано таким, що втратив чинність, Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 № 507 «Нормативи надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах».

Цим наказом були затверджені:

- класифікатори процедур за всіма стоматологічними спеціальностями (час, витрачений на процедуру, та оцінка в умовних одиницях працеемкості);
- методи діагностики й лікування за нозологіями;

- можливі ускладнення стоматологічних захворювань;
- методики надання невідкладної стоматологічної допомоги та її обсяги до виведення із гострого стану;
- гарантійні терміни на види стоматологічної допомоги;
- норми навантаження лікаря-стоматолога.

Усе це вносило роботу лікарів стоматологічного профілю незалежно від форми власності й підпорядкування. На заміну цього ніякого нормативно-правового документа створено не було.

Було сформовано мультидисциплінарні робочі групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за всіма стоматологічними спеціальностями та відповідними темами (Наказ МОЗ України від 06.12.2021 № 2711 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908»). Ці групи працюють над підготовкою проєктів галузевих стандартів.

Робота групи експертів МОЗ України за напрямками «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортопедична стоматологія», «дитяча стоматологія», «ортодонція», «стоматологія»

У Міністерстві охорони здоров'я України функціонує група експертів МОЗ України за напрямками «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортопедична стоматологія», «дитяча стоматологія», «ортодонція», «стоматологія».

Наказами Міністерства охорони здоров'я від 28.10.2020 № 2455 і від 20.01.2021 № 88 було затверджено новий склад цієї групи. До групи увійшли:

- Варес Ян — завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

- Вахненко Олександр — доцент кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

- Дрогомирецька Мирослава — завідувач кафедри ортодонції Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

- Ожоган Зіновій — завідувач кафедри ортопедичної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету;

- Павленко Олексій — завідувач кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

- Солонько Галина — доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

- Трубка Ірина — завідувач кафедри стоматології дитячого віку Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

- Удод Олександр — професор кафедри стоматології № 1 Донецького національного медичного університету;

- Дахно Лариса — доцент кафедри стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

- Дубнов Артем — лікар стоматолог-хірург, МЦ «OrthoPro»;

- Копчак Андрій — професор кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

За поданням проєктів відповідних документів, підготовлених групою експертів, було запроваджено спеціальності «щелепно-лицева хірургія» і «пародонтологія» (відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.04.2021 № 799 і від 15.02.2022 № 293).

Також за поданням проєктів відповідних документів, підготовлених групою експертів, було сформовано мультидисциплінарні робочі групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за всіма стоматологічними спеціальностями та відповідними темами (Наказ МОЗ України від 06.12.2021 № 2711 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908»). Ці групи працюють над підготовкою проєктів галузевих стандартів.

Групою експертів прийняті відповідні рішення, підготовлені проєкти нормативно-правових документів, які направлені керівництву Міністерства охорони здоров'я для затвердження:

- про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 20 січня 2021 р. № 31 «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти»;

- діяльність і структура стоматологічної служби України сьогодні та стратегія її розвитку на перспективу;

- стратегія створення і розвитку університетських клінік, відносини клінічних кафедр з державними, комунальними та приватними структурами, на базі яких вони функціонують;

- про підготовку і проведення II з'їзду стоматологів України під патронатом Міністерства охорони здоров'я України;

- стан і аналіз медичної стоматологічної допомоги населенню України за 2020 рік по результатам статистичних звітів;

- нормативно-правова регламентація діяльності фахівця зі спеціальності «гігієніст зубний»;

- пропозиції щодо формування Програми медичних гарантій на 2022 рік з медичної стоматологічної допомоги. Співпраця з Національною службою здоров'я України;

- стан надання ортопедичної стоматологічної допомоги в Україні та можливості її удосконалення. Аналіз і зміни до чинних нормативно-правових актів, що регулюють роботу ортопедичної стоматологічної служби;

- розгляд пропозицій щодо планування конференцій, конгресів, симпозіумів, з'їздів на 2022 рік за стоматологічними напрямками.

На початку 2022 року відбулося засідання групи експертів, на якому розглянуто проєкт Наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження нормати-

вів надання медичної стоматологічної допомоги та показників якості медичної стоматологічної допомоги» загальним об'ємом 126 сторінок. Проєкт схвалено і направлено керівництву Міністерства охорони здоров'я для затвердження.

Після запровадження в Україні воєнного стану засідання групи експертів не відбувалося.

Висновки

За останні роки відбулася низка змін у нормативно-правовій базі надання медичної стоматологічної допомоги й роботи лікарів стоматологічного профілю. Запроваджено 2 нові стоматологічні спеціальності: «щелепно-лицева хірургія» і «пародонтологія». Внесено суттєві зміни в Положення про інтернатуру і вступну лікарську спеціалізацію. Підготовлено низку проєктів нормативно-правових документів щодо профілактики основних стоматологічних захворювань, діяльності університетських клінік, галузевих стандартів стоматологічної допомоги та ін. Усі ці проєкти вимагають негайного прийняття з метою регламентації надання сучасної медичної стоматологічної допомоги.

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

Список літератури

1. Мазур І.П., Лехан В.М., Рибачук А.В. Трансформації стоматологічної галузі за період незалежності України та їх вплив на доступність стоматологічної допомоги. *Медичні перспективи*. 2022. № 1. С. 184-192.
2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VII.

4. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»: Наказ МОЗ України № 566 від 23 листопада 2004 р.

5. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002.

6. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Стратегічна дорожня група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с.

7. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302.

8. Про затвердження Положення про інтернатуру та вступну лікарську (провізорську) спеціалізацію: Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254.

9. Про внесення змін до Державних санітарних правил і норм «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур»: Наказ МОЗ України від 22.09.2017 № 1126.

10. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285.

11. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я (Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 678 від 21.06.2001, № 134 від 14.02.2002, № 1035 від 10.11.2010, № 1216 від 17.12.2012, № 329 від 27.05.2015, № 921 від 11.11.2015): Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765.

Отримано/Received 23.06.2022

Рецензовано/Revised 02.07.2022

Прийнято до друку/Accepted 12.07.2022 ■

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

PA "Association of Dentists of Ukraine", Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Changes in the regulatory framework for the provision of medical dental care and the work of dental professionals

Abstract. The article presents an analysis of changes in the regulatory framework for the provision of medical dental care and the work of dental professionals. The normative legal acts adopted in recent years are presented. Special attention is paid to the transformation in the system of continuous professional development of doctors, problems of standardization of dental care. A brief analysis of the work of a group of experts from the Ministry of Health

of Ukraine in the areas of therapeutic dentistry, surgical dentistry, orthopedic dentistry, children's dentistry, orthodontics, dentistry is provided.

Keywords: regulatory acts: laws, resolutions of the Cabinet of Ministers, orders of the Ministry of Health; changes in the system of continuous professional development of doctors; standardization; group of experts of the Ministry of Health

Буряк Р.В.¹, Слободяник М.В.², Позур Т.П.³¹Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова, м. Київ, Україна²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна³Національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Стоматологічна допомога пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями

Резюме. У статті подано огляд літератури з особливостей стоматологічних маніпуляцій у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Надання стоматологічної допомоги пацієнтам, які перенесли операції на серці, пов'язане з певними труднощами: прийом антикоагулянтних препаратів, антибіотикотерапія, антитромботична профілактика в післяопераційному періоді. При проведенні стоматологічних маніпуляцій унаслідок вживання фармакологічних препаратів виникає високий ризик розвитку побічних реакцій та ускладнень, таких як кровотечі, поява резистентності до антибіотиків, зниження загального та місцевого імунітету, підвищення рівня транзиторної бактеріємії. У статті наведено алгоритм дій лікаря-стоматолога при проведенні лікувальних стоматологічних маніпуляцій з урахуванням супутньої загальносоматичної патології та прийому лікарських засобів.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання; ішемічна хвороба серця; інсульт; стоматологічні маніпуляції; невідкладні стани

Вступ

Серцево-судинні захворювання, переважно ішемічна хвороба серця та інсульт, є основними причинами смертності й одними з основних факторів інвалідності в усьому світі. Таким чином, пацієнти з ішемічною хворобою серця та інсультом в анамнезі становлять випадки ризику в стоматологічній практиці. Відвідування стоматолога для всіх без винятку пацієнтів — досить сильний психологічний та больовий стресорний фактор, що нерідко провокує ускладнення з боку серцево-судинної системи. Так, лікар-стоматолог рано чи пізно зіткнеться з такими проблемами, коли, крім професійного виконання стоматологічних маніпуляцій, йому доведеться вдатися до заходів з надання екстреної та невідкладної допомоги.

Артеріальна гіпертензія

Артеріальна гіпертензія — це захворювання, при якому відмічається підвищення систолічного артеріального тиску > 140 мм рт.ст. або діастолічного > 90 мм рт.ст. [2].

Особливості стоматологічної допомоги

1. Якщо артеріальна гіпертензія контрольована, то додаткових ризиків немає.

2. Антигіпертензивну терапію пацієнт має приймати постійно, зокрема в день відвідування стоматолога. Перед стоматологічними маніпуляціями потрібно визначити артеріальний тиск [3, 4].

3. Слід надавати перевагу коротким ранковим візитам. Надмірно тривожним пацієнтам можна призначити анксиолітики (5–10 мг діазепаму напередодні та за 1–2 год до лікування зубів).

4. При екстреному відвідуванні стоматолога лікування має бути консервативним, із застосуванням анальгетиків та антибіотиків. Тривалість використання нестероїдних протизапальних препаратів не повинна перевищувати 5 днів [4, 5].

5. Пацієнти із серцево-судинною патологією мають більший ризик вивільнення ендогенного адреналіну внаслідок недостатньої місцевої анестезії, ніж при введенні анестетиків із вазокон-

стрикторами. Однак застосовувати вазоконстриктори слід обмежено, не більше ніж 0,04 мг адреналіну [6].

Серцева недостатність

Серцева недостатність — це комплексний клінічний синдром, який виникає, коли зі структурних чи функціональних причин серце не може забезпечити достатню подачу кисню до тканин [7].

Особливості стоматологічної допомоги

- 1. Лікування зубів має бути обмежено пацієнтами, які перебувають у стабільному стані.
- 2. Рекомендується лікування у напівлежачому положенні та повільна зміна положення тіла, щоб запобігти ортостатичній гіпотензії.
- 3. У пацієнтів, які застосовують препарати наперстянки (дигоксин, метилдигоксин), доза судинозвужувального засобу повинна бути обмежена двома анестезуючими карпулами, оскільки ця комбінація препаратів може сприяти появі аритмій.
- 4. Аспірин (ацетилсаліцилова кислота) може призвести до затримки натрію та рідини, тому його не слід призначати пацієнтам із серцевою недостатністю.
- 5. У разі екстреної ситуації: положення пацієнта — сидячи з опущеними ногами, киснева підтримка 4–6 л/хв, нітрогліцерин сублінгвально (0,4–0,8 мг) з повторним прийомом (за потреби) через 5–10 хв [7, 8].

Порушення серцевого ритму і провідності

Серцева аритмія може бути описана як порушення частоти, регулярності або місця походження серцевого імпульсу [9].

Особливості стоматологічної допомоги

- 1. Анксиолітики можна використовувати для зменшення стресу та тривоги [9, 10].
 - 2. Незважаючи на те, що сучасні кардіостимулятори є більш стійкими до електромагнітних перешкод, необхідна обережність при використанні електричних пристроїв [11].
- Якщо аритмія виникла під час стоматологічного лікування, слід призупинити маніпуляції, забезпечити кисневу підтримку. При появі ознак гіпотензії — перевести пацієнта в положення Тренделенбурга. За наяв-

ності за грудинного болю — нітрогліцерин сублінгвально. За потреби — вагусні проби (масаж каротидного синуса праворуч протягом 5 с).

Інфекційний ендокардит

Ендокардит є небезпечним для життя захворюванням, хоча зустрічається відносно рідко. Ендокардит зазвичай розвивається в осіб із структурними дефектами серця, у яких виникає бактеріємія. Деякі хірургічні та стоматологічні процедури, інструментальні пошкодження слизових оболонок спричиняють транзиторну бактеріємію, яка рідко триває більше ніж 15 хвилин (табл. 1).

Бактерії, що переносяться кров'ю, можуть оселитися на пошкоджених або аномальних клапанах серця або на ендокарді чи ендотелії поблизу від анатомічних дефектів, що призводить до бактеріального ендокардиту [12, 13]. *Streptococcus viridans* (α-гемолітичні стрептококи) є найбільш поширеною причиною ендокардиту після стоматологічних процедур.

Особливості стоматологічної допомоги

- 1. Особи, які мають ризик розвитку бактеріального ендокардиту, повинні створити та підтримувати найкращий можливий стан ротової порожнини, щоб зменшити потенційні джерела бактеріальної інфекції.
 - 2. Загалом антимікробна профілактика рекомендована при процедурах, пов'язаних із значною кровотечею з твердих або м'яких тканин, при пародонтологічних хірургічних операціях, скейлінгу та професійній гігієні порожнини рота [14] (табл. 2).
- Антибіотики призначають групам ризику щодо інфекційного ендокардиту: хворим із механічними/біологічними клапанами серця, інфекційним ендокардитом в анамнезі, вродженими вадами серця.
- Неспецифічні профілактичні заходи у хворих груп високого та помірного ризику — ретельна гігієна порожнини рота та шкіри. Профілактичні огляди у стоматолога 2 рази на рік хворих високого ризику та щорічно в інших групах.

Ішемічна хвороба серця

Ішемічна хвороба серця — це патологічний процес, який супроводжується формуванням обструктивного або необструктивного атеросклерозу вінцевих артерій. У 90 % усіх випадків це відбувається після утворення тромбу внаслідок розриву атероматозної бляшки, яка заку-

Таблиця 1. Ризики бактеріємії при стоматологічних маніпуляціях

Високий ризик бактеріємії	Низький ризик бактеріємії
Процедури, пов'язані з перфорацією слизової оболонки ротової порожнини	Місцева анестезія
Видалення зубів	Застосування фторидів та герметиків
Біопсія	Місцева медикаментозна терапія
Пародонтологічне лікування (зондування пародонтальних карманів, закритий кюретаж, відкритий кюретаж)	Розміщення гумового (внутрішньоротового) ізолятора слини та заміна ліків під час ендодонтичного лікування
Ендодонтичне лікування	Зняття швів
Інтралігментарна анестезія	Природне випадіння молочних зубів

порює просвіт артерії, хоча інші фактори, такі як холод, фізичні навантаження або стрес, можуть спровокувати подію [15]. Основою нападу стенокардії є минула ішемія міокарда — стан, що виникає при збільшенні роботи серця. Він проявляється невідповідністю між потребою міокарда у кисні і його доставкою звуженими коронарними артеріями. У свою чергу, раптова смерть також може настати, як правило, унаслідок аритмії [7].

Особливості стоматологічної допомоги

1. У пацієнтів із гострим або хронічним коронарним синдромом після ендоваскулярних втручань хірургічні операції в ротовій порожнині можна робити не раніше ніж через 6 місяців. Після закінчення цього періоду безпеки рішення про лікування має прийматися на основі ситуації та стану здоров'я кожного окремого пацієнта [7, 17, 18]. Якщо пацієнт приймає нітрати, то він має приносити їх із собою під час кожного відвідування стоматологічної клініки та приймати їх у разі виникнення стенокардії [11].

2. У разі сильного занепокоєння пацієнтам можна провести премедикацію для зменшення тривоги та стресу (5–10 мг діазепаму напередодні та за 1–2 години до лікування).

3. Пацієнт повинен бути розміщений у найбільш зручному для нього положенні (напівлежачи) і обережно вставати, щоб уникати ортостатичної гіпотензії. У деяких пацієнтів може бути необхідним моніторинг артеріального тиску та пульсоексиметричний контроль до і під час лікування зубів.

4. Якщо пацієнт отримує антикоагулянти, слід визначити міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС) на день лікування та проводити стоматологічну операцію, якщо рівень МНС < 3,5. Якщо пацієнт отримує антитромбоцитарні препарати, необхідно контролювати надмірну місцеву кровоточивість.

5. Місцеві гемостатичні заходи, які можна використовувати, включають кістковий віск, шви, желатин тваринного походження, регенеровану окиснену целюлозу, колаген, тромбоконтрат, тромбін, фібринові герметики, електричні або лазерні скальпелі, антифібринолітичні засоби, такі як транексамова кислота [18].

Водії ритму та імплантовані кардіовертери-дефібрилятори

Автоматичні імплантовані кардіовертери-дефібрилятори, інакше відомі як імплантовані кардіовертери-дефібрилятори, використовуються вже більше ніж 30 років. Кардіовертер-дефібрилятор — це невеликий генератор електричних імпульсів з акумулятором, що імплантують пацієнтам, яким загрожує раптова серцева смерть через фібриляцію шлуночків або шлуночкову тахікардію. На практиці найчастіше проблеми виникають при використанні електрохірургічного обладнання. Діатермії краще уникати пацієнтам з кардіостимуляторами. Якщо необхідно використовувати діатермію, перевага надається біполярній діатермії. Якщо необхідно використовувати уніполярну діатермію, заземлювальну площадку слід розташувати так, щоб кардіостимулятор або його відведення не лежали в електричному полі (між заземлювачем та інструментом). Таким чином, зазвичай рекомендується, щоб у разі використання діатермії пристрої ICD були запрограмовані безпосередньо перед операцією і знову ввімкнені після операції [10, 11].

Особливості стоматологічної допомоги

1. Усі пацієнти, які мають будь-який тип імплантованих серцевих пристроїв, повинні повідомити в стоматологічну клініку дані ідентифікаційної картки виробника, наприклад: виробник пристрою, номер моделі, серійний номер, дата імплантації та режим роботи [11–13].

2. Перед будь-якою терапевтичною процедурою стоматолог повинен проконсультуватися із кардіологом пацієнта та за необхідності повідомити кардіологу про виконані стоматологічні процедури.

3. Для профілактичного догляду за ротовою порожниною стоматолог повинен розглянути можливість використання ручних скейлерів, хоча п'єзоелектричні скейлери також задокументовані як безпечні.

4. Слід бути обережним, щоб не накладати електричні шнури на грудну клітку пацієнта.

5. Неекрановані кардіостимулятори слід прикрити свинцевим фартухом.

Таблиця 2. Режим антибіотикопрофілактики при стоматологічних процедурах

Умови	Препарат	Одноразова доза за 30–60 хв до маніпуляції	
		Дорослі	Діти
Пероральний режим	Амоксицилін	2,0 г	50 мг/кг
Парентеральний режим	Ампіцилін	2,0 г в/м або в/в	50 мг/кг в/м або в/в
	Цефазолін або цефтріаксон	1,0 г в/м або в/в	50 мг/кг в/м або в/в
За наявності алергії на пеніцилін або ампіцилін — пероральний режим	Цефалексин	2,0 г	50 мг/кг
	Кліндаміцин	600 мг	20 мг/кг
	Азитроміцин або кларитроміцин	500 мг	15 мг/кг
За наявності алергії на пеніцилін або ампіцилін — парентеральний режим	Цефазолін або цефтріаксон	1,0 г в/м або в/в	50 мг/кг в/м або в/в
	Кліндаміцин	600 мг в/м або в/в	20 мг/кг в/м або в/в

6. Стоматологи повинні знати про симптоми несправності кардіостимулятора, наприклад утруднення дихання, запаморочення, зміну частоти пульсу, тривалу гикавку, набряк грудної клітки та рук, біль у грудях. У таких випадках необхідно звернутися до кардіолога негайно.

Пацієнти на антикоагулянтній терапії

Антикоагулянтне лікування дуже часто застосовується у кардіологічних хворих. Для здорової людини без антикоагулянтного лікування міжнародне нормалізоване співвідношення = 1. Цільові рівні МНС у пацієнтів на антикоагулянтному лікуванні зазвичай у межах 2,0–3,0. У певних ситуаціях, коли ризик тромбозу високий (наприклад, механічний протез мітрального або тристулкового клапана), цільові рівні МНС вищі, а саме 2,5–3,5–4,0 [15–18].

Особливості стоматологічної допомоги

Варфарин може взаємодіяти з багатьма препаратами, які можуть викликати порушення антикоагулянтної ланки. Нижче наведені основні рекомендації при стоматологічній допомозі [18].

1. Ризик значної кровотечі у пацієнтів, які приймають пероральні антикоагулянти, із стабільним МНС в терапевтичному діапазоні 2,0–4,0 (тобто < 4,0) дуже малий, а при тимчасовому припиненні прийому різко підвищується ризик тромбоутворення. У більшості випадків прийом антикоагулянтів не слід припиняти пацієнтам, які потребують амбулаторної стоматологічної хірургії, включаючи видалення зубів.

2. Для зменшення ймовірності кровотеч при застосуванні антикоагулянтів:

— використовувати окиснену регеновану целюлозу (Surgicel) або колагенові губки/шви;

— призначати 5% розчин транексамової кислоти для полоскання порожнини рота 4 рази на добу протягом 2 днів.

3. Пацієнтам, які приймають варфарин, не слід призначати неселективні нестероїдні протизапальні засоби та інгібітори ЦОГ-2 з метою знеболювання після операції.

Пацієнт з гострим порушенням мозкового кровообігу

Інсульт (геморагічний або ішемічний) є серйозною раптовою неврологічною подією, часто смертельною, унаслідок раптового порушення кровопостачання мозку [9, 10].

Особливості стоматологічної допомоги

1. Ретельний контроль артеріального тиску і ступеня анальгезії під час стоматологічної процедури [11, 12].

2. Якщо пацієнту, який системно отримує гепарин, необхідна стоматологічна допомога, то для уникнення підвищеної кровоточивості під час стоматологічних втручань гепарин слід припинити приймати щонайменше на 6–12 годин перед лікуванням. Системну ге-

паринотерапію можна відновити не раніше ніж через 6 годин після зупинення кровотечі, коли з'являються згустки крові [13].

3. Необхідно вводити мінімальну кількість розчинів анестетиків, концентрація доданого адреналіну повинна бути дуже низькою (1 : 100 000 або 1 : 200 000) [14].

4. Якщо у пацієнта з'являються симптоми інсульту, йому слід негайно забезпечити кисневу підтримку та екстрено направити до спеціалізованого лікувального закладу [15–17].

Висновки

Ретельно зібраний анамнез, правильний вибір методу та засобів анестезії, у низці випадків — залучення консультативної допомоги кардіолога та анестезіолога дозволять запобігти розвитку на стоматологічному прийомі багатьох невідкладних серцево-судинних станів. Знання клінічних проявів та заходів невідкладної допомоги дає можливість уникнути несприятливих наслідків цих станів.

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

Список літератури

1. Brouwers S., Sudano I., Kokubo Y., Sulaica E. Arterial hypertension. *X. Epub* 2021 May 18. PMID: 34019821.
2. Bryan W., Giuseppe M., Wilko S., Enrico A., Michel A. et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 01 September 2018. Vol. 39. P. 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
3. Bodnar D.C., Varlan C.M., Varlan V., Vaideanu T., Brandusa M. Dental Management in Stroke Patients. *TMJ*. 2008. 58. (3–4). 228.
4. Buhlin K., Gustafsson A., Pockley A.G. et al. Risk factors for cardiovascular disease in patients with periodontitis. *Eur. Heart J*. 2003. 24. 2099-107.
5. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M. et al.; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics — 2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016. 133. 000-000.
6. Popescu M., Scricciu M., Mercut V., Tuculina M., Dascalu I. Hypertensive Patients and Their Management in Dentistry. *ISRN Hypertension*. 2013. Vol. 2013. Article ID 410740, 8 pages. doi: 10.5402/2013/410740.
7. Gómez-Moreno G., Guardia J., Cutando A., Calvo-Guirado J. Pharmacological interactions of anti-inflammatory-analgesics in odontology. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2009. 14(2). 81-9.
8. Salort-Illorca C., Minguez-Serra M.P., Silvestre-Donat F.J. Interactions between ibuprofen and antihypertensive drugs: Incidence and clinical relevance in dental practice. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2008. 13(11). E717-21.
9. Margaix-Muñoz M., Jiménez-Soriano Y., Poveda-Roda R., Sarrion G. Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2008. 13(5). 296-302.

10. Cruz-Pamplona M., Jimenez-Soriano Y., Sarrión-Pérez M.G. Dental considerations in patients with heart disease. *J. Clin. Exp. Dent.* 2011. 3(2). e97-105.
11. Friedlander A.H., Yoshikawa T.T., Chang D.S., Feliciano Z., Scully C. Atrial fibrillation: pathogenesis, medical-surgical management and dental implications. *J. Am. Dent. Assoc.* 2009. 140(2). 167-77.
12. Rose L.F., Mealey B., Minsk L., Cohen D.W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *J. Am. Dent. Assoc.* 2002. 133. 37-44.
13. Gilbert H., Patrizio L., Manuel J., Maria G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *European Heart Journal.* 21 November 2015. Vol. 36. Iss. 44. P. 3075-3128. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>
14. Silvestre F.J., Miralles-Jorda L., Tamarit C., Gascon R. Dental management of the patient with ischemic heart disease: an update. *Med. Oral.* 2002. 7. 222-30.
15. Friedlander A.H., Yoshikawa T.T., Chang D.S., Feliciano Z., Scully C. Atrial fibrillation: pathogenesis, medical-surgical management and dental implications. *J. Am. Dent. Assoc.* 2009. 140(2). 167-77.
16. Elad S., Zadik Y., Kaufman E., Leker R., Finfter O., Findler M. A new management approach for dental treatment after a cerebrovascular event: a comparative retrospective study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2010. 110(2). 145-50.
17. Roedig J.J., Shah J., Elayi C.S., Miller C.S. Interference of cardiac pacemaker and implantable cardioverter-defibrillator activity during electronic dental device use. *J. Am. Dent. Assoc.* 2010. 141(5). 521-6.
18. Shah A.H., Khalil H.S., Kola M.Z. Dental management of a patient fitted with subcutaneous Implantable Cardioverter Defibrillator device and concomitant warfarin treatment. *Saudi Dent. J.* 2015. 27(3). 165-70.

Отримано/Received 26.01.2022

Рецензовано/Revised 04.02.2022

Прийнято до друку/Accepted 09.02.2022 ■

R.V. Buriak¹, M.V. Slobodanyk², T.P. Pozur³¹Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery, Kyiv, Ukraine²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine³National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Dental care for patients with cardiovascular diseases

Abstract. The article presents a literature review on the peculiarities of dental procedures in patients with cardiovascular diseases. Providing dental care to patients who have undergone heart surgery is associated with certain difficulties: the use of anticoagulant drugs, antibiotic therapy, antithrombotic prophylaxis in the postoperative period. When performing dental procedures, the use of pharmacological preparations may lead to a high risk of developing adverse reactions and complications,

such as bleeding, the appearance of antibiotic resistance, a decrease in general and local immunity, and an increase in the level of transient bacteraemia. The article presents the algorithm for the actions of a dentist while conducting medical dental procedures, taking into account the concomitant general somatic disease and use of medication.

Keywords: cardiovascular diseases; ischemic heart disease; stroke; dental procedures; emergency conditions

Ошурко А.П.¹, Сухляк В.В.², Лисиця Д.Л.³, Дундюк-Березіна С.І.³¹ГО «Асоціація стоматологів Рівненської області», м. Рівне, Україна²КП «Рівненська обласна стоматологічна поліклініка» РОР, м. Рівне, Україна³КЗВО «Рівненська медична академія», м. Рівне, Україна

Об'єднані заради миру на стоматологічному фронті

Резюме. У даній роботі висвітлюється роль організації безперервного професійного розвитку в умовах воєнного стану, засадами якого стали збереження й відбудова зруйнованого здоров'я і людського життя в цілому. Намагання добрати необхідний арсенал методів діагностики і належних протоколів реабілітації з першочерговим урахуванням об'єктивної оцінки функціональних розладів, до того ж в обставинах воєнного часу, і відповідним чином коригувати можливості такого лікування стало поштовхом до об'єднання заради миру й добра. Самоорганізація колегіальних, інформаційно-консультативних майданчиків з використанням інструментів доступних соціальних мереж, які згуртували у «відкриті» й «закриті» спільноти людей з різних куточків України і за її межами, для обговорення функціонуючих закладів і наявності потрібних фахівців стала основою прогресуючих механізмів безперервного професійного розвитку й підтвердила свою дієвість у воєнний час щодо надання медичної допомоги для пацієнта і організаційної — для практикуючого лікаря або організатора таких послуг. Також описано результати об'єднуючого телемосту Київ — Рівне з висвітленням професійних, організаційно-правових викликів, що постали перед лікарями-стоматологами, і шляхів їх стрімкої переорієнтації, рішучих професійних дій при прийнятті рішень, поновлення або цілеспрямованого набуття нових знань. Метою даної роботи є виокремлення ролі безперервного професійного розвитку в збереженні повноти і якості стоматологічних послуг в умовах воєнного стану.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток; історія стоматології; актуальні конференції; воєнний стан

*Навіть коли останні сили зникають
і весь світ проти тебе, знаходиться хтось,
хто тягне тебе вперед.
Нехай у кожного буде такий «птах»
із крилами і метою...*

Вступ

Здавалося б, непередбачувані обставини воєнного часу зведуть нанівець як сформовану національну організацію стоматологічної допомоги, так і можливість доступу до високоспеціалізованих послуг [1], принаймні найнеобхідніших. У часи війни професійний розвиток має своє спрямування, відповідні пріоритети і потребує швидкої переорієнтації щодо рішучих професійних дій у прийнятті рішень [2], поновлення і цілеспрямованого набуття нових знань.

У таких умовах лише об'єднання стоматологічної спільноти забезпечує нерозривний професійний ланцюг для збереження здоров'я наших співвітчизників і їх реабілітації заради миру й добра!

Набутий досвід організації безперервного професійного розвитку (БПР) сприяв утворенню неформальних та інформальних освітніх платформ і, відповідно, професійних баз, що стало основою швидкого реагування на зміну обставин і прояву колегіальності в широкому розумінні.

Хоч і триває процес реформування стоматологічної допомоги в Україні, яка у 2022 році продовжує надаватися за Програмою медичних гарантій, включно з ургентною стоматологічною допомогою всім і плановою стоматологічною допомогою дітям до 18 років, доступність її в багатьох областях стала

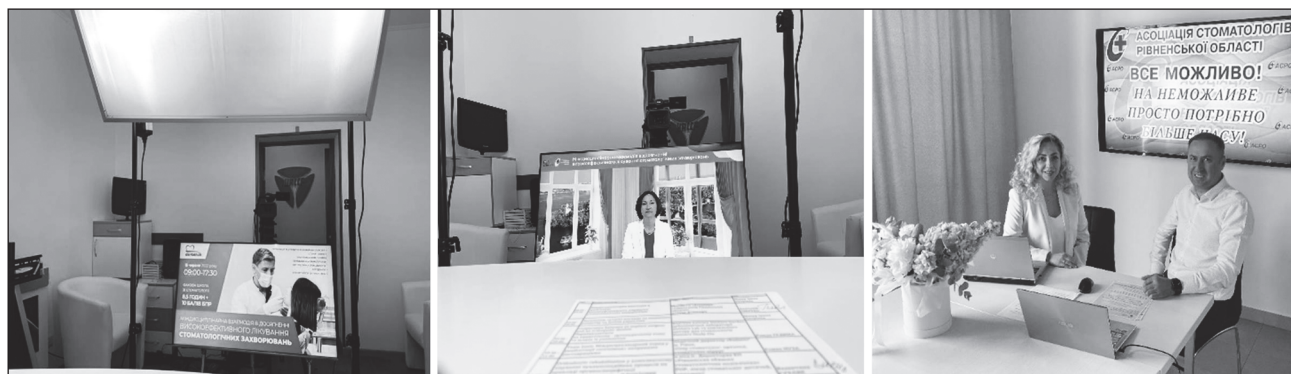


Найбільш поширені й найдоступніші соціальні платформи безперервного професійного розвитку, 2022 рік

обмеженою. Перша причина — це вимушене переселення: здебільшого лікарі-стоматологи покинули свої робочі місця і, відповідно, своїх пацієнтів на різних етапах лікування. У мешканців, які залишилися в напівзруйнованих селах і містах, потреба в спеціалізованих послугах стала зростати. Знову ж таки, онлайн-консультації з лікарем дещо зменшили напругу щодо обмеженої доступності, проте вибудували новий вектор у прийнятті швидких рішень [3]. Відомий вислів: «Де гній, там і лезо». Тому однією консультацією і лікарським призначенням не обійтися. Потрібна спеціалізована допомога. Ключовим колегіальним, інформаційно-консультативним інструментом стали доступні майданчики соціальних мереж, які об'єднували «відкриті» й «закриті» спільноти з різних куточків України та за її межами, для обговорення функціонуючих закладів і наявності потрібних фахівців. І, як було наголошено раніше, механізми БПР підтвердили свою дієвість у полігенний воєнний час щодо надання необхідної допомоги як пацієнту, так і практикуючому лікарю або організатору відповідних послуг.

«Сьогодні ми переживаємо складні та непрогнозовані умови», — зазначає координатор експертної групи

Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я Рівненської ВЦА, к.м.н., директорка КП «Рівненська обласна стоматологічна поліклініка» РОР, лікар-стоматолог дитячий, ортодонт **Валентина Сухляк**. — Медичні працівники вкотре зіштовхнулися з новими труднощами. Та головна причина — не коронавірусна пандемія <...>, а протистояння російській агресії! Розділені родини, переживання за близьких, що зараз боронять країну або перебувають у зоні активних бойових дій чи то на тимчасово окупованих територіях. Страх втрати власного житла і роботи через війну, відсутність навичок, необхідних для пристосування до незвичних умов, брак інформації щодо подій, які відбуваються в місці проживання, яке довелося покинути, тощо. Усе це та багато іншого депресивного тиску виснажують нас і негативно впливають на психосоматичне здоров'я! Люди, які вимушені були залишити свої домівки, стали схильними до необґрунтованих проявів власних емоцій, вчинків, які є невластивими для них за нормальних умов життя. Це і позначилося на взаємодії з представниками сфери охорони здоров'я, до яких переміщені особи звертаються по медичну допомогу і які навіть стають заручниками в загостренні й без того напружених взаємин.



Організатори: професор І.П. Мазур, к.м.н. В.В. Сухляк, доктор філософії А.П. Ошурко перед відкриттям науково-практичної онлайн-конференції 15.06.2022 (телеміст Київ — Рівне)




**Міждисциплінарна взаємодія в досягненні
високоєфективного лікування стоматологічних захворювань**

**ХОЛІНУ САЛІЦИЛАТ ТА ЦЕТАЛКОНІУ ХЛОРИД ЧИНЯТЬ
ПРОТИЗАПАЛЬНУ, ЗНЕБОЛЮВАЛЬНУ ТА АНТИСЕПТИЧНУ ДІЇ**





Інформація призначена для фахівців в сфері оральної медицини. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу K01HC04, P01MA04/2206/02/05, N01BA01/2206/02/05.

**Вітання президента ГО «Асоціація стоматологів України», д.м.н., професора І.П. Мазур
учасникам конференції і доповідь на тему «Запалення: сучасні погляди на механізми розвитку
та шляхи управління»**

У свою чергу, медичні працівники, відчуваючи професійну відповідальність, мимоволі акумулюють на себе всі негативні наслідки війни — біль, гнів, обмеження. Але їхня роль ще складніша, оскільки вони мають перебрати власні емоції, взяти їх під контроль і продовжувати надання своєчасної допомоги пацієнтам. Це дуже нелегко — залишатися «упорядкованим» під час воєнного стану, щоб допомагати людям, які цього потребують.

Проте заходи безперервного професійного розвитку — освітні заходи медичного спрямування, основною метою яких є підтримання або підвищення рівня лікарської професійності і розвитку індивідуальної медичної практики, стали об'єднаним дискусійним простором медичного побратимства!

Багато лікарів боронять суверенність нашої держави й перебувають у надскладних умовах. І ще однією профілактичною «каплетою» став БПР як фундамент професійного відродження через спілкування в соціальному просторі, коли розумієш, що ти не один! І що найкраще відволікає від важкого сьогодення, ніж впевненість у собі через вдосконалення власних знань? Нагадати про забуту інформацію і здобути нові знання в тих напрямках, у яких ми раніше ще блукали.

Потрібно спілкуватися все більше і все частіше! Заходи БПР допомагають накопичувати всі необхідні знання, які ми зможемо імплементувати в практику і зменшити ризики професійного вигорання в реаліях сьогодення».

Згуртованість породжує нові завдання, нові, хоча й короткострокові плани щодо виконання професійних обов'язків. Згуртованість допомагає відновити зруйновану регіональну ланку чи компенсувати її за раху-

нок мобільних джерел або ж тимчасово організованих стоматологічних підрозділів. Згуртованість відновлює професійний кадровий запас, сприяє вдосконаленню існуючих знань і набуттю нових відповідно до потреб та умов, у яких перебуває надавач або споживач послуг.

Не залишаються в стороні ГО «Асоціація стоматологів України» і ГО «Асоціація стоматологів Рівненської області», як офіційні провайдери освітніх послуг безперервного професійного розвитку, вони продовжують створювати все нові об'єднуючі платформи, вектором яких є збереження й відбудова зруйнованого здоров'я і життя в цілому.

У короткому екскурсі хочемо зробити огляд науково-практичної онлайн-конференції на тему «Міждисциплінарна взаємодія в досягненні високоєфективного лікування стоматологічних захворювань», проведеної 15.06.2022 у формі об'єданого телемосту Київ — Рівне, яка може стати взірцем для наслідування.

Як і кожен організатор, ми вивчали потреби й професійні прогалини, можливості й спрямування лекторського складу і, що не менш важливо, питання доступності для слухачів.

Для забезпечення згуртованості й зосередженості аудиторії конференцію розпочато о 08:20 документальним фільмом «Сторіччя Української наукової стоматологічної школи», а для закріплення і збереження національних історичних цінностей — History of dentistry of Ukraine [4].

Вітальними, настановними, бадьорого духу словами «Все буде Україна!» президент ГО «Асоціація стоматологів України», професор **Ірина Петрівна Мазур** надала темпу заходу. А потім, дотримуючись вектора БПР, перейшла до викладу програмного лекційного матеріалу.

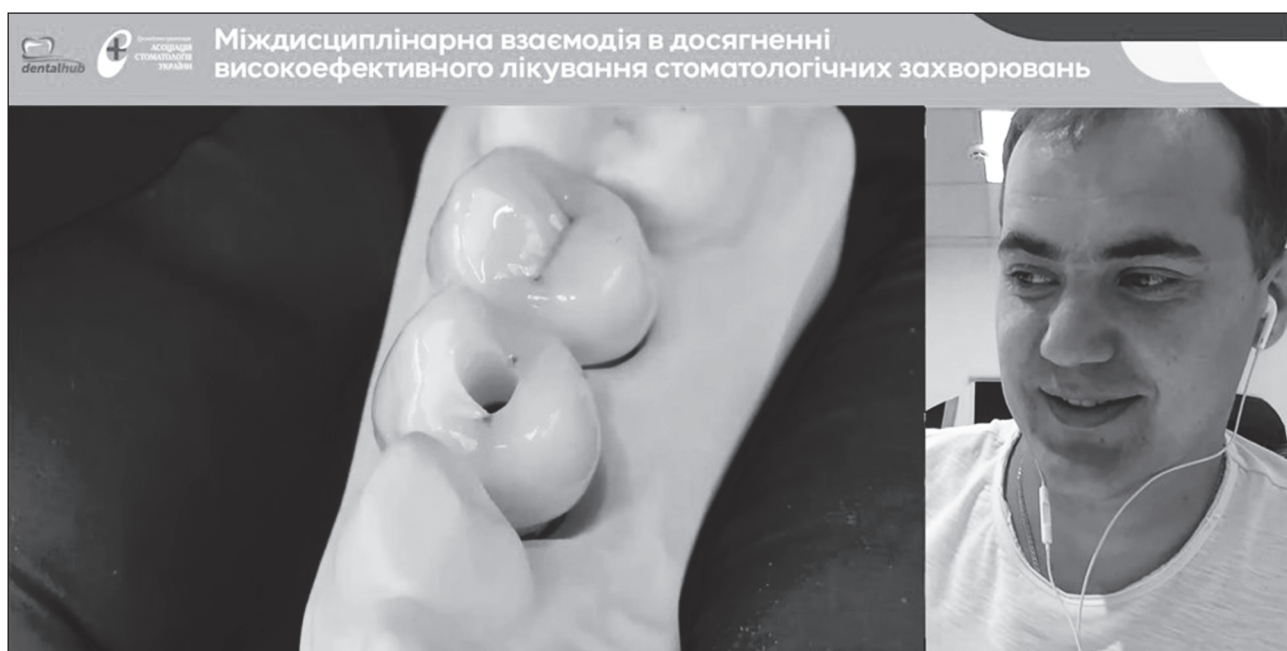


Доповідь «Cooperation between an implant surgeon and an orthopedic dentist. Периімплантити на хірургічному-ортопедичному етапі та шляхи їх уникнення»; Роман Гудима — власник клініки Dentaro Garden, зуботехнічної лабораторії Dentaro Lab і навчального центру для стоматологів Dentaro Study Club

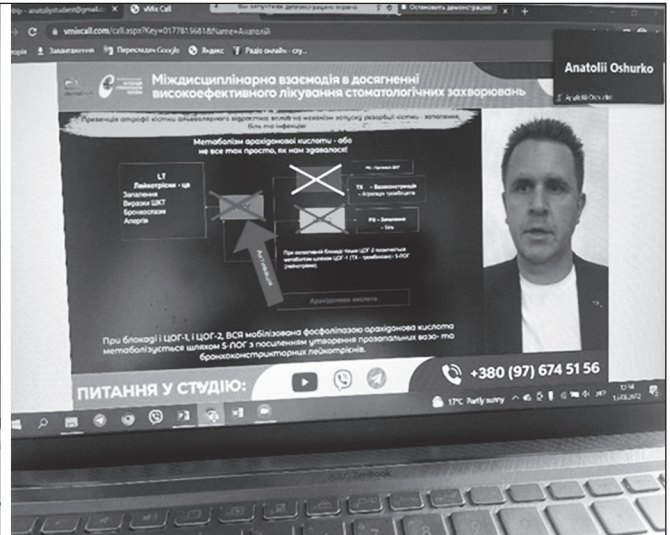
Відомий своєю лекторською активністю **Роман Гудима**, організатор багатьох мережових заходів БПР, поділився власним досвідом у доповіді «Cooperation between an implant surgeon and an orthopedic dentist. Периімплантити на хірургічному-ортопедичному етапі та шляхи їх уникнення». Важливість комунікативної міжпрофесійної взаємодії гарантує успіх імплементації малоінвазивних методик у повноцінній реабілітації пацієнтів.

З легкістю і впевненістю досвідом командної роботи з організації міждисциплінарного підходу в реабілітації «посмішки» непрямыми реставраціями поділився **Роман Муха**. Апробований сучасний практичний підхід, підтверджений здобутими результатами і відображений на презентованих прозірках, затримав увагу учасників конференції.

Всебічно розглянуто етапність як параклінічного, так і клінічного й диспансерного ведення пацієнтів з



Доповідь «Team basis. Міждисциплінарний підхід у реабілітації «посмішки» непрямыми реставраціями»; Роман Муха — медичний директор «Esthetic», м. Рівне, лікар стоматолог-ортопед, стоматолог-хірург



Доповідь «Orthodontic rehabilitation у комплексному лікуванні пухлиноподібних процесів на прикладі органоспецифічної доброякісної пухлини — одонтоми»; Валентина Сухляк — к.м.н., координаторка групи експертів Департаменту ЦЗОЗН РОДА, директорка КП «Рівненська обласна стоматологічна поліклініка» РОР, лікар-стоматолог дитячий, ортодонт. Доповідь «Збереження лунки і дентальна імплантація: сучасні методи та інструментарій»; Павло Леоненко — DMD, MDS, DScD, професор кафедри ортопедичної стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

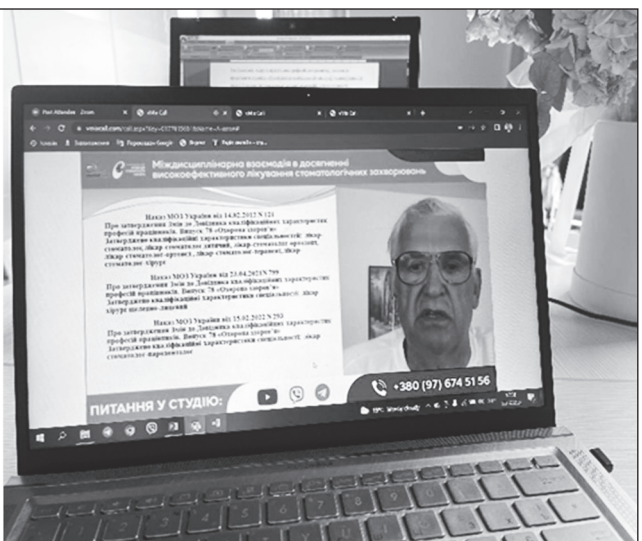
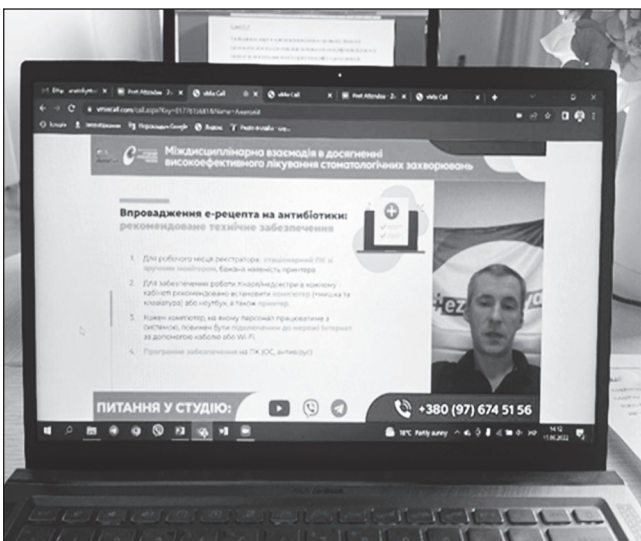
дотриманням протоколів Orthodontic rehabilitation у комплексному лікуванні пухлиноподібних процесів на прикладі органоспецифічної доброякісної пухлини — одонтоми к.м.н. **Валентиною Сухляк**.

Отримані настанови сприятимуть досягненню якісної і швидкої реабілітації з відновленням жувальної ефективності та, що не менш важливо, задоволенню естетичних вимог пацієнтів.

Координацію процесів збереження лунки і дентальної імплантації з негайним навантаженням і використання сучасних малоінвазивних методик та інструментарію науково обґрунтував у своїй лекції

DMD, MDS, DScD, професор кафедри ортопедичної стоматології НУОЗ України імені П.Л. Шупика **Павло Леоненко**.

Варто вказати на нашу ефективну комунікацію (навіть у такий складний для держави час) із центральними органами управління, у першу чергу з Міністерством охорони здоров'я і ДП «Електронне здоров'я». Життя триває, реформи — слідом. **Олександр Ємець**, в.о. генерального директора, надав роз'яснення про терміни впровадження електронного рецепта на антибіотики, розповів, як підготуватися до перехідного періоду лікарям-стоматологам. Також він відповів на



Доповідь «Електронний рецепт на антибіотики: як підготуватися до перехідного періоду лікарям-стоматологам»; Олександр Ємець — в.о. генерального директора ДП «Електронне здоров'я». Доповідь «Останні зміни в нормативно-правовому забезпеченні діяльності лікаря-стоматолога»; Олександр Вахненко — к.м.н., координатор Експертної ради МОЗ України

Міждисциплінарна взаємодія в досягненні високоефективного лікування стоматологічних захворювань

Призначення фармакологічних препаратів для відтермінування стоматологічного прийому

- НПЗЗ з вираженим знеболюючим ефектом
- НПЗЗ з вираженим протизапальним ефектом
- НПЗЗ з вираженим знеболюючим та хондропротекторним ефектом
- Антибіотикотерапія
- Ферментативні препарати
- Антигістамінні препарати
- Заспокійливі препарати




Доповідь «Виклики сучасності та особливості надання стоматологічної допомоги у воєнний час»; Світлана Хлебас — к.м.н., НУОЗ України імені П.Л. Шупика

шквал запитань: як обрати МІС, як закладам підключитися до ЦБД МІС, як підключитися до ЕСОЗ тощо.

Завжди тримає руку на пульсі щодо останніх змін у нормативно-правовому забезпеченні діяльності лікаря-стоматолога координатор Експертної ради МОЗ України, к.м.н. **Олександр Вахненко**. Надано роз'яснення щодо необхідності формування індивідуального освітнього портфоліо за допомогою доступних форм БПР.

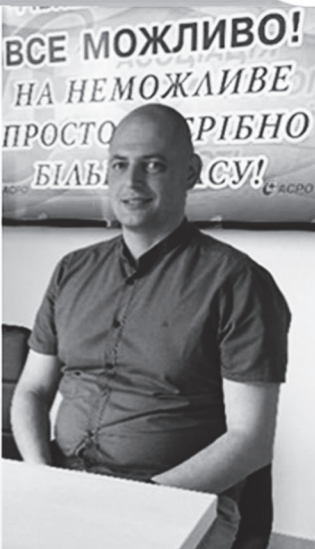
Щирістю, великим серцем, добротою і бажанням швидкої перемоги, багатогранним підходом відзначалася доповідь к.м.н. **Світлани Хлебас**, яка зупинилася на викликах сучасності й висвітлила особливості надання стоматологічної допомоги у воєнний час.

Таким же досвідом згуртованості поділився **Дмитро Лисиця**, к.пед.н., голова циклової комісії стоматологічних дисциплін фахового медичного коледжу КЗВО «Рівненська медична академія», викладач вищої кате-

Міждисциплінарна взаємодія в досягненні високоефективного лікування стоматологічних захворювань



- Здійснення діагностики карієсу зубів, хвороб пародонту, некаріозних уражень, захворювань СОПР і реєстрація стоматологічного статусу пацієнта
- Проведення індексної оцінки стану тканин пародонту
- Навчання принципам гігієни порожнини рота та підбір засобів і предметів гігієни
- Розробка, впровадження профілактичних заходів
- Проведення герметизації фісур (неінвазивна методика)
- Видалення над- і піддесневих зубних відкладень



**ВСЕ МОЖЛИВО!
НА НЕМОЖЛИВЕ
ПРОСТО СЕРІЙНО
БІЛЬШЕ ЗАСУ!**

Фахова школа зі стоматології
Міждисциплінарна взаємодія
в досягненні високоефективного
лікування стоматологічних
захворювань

Лисиця Д.Л. Формування професійної компетентності майбутніх зубних гігієністів у медичних коледжах : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Лисиця Дмитро Леонідович — Хмельницький, 2018. — 363 с.

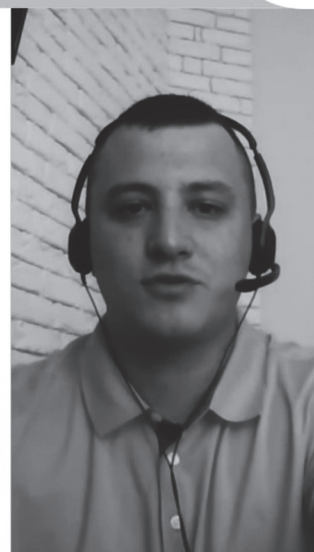
Доповідь «Assistance in dentistry як запорука міждисциплінарної взаємодії в лікувально-діагностичному процесі»; Дмитро Лисиця — к.пед.н., голова циклової комісії стоматологічних дисциплін фахового медичного коледжу КЗВО «Рівненська медична академія», викладач вищої категорії, старший викладач, лікар-стоматолог




Міждисциплінарна взаємодія в досягненні вискоєфективного лікування стоматологічних захворювань

Заправляємо платок за допомогою гладилки і повітря з пустера





ПИТАННЯ У СТУДІЮ:







+380 (97) 674 51 56

Доповідь «Practical experience. Алгоритми дій при відновленні контактного пункту в Practical experience, техніці прямої та непрямой реставрації», Володимир Гордійчук — microscopist, стоматолог-терапевт, ортопед Diamond Dental Clinic, м. Рівне

горії, старший викладач, лікар-стоматолог, щодо організації післядипломної освіти наших незамінних і незламних духом помічників, assistance in dentistry, як запоруки міждисциплінарної взаємодії в лікувально-діагностичному процесі.

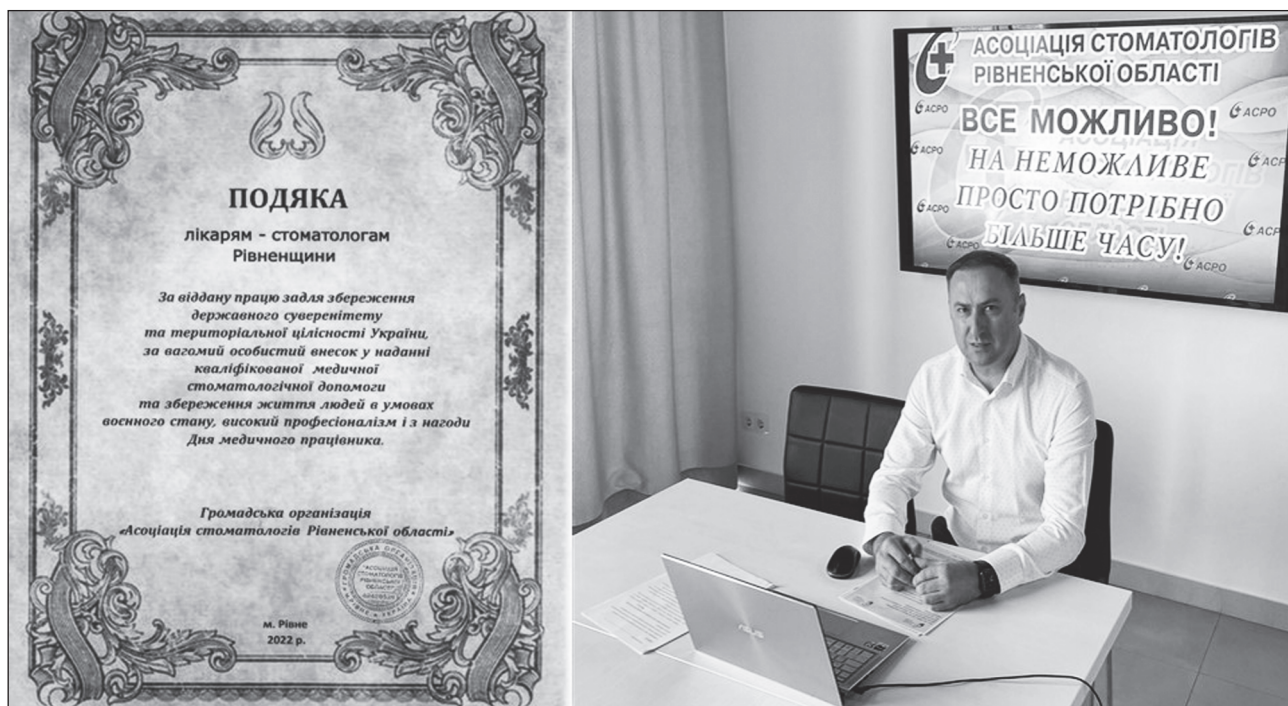
«Що очікують від нас, професіоналів стоматології, пацієнти, колеги, суміжні спеціалісти незалежно від воєнного чи мирного стану і, врешті-решт, ми самі? Компетентностей, які характерні для висококваліфікованого стоматологічного фахівця, — зазначив Дмитро Лисиця, досвідчений організатор освітніх процесів. — На мою думку, професійні, особистісні якості лікаря-стоматолога, що поєднуються в системі відповідальної лікувальної діяльності, є саме тими елементами, які формують нас як професіоналів своєї справи.

Час не стоїть на місці, момент завершення навчання у закладі освіти віддаляється, а обсяг професійної інформації накопичується й зростає щороку. Розвиток стоматології з невинним упровадженням новітніх технологій, обладнання і методик застосування їх у медичній практиці потребує від лікаря-стоматолога постійного професійного самовдосконалення й росту. Саме з цією метою в Україні запроваджено систему безперервного професійного розвитку для лікарів. Чому ми говоримо про безперервний професійний розвиток як про систему? Тому що це поєднання різноманітних елементів освітнього процесу лікаря-післядипломника. Формальна, неформальна та інформальна освіта забезпечує постійну підготовку, вдосконалення лікарів з відривом або без відриву від лікарської практики.

На мою думку, безперервний професійний розвиток лікарів є надзвичайно важливим і дієвим засобом

формування професійної компетентності лікаря-стоматолога, хоч і не без недоліків. Позитивною є сама можливість обрання лікарем виду освітньої діяльності, який відповідав би його потребам (час, місце, доступність, тривалість освітнього заходу). Система набирання балів протягом певного періоду спонукає лікарів брати участь у різних заходах, вони ніби заохочуються, збираючи відповідні бали. Водночас система одержання балів і їх підсумовування дозволяє структурувати й полегшувати розуміння достатнього рівня для звітування, наприклад, перед роботодавцем або професійною асоціацією і для майбутньої атестації з метою підтвердження сертифікату лікаря-спеціаліста. З огляду на можливість дистанційного навчання в рамках неформальної та інформальної освіти це дозволяє охопити більше інформації, відвідавши, наприклад, більше освітніх заходів навіть у віддалених від слухача місцях. Але такий вид участі в освітньому процесі має й суттєві недоліки: відсутність живого вербального і невербального спілкування і неможливість отримання практичних навичок.

Беручи активну участь у системі безперервного професійного розвитку стоматологічних фахівців, відзначимо декілька особистих спостережень, побажань. На нашу думку, освітні заходи потрібно проводити в чіткій відповідності до спеціалізацій лікарів-стоматологів, хоча водночас виникають питання про визначення таких критеріїв для таких «спеціальних» заходів й обґрунтування відбору провайдерів освітніх заходів. Вирішити ці протиріччя можна було б за допомогою передачі певних повноважень профільним асоціаціям або організації самоврядування лікарів. Ми вважаємо,



*Final emphasis, голова ГО «Асоціація стоматологів Рівненської області», доктор філософії **Анатолій Ошурко***

що необхідно пропрацювати механізм відновлення знань у системі безперервного професійного розвитку для фахівців, які переривали професійну діяльність, наприклад, у зв'язку з декретною відпусткою. Також потрібно змінити критерії нарахування балів для лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію, з метою зменшення їх кількості, враховуючи практичний досвід таких лікарів, а також з можливістю їх залучення до системи безперервного професійного розвитку як менторів.

Звичайно, будь-які інновації в освіті повинні ґлибоко досліджуватися на предмет якості надання освітньої послуги, потреби в ній і кінцевого результату, а саме підвищення професійної компетентності лікарів-стоматологів. Тому завданням, яке стоїть перед науковцями, є не лише підготовка висококваліфікованих стоматологічних фахівців через систему післядипломної освіти, але й дослідження і вдосконалення системи безперервного професійного розвитку лікарів».

Десь із філософським упередженням трактуванням: правильно побудовані контакти забезпечують тривалу стабільність у всьому. Представляючи бренд рівненських стоматологів, **Володимир Гордійчук** поділився набутим досвідом і алгоритмом дій при відновленні контактного пункту в техніці прямої і непрямой реставрації. Чудові презентації складних клінічних випадків у важкодоступних зонах квадрантів зубних рядів змусили вкотре переглядати техніки й авторські реєстрації відтворених індивідуальних контактних пунктів зубів, результатом яких є збереження здорового стану зубо-щелепної системи.

Провайдери послуг БПР на своїх платформах надають можливості розміщувати матеріали для апро-

бації і колегіальної експертизи науково-дослідних робіт, а також їх висвітлення під час організованих дискусійних панелей з учасниками науково-практичної конференції. На сьогодні, зокрема, подані результати дисертаційної роботи на тему «Обґрунтування реабілітації пацієнтів з атрофією кісткової тканини, ускладненою топографо-анатомічною особливістю каналу нижньої щелепи» доктора філософії, здобувача наукового ступеня доктора медичних наук **Анатолія Ошурка**, які відзначаються новизною і повповнюють здобутки національної наукової бази. Вони легкодоступні для ознайомлення й отримання нових даних:

- щодо топографо-анатомічних особливостей каналу нижньої щелепи в пацієнтів з атрофією кісткової тканини, зумовленою кінцевими дефектами зубних рядів;

- щодо обрання методів реабілітації залежно від топографії каналу нижньої щелепи, ступеня атрофії і щільності кісткової тканини в умовних одиницях сірості:

- а) при використанні автоклітинних трансплантатів для аугментації і направленої регенерації кісткової тканини;

- б) при застосуванні коротких і ультракоротких субкортикальних імплантів;

- в) при застосуванні бікортикальних імплантатів:

- щодо мінімізації інвазивності хірургічних методик і скорочення термінів лікування;

- щодо відновлення протетичних властивостей зубного ряду тощо.

І все, що будеється задля добра та миру, набуває свого відображення в споживачах, формуючи партнер-

ські опори й забезпечуючи подальше провадження вже вдосконаленої майстерності.

«Хочу залишити на шпальтах журналу «Oral and General Health» своє проголошення про важливість безперервного професійного розвитку лікаря-стоматолога в умовах воєнного часу, хоч і з дистанційною формою навчання, як об'єднуючого заходу заради миру та добра! — з впевненістю зазначила викладач стоматологічних дисциплін КЗВО «Рівненська медична академія», лікар-стоматолог, аспірант кафедри топографічної анатомії з оперативною хірургією Буковинського державного медичного університету **Софія Дундюк-Березіна**. — Звісно, безперервний процес самоосвіти, поглиблення вмінь і знань лікаря в умовах стрімкого прогресу новітніх медичних технологій є запорукою його високої професійної компетенції в діагностиці й лікуванні стоматологічних захворювань. БПР для лікарів — можливість вільно обирати цікаві для себе теми чи організовані заходи, зручні формати та час навчання, а також надавачів освітніх послуг.

Я погоджуюсь із колегами-педагогами, що сьогодні ми всі живемо, працюємо і протистоїмо російській агресії в різних умовах, містах і країнах.

Воєнний стан — нова реальність, що диктує нові підходи в роботі медичної системи [5]. Сфера освіти, як і всі сфери життя суспільства, зазнала сильних змін в умовах воєнного стану. Усі ми вчилися й продовжуємо вчитися жити в цих нових умовах: хтось — продовжувати здобувати освіту, а хтось — працювати.

Життя вносить свої корективи, і спочатку ми мали справу з невідомою для нас усіх недугою — COVID-19, що навчила жити й працювати в дистанційних умовах. Провайдери освітніх послуг дуже швидко освоїли нові формати навчання, і вже за деякий час ми, стоматологи, мали можливість обирати для себе найбільш актуальне, професійно орієнтоване на власні потреби. Однозначно, що дистанційна форма не замінить очного спілкування і відточування своїх навичок безпосередньо в стоматологічному кріслі.

Я, як викладач стоматологічних дисциплін у Рівненській медичній академії, можу чітко відповісти на запитання, чи дистанційна форма навчання має місце в навчанні майбутніх медиків, зокрема стоматологів: частково так. Якщо йдеться про начитку лекційного матеріалу, то ми можемо використовувати різні платформи для проведення лекційного заняття в дистанційному форматі [6], інша справа, якщо йдеться про відпрацювання практичних навичок, яке потребує належного оснащення і пацієнта, принаймні манекена.

Для студента, інтерна і молодого лікаря дуже важливо не лише отримати багаж теоретичних знань, але й проявити активність під час розгляду клінічних випадків, що можливо лише у форматі очного навчання.

Ми не стоїмо на місці, ми продовжуємо вчитися, вдосконалювати свої вміння і навички.

Тому в цей нелегкий для нас всіх час дуже велике значення має наша згуртованість! Згуртованість лікарів-стоматологів допомагає вирішити будь-яке питання, починаючи від допомоги колезі встановити діагноз і завершуючи збором величезних сум на придбання авто для

колег на передову, які захищають нас для того, щоб ми тут, у тилу, могли вчитися, працювати і просто жити!».

Як висновок: клініцисти і дослідники — усі об'єдналися заради однієї цілі — зберегти здоров'я нації! Щоденно намагаються добрати необхідний арсенал методів діагностики й належні протоколи реабілітації, враховуючи в першу чергу суб'єктивну оцінку функціональних розладів, і відповідним чином коригувати своє лікування, уже після врахування обставини воєнного часу. Іноді такий підхід, включаючи вищезазначені чинники, не може бути реалізований у короткі терміни, а пацієнт уже потребує швидкий пакет надання медичної стоматологічної допомоги. Віримо, зможемо, вистоїмо — разом ми сила!

Висловлюємо всім подяку за об'єднану кропітку працю задля збереження державного суверенітету й територіальної цілісності України, за вагомий особистий внесок у надання кваліфікованої медичної стоматологічної допомоги в умовах воєнного стану, за вашу згуртованість у відновленні як доступності, так і якості спеціалізованих послуг.

Дана робота, як сторінка історичного виклику, збереження свого рідного, Богом дарованого надбання, нехай залишається лише спогадом, і ніколи знову... не повториться війна!

Зичимо миру, добра та професійного розвитку!
We wish you peace, good and professional development!

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

Список літератури

1. Вороненко Ю.В., Мазур І.П. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік. Кропивницький: Поліум, 2019. С. 176.
2. Бабенко В.І., Старченко І.І., Філенко Б.М., Ройко Н.В., Ніколенко Д.Є. Особливості викладання патоморфології в умовах воєнного часу. Вісник проблем біології і медицини. 2022. 1(164). 293-300. DOI:10.29254/2077-4214-2022-2-1-164-293-300.
3. Омелян С.М., Чижма Д.М. Психологічні особливості стресостійкості особистості в екстремальних умовах. Перспективи розвитку сучасної психології. 2022. 10. 38-42.
4. Мазур І.П., Павленко О.В., Скрипник І.Л. Стоматологія України: Історичні нариси. Харків: СИМ, 2017. С. 192.
5. Філенко Б.М., Ройко Н.В., Старченко І.І., Проскурня С.А., Прилуцький О.К. Порівняльний аналіз успішності студентів під час дистанційного навчання і традиційної форми освіти. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2020. 3(71). 245-248.
6. Сидоренко А. Г., Луценко Р. В., Чечотіна С. Ю., Луценко О.А., Капустнік Ю.О. Формування позитивної мотивації до навчання у здобувачів освіти під час дистанційного навчання. Зб. наук. матеріалів II міжнар. наук.-практ. конф. «Психологопедагогічні координати розвитку особистості»; 3–4 червня 2021 р., Полтава. 2021. 195-198.

Отримано/Received 10.07.2022
Рецензовано/Revised 20.07.2022
Прийнято до друку/Accepted 01.08.2022 ■

Information about authors

Anatolii Oshurko, PhD, chairman of PO "Association of dentists of the Rivne region", medical director of the centre for dental services "Dantyst", Rivne, Ukraine; e-mail: anatoliystudent@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3838-2206>.

V.V. Sukhliak, MI "Rivne regional dental polyclinic" ROC, Rivne, Ukraine

D.L. Lysytsia, CHEI "Rivne Medical Academy", Rivne, Ukraine

S.I. Dundiuk-Berezina, CHEI "Rivne Medical Academy", Rivne, Ukraine

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 the manuscript.

A.P. Oshurko¹, V.V. Sukhliak², D.L. Lysytsia³, S.I. Dundiuk-Berezina³

¹PO "Association of Dentists of the Rivne Region", Rivne, Ukraine

²MI "Rivne Regional Dental Polyclinic" of RRC, Rivne, Ukraine

³MHEI "Rivne Medical Academy", Rivne, Ukraine

United for peace on the dental front

Abstract. This paper highlights the role of organizing continuous professional development under martial law the foundations of which are the preservation and restoration of ruined health and human life in general. Attempts to find the necessary arsenal of diagnostic methods and appropriate rehabilitation protocols, taking into account the objective assessment of functional disorders, especially in the circumstances of wartime, and accordingly adjusting the possibilities of such treatment, became an impetus for the unification for the sake of peace and goodness. Self-organization of collegial, information and advisory platforms using the tools of available social networks, which were united in "open" and "closed" for discussion by the communities from different parts of Ukraine and abroad regarding functioning institutions and the availability of the

necessary specialists, became the basis of progressive mechanisms of continuous professional development and confirmed their effectiveness in wartime in providing medical care for the patient and organizational — for the practitioner or organizer of such services. It also describes the results of the unifying Kyiv-Rivne TV bridge with coverage of professional, organizational and legal challenges faced by dentists and ways of their rapid reorientation, decisive professional actions in decision-making, updating or acquiring new purposeful knowledge. The aim of this paper is to highlight the role of continuous professional development in maintaining the completeness and quality of dental services under martial law.

Keywords: continuous professional development; history of dentistry; recent conferences; martial law.

Тези IV Українського конгресу з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія», присвяченого Всесвітньому дню здоров'я порожнини рота

Закут Яра Салах

Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Оцінювання впливу тютюнопаління на показники стану здоров'я ротової порожнини у підлітків

Актуальність

Одним із важливих факторів ризику розвитку захворювань порожнини рота є тютюнопаління [1]. При цьому даний факт не залежить від віку. Однак особливо негативного наслідку тютюнозалежність завдає здоров'ю осіб молодого віку, зокрема справляє руйнівний вплив як на організм взагалі, так і на стан порожнини рота зокрема [2]. На жаль, на сьогодні тютюнопаління призводить до серйозних соціальних і медичних проблем.

Мета роботи: вивчення стану здоров'я ротової порожнини у підлітків при активному тютюнопалінні та порівняння з таким у підлітків, які не палять.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось за участю 32 підлітків віком від 15 до 18 років, які були розподілені на дві групи. Основну групу становили 22 дитини, в яких середній стаж паління дорівнював 18 міс. До контрольної групи увійшли 10 дітей, які на момент обстеження були соматично здоровими та ніколи не палили. Проведене клінічне стоматологічне обстеження з використанням:

- 1) індексу поширеності карієсу постійних зубів;
- 2) визначення рівня гігієни порожнини рота за індексами Гріна — Вермільйона та Федорова — Володкіної за допомогою забарвлення поверхонь зубів стандартним барвником «Колор-тест № 1»;
- 3) визначення поширеності запалення ясен за допомогою індексу потреби в лікуванні хвороб пародонта (РМА) за допомогою барвника «Колор тест № 3».

Результати та обговорення

Поширеними скаргами в усіх підлітків є чутливість зубів, наявність мінералізованих зубних відкладень;

основною скаргою в підлітків, які палять, є кровоточивість ясен під час чищення зубів, а також наявність неприємного запаху з рота. Показник поширеності карієсу постійних зубів серед усіх підлітків становив 95 %. Інтенсивність каріозного процесу в основній групі виявилася високою — $6,11 \pm 0,29$, у контрольній групі — середньої інтенсивності, $4,25 \pm 0,27$.

Оцінюючи гігієну порожнини рота за індексом Федорова — Володкіної, встановили незадовільний рівень основної групи — $2,5 \pm 0,37$ та задовільний рівень контрольної групи — $1,65 \pm 0,21$.

Індекс Гріна — Вермільйона в основній групі був незадовільним і в середньому становив $1,9 \pm 0,05$, а у контрольній групі — задовільним і дорівнював $0,79 \pm 0,19$.

Індекс РМА у групі підлітків, які палять, становив $36,00 \pm 0,06$ %, а в дітей, які не палять, — $14,000 \pm 0,025$ %.

Висновки

При аналізі отриманих результатів комплексного дослідження стає зрозумілим взаємний зв'язок між тютюнопалінням і погіршенням стану гігієни порожнини рота та показниками, що характеризують запалення ясен. Максимальне обмеження й усунення цього фактора вже з юнацького віку є актуальною проблемою клінічної стоматології. Важливо націлити підлітків на програми з припинення паління. Це допоможе подолати шкідливі звички та мати добре здоров'я.

Список літератури

1. Popova T.M., Kryvenko L.S., Tishchenko O.V., Nakonechna O.A., Podrigalo L.V., Nessonova T.D., Gargin V.V. Effect of electronic cigarettes on oral microbial flora. Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences. 2021. № 11(1). P. 54-64. doi: 10.29169/1927-5951.2021.11.08.
2. Hasiuk P.A., Malko N.V., Vorobets A.B., Ivanchyshyn V.V., Rosolovska S.O., Korniienko M.M., Bedenyuk O.A. The intensity of chronic catarrhal gingivitis in children depending on the age. Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland, 1960). 2020. № 73(5). P. 846-849. ■

Стоян О.Ю.¹, Леонтьєва Ф.С.², Савельєва Н.М.¹,
Денисова О.Г.¹

¹Кафедра стоматології ХНМУ, м. Харків, Україна

²Відділ лабораторної діагностики та імунології Інституту
патології хребта і суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН
України, м. Харків, Україна

Роль біохімічних маркерів сполучної тканини в діагностиці захворювань скронево- нижньощелепних суглобів

Актуальність. Питання патології скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) для сучасної стоматології є актуальним у зв'язку з поширеністю й різноманітністю її клініки. Захворювання СНЩС часто нагадують патологічні процеси, якими займаються фахівці різних спеціальностей, що вимагає від стоматологів особливого підходу як в обстеженні, так і у виборі лікувальної тактики щодо цієї категорії пацієнтів. Багато клініцистів концентрують увагу на порушенні розвитку тканинних структур суглоба як одного з провідних факторів розвитку патології СНЩС. Такі зміни характерні й для дисплазії сполучної тканини. Тому вивчення змін структур СНЩС і обмінних процесів організму на тлі системної патології є перспективним напрямком у стоматології. **Мета:** визначення ролі біохімічних маркерів патології сполучної тканини при захворюваннях скронево-нижньощелепних суглобів для планування лікування пацієнтів цієї категорії. **Матеріали та методи.** Обстежені 103 особи, які були поділені на 3 групи: практично здорові (n = 33); група 1 (n = 35) — пацієнти з функціональними порушеннями (м'язова дисфункція СНЩС); група 2 (n = 35) — пацієнти з вираженими деструктивними змінами (м'язово-суглобова й суглобова дисфункція СНЩС). Усім проведені біохімічні дослідження сироватки крові (забір крові проводили натще з ліктьової вени) і добової сечі для визначення маркерів метаболізму основних компонентів органічного матриксу кісткової і хрящової тканин. **Результати та обговорення.** У сироватці крові виявлені зміни обміну колагену й глікозаміногліканів — підвищення рівня хондроїтинсульфатів, що супроводжувалось збільшенням екскреції із сечею оксипроліну й уронових кислот в обох групах пацієнтів з патологією СНЩС. Слід зазначити, що рівень глікопротеїнів сироватки крові в пацієнтів групи 1 підвищувався порівняно з показниками норми, але це було статистично невірогідно, а рівень хондроїтинсульфатів був у межах вікових норм. Показники оксипроліну й уронових кислот у добовій сечі цих пацієнтів також не перевищували норми. У пацієнтів групи 2 у перебігу патологічного процесу превалював запальний компонент, що виражалось в збільшенні глікопротеїнів сироватки крові вдвічі й зниженні рівня хондроїтинсульфатів у півтора раза порівняно з нормою. Зміни у сироватці крові супроводжувалися відповідними змінами в добовій сечі — зростанням рівня оксипроліну в півтора раза порівняно з нормою і зниженням рівня уронових кислот менше за нормальні показники, що й підтверджувало наявність запального компонента. У пацієнтів зі

змінами в СНЩС, у яких був виражений дистрофічний процес, показники сироватки крові й добової сечі були в межах норми. Тож виявлені маркери запалення або дистрофії в пацієнтів з патологією СНЩС відображають різні види перебігу патології і можуть бути пов'язані з наявністю в них дисплазії сполучної тканини. **Висновки.** Оцінка біохімічних маркерів сполучної тканини в пацієнтів з патологією СНЩС має бути включена до схеми їх обстеження. А лікуванням і реабілітацією таких пацієнтів повинні займатися профільні фахівці в тісній співпраці із стоматологами. ■

Мороз Л.В.¹, Мельник Т.О.¹, Березюк І.С.¹,
Морква А.В.¹, Голодюк С.М.²

¹Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

²КНП «Вінницький обласний спеціалізований клінічний
диспансер радіаційного захисту населення ВОР»,
м. Вінниця, Україна

Дослідження варіації симптоматики постковідного синдрому серед мешканців Вінниччини і її залежності від різних чинників

Актуальність. Пандемія COVID-19 набула значного поширення на території України. Спочатку вся увага була зосереджена на клінічних проявах гострого вірусного захворювання, викликаного SARS-CoV-2. Проте багатьох людей після одужання турбують симптоми, пов'язані з перенесенням COVID-19, що значно знижують якість життя. Постковідний синдром — мультисистемне захворювання, що характеризується тривалим перебігом і може виникати навіть після відносно легкого перебігу гострого COVID-19. **Мета:** дослідити характеристики постковідного синдрому (оцінка збереження симптомів після COVID-19 залежно від віку, статі, перебігу й тяжкості захворювання, зв'язок постковідного синдрому й коморбідної патології); проаналізувати частоту виникнення й виявити ризик появи стійких симптомів у людей, які одужали після COVID-19, з метою подальшого менеджменту, заснованого на принципах доказової медицини. **Матеріали та методи.** Використовували перехресне дослідження, яке проводилося у два етапи: I етап — з березня по квітень 2021 року — охопив пацієнтів, які хворіли на гострий COVID-19 під час першої і другої хвилі COVID-19, II етап — з грудня 2021 року по січень 2022 року — охопив пацієнтів, які хворіли на гострий COVID-19 під час третьої хвилі COVID-19. Осіб було розподілено на дві групи: основна — пацієнти з тяжким перебігом, які лікувалися стаціонарно після перенесеного гострого COVID-19 (I етап — n = 61; II етап — n = 68); група порівняння — пацієнти з легким і середньої тяжкості перебігом COVID-19, які лікувалися амбулаторно (I етап — n = 167; II етап — n = 193). Усі вибірки були збалансовані за статтю. Анкетування проводилося в онлайн-режимі в соціальних мережах і шляхом опитування офлайн пацієнтів КНП «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер радіаційного захисту населення ВОР» з подальшою статистичною обробкою отриманих даних у програмах Microsoft Excel,

IBM SPSS Statistic, версія 12 (20). **Результати та обговорення.** У результаті проведеного дослідження було встановлено, що серед стаціонарних пацієнтів на обох етапах було вірогідно більше пацієнтів віком 50–60 років і 60 років і старших ($p < 0,001$), натомість серед амбулаторних пацієнтів обох етапів було вірогідно більше пацієнтів віком 18–29 і 30–39 років, що свідчить про зв'язок віку респондентів з необхідністю стаціонарного лікування після перенесеного COVID-19. Оцінено збереження симптоматики постковідного синдрому й отримано такі дані: тривалість до 4 тижнів вірогідно частіше зустрічалась у групі осіб, які лікувалися амбулаторно ($p = 0,008$ на I етапі; $p = 0,005$ на II етапі), а понад 12 тижнів — вірогідно частіше зустрічалась у групі осіб, які лікувалися стаціонарно на I етапі ($p < 0,001$), і 4–12 тижнів — серед осіб, які лікувалися стаціонарно на II етапі ($p = 0,048$). Встановлюючи залежність постковідного синдрому від перебігу гострого захворювання COVID-19, з'ясували, що в осіб, які лікувалися стаціонарно, тривалість гострого періоду захворювання переважно становила > 21 день ($p < 0,001$), тоді як в осіб, які лікувалися амбулаторно, тривалість гострого періоду захворювання сягала 7 днів ($p < 0,001$) незалежно від етапу дослідження. При оцінці зв'язку з коморбідною патологією встановлено, що в основній групі спостерігається більша ймовірність поєднання із супутньою патологією, ніж в групі порівняння. З більшою частотою в осіб, які лікувалися стаціонарно, відмічаються такі патології: ішемічна хвороба серця (OR = 33,088 [CI 9,444–115,930]), артеріальна гіпертензія (OR = 13,641 [CI 6,547–28,422]), цукровий діабет (OR = 4,755 [CI 1,915–11,803]), серцева недостатність (OR = 18,504 [CI 8,200–41,752]), ожиріння (OR = 4,828 [CI 2,433–9,581]). Щодо куріння й зловживання алкоголем не показано вірогідних відмінностей. Під час оцінки коморбідної патології з'ясовано, що в кожного

восьмого пацієнта спостерігалось поєднання 4 супутніх захворювань, у кожного другого — 3, у кожного шостого — 2, а в кожного п'ятого виявлено принаймні одне. Провівши посистемну оцінку проявів постковідного синдрому, відзначили такі закономірності: за березень і квітень 2021 року (I етап) вірогідно частіше ($p < 0,05$) у пацієнтів, які потребували стаціонарного лікування після перенесеного COVID-19, зустрічались гастроінтестинальні розлади, розлади опорно-рухового апарату, дерматологічні порушення. Натомість за грудень 2021 року — січень 2022 року (II етап) виявлено вірогідно вищу частоту ураження органів шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату, психоневрологічні порушення, органів дихання й дерматологічні порушення в пацієнтів, які потребували стаціонарного лікування ($p < 0,05$). **Висновки.** Отже, отримані нами дані свідчать про високу частоту появи стійких симптомів постковідного синдрому, що частіше зустрічаються в осіб старшого віку, які лікувалися стаціонарно й мали більш тяжкий перебіг COVID-19. Слід також зазначити, що під час другого етапу оцінки відмічається вірогідне скорочення тривалості симптомів постковідного синдрому в пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19 з > 12 тижнів до 4–12 тижнів. Проте спостерігаються симптоми з боку більшої кількості органів і систем. Отже, у зв'язку з наявністю в пацієнтів широкого спектра симптомів постковідного синдрому є нагальна необхідність застосовувати такі напрямки реабілітації, що будуть покращувати якість життя, відновлюватимуть і підвищуватимуть працездатність, будуть спрямовані на відновлення функцій дихальної системи, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, нервової системи, а також на розробку заходів психологічної реабілітації і стратегій медикаментозного лікування осіб після перенесеного COVID-19. ■

Шиміліна В.В.

ГО «Зубні лікарі України», КНП «Хмельницька обласна стоматологічна поліклініка»,

м. Хмельницький, Україна

Зуболікарська допомога в Україні: історичні нариси (частина 2)¹

Резюме. У статті розглянуто історичні аспекти становлення державного зуболікування в Україні на початку ХХ століття, а також подано документи й світлини. На підставі архівних матеріалів нормативно-правових документів висвітлено створення мережі державних лікувально-профілактичних зуболікарських закладів шляхом націоналізації приватних зуболікарських кабінетів. Проведено аналіз розвитку зуболікарської освіти в Україні: підготовка фахівців з вищою освітою проводилась у державних інститутах стоматології і шляхом перепідготовки зубних лікарів у стоматологів, а також проводилось навчання зубних лікарів, спеціалістів із середньою професійною освітою, у державних зуболікарських школах, які були націоналізовані й переведені в розпорядження губернських відділів охорони здоров'я. Запроваджені зміни, державне регулювання зуболікарської галузі створювали умови для забезпечення висококваліфікованою стоматологічною допомогою широких верств населення коштом держави.

Ключові слова: підготовка зубних лікарів; зуболікарська допомога; нормативно-правові й архівні документи; зуболікарська освіта; реформування стоматологічної галузі

Вступ

Ще в ХІХ столітті населення України не мало змоги отримувати кваліфіковану зуболікарську допомогу, а спеціалісти, що її надавали, не мали ані фахової, ані медичної освіти. Лікування зубів було зосереджено лише на їх видаленні, і ці маніпуляції виконували ремісники, цирульники, банщики, ювеліри, гравери, знахарі й навіть ковалі. З другої половини ХІХ ст. питанням лікування людей займалися земства, тож зуболікарську допомогу частково надавали фельдшери й земські лікарі. Кваліфіковані спеціалісти, дантисти й зубні лікарі, з'являються у великих містах наприкінці ХІХ століття. Дантисти мали право займатися лікуванням зубів, а зубні лікарі — ще й хворобами порожнини рота.

Медична освіта в Україні здобувалась на медичних факультетах при університетах, яких було три — в Ки-

єві, Харкові й Одесі. Медичні університети відігравали значну роль у формуванні професійного середовища й були центрами просвіти [1].

Розвиток зуболікарської допомоги

Щоб упорядкувати зуболікарську допомогу, з 1857 року до Зводу Законів Російської Імперії внесли статтю 478, згідно з якою затвердили вимоги для одержання «права на зубоврачевание». Щоб назвати себе зубним лікарем, тепер необхідно було:

- 1) надати відомості про навчання зуболікуванню у відомого фахівця протягом не менше від трьох років;
- 2) скласти іспит з анатомії і патології людських шелеп, зубів, ясен і лікування їх хвороби;
- 3) скласти практичний іспит у клініках, зробити декілька зубних операцій на трупах і живих людях [2].

Особи, які відповідали таким вимогам, одержували відповідні свідоцтва, які видавалися медичними уні-

¹Перша частина історичних нарисів була надрукована в журналі «Oral and General Health», 2021, т. 2, № 4.

верситетами, наприклад Імператорським Новоросійським Університетом (рис. 1).

Свідчення зубним лікарям видавалися на базах медичних університетів при медичних факультетах після спеціальних випробувань та іспитів з державною печаткою університету (рис. 1) [4].

Перші зуболікарські школи в Україні було засновано наприкінці XIX сторіччя — в Одесі у 1893 році Т.О. Тичинським і І.І. Марголіним (1896), у Києві — в 1898 році лікарями Л. Головчинером, С. Лур'є, О. Плінером. Згодом відкрилися перша Київська зуболікарська школа Л.С. Бланка, Київська зуболікарська школа приват-доцента Київського університету Св. Володимира М.М. Жука. Приватні зуболікарські школи відкривалися в Харкові, Катеринославі, Львові [1].

На початку XX століття зуболікарська освіта ще здобувалась у приватних зуболікарських школах, вчитися в яких могли лише фінансово спроможні громадяни. Також дозволити собі лікування у кваліфікованих спеціалістів на сучасному на той час устаткуванні могли лише забезпечені верстви населення, переважно мешканці міст. Практично не мали доступу до зуболікарської допомоги незахищені верстви населення й сільські жителі у зв'язку з відсутністю коштів на лікування й віддаленістю зуболікарських кабінетів від сільської місцевості. Облаштування приватних зуболікарських кабінетів було дорогим, відкривали такі кабінети зубні лікарі власним коштом.

На Хмельниччині зберігся опис зуболікувального кабінету зубного лікаря Л.С. Хаселева за 1896 рік: «Складається з двох приміщень — приймальні й кімнати для очікування. Кімнати високі, просторі, світлі, у них підтримується належна чистота і порядок. У приймальні є спеціальне крісло, рефлектор, інструменти в достатній кількості й гарної якості... Інструменти зберігаються у спеціальних ящиках під склом. Для стерилізації є дві емальовані ванни. При кабінеті ведеться книга запису для пацієнтів... Загалом зуболікувальний кабінет Л. Хаселева відповідає всім вимогам і може використовуватись для навчання практикантів» [2].

Сучасна на той час приватна зуболікарська допомога не могла забезпечити в повному обсязі потреби населення. Необхідне було подальше реформування стоматологічної служби задля більшого охоплення нею медико-санітарних потреб громадян.

В університетах не готували зуболікарські кадри. Лише окремі дипломовані лікарі обирали своєю спеціальністю лікування зубів, щелеп і проходили відповідне навчання в приватних зуболікарських школах. Відсутність зв'язку зуболікарських шкіл з вищими медичними школами дуже обмежувала загальну медичну підготовку зубних лікарів. Недостатність своєї освіти усвідомлювали самі зубні лікарі, які на своїх з'їздах вирішували звертатись до уряду щодо відкриття державних зуболікарських інститутів, але їхні клопотання не були задоволені. Наслідки такої неуваги до вивчення й лі-

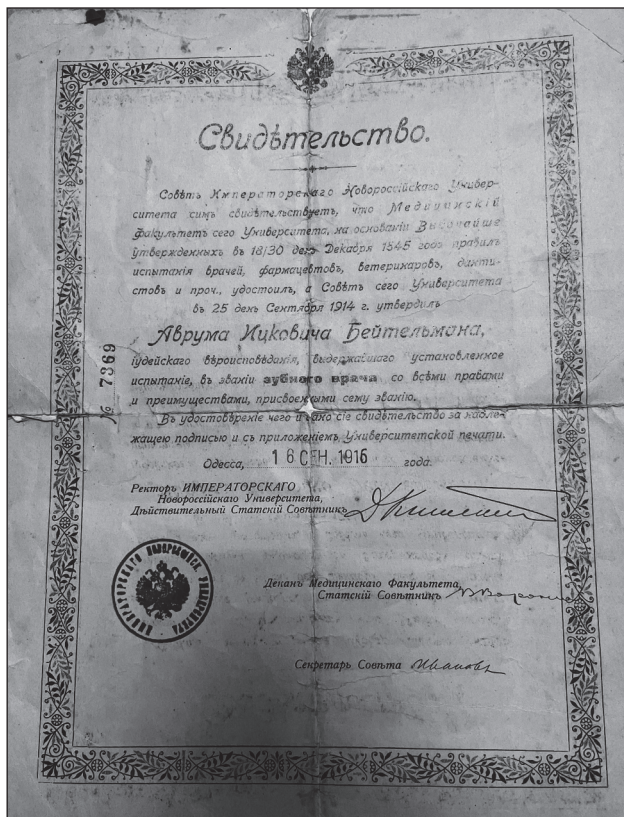


Рисунок 1. Свідчення зубного лікаря А.І. Бетельмана, видане 1916 року Імператорським Новоросійським Університетом



Рисунок 2. Патент зубного лікаря на промислову діяльність, 1924 р.

кування захворювань щелепно-лицьової ділянки особливо проявились у часи Першої світової війни, коли велика кількість поранених з пошкодженнями щелеп і зубів, із спотворенням обличчя не отримували спеціалізованої допомоги через відсутність у хірургів досвіду в цій галузі. Необхідність у такій допомозі і зумовила виділення в хірургії особливої галузі, що спеціалізувалася на лікуванні захворювань порожнини рота, щелеп і суміжних ділянок лица і шиї, — стоматології (від грец. слів «рот» і «слово»), яка набула широкого розвитку вже в радянській медицині [3].

Державне регулювання зуболікарської допомоги

У 1918 році була оприлюднена Постанова Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР «Щодо трудової повинності медичного персоналу», згідно з якою була затверджена норма забезпечення населення зубними лікарями. Також було оприлюднено Доповнення до Постанови «Порядок залучення на державну службу зубних лікарів і реквізиції приватних зуболікарських кабінетів», згідно з якою всі приватні кабінети разом з апаратурою та інструментарієм переходили у власність держави (рис. 3, 4). Організація зуболікарської державної допомоги в країні потребувала значних матеріальних витрат, держава на той момент не мала достатньої фінансової можливості їх покривати, тому зуболікарські кабінети разом з інвентарем вирішено було націоналізувати.

Задля державної організації зуболікарської допомоги в Україні нарком охорони здоров'я всім зуболікарським поліклінічним відділам і медико-санітарним відділам пропонує прийняти до виконання інструкцію, згідно з якою необхідно здійснювати трудову повинність зубних лікарів і зубних техніків у віковому порядку згідно з тим-

часовим отриманням звання, залучаючи в першу чергу безробітних і зважаючи на сімейне становище. Згідно з доповненням, на самостійні посади слід залучати зубних лікарів і зубних техніків зі стажем не менше ніж 3 роки, особи зі стажем менше за 3 роки були запрошені до праці в амбулаторії з декількома кріслами, а зубні техніки — в більші майстерні під керівництвом завідуючих. Особи, які зовсім не мали стажу, могли бути використані як підсобний персонал, причому час служби зараховувався до стажу. За необхідності для забезпечення державних амбулаторій вдавалися до інструментарію та інвентаря приватно-практикуючих зубних лікарів.

Згідно з другим пунктом Положення про «Порядок залучення на державну службу зубних лікарів і реквізиції приватних зуболікарських кабінетів» (рис. 3, 4), у випадку необхідності для забезпечення державних амбулаторій слід було вдаватися до реквізиції інструментарію та інвентаря приватно-практикуючих зубних лікарів [6].

Згідно з циркуляром Народного Комісаріату охорони здоров'я України, підписаним наркомом охорони здоров'я Гуревичем, завідуючим відділення лікувальної медицини Монашкіним і завідуючим одонтологічного відділу Штернбергом, Одонтологічний підвідділ Народного Комісаріату охорони здоров'я був проінформований, що приватно-практикуючі зуболікувальні кабінети продовжують працювати незалежно від державного утримання. Нарком охорони здоров'я вважав, що «такі дії в корені підривають усю роботу об'єднання санітарної і медичної справи в Народному Комісаріаті охорони здоров'я України. Згідно з циркуляром Народного Комісаріату охорони здоров'я від 25.12.1918 (рис. 5), «жодний лікувальний заклад, зокрема жодна зуболікарська амбулаторія ніким, окрім Відділів охорони здоров'я, не може бути утримувана». Заклади з великою кількістю

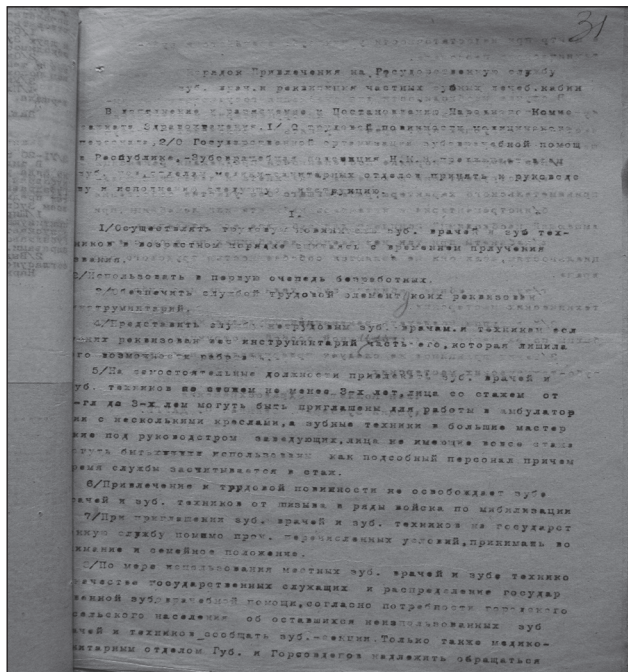


Рисунок 3. Положення про «Порядок залучення на державну службу зубних лікарів і реквізиції приватних зуболікарських кабінетів», I розділ

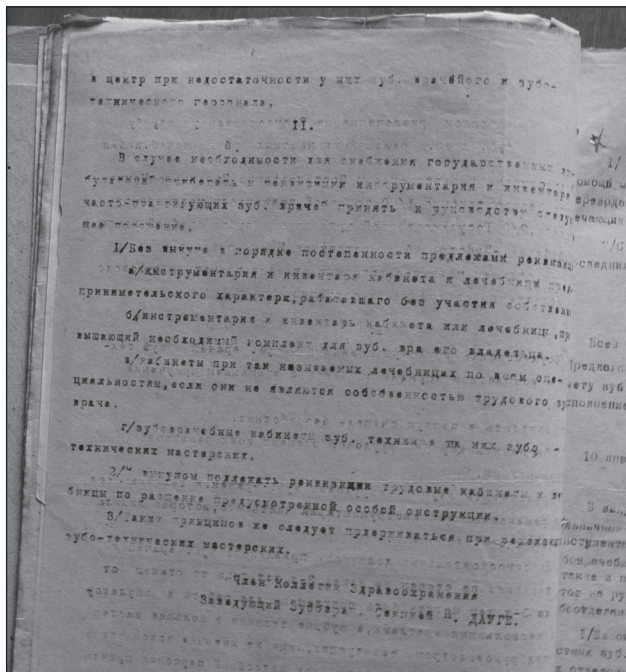


Рисунок 4. Положення про «Порядок залучення на державну службу зубних лікарів і реквізиції приватних зуболікарських кабінетів», II розділ

службовців, які з будь-яких причин не могли обслуговуватись загальними зубними амбулаторіями (віддалене розташування, особливі умови праці), повинні звертатись у відділи охорони здоров'я, які вирішують питання про відкриття амбулаторій у кожному окремому випадку [7]. Тому Наркомат охорони здоров'я запропонував заборонити зубним лікарям приймати на себе обов'язок обслуговувати окремі непідвідомчі Наркомату охорони

здоров'я України установи без відома і їхньої на те згоди. Кабінети зубних лікарів, викриті для обслуговування таких установ без згоди Наркомату охорони здоров'я або відповідного відділу охорони здоров'я, підлягали негайній реквізиції. Результати виконання циркулярів мали обов'язково надходити в Наркомат охорони здоров'я. НКОЗ УСРР наказами й розпорядженнями поступово, крок за кроком підпорядковував діяльність усіх медичних і зуболікарських закладів охорони здоров'я під контроль губернських відділів з руйнуванням приватної медицини й зуболікарської діяльності.

У першій половині XX століття важливим важелем розвитку зуболікарської допомоги в Україні були два чинники: підвищення доступності, масове охоплення населення зуболікарською допомогою, зуболікарською освітою і підвищення кваліфікації стоматологічних кадрів.

Крім численних стоматологічних кабінетів, спеціальних стоматологічних поліклінік, уперше було відкрито стоматологічні клініки, стоматологічні відділення в обласних, великих міських та окремих районних лікарнях. Усі ці заходи дали змогу з кожним роком розширювати й удосконалювати диспансеризацію дитячих контингентів і працівників провідних галузей промисловості в кожному районі. Для наближення стоматологічної допомоги до населення у більш віддалених місцевостях почали застосовувати рухомі стоматологічні кабінети і зубопротезні лабораторії [3].

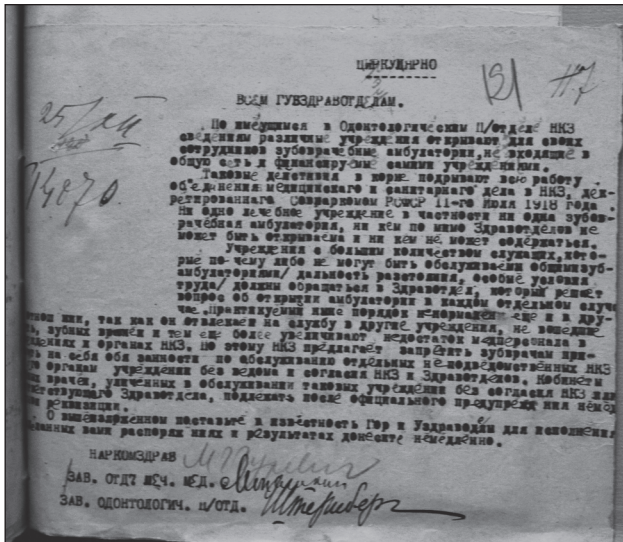


Рисунок 5. Циркуляр Народного комісаріату охорони здоров'я від 25.12.1918

Реформування стоматологічної освіти

Для забезпечення сільського й міського населення зуболікарськими кадрами потребувала реорганізації зуболікарська професійна освіта: зміна програми навчання майбутніх фахівців та удосконалення, розвиток державних зуболікарських освітніх закладів, які б могли забезпечити країну зубними лікарями в повному обсязі. Підготовка зуболікарських кадрів для практичної охорони здоров'я в Україні здійснювалась двома шляхами. Фахівці з вищою освітою, лікарі-стоматологи, готувались у державних інститутах стоматології протягом 4 років. Зубні лікарі — фахівці із середньою професійною освітою готувались у зуболікарських державних школах, що працювали в Києві, Одесі, Харкові й Катеринославі. Зуболікарські школи переходили з приватної форми власності в державну й перебували під загальним керівництвом Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР і утримувались за кошти губернських відділів охорони здоров'я [12]. З метою посилення загально-медичної підготовки зубних лікарів була переглянута їх навчально-освітня програма.

Вища стоматологічна освіта здобувалась у державних інститутах стоматології, які були організовані починаючи з 20-х років XX століття в Києві, Харкові й Одесі.

З метою посилення кадрового потенціалу стоматологічної галузі на медичних факультетах університетів, а згодом у стоматологічних інститутах було організовано перекваліфікацію зубних лікарів на лікарів-стоматологів (рис. 6) [8]. Для задоволення великої потреби в стоматологічних кадрах у 1936 році було відкрито на території СРСР 11 стоматологічних інститутів з 4-річним навчанням. З 1949 року в цих інститутах подовжено навчання до 5 років, причому їхні програми з теоретичних дисциплін

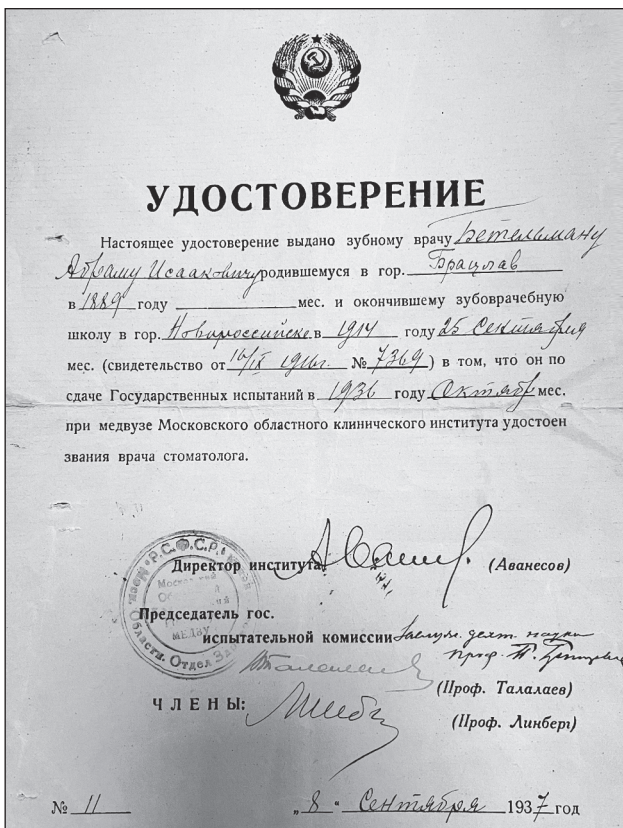


Рисунок 6. Посвідчення зубного лікаря, який склав державні іспити й здобув звання лікаря-стоматолога

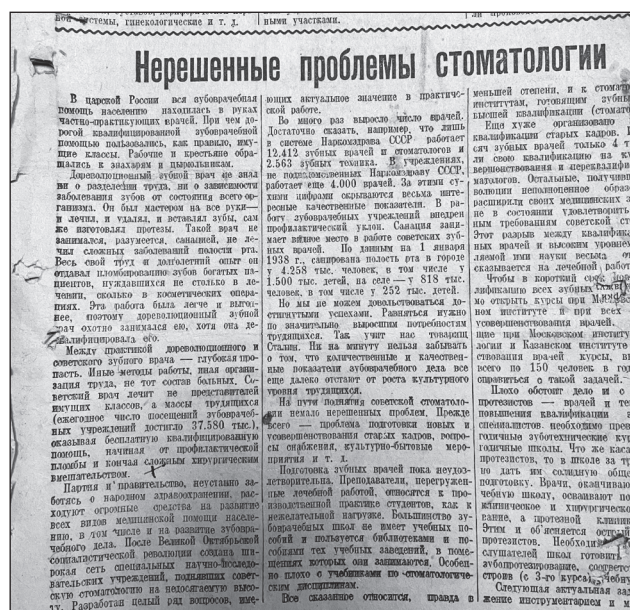


Рисунок 7. Стаття про проблеми стоматології А.І. Бетельмана (1-ша частина)

уніфіковано з програмами медичних інститутів. При медичних училищах було відкрито відділення для підготовки середніх зуболікарських медичних працівників.

Невирішені проблеми стоматології 30–40-х рр. XX сторіччя

Аналіз публікацій у медичних газетах проблемних статей того періоду демонструє занепокоєння передових фахівців щодо стану стоматологічної галузі. А.І. Бетельман в своїх працях зазначав, що між дореволюційною стоматологією і практикою зубного лікаря 1940-х років велика прірва: інші методи лікування й організації праці, інший підхід до хворих, який передбачає лікування не представників заможних верств, а всього робочого класу. Разом з тим занепокоєння викликали якісні й кількісні показники зуболікування і підготовка зубних лікарів, які, на думку А.І. Бетельмана, були незадовільними. Також у ті часи стоматологічна допомога відчувала гостру потребу в стоматологічних матеріалах і устаткуванні. Не вистачало кутових наконечників, пінцетів, елеваторів тощо і матеріалів для протезування (рис. 7, 8) [9].

Відчувалась гостра потреба в стоматологічних кадрах, особливо в дитячій стоматології, і проблема санації дитячого населення. А.І. Бетельман вважав, що планова санація дітей має велике значення для нормального розвитку й росту дитячого організму і закликав створити при стоматологічних інститутах доцентуру з дитячої стоматології [9].

У республіках Радянського Союзу з 1918 до 1930 року була інша ситуація із забезпеченням кваліфікованих зуболікарських кадрів. Поспішивши закрити зуболікарські школи і не створивши умови для підготовки лікарів з вищою освітою, НКОЗ РСФРР поставив мережу практичного зуболікування в скрутне становище. Майже 12-річна перерва у випуску зубних лікарів відобразилася не тільки на віковому складі фахівців, але й на методах праці й кваліфікації [9]. Порівняно з Україною в Росії був брак кваліфікованих зуболікарських кадрів, тож було до-

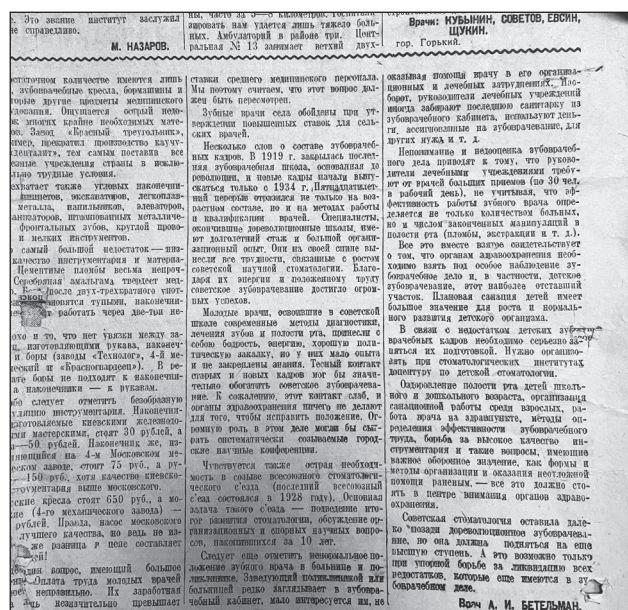


Рисунок 8. Стаття про проблеми стоматології А.І. Бетельмана (2-га частина)

зволено проведення приватної зуболікарської практики з отриманням відповідного патенту на проведення особистої промислової діяльності. У районному фінансовому відділі зубні лікарі отримували дозвіл — Патент на особисту промислову діяльність через губернський управління з виплатою певних коштів (рис. 2) [5].

Для покращання кадрового забезпечення галузі в РСФРР у 1931–1932 рр. 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 році — зуболікарські школи, що отримали назву зуболікарських інститутів. Було встановлено 3-річний термін підготовки зубних лікарів [10].

Підготовка зуболікарських кадрів в Україні мала свої відмінності: було збережено зуболікарські школи й розбудовувались державні стоматологічні інститути, що дозволило зміцнити кадровий потенціал галузі. Згодом Україна була визнана «кузницею стоматологічних кадрів» для Радянського Союзу [12].

Система охорони здоров'я Семашка впроваджувала принципи загальнодоступності, безоплатності й кваліфікованості медичної допомоги. Для побудови нової системи держава націоналізувала приватні лікарні, знищивши незалежну лікарську практику. Під реформи потрапили й приватні зуболікарські клініки, які було перетворено на державні установи — їх зобов'язали надавати безкоштовну допомогу широким верствам населення. 10 квітня 1920 року вийшов декрет «Про організацію державної зуболікарської допомоги», який запроваджував принципово нову організаційно-економічну систему надання стоматологічної допомоги — створювалася мережа закладів, що підлягала державному регулюванню, плануванню й контролю. А з 1929 року розпочалося запровадження централізованої форми фінансування системи охорони здоров'я з державного бюджету. Водночас було видано

спеціальну Інструкцію про організацію зуболікарської допомоги в державних лабораторіях, яка регламентувала практично всі аспекти: облаштування закладів, оснащення кабінетів, санітарні вимоги до приміщень, організацію прийому пацієнтів, тривалість роботи лікаря, ведення реєстраційних карток, надання звітностей тощо. При цьому важливо зазначити й особливо прогресивні моменти: починаючи з 20-х років відбувалося впровадження комплексного підходу до надання медичної допомоги й профілактики основних захворювань, налагодження системи надання амбулаторно-поліклінічної допомоги за дільничним принципом, коли лікарі-стоматологи працювали разом з терапевтами, хірургами, гінекологами та іншими фахівцями. На великих підприємствах створювали медико-санітарні частини, де працівникам надавали медичну й стоматологічну допомогу [11].

Отже, на початку ХХ століття в Україні було введено державне регулювання системи охорони здоров'я в цілому й зуболікарської допомоги зокрема. Україна мала свій шлях розвитку зуболікарської освіти: збереження і націоналізація зуболікарських шкіл і створення інститутів стоматології, у яких готувались фахівці з вищою освітою.

Висновки

У період 20–40-х рр. ХХ сторіччя виникла державна організація стоматологічної допомоги населенню і відбулася націоналізація приватних зуболікарських кабінетів, поступово скасовувалася приватна зуболікарська практика, проводилось забезпечення зубними лікарями сільського й міського населення і правильний їх розподіл у країні. Стоматологічна допомога розгалужувалась у державних закладах охорони здоров'я України: насамперед створювалися стоматологічні клініки, стоматологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях і амбулаторіях, шкільні стоматологічні кабінети й державна пересувна (мобільна) стоматологія. Усі приватні кабінети переходили до державної власності, соціальна стоматологія розвивалася на засадах доступності й безоплатності та входила в комплексну медичну допомогу населенню.

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

Список літератури

1. Мазур І.П., Павленко О.В., Скрипник І.Л. *Стоматологія України. Історичні нариси*. Харків: СІМ, 2017. С. 3, 4.
2. Єсюнін Є. *Будинок Хаселева. Проскурівська, 6. Хмельницький, 2021*. С. 4, 5.
3. *Верхратський С.А. Історія медицини. 3-тє видання*. Київ: Вища школа, 1983. С. 243, 352.
4. *Свидетельство зубного врача Бетельмана А.И. Видане 16 вересня 1916 року Імператорським Новоросійським Університетом*. Архів. Оригінал.
5. *Патент зубного врача Бетельмана А.И. на личное промышленное занятие. 1924 р.* Архів. Оригінал.
6. *Постановление про «Порядок привлечения на государственную службу зубных врачей и реквизиции частных зубоучастных кабинетов»*. ЦДАВО України. Оригінал. Машинопис.
7. *Циркулярно всем Губздравотделам от 25.12.1918*. ЦДАВО України. Оригінал. Машинопис.
8. *Удостоверение зубного врача Бетельмана А.И.* Архів. Оригінал.
9. *Бетельман А.И. Нерешенные проблемы стоматологии. Газета «Медицинский работник», 5 січня 1939 р.* Архів. Оригінал.
10. *Левченко А.-О.Ю., Мазур І.П. Історична хронологія організації державної системи стоматологічної служби України. Oral & General Health. 2021. Т. 2. № 4. С. 58.*
11. *Мазур І.П. Віковий досвід і нові старти вітчизняної стоматології. Ваше здоров'я. 2019. № 41-42. С. 21.*
12. *Шиміліна В.В., Хлебас С.В., Слободяник М.В. Зуболікарська освіта в Україні: історичні нариси. Oral & General Health. 2021. Т. 2. № 4. С. 48, 52.*

Отримано/Received 02.08.2022

Рецензовано/Revised 15.08.2022

Прийнято до друку/Accepted 22.08.2022 ■

Information about author

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

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.

V.V. Shymilina

NGO "Dentists of Ukraine", MNPE "Khmelnytskyi Regional Dental Polyclinic", Khmelnytskyi, Ukraine

Dental education in Ukraine: historical essays (part 2)

Abstract. The article presents the historical aspects on the formation of the state dental care in Ukraine at the beginning of the 20th century, as well as documents and photos. Based on archival materials of normative and legal documents, the creation of a network of state treatment and preventive dental institutions is presented through the nationalization of private dental rooms. The analysis on the development of dental education in Ukraine is conducted: preparation of specialists with higher education was carried out in state institutes of dentistry and by retraining dental doctors in sto-

matologists, as well as training of dentists, specialists with secondary professional education, was carried out in state dental schools, which were nationalized and transferred to order of the provincial departments of health care. The introduced changes and state regulation of the dental industry created conditions for providing highly qualified dental care to the general population at the expense of the state.

Keywords: training of dentists; dental care; regulatory and archival documents; dental education; reforming the dental industry

Пожевілова А.¹, Пожевілова К.²¹Директор медичного центру «Градаліс», магістр з управління інноваційною діяльністю, м. Київ, Україна²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Історичні нариси становлення стоматології України у XX столітті

Резюме. Стоматологічна спільнота відсвяткувала 100-річчя формування української наукової стоматологічної школи. Історія становлення стоматології є однією з найцікавіших, але недостатньо глибоко вивчених сторінок історії охорони здоров'я України. Особливо це стосується періоду після соціальної революції 1917 р. У статті подані історичні нариси створення державної системи організації стоматологічної служби України, реформування й законодавчого врегулювання стоматології як медичної дисципліни. У країні був проголошений принцип доступності й безоплатності високоякісної медичної допомоги для громадян. Відбувається формування вищої стоматологічної освіти на одонтофаках медичних інститутів, зберігаються і суттєво реформуються зуболікарські школи, що готують зубних лікарів, спеціалістів із середньою професійною медичною освітою, що вирішило кадрове питання: одонтологічні факультети України були єдиним масовим джерелом поповнення лав лікарів-стоматологів у СРСР.

Ключові слова: державна стоматологічна допомога населенню України; зуболікарські школи; вища стоматологічна освіта; підготовка спеціалістів; соціальне зуболікування; профілактичний напрямок у стоматології

*На основі минулого пізнаємо майбутнє, на основі
ясного пізнаємо приховане.*

Мо Цзи

В Україні мережа стоматологічних шкіл продовжувала розвиватися. Нагадаємо, що на початку XX століття в Києві існували три зуболікарські школи: Перша Київська зуболікарська школа лікаря Л. Бланка (1904–1918), Київська зуболікарська школа приват-доцента Київського університету Св. Володимира М.М. Жука (1904–1910), Київська зуболікарська школа (1898–1919) лікарів Л. Головчинера, С. Лур'є, О. Плінера.

Зуболікарську допомогу надавали зубні лікарі й дантисти — спеціалісти, які не мали загальномедичної освіти й не вважалися лікарями. Зубні лікарі навчалися в приватних зуболікарських школах протягом 2,5 року за затвердженими програмами і після навчання мали скласти іспит на медичному факультеті університету. Дантисти навчалися за індивідуальною програмою в приватних зуболікувальних кабінетах з 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 зуболікарській практиці, щелепно-лицевій хірургії після закінчення медичного факультету університету й називалися лікарями-одонтологами. Підготовка одонтологів тривала на медичних факультетах протягом чотирьох років, потім вони мали проходити навчання в приватній зуболікарській школі [18–20].

До Жовтневої революції усі зуболікарські школи в Україні були приватними, 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 з 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 щодо відкриття державних зуболікарських інститутів, але їх клопотання не були задоволені. Наслідки такої неуваги до вивчення й 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 [8, 13, 14, 16].

Реформування зуболікарської освіти в Україні має свої відмінності: з формуванням вищої стоматологічної освіти на одонтофаках медичних інститутів зберігаються й суттєво реформуються зуболікарські школи, що готують зубних лікарів, спеціалістів із середньою професійною медичною освітою [14].

Зуболікарська підсекція РСФРР у 1919 році прийняла рішення змінити систему підготовки лікарів-стоматологів (постанови НКОЗ РСФРР від 15.09.1919 і Народного комісаріату освіти від 27.03.1920). Стоматологія повинна була вивчатися на медичних факультетах нарівні з іншими спеціальностями, а кваліфікація лікаря-стоматолога мала присвоюватися після додаткової спеціалізації протягом 1–2 років [18]. Результат реформи стоматологічної освіти в РСФРР після 1918 року показав, що студенти медичних факультетів після трирічного навчання на медичному факультеті не мали бажання переходити на одонтологічні відділення. Ця ситуація зумовила зменшення кількості підготовлених фахівців з одонтології.

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. У подальшому фахівці, які отримали стоматологічну освіту в Україні, за державним розподілом направлялися для надання зуболікарської допомоги й розбудови стоматологічної галузі в найвіддаленіші куточки Радянського Союзу [14].

Особливості організації стоматологічної допомоги

На початку 1920-х рр. Народний комісаріат охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки (НКОЗ УСРР) планував створити для населення країни державну зуболікарську службу, головним чином шляхом рівномірного розподілу



наявних зуболікарських кадрів по країні. Держава декларувала, що забезпечить населення в містах і сільській місцевості зубними лікарями в наступній кількості: по 1 зубному лікарю на 10,0 тис. дорослих і 5,0 тис. школярів у містах, у селах — по 1 фахівцю на 1 сільську медичну дільницю. У великих університетських містах був передбачений 1 зубний лікар на 5,0 тис. міського дорослого населення і 1 лікар на 2,5 тис. школярів.

Політичні й економічні умови на місцях внесли істотні корективи в ці плани. Зуболікарська допомога надавалася зубними й дантистами зазвичай у великих містах. У сільській місцевості стоматологічна допомога здійснювалася фельдшерами й земськими лікарями й зводилася переважно до видалення зубів або розтину абсцесу.

Підвідділу зуболікарської допомоги належить пріоритет у розробці першого, затвердженого в 1920 р. Народним комісаріатом охорони здоров'я УСРР, плану організації стоматологічної допомоги населенню України, згідно з яким почала формуватися розгалужена мережа зуболікувальних закладів.

10 липня 1922 р. постановою Народного комісаріату охорони здоров'я «Про використання зуболікарського майна» був затверджений проект «Положення про націоналізацію зуболікарської допомоги в Радянській республіці» (1918), що закріпив неповернення приватного зуболікарського обладнання. З того часу

приватна зуболікарська допомога припинила своє існування. Для збереження лікувальних закладів Народний комісаріат охорони здоров'я частину з них передав промисловим підприємствам і страховим органам, що сприяло формуванню мережі зуболікарських амбулаторій при заводах, державних установах, які працювали на засадах госпрозрахунку.

Населення охоче пішло в знову відкриті зуболікарні, лікування в яких було не гіршим, ніж у приватних кабінетах. На жаль, задовольнити існуючі потреби в зуболікарській допомозі не було можливості через постійну нестачу, а іноді й повну відсутність зуболікарського матеріалу, дрібного інструментарію і стоматологічного устаткування, матеріалів і медикаментів. Вітчизняна промисловість не випускала зуболікарського обладнання, інструментів і матеріалів, а закуповувати їх за кордоном коштувало в державі не мало.

Жорсткі вказівки влади про дотримання класового принципу при наданні зуболікарської допомоги призвели до того, що основною масою одержувачів державної зуболікарської допомоги стали виключно соціально застраховані особи (робітники, службовці й члени їхніх сімей). У першу чергу задовольнялися потреби висококваліфікованих робітників і службовців, які обслуговувалися безкоштовно. Також інфраструктура стоматологічної служби країни не повною мірою задовольняла існуючі потреби, що виражалося в наростанні розриву між наданням цього виду медичної допомоги міському й сільському населенню. І якщо в містах рівень зуболікарської допомоги поступово підвищувався, то сільське населення отримувало її в абсолютній недостатності об'ємі. Небажання зубних лікарів працювати в сільській місцевості вважалося, на думку влади, єдиним гальмом для нормального розвитку сільського зуболікування.

Перша світова, а потім і Громадянська війна призвели до втрати кадрового складу фахівців стоматологічного профілю, призупинили реалізацію розроблених зуболікарською підсекцією лікувальних, організаційних і профілактичних заходів у галузі зуболікування, а зубожіле населення не могло звертатися по дорозі стоматологічну допомогу до приватних зубних лікарів. До 1925 р. у республіці нараховувалося 520 зубних лікарів.

Такі ж тенденції спостерігалися і в протезному зуболікуванні. Протези робилися безкоштовно, а органи постачання обладнання і матеріалів фактично не постачали. З квітня 1923 р. у зуболікувальну діяльність був введений принцип самооплатності. Протези почали робити з 50% надбавкою до собівартості. Це сприяло поступовому придбання інструментів і матеріалів і значній оптимізації навчальної і практичної діяльності.

Слід зазначити, що після революції основним завданням протезування зубів і зубних рядів було задоволення потреби населення в зубних протезах при мінімальних можливостях лікувальних установ і величезній кількості тих, хто потребував цієї допомоги. Проблема протезування зубів займалися Ю.М. Гофунг, Д.А. Ентін та інші провідні стоматологи країни.

Функціональний підхід до проблеми був сформульований І. Г. Лукомським в 1932 р. у роботі «Питання масового протезування» [17].

Перехід від «військового комунізму» до нової економічної політики (НЕП) і дозвіл займатися приватною практикою привели до того, що в низці губерній зареєстрованих приватних кабінетів стало більше, ніж діючих державних зуболікарських установ. У період НЕПу лікарі-стоматологи в містах, незадоволені своїм соціально-економічним становищем, стали займатися приватною практикою, і при цьому використовували можливості своєї роботи в державних закладах. Так, у м. Харкові в 1929 р. менше ніж 10 % стоматологічних хворих обслуговувалися в державних амбулаторіях, а в 1930 р. у місті налічувалося 320 приватно-практикуючих зубних лікарів.

Стоматологічна допомога населенню не обмежувалася лише лікувальними заходами. Робота з поширення гігієнічних знань здійснювалась за допомогою місцевої преси, лекцій, видання спеціальних брошур, введення у викладання гігієни відповідного розділу — «гігієна порожнини рота». У щоденну діяльність людей стала входити практика регулярного гігієнічного догляду за порожниною рота, проте для усвідомлення й сприйняття населенням рекомендацій з гігієни порожнини рота як життєво необхідної процедури знадобилося багато років.

У 1920–1930 рр. профілактика ставала пріоритетним напрямом у розвитку української стоматології. У той час лікарі дійшли висновку, що оздоровлювати треба не тільки постійні, але й молочні зуби. Декларується проведення запобіжних профілактичних втручань для оздоровлення порожнини рота, передусім у дітей. Проте спеціальність «лікар-стоматолог дитячий» була введена в номенклатуру лікарських спеціальностей лише у 1984 р.

У комплексі профілактичних заходів у 20-ті роки ХХ ст. значне місце посідала проблема запобігання карієсу, який вважали соціальним захворюванням. Можна стверджувати, що одонтологічні факультети України були одними з перших в СРСР науковими центрами, що розробляли питання профілактики в стоматології. Уже в той час українські стоматологи розглядали карієс як масове захворювання й робили акцент на його профілактиці, особливо в дітей шкільного віку. В Україні цією проблемою, а також профілактикою інших стоматологічних захворювань займалися Ю.М. Гофунг (Харків), Л.А. Білейкін, Г.Ф. Бурвассер (Київ). Зокрема, Ю.М. Гофунг вивчав чинники, що сприяють виникненню карієсу, усунення яких можливе завдяки профілактичним заходам. Його розробки з професійної стоматологічної патології не втратили своєї актуальності й сьогодні.

Отже, у 1920–1930 рр. в Україні, незважаючи на мінімальні внутрішні ресурси, вдалося розширити мережу лікувальних закладів, збільшити чисельність медичного персоналу і кількість медичних послуг, організувати територіальні системи охорони здоров'я, а також покращити управління галуззю. Проте загальна ефективність і якість медичної допомоги залишалися

не на дуже високому рівні. Медичні установи постійно відчували дефіцит ресурсів (людських, фінансових, лікарських), потреба в медичних послугах з боку населення перевищувала можливості системи охорони здоров'я.

Реформування і законодавче врегулювання стоматології як медичної дисципліни

У липні 1918 р. на засіданні Ради Народних Комісарів було прийнято Постанову про організацію Народного комісаріату охорони здоров'я. Ця дата відкрила нову епоху в історії розвитку радянської стоматології, оскільки також було прийнято Положення про створення зуболікарської підсекції Народного комісаріату охорони здоров'я і Вченої одонтологічної комісії при ній. Основною проблемою, що потребувала термінового вирішення, була організація зуболікарської допомоги населенню країни, потреба в якій була дуже високою. Зуболікарська підсекція повинна була розробити й впровадити в життя всі заходи з реформи стоматологічної справи.

За ініціативою відомого реформатора і засновника радянської стоматології П.Г. Дауге був виданий Указ про націоналізацію зуболікарських приватних шкіл і кабінетів і безкоштовну зуболікарську допомогу. Зуболікування увійшло до системи радянської охорони здоров'я як її невід'ємна частина й отримало широкі можливості для подальшого розвитку. У цілому П.Г. Дауге приділяв велику увагу організаційним заходам і соціальним аспектам створення радянської стоматологічної допомоги, заснованої на принципах безкоштовності, кваліфікованості, загальнодоступності. Для вирішення науково-методичних питань, пов'язаних з організацією зуболікарської допомоги в країні, було залучено групу вчених, передових лікарів і громадських діячів: Ю.М. Гофунга, А.І. Євдокімова, О.О. Лімберга, І.Г. Лукомського, М.О. Коварського, Н.І. Агапова, Н.А. Астахова, П.П. Львова, Г.А. Ефрона та ін.

У грудні 1918 р. Народним комісаріатом охорони здоров'я було затверджено Постанову про обладнання зуболікарських груп при медико-санітарних відділах губернських рад депутатів, де були визначені завдання і функції органів, що керують зуболікарською справою на місцях. Державна монополія визначала єдині форми й методи надання стоматологічної допомоги.

Необхідність проведення реформ визначалася кризою задоволеності населення доступною кваліфікованою зуболікарською допомогою, значною нестачею фахівців практичної ланки, відсутністю необхідної кількості кваліфікованих науково-педагогічних кадрів, відсутністю баз практичного навчання тощо.

Початком державного зуболікування в Україні вважається 1920 р., коли одночасно з новими формами громадських відносин визначилися й нові завдання охорони здоров'я. 10 квітня 1920 р. видано Наказ Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР № 4 «Про державну організацію зуболікарської допомоги в Українській республіці». Фактично цим наказом запрова-

джували принципово нову систему надання стоматологічної допомоги в Україні:

- 1) безкоштовність усіх видів зуболікарської допомоги;
- 2) розвиток профілактики як основи загальнодоступної і безкоштовної зуболікарської допомоги;
- 3) розвиток широкої мережі шкільних зуболікарських амбулаторій;
- 4) здійснення широкої науково-практичної діяльності з гігієни порожнини рота.

У цей період слід особливо підкреслити плідну діяльність зуболікарських секцій у Києві, Харкові, Одесі, Катеринославі (Дніпро), де зуміли об'єднати найбільш талановитих представників стоматологічної спільноти України, які стояли біля витоків профілактичного напрямку в стоматології.

У подальшому зуболікарська секція була реорганізована в підвідділ зуболікарської допомоги, який очолив роботу з організації державної системи стоматологічної допомоги, реформи лікарської освіти, формування наукових основ профілактики в стоматології.

Отже, після 1917 р. в країні був проголошений принцип доступності й безоплатності високоякісної медичної допомоги для громадян. Зуболікарська і зубопротезна допомога не стала винятком.

Становлення в Україні вищої стоматологічної освіти

Протягом 1920–1930 рр. в Україні тривала дискусія про шляхи реформування системи стоматологічної освіти та її практичного втілення, проте чіткого й однозначного рішення прийнято не було. Виникли серйозні проблеми кадрового забезпечення. Нестача кадрів виникла у зв'язку із соціальними змінами в країні, а також з тим, що існуюча система підготовки фахівців в зуболікарських школах, незважаючи на деяке покращення після 1917 р., виявилася неспроможною в нових умовах.

Проблема кадрового дефіциту кваліфікованих стоматологічних кадрів також пояснюється помилковим вибором у 1918 р. в Радянській Росії моделі організації підготовки стоматологічних кадрів, відповідно до якої зуболікуванням могли займатися лише лікарі, що отримали повну медичну освіту на медичних факультетах і пройшли спеціалізацію з одонтології після закінчення вишу. Ця модель стоматологічної освіти виявилася українською неефективною, оскільки не дозволила швидко готувати кадри для практичної стоматології. Тобто в моделі Радянської Росії не було єдиної системи підготовки кадрів стоматологічного профілю.

Одними з перших кроків у реформуванні стоматологічної освіти СРСР стало закриття зуболікарських шкіл, передача зуболікарської освіти університетським факультетам з відкриттям при медичних факультетах обов'язкових для всіх студентів-медиків одонтологічних кафедр.

Слід зазначити, що одонтологічні факультети відіграли вирішальну роль у забезпеченні висококваліфікованими стоматологічними кадрами і на період становлення й розвитку вищої освіти віддзеркалювали

український шлях. Незважаючи на деякі недоліки в навчальній роботі, онтологічні факультети України були єдиним масовим джерелом поповнення лав лікарів-стоматологів у СРСР. За час свого існування онтофаки України випустили 1350 лікарів-онтологів.

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

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

З 1920 р. починається офіційна історія стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Рік по тому стали відкриватися онтологічні факультети в інших університетських містах України. Фундатором, ідейним натхненником і першим деканом онтологічного факультету (1920–1930 рр.) став професор К.П. Тарасов.

20 серпня 1921 р. були затверджені Положення й програми, які мали забезпечити навчальний процес на онтологічному факультеті Київської медичної академії (стоматологічному факультеті Національного медичного університету імені О.О. Богомольця). Відповідно до Положення онтологічний факультет як єдина господарсько-адміністративна одиниця зливався з медичним факультетом зі створенням медичної академії. Онтологічний факультет позиціонувався як самостійний навчальний заклад, програми, система й методи викладання в якому формувалися відповідно до головної мети академії — підготовки кваліфікованих фахівців-онтологів.

Предмети спеціального онтологічного циклу, за винятком хірургії порожнини рота й оперативної стоматології, викладалися в спеціальних поліклініках онтологічного факультету, розташованих в одній будівлі, забезпечених у 1920 р. рештками обладнання й інструментального інвентаря, націоналізованого після закриття київських зуболікарських шкіл, що не задовольняло потреб навчально-показового викладання спеціальних предметів. За час існування (1920–1931 рр.) онтологічний факультет Київської медичної академії випустив 285 лікарів-стоматологів.

У 1921 р. за ініціативи К.П. Тарасова було засновано громадську організацію — Онтологічну спілку, членами якої були викладачі факультету, а також 18 сторонніх зубних лікарів Києва. Засідання Спілки відвідували викладачі онтологічного факультету, студенти старших курсів і практичні лікарі-онтологи. На засіданнях обговорювалися питання реформування освіти і створення навчальних закладів, було визначено роль післядипломної освіти в професійному розвитку лікаря, організовувалися з'їзди. У цей період проведено два з'їзди в Одесі (1932) і Харкові (1936).

З 1920 до 1928 р. завідувачами кафедрами онтологічного факультету в Києві були: консервативного зуболікування — Л.А. Білейкін, загальної дентіатрії — Г.Ф. Бурвассер, протезного зуболікування — Л.Н. Дуд-

кін, ортодонтії — К.П. Тарасов, оперативного зуболікування — М.Й. Шапіро. Головною клінічною базою спеціальних кафедр була онтологічна поліклініка по вул. Хрещатик, 50 (колишня приватна зуболікарська школа Л. Головчинера і С. Лур'є).

8 листопада 1921 р. Постановою Укрголовпрофосвіти було прийняте рішення про перетворення Харківської медичної академії на медичний інститут з двома факультетами: медичним і онтологічним. Цим історичним рішенням був закладений фундамент вищої стоматологічної освіти в Україні, а стоматологія визнана невід'ємною складовою клінічної медицини. На онтологічному факультеті було 4 профільні кафедри. Серед них першою зазначалась кафедра консервативного зуболікування з пропедевтичною онтологією. З перших днів її організації і до 1941 р. кафедра розташовувалася на базі колишньої зуболікарської школи і мала 20 робочих місць, обладнаних стоматологічним устаткуванням, необхідним інструментарієм, матеріалами, медикаментами. У 1931 р. онтологічний факультет набув самостійного статусу як Харківський медичний стоматологічний інститут. Збільшився набір студентів, штат кафедр, а також обсяг навчально-методичної і наукової діяльності. Засновником онтологічного факультету і завідувачем кафедри консервативного зуболікування Харківської медичної академії з 1921 до 1943 р. був професор Ю.М. Гофунг, не тільки видатний організатор радянської стоматології, але й талановитий вчений зі світовим ім'ям, високопрофесійний педагог, заслужений діяч науки УРСР. Професор Ю.М. Гофунг став автором і співавтором низки підручників і посібників для стоматологів: «Клиника болезней зубов и полости рта» (1936), «Терапевтическая стоматология» (1938, 1939), «Клиника болезней зубов и полости рта» (1936) та ін. За 1931–1940 рр. співробітники кафедри опублікували понад 70 наукових праць; було захищено 8 кандидатських дисертацій, видано 6 підручників і керівництв з терапевтичної стоматології. З 1924 р. в Харкові онтологічним факультетом медичного інституту і науковим стоматологічним товариством видавався журнал «Одونتология».

Однією з найстаріших (1921 рік) в Україні є кафедра хірургічної стоматології і щелепно-лицьової хірургії сучасної Української медичної стоматологічної академії (УМСА). З 1921 по 1931 р. хірургічна стоматологія викладалася частково на кафедрах оперативної онтології (завідувач кафедри — професор І.С. Гейзенбарг) і приватної хірургії голови й обличчя (завідувач кафедри — професор М.Б. Фабрикант) онтологічного факультету Харківської медичної академії. У 1929 р. дві кафедри було об'єднано в одну, вона одержала назву «кафедра хірургічної стоматології». Першим завідувачем кафедри (1929–1951 рр.) став професор М.Б. Фабрикант, почесний член Всесвітньої наукової асоціації стоматологів. Як учасник чотирьох воєн, М.Б. Фабрикант мав значний практичний і науковий досвід з травматології і відновної хірургії щелепно-лицьової ділянки. М.Б. Фабрикант стояв у витоків створення стоматологічної служби в Україні. З 1921 по 1941 р. він — професор онтологічного факультету Харківського

медичного інституту, потім Харківського медичного стоматологічного інституту. Професором М.Б. Фабрикантом разом з професорами І.Г. Лукомським та І.М. Старобинським був створений перший підручник «Хірургічна стоматологія».

Створення Одонтологічного інституту в Києві, одонтологічного факультету в Харкові, Одесі й одонтологічних товариств стало підґрунтям подальшої підготовки висококваліфікованих фахівців у зуболікувальній галузі й науково-педагогічних кадрів.

Необхідно відмітити, що підготовка лікарів-одонтологів в Україні, де з початку 1920-х рр. були організовані одонтологічні факультети, стала причиною конфліктів, пов'язаних з паралельним існуванням трьох категорій фахівців у РСР: зубних лікарів із середньою медичною освітою, лікарів-одонтологів українського формату, що закінчили за 4 роки одонтологічні факультети, і лікарів-одонтологів з вишів, тобто випускників лікувально-профілактичних факультетів, що спеціалізувалися в галузі хвороб порожнини рота і зубів. Привабливість української моделі вищої стоматологічної освіти полягала в тому, що була створена можливість швидкого збільшення чисельності нових зуболікарських кадрів, чого не могла забезпечити російська модель, яка готувала всього 10–20 лікарів-одонтологів на рік. Навіть радянські історики медицини констатували, що питання масової підготовки стоматологічних кадрів для практичної охорони здоров'я до початку 1930-х років вирішені не були, що вимагало термінових заходів для прискореної підготовки стоматологів у спеціальних відділеннях медичних інститутів.

Улітку 1928 року кафедри одонтології медичних факультетів України почали ліквідуватися. Проте вже на початку 1930 р. новий нарком охорони здоров'я УРСР С.І. Канторович затвердив, що в медичних вузах має бути 4 факультети: лікувально-профілактичний, санітарно-гігієнічний, охорони материнства й дитинства, а також одонтологічний, перейменований незабаром у стоматологічний.

Це рішення було направлене на прискорене поповнення країни медичними кадрами із закінченою спеціалізацією за основними напрямками медицини. Встановлювалися пріоритети в галузях охорони здоров'я: лікувально-профілактичний, санітарно-профілактичний, і уперше акцентувалася увага на новій для охорони здоров'я самостійній медичній дисципліні — стоматології. Стоматологічні факультети повинні були стати основною базою масової підготовки кваліфікованих фахівців-стоматологів.

Нові принципи побудови навчання фахівців у галузі зуболікування поклали край довголітньому антагонізму між двома системами зуболікарської освіти — російською системою, що відстоювала загальномедичну підготовку одонтологів, і українською системою одонтологічних факультетів. У 1930–1931 роках на стоматологічному відділенні, побудованому на медичній базі з хірургічним, терапевтичним та іншими відділеннями медінституту, погодилися представники галузі РСФРР і УСРР.

У 1931 р. стоматологічний факультет в Києві був реорганізований у Київський стоматологічний інститут. Це значно підняло авторитет професії стоматолога. З 1931 по 1940 р. Київський стоматологічний інститут підготував 1250 лікарів-стоматологів.

Висновки

Отже, за порівняно короткий термін у нашій країні сталися величезні зміни в галузі стоматології. Зуболікування в Україні, що тривалий час залишалося у сфері дорогих послуг, якими займалися переважно приватно-практикуючі лікарі, стає суспільно значимим видом медичної допомоги. В Україні, на відміну від РСФРР, була своя модель вищої стоматологічної освіти — одонтофаки, що дало можливість підготувати значну кількість медичних кадрів, а потім інститутів, розроблена і успішно втілювалася на практиці система планового оздоровлення населення — санація зубів і порожнини рота. Запровадження соціального зуболікування базувалося на принципах безоплатної, доступної, масової, спеціалізованої і комплексної медичної допомоги. Тобто були закладені основи системи державної стоматологічної допомоги, створені реальні передумови подальшого розвитку профілактичного напрямку в стоматології.

У 30-х роках ХХ століття відбувся поділ стоматології як науки на 3 основні розділи — терапевтичний, хірургічний і ортопедичний, що стало основою профілювання лікарів-стоматологів. Історію стоматології в Україні творили видатні науковці, серед яких і вчені зі світовим ім'ям. Їхні наукові здобутки і досі не втрачають своєї актуальності.

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

Список літератури

1. Гончар В.В., Ратманов П.Э. Проблемы кадрового обеспечения зубоврачебных (стоматологических) практик Советской России 1930-х годов. *Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2014. № 4. <http://www.fesmu.ru/voz/20144/2014411.aspx>.
2. Варава Г.Н., Косенко К.Н. История Института стоматологии АМН Украины за 80 лет. 1. Открытие института и его деятельность в предвоенный период 1928–1941 гг. *Вестн. стоматологии*. 2010. № 1. С. 92–97.
3. Варава Г.Н., Косенко К.Н. Предпосылки и история открытия государственного института зубоврачевания (ГИЗа) в г. Одессе. *Вестн. стоматологии*. 2009. № 2. С. 91–94.
4. Гончар В.В. Историография отечественного зубоврачевания и стоматологии: проблемы и возможности развития (обзор литературы). *Вестн. обществ. здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2016. № 1. С. 1–24.
5. Москаленко В.Ф., Неспрядько В.П., Куц П.В., Скрипник І.Л. Історія стоматологічного факультету Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (1920–2010). *Стоматология: от науки к практике*. 2013. № 1. С. 7–23.
6. Лабунец В.А., Диев Е.В., Диева Т.В. К истории становления системы учета и нормирования труда медицинских работ-

ников в клинической стоматологии. *Вісн. стоматології*. 2010. № 3. С. 86–90.

7. Мазур І.П. Історичні аспекти організації стоматологічної служби в Україні. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2019. № 17(462). С. 30–31. <https://health-ua.com/article/44893-storichni-aspekti-organizatsi-stomatologichno-sluzhbi-v-ukraine>.

8. Мазур І.П. Стоматологічна освіта — рушійна сила в розвитку стоматологічної галузі. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2019. № 17(462). С. 30–31. <https://health-ua.com/article/44043-stomatologichna-osvita-rushijna-sila-rozvitku-stomatologichnoi-galuzi>.

9. Ніколішин А.К., Петрушанко Т.О., Іленко Н.М. Історія кафедри терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». *Новини стоматології*. 2012. № 1. С. 56–58.

10. Печковський К.С., Несин О.Ф., Печковська І.М., Татченко А.О. Організаційні передумови та становлення профілактичного напрямку в стоматології України. *Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О. О. Богомольця*. 2013. № 3. С. 152–154.

11. Петрушанко Т.О., Ніколішин А.К., Іленко Н.М. Історичні аспекти становлення і розвитку кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». *Укр. стоматол. альманах*. 2016. Т. 1. № 1. С. 7–10.

12. Рыбалов О.В., Яценко И.В. Становление хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Украинской медицинской стоматологической академии. *История стоматологии: материалы III Всерос. конф. с междунар. участием*. М.: МГМСУ, 2009. С. 128–129.

13. Стоматологія України: історичні нариси. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Харків: СИМ, 2017. 192 с.

14. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нариси. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Кропивницький: Поліум, 2020. 224 с.

15. Хвисьок О.М. Становлення та розвиток післядипломної освіти стоматологів у Харківській медичній академії післядипломної освіти. *Проблеми безперерв. мед. освіти та науки*. 2017. № 3. С. 90–92.

16. Шиміліна В.В., Хлебас С.В., Слободяник М.В. Зуболікарська освіта в Україні: історичні нариси. <https://oralhealth.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/119/117>.

17. Лукомский И.Г. Вопросы массового протезирования. 1932.

18. Левченко А.-О.Ю., Мазур П.В. Історична хронологія організації державної системи стоматологічної служби в Україні. <https://oralhealth.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/download/120/118>.

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

20. Формування стоматології як самостійної спеціальності. За ред. І.П. Мазур, О.В. Павленка, І.Л. Скрипник. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нариси. Кропивницький: Поліум, 2020. С. 22–23

Отримано/Received 03.08.2022

Рецензовано/Revised 16.08.2022

Прийнято до друку/Accepted 23.08.2022 ■

Information about authors

Alla Pozhevilova, Director of the "Gradalis" Medical Center, master's degree in innovation management, Kyiv, Ukraine
Kateryna Pozhevilova, 4th year student of the Faculty of Dentistry, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

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 the manuscript.

A. Pozhevilova¹, K. Pozhevilova²

¹Gradalis Medical Center, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Historical essays on the development of dentistry of Ukraine in the 20th century

Abstract. The dental community celebrated the 100th anniversary of the Ukrainian scientific dental school. The history of dentistry development is one of the most interesting, but insufficiently studied pages of the history of healthcare in Ukraine. This applies especially to the period after the Socialist Revolution in 1917. The article provides historical essays on the creation of the state system of dental service organization in Ukraine, reformation and legislative regulation of dentistry as a medical discipline. The principle of availability and provision of the free high-quality medical care for citizens was proclaimed

in the country. The formation of the higher dental education at the odontological departments of medical institutes is ongoing, dental schools that prepare dentists and specialists with secondary professional medical education are preserved and significantly reformed, which solved the employment problem: the odontological faculties of Ukraine were the only mass source for recruiting dentists in the USSR as well.

Keywords: state dental assistance to the population of Ukraine; dental schools; higher dental education; training of specialists; social dentistry; preventive direction in stomatology

УДК 616-002:616-03:616.31-313.615.015.2.

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.3.3.2022.124>

Мазур І.П., Левченко А.-О.Ю., Слободяник М.В., Мазур П.В.

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

ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

Сучасні підходи до лікування захворювань пародонта з використанням препарату місцевої дії з протизапальними та антибактеріальними властивостями

Резюме. Актуальність. Сучасні дослідження в медицині засвідчують, що зубний наліт є провідним пусковим фактором у розвитку хвороб пародонта. Імунозапальна відповідь ясен розвивається за відсутності контролю над його формуванням. Тривалі імунозапальні процеси в яснах зумовлюють руйнування тканин пародонта, у тому числі періодонтальних волокон, та стимулюють резорбцію кісткової тканини альвеолярного відростка. При виборі методів лікування перевагу надають лікарським препаратам, що мають комплексну дію — протимікробну, протизапальну та знеболюючу. **Мета дослідження:** клініко-мікробіологічна оцінка ефективності застосування препарату холіну саліцилату в комбінації з цеталконію хлоридом у комплексному лікуванні хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту. **Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 52 пацієнти віком від 25 до 53 років (чоловіки — 23, жінки — 29 осіб), рандомно поділені на дві групи, стандартизовані за віком та станом тканин пародонта. Проведене клінічне, пародонтологічне обстеження з визначенням параклінічних індексів та рентгенологічне дослідження. Мікробіологічні дослідження проводили за допомогою тестової системи «ПародонтоСкрин» (ТОВ «ДНК-технологія»; реєстраційне посвідчення в Україні № 12407/2013 від 15.02.2013) та вивчали ступінь мікробного обсіменіння основними пародонтопатогенами. Проводили цитохімічний аналіз біологічного матеріалу вмісту пародонтальних карманів за допомогою конфокальної лазерної світлової мікроскопії. Обстеження та лікування пародонтологічних хворих проводили на кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Генералізований пародонтит лікували відповідно до Наказу МОЗ України № 566 від 23.11.2004. Пацієнтам І контрольної групи (25 хворих) проводили первинне пародонтологічне лікування. Пацієнтам II групи (27 хворих) додатково до первинного пародонтологічного лікування застосовували медикаментозне лікування із застосуванням холіну саліцилату та цеталконію хлориду у вигляді аплікацій на ясна тривалістю до 10–15 хвилин. **Результати.** Продемонстровано високу ефективність первинного пародонтологічного лікування інфекційно-запальних процесів тканин пародонта із додатковим використанням місцевого медикаментозного лікування холіну саліцилатом та цеталконію хлоридом, що значно покращило параклінічні показники порівняно з групою контролю. Застосування холіну саліцилату сприяло зменшенню показників індексу запалення — ПМА, індексу кровоточивості ясен за Мюллеманом — Саксером. Цеталконію хлорид покращив показник гігієнічного стану у пародонтологічних хворих, зменшив ступінь мікробного обсіменіння основними пародонтопатогенами за результатами ПЛР-дослідження. Комбінована дія двох компонентів має позитивний вплив на мікробну біоплівку за результатами цитологічного дослідження біологічного матеріалу вмісту пародонтальних карманів. **Висновки.** Використання додаткової місцевої

© «Oral and General Health», 2022

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2022

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

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

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

протимікробної та протизапальної терапії в комплексі первинного пародонтологічного лікування хворих на генералізований пародонтит значно покращило результати проведеного лікування. Рекомендовано застосування гелю з холіну саліцилатом та цеталконію хлоридом в клініко-амбулаторних умовах при проведенні пародонтологічного лікування хворих на генералізований пародонтит та з наступним його призначенням в домашніх умовах двічі на день у вигляді аплікацій на тканини пародонта протягом 10 хвилин курсом 7–10 днів.

Ключові слова: запальні захворювання пародонта; місцева медикаментозна терапія; генералізований пародонтит; холіну саліцилат; цеталконію хлорид

Вступ

Численні наукові дослідження розширили погляди на причини розвитку хвороб пародонта, поглибили уявлення про механізми патогенезу в тканинах пародонта. Незадовільна гігієна, формування мікробної біоплівки зумовлює докорінну зміну мікробного пейзажу пародонтальних карманів з розвитком специфічної пародонтопатогенної мікрофлори. Взаємодія пародонтопатогенів з епітелієм пародонтальних карманів викликає імунзапальну реакцію в тканинах пародонта, стимулює продукцію простагландинів, лейкотрієнів та інтерлейкінів, які поглиблюють запальні процеси. Тривалий вплив пародонтопатогенів сприяє поширенню запального процесу на епітелій зубоясенної борозни, утворенню патологічних пародонтальних карманів.

Підвищена продукція простагландинів та лейкотрієнів викликає локальне розширення судин, набряк, ексудацію, міграцію формених елементів крові та гіперпродукцію прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкіни (IL-1, IL-6, IL-11, IL-17), фактор некрозу пухлини альфа (ФНП-α). Інфекційно-запальний процес з пародонтального кармана поширюється на кісткову тканину альвеолярного відростка та призводить до активації остеокластогенезу й посилює процеси резорбції кісткової тканини.

До лікувальних заходів щодо генералізованого пародонтиту (ГП) включають етіотропну терапію (видалення мікробного чинника), патогенетичну (зменшення запальних процесів у тканинах пародонта) та симптоматичну терапію. У комплексній терапії генералізованого пародонтиту головна роль належить контролю за мікробною біоплівкою. У лікувальних заходах використовують як механічне зняття зубних відкладень, так і хіміотерапевтичний контроль мікрофлори пародонтальних карманів. Важливим завданням при проведенні лікування генералізованого пародонтиту є вибір ефективних препаратів місцевої дії, що мають комплексну протимікробну, протизапальну та знеболюючу дію. Холіну саліцилат є активною діючою речовиною, що має протизапальні та знеболюючі властивості. Цеталконію хлорид має протимікробні та противірусні властивості. Вивчення комбінованої дії холіну саліцилату та цеталконію хлориду для додаткової місцевої терапії хворих на генералізований пародонтит було у фокусі даного дослідження.

Мета: клініко-мікробіологічна оцінка ефективності застосування препарату холіну саліцилату в комбіна-

ції з цеталконію хлоридом у комплексному лікуванні хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту.

Матеріали та методи

До клінічного дослідження з вивчення ефективності застосування холіну саліцилату та цеталконію хлориду у комплексному лікуванні загостреного перебігу генералізованого пародонтиту I та II ступеня тяжкості залучено 52 пацієнти віком від 25 до 53 років (чоловіки — 23, жінки — 29 осіб). Усі пацієнти були поділені шляхом рандомізації на дві групи, які стандартизовані за віком та станом тканин пародонта. Усім пацієнтам було проведено клінічне, пародонтологічне обстеження з визначенням параклінічних індексів. Стан зубів, кісткової тканини альвеолярного відростка і щелеп визначали за результатами ортопантомографії (ортопантомограф PointNix Toshiba D-054SB).

Мікробіологічні дослідження проводили за допомогою ПЛР-діагностики із використанням тестової системи «ПародонтоСкрин» (ТОВ «ДНК-технологія»; реєстраційне посвідчення в Україні № 12407/2013 від 15.02.2013) та вивчали ступінь мікробного обсіменіння основними пародонтопатогенами: *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Tannerella forsythia* (Tf), *Treponema denticola* (Td), *Prevotella intermedia* (Pi). З метою вивчення особливостей архітекtonіки мікробної біоплівки, позаклітинної ДНК та особливостей імунзапальної відповіді тканин пародонта проводили цитохімічний аналіз біологічного матеріалу вмісту пародонтальних карманів з використанням методу світлового мікроскопічного аналізу — конфокальної лазерної світлової мікроскопії (КЛСМ).

Лікування генералізованого пародонтиту проводили відповідно до Наказу МОЗ України № 566 від 23.11.2004. Пацієнтам I контрольної групи (25 хворих) проводили первинне пародонтологічне лікування, що включало поквартантний ультразвуковий скейлінг та згладжування поверхні коренів зубів кюретами Грейсі, закритий кюретаж пародонтальних карманів універсальними кюретами, зрошення та інстиляції антисептичним розчином (р-н хлоргексидину 0,12%). Пацієнтам II групи (27 хворих) додатково до первинного пародонтологічного лікування призначали медикаментозне лікування із застосуванням холіну саліцилату і цеталконію хлориду у ви-

гляді аплікацій на ясна тривалістю до 10 хвилин. У домашніх умовах для підсилення лікувального ефекту хворим рекомендували використання гелю двічі на день після індивідуальної гігієни порожнини рота протягом 10 днів. Обстеження та лікування пародонтологічних хворих проводили на кафедрі стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Для оцінки отриманих результатів використовували статистичні методи: кількісні значення, що мали нормальний розподіл (розподіл Гауса), були подані у вигляді $M \pm m$ (середнє значення і стандартна похибка); для їх порівняння використовували t-критерій Стюдента. Кількісні значення, розподіл яких відрізнявся від нормального, були подані у вигляді медіани (Me) й інтерквартильного розмаху IQR (Lq — нижній квартиль; Uq — верхній квартиль), для їх порівняння використовували критерій Манна — Уїтні.

Результати та обговорення

Проводили оцінювання ефективності використання холіну саліцилату та цеталконію хлориду в комплексному лікуванні хворих на ГП. Згідно з отриманими результатами, додаткове використання медикаментозної терапії під час проведення первинного пародонтологічного лікування зменшує інфекційно-запальні процеси в тканинах пародонта. Результати аналізу після лікування продемонстрували, що в пацієнтів I й II груп покращувався гігієнічний стан згідно з індексом гігієни (Me (I група) = 2,94; IQR: 1,00–3,50, Me (II група) = 2,56; IQR: 0,89–3,14), що значно зменшився ($p = 0,05$) порівняно з даними до лікування (Me (I група) = 3,87; IQR: 1,84–4,40; Me (II група) = 3,90; IQR: 1,87–4,56).

Показник запального процесу в тканинах пародонта, а саме папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (індекс ПМА) після лікування вірогідно знизився (Me (I група) = 13,3; IQR: 10,19–21,14; Me (II група) = 11,2; IQR: 9,13–20,21) ($p = 0,01$) порівняно з показником до лікування (Me (I група) = 26,8; IQR: 20,93–39,51; Me (II група) = 27,2; IQR: 21,67–38,64). Вірогідна різниця в показниках індексу ПМА після проведеного лікування зареєстрована в II групі ($p < 0,05$) порівняно з I групою дослідження. Редукція інфекційно-запального процесу в тканинах пародонта сприяла вірогідному зниженню ($p = 0,007$) кровоточивості ясен під час зондування за індексом Мюллмана — Саксера: після лікування Me (II група) = 1,2; IQR: 1,01–3,34, який до лікування становив: Me (II група) = 1,93; IQR: 1,78–4,20.

Проводили клініко-мікробіологічне оцінювання ефективності пародонтологічного лікування з використанням місцевих протимікробних та протизапальних препаратів у хворих на ГП. Результати статистичного аналізу продемонстрували вірогідне зниження ступеня обсіменіння пародонтальних карманів пародонтопатогенною мікрофлорою після лікування для *Pg* ($\chi^2 = 38,2$; $p = 0,001$), *Aa* ($\chi^2 = 12,1$; $p = 0,002$), *Pi* ($\chi^2 = 13,7$; $p = 0,001$), *Tf* ($\chi^2 = 39,7$; $p = 0,001$), *Td* ($\chi^2 = 27,3$; $p = 0,001$), *Ca* ($\chi^2 = 3,9$; $p = 0,07$) в II групі дослідження, у якій додатково використовувалася цеталконію хлорид

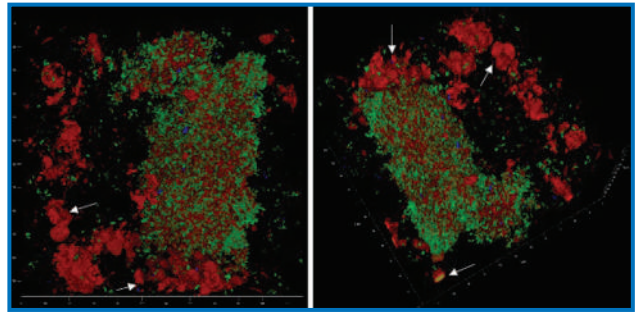


Рисунок 1. Результати цитохімічного аналізу біологічного матеріалу — мікробної біоплівки пародонтального кармана з використанням методу конфокальної лазерної світлової мікроскопії у хворого на ГП перед проведенням лікування. Наведено архітектуру мікробної біоплівки, метаболічно активні бактерії (зелений сигнал — забарвлення SYBR green), що утворили біоплівку, червоним забарвленням позаклітинну ДНК (червоний сигнал — забарвлення пропідію йодидом), і зокрема лейкоцити, що вкриті позаклітинною ДНК (білі стрілки). Синім показано поодинокі клітини дріжджових грибів, ймовірно *Candida spp.* КЛСМ

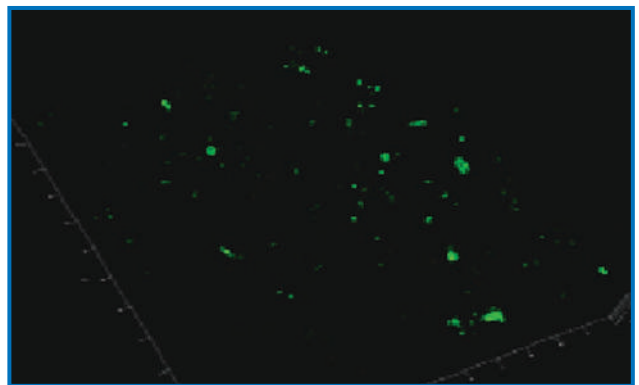


Рисунок 2. Результати цитохімічного аналізу біологічного матеріалу — мікробної біоплівки пародонтального кармана з використанням методу конфокальної лазерної світлової мікроскопії у хворого на ГП після проведення лікування. На рисунку відсутня архітектура мікробної біоплівки, поодинокі метаболічно активні бактерії (зелений сигнал — забарвлення SYBR green)

та холіну саліцилат для місцевого медикаментозного лікування. За результатами порівняльного аналізу ступеня мікробного обсіменіння пародонтальних карманів після проведеного первинного пародонтологічного лікування між I та II групою дослідження кращі результати лікування ($p < 0,05$) було досягнуто в групі пацієнтів, які додатково використовували місцеве лікування з цеталконію хлоридом і холіну саліцилатом.

Проводили цитохімічний аналіз умісту пародонтальних карманів з використанням методу світлового мікроскопічного аналізу — КЛСМ. Цей метод дозволяє вивчити у біологічному матеріалі різноманіття морфологічних типів бактерій, особливості архітектури мікробної біоплівки, визначити позаклітинну ДНК, а також оцінити цитохімічні особливості перебігу запальних процесів у тканинах пародонта та особливос-

ті неспецифічної імунотопальної відповіді організму. На рис. 1 показано особливості архітектури мікробної біоплівки з метаболічно активними мікроорганізмами, значною кількістю позаклітинної ДНК та слабо виражені ознаки неспецифічної імунотопальної відповіді організму на мікробну біоплівку. Первинне пародонтологічне лікування руйнує мікробну біоплівку, сприяє суттєвому зменшенню метаболічно активних бактерій та позаклітинної ДНК, посилює імунотопальну відповідь тканин пародонта.

Таким чином, результати проведеного дослідження продемонстрували високу ефективність первинного пародонтологічного лікування в редукції інфекційно-запальних процесів тканин пародонта. Додаткове використання місцевого медикаментозного лікування із застосуванням холіну саліцилату та цеталконію хлориду вірогідно покращує параклінічні показники порівняно з групою контролю. Застосування холіну саліцилату, що має протизапальну дію, зменшує показники індексу запалення — ПМА, вірогідно зменшує показники індексу кровоточивості ясен за Мюллеманом — Саксером.

Цеталконію хлорид має антибактеріальну дію та покращує показник гігієнічного стану у пародонтологічних хворих, вірогідно зменшує ступінь мікробного обсіменіння основними пародонтопатогенами за результатами ПЛР-дослідження.

Комбінована дія холіну саліцилату з цеталконію хлоридом у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит має позитивний вплив на мікробну біоплівку за результатами цитологічного дослідження біологічного матеріалу вмісту пародонтальних карманів: руйнує архітектуру мікробної біоплівки, сприяє зменшенню метаболічно активних бактерій та позаклітинної ДНК, посилює імунотопальну відповідь тканин пародонта.

Висновки

Додаткове використання місцевої протимікробної та протизапальної терапії в комплексі первинного пародонтологічного лікування хворих на

генералізований пародонтит покращує результати, сприяє вірогідному зменшенню запальних процесів та ефективній деконтамінації мікробного чинника.

Рекомендовано застосовувати в клініці гель з холіну саліцилатом та цеталконію хлоридом місцево після проведення кюретажу пародонтальних карманів у вигляді аплікації на тканини пародонта на 10 хвилин. Призначати хворим на генералізований пародонтит для використання в домашніх умовах двічі на день після проведення індивідуальних гігієнічних заходів у вигляді аплікацій на тканини пародонта на 10 хвилин курсом 7–10 днів.

Конфлікт інтересів. Не заявлений.

Список літератури

1. Данилевський М.Ф., Несін О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. К.: Здоров'я, 1998. 408 с.
2. Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопило Л.І. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. (2-ге видання). К., 2019. 376 с.
3. Мазур І.П., Слободяник М.В. Применение местных антисептических препаратов в лечении заболеваний пародонта. Дентаклуб. 2015. № 12. С.4-6.
4. Мазур І.П., Передерій В.А. Препарат Холісал у складі комплексної терапії хвороб пародонта.
5. Мазур І.П., Слободяник М.В. Протизапальні лікарські засоби для місцевого застосування в стоматології. Современная стоматология. 2014. № 5. С. 28-33.
6. Перламутрова В.Ю. Применение препарата «Холисал-гель» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: дис... канд. мед. наук: 14.00.21. Москва, 2005. 120 с.
7. Стахов С., Сохова И.А. Эффективность геля «Холисал» при лечении воспалительных заболеваний пародонта. https://www.docme.ru/doc/884210/e-ffektivnost._gelya-«-holisal»-pri-lechenii-vospalitel._nyh...
8. Ценов Л.М., Николаев А.И. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Пародонтология. 2001. № 1–2. С. 28-30. ■

Information about authors

Iryna Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +38 (050) 583 87 59; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAJ&hl=ru>; <https://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>

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

M.V. Slobodyanik, PhD, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: maryana.slobodyanik@gmail.com

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

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

I.P. Mazur, A.-O.Y. Levchenko, M.V. Slobodyanik, P.V. Mazur
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine
NGO "Association of Dentists of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Modern approaches to the treatment of periodontal diseases using a topical drug with anti-inflammatory and antibacterial properties

Abstract. Background. Modern medical research shows that plaque is the leading trigger factor in the development of periodontal diseases. The immune-inflammatory response of the gums develops in the absence of control over formation. Prolonged im-

mune-inflammatory processes in the gums cause the destruction of periodontal tissues, including periodontal fibers, and stimulate the resorption of bone tissue of the alveolar process. When choosing treatment methods, preference is given to drugs with complex ef-

fects — antimicrobial, anti-inflammatory, and analgesic. The study was aimed to conduct a clinical and microbiological assessment of the effectiveness of choline salicylate in combination with cetalkonium chloride in the complex treatment of patients with acute generalized periodontitis. **Materials and methods.** The study involved 52 patients aged 25–53 years (23 men, 29 women), randomly divided into two groups, standardized by age and periodontal tissue condition. Clinical and periodontal examinations with the determination of paraclinical indices and radiological research methods were performed. Microbiological studies were carried out using the periodontal screen test system (DNA Technology LLC; registration certificate in Ukraine No. 12407/2013 dated 15.02.2013); and the degree of microbial contamination with major periodontal pathogens was studied. Cytochemical analysis of the biological material of the contents of periodontal pockets was performed using confocal laser light microscopy. Examination and treatment of periodontal patients were carried out at the Department of Dentistry of Shupyk National Healthcare University of Ukraine. The generalized periodontitis was managed under the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 566 dated 23.11.2004. The patients of group I (control) (25 patients) underwent primary periodontal treatment; the patients of group II (27 patients) were treated with choline salicylate and cetalkonium chloride in the form of gum applications for 10–15 minutes. **Results.** The results showed high efficiency of

primary periodontal treatment of infectious and inflammatory processes of periodontal tissues with the additional use of local drug treatment with choline salicylate and cetalkonium chloride, which significantly improved paraclinical parameters compared to the comparison group. The use of choline salicylate contributed to a decrease in the indicators of the inflammation index — PMA, the gum bleeding index by the Mulleman — Saxer index. Cetalkonium chloride improved the indicator of hygienic condition in periodontal patients, reduced the degree of microbial contamination of the main periodontal pathogens based on the results of PCR studies. The combined action of the two components has a positive effect on the microbial biofilm based on the results of cytological examination of the biological material of periodontal pockets. **Conclusions.** The use of additional local antimicrobial and anti-inflammatory therapy in the complex of primary periodontal treatment of patients with generalized periodontitis significantly improved the results of treatment. It is recommended to use the gel with choline salicylate and cetalkonium chloride in clinical and outpatient settings during periodontal treatment of patients with generalized periodontitis and with its subsequent appointment at home twice a day in the form of applications on periodontal tissues for 10 minutes for 7–10 days.

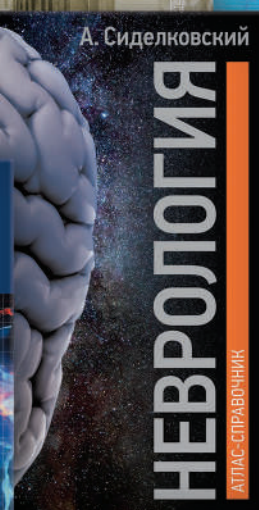
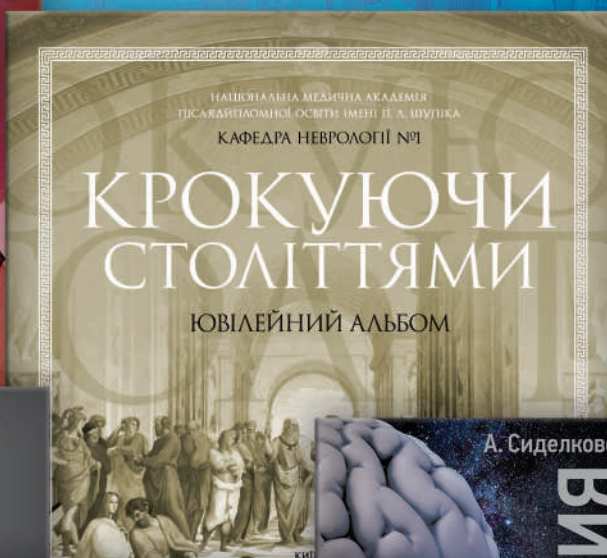
Keywords: inflammatory periodontal diseases; local drug therapy; generalized periodontitis; choline salicylate; cetalkonium chloride



АКСІМЕД

НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ, ВТІЛЕНИЙ В УСПІШНУ ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ

Ліцензія МОЗ України, серія АГ, № 599054, від 21.11.2011 р.



AKSİMED
КЛІНІКА СУЧАСНОЇ НЕВРОЛОГІЇ



«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



ЛІКУВАННЯ
ХРАПУ



AKSIMED.UA • 044 390 00 55