

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Том 4, № 1, 2023

ORAL AND GENERAL HEALTH

ORAL and GENERAL HEALTH

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

Том 4, № 1, 2023



www.mif-ua.com

1



«Аксімед»
завжди
попереду!

НА БАЗІ КЛІНІКИ «АКСІМЕД» ВІДКРИТО СУЧАСНИЙ

ЦЕНТР ПРОБЛЕМ СНУ

ЕФЕКТИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ:

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

ПРОВІДИМО НАЙСУЧАСНІШУ
ПОЛІСОМНОГРАФІЮ



AKSIMED.UA • 044 390 00 55



Oral and General Health

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у липні 2020 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

Том 4, № 1, 2023

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





Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 4, № 1, 2023

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. 8,14.
Зам. 2023-oral-10. Тираж 10 000 прим.

Адреса редакції:
а/с 74, м. Київ, 04107, Україна
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, Україна
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Друк: ТОВ «Ландпресс»

Головний редактор

Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)

**Редакційна
колегія**

Гасюк Н.В. (Тернопіль, Україна)

Горачук В.В. (Київ, Україна)

Копчак О.В. (Київ, Україна)

Ошурко А.П. (Чернівці, Україна)

Рибачук А.В. (Київ, Україна)

Савичук Н.О. (Київ, Україна)

Хайтович М.В. (Київ, Україна)

Хоперія В.Г. (Київ, Україна)

Leonid Barski (Беер-Шева, Ізраїль)

Clive Kilgallen (Дублін, Ірландія)

Margvelashvili Vladimer

(Тбілісі, Грузія)

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., 2023

ORAL and GENERAL HEALTH

*Specialized reviewed
practical scientific journal*

Volume 4, № 1, 2023

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 8,14.
Order 2023-oral-10. Circulation 10 000 copies.

Editorial office address:
P.O.B. 74, Kyiv, 04107, Ukraine
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, Ukraine
Publishing entity certificate
ДК № 2182 dated 13/05/2005

Print: Landpress Ltd.

Editor-in-Chief

Iryna Mazur

(Kyiv, Ukraine)

Editorial Board

Hasiuk Nataliia (Ternopil, Ukraine)

Horachuk Victoriia (Kyiv, Ukraine)

Khaitovych Mykola (Kyiv, Ukraine)

Khoperiia Viktoriia (Kyiv, Ukraine)

Kopchak Oksana (Kyiv, Ukraine)

Oshurko Anatolii (Chernivtsi, Ukraine)

Rybachuk Anna (Kyiv, Ukraine)

Savychuk Nataliia (Kyiv, Ukraine)

Barski Leonid (Beer Sheva, Israel)

Kilgallen Clive (Dublin, Ireland)

Margvelashvili Vladimer

(Tbilisi, Georgia)

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., 2023

ГЕЛЬ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СТОМАТИТУ, ГІНГІВІТУ, ПАРОДОНТИТУ



Кровоточивість ясен?
Біль?
Запалення?

ХОЛІСАЛ



СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ХОЛІСАЛ*

Склад: діючі речовини: холіну саліцилат, цеталконію хлорид; 1 г гелю містить: холіну саліцилату 87,1 мг та цеталконію хлориду 0,1 мг; допоміжні речовини: гідроксіетилцелюлоза, метилпарабен (E218), пропілпарабен (E216), гліцерин (E422), олія анісова, етанол 96%, вода очищена. Лікарська форма. Гель для ротової порожнини. Фармакотерапевтична група. Засоби для місцевого застосування у стоматології. Код АТХ А01А D. Клінічні характеристики. Показання. Запальні процеси слизової оболонки порожнини рота; ерозії та виразки ротової порожнини; гінгівіти; пародонтити. Протипоказання. Підвищена чутливість до холіну саліцилату, інших саліцилатів, цеталконію хлориду або до будь-яких інших компонентів лікарського засобу. Спосіб застосування та дози. Нанести невелику кількість гелю на уражену ділянку та обережно втирати протягом 2 хв. Застосовувати 2–3 рази на добу. Смужку гелю довжиною 1 см для дорослих і 0,5 см для дітей видавити на чистий палець і обережно втирати протягом кількох хвилин в уражену ділянку слизової оболонки. При лікуванні хвороб пародонта 1–2 рази на добу гель слід закладати в ясеневі кишені, а також застосовувати у вигляді компресів або обережно втирати у ясна 1–2 рази на добу. Тривалість лікування встановлюється залежно від клінічної ситуації. Не пити і не їсти протягом приблизно пів години після нанесення гелю. Діти. Не застосовувати дітям віком до 3 років.

Побічні реакції. У місці нанесення може виникнути короточасне відчуття печіння, яке згодом проходить. Через наявність у складі метилпарабену та пропілпарабену можливий розвиток алергічних реакцій. Виробник. Фармзавод Єльфа А.Т., Польща.

*Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Холісал.

Інформація призначена для фахівців у сфері охорони здоров'я. Холісал, гель для ротової порожнини. Р.п. № UA/7298/01/01. Відпускається з аптек без рецепта. ТОВ «БАУШ ХЕЛС», 01103, м. Київ, вул. Професора Підвисоцького, 6-В, поверх 2-й, +38 (044) 459-04-84. СНО-UA2302-011-01.

Зміст

Сторінка редактора

Звернення головного редактора проф. І.П. Мазур 6

Оригінальні дослідження

Горачук В.В.

Акредитація як інструмент підвищення
якості медичної допомоги 7

Божик С.С., Мазур І.П., Гасюк Н.В., Радчук В.Б.

Червоний плоский лишай
як мультидисциплінарна проблема
слизової оболонки порожнини рота.
Моніторинг сучасних поглядів
на проблематику 11

Лікарю, що практикує

Мазур І.П., Венцурик Ю.О.

Омікс-технології в дослідженні
мікробіоти ротової порожнини 17Добровинська О.В., Хлебас С.В., Мазур П.В.,
Слободяник-Коломоєць М.В.Взаємозв'язок цукрового діабету
і захворювань тканин пародонта 21

World Federation for Medical Education

Глобальні стандарти для покращання якості
безперервного розвитку лікарів
(редакція 2015 року) 25

Огляд

Мазур І., Твердохліб Н., Бурій О., Савченко В.,
Скульська С., Гасюк Н., Близнюк В.,
Скрипніков П., Левицька В.

Стоматологи України — разом до Перемоги 45

Скрипник І.

Ізба Лекарська — досвід самоврядування
Польщі. Як використати його
в Україні? 59

Скрипник І.

Стоматологічна спільнота,
об'єднана ГО «Асоціація стоматологів
України», відзначила Всесвітній день здоров'я
ротової порожнини 63

Анонси

Бургонський В.Г., Бургонський В.В.

Сучасна фізіотерапія в аспекті
стоматологічного прийому
(анонс наукового видання) 67

Деньга О.В.

Визначні події стоматологічної спільноти
України (анонс наукового
видання) 69

Contents

Editor's Page

Address of the editor-in-chief prof. I.P. Mazur 6

Original Researches

V.V. Horachuk

Accreditation as a tool for improving
the quality of medical care 7

S.S. Bozhyk, I.P. Mazur, N.V. Hasiuk, V.B. Radchuk

Lichen planus
as a multidisciplinary
problem of the oral mucosa.
Monitoring of modern views
on the issue 11

Practicing Physician

I.P. Mazur, Yu.O. Ventsuryk

Omix technologies in the study
of oral microbiota 17O.V. Dobrovynska, S.V. Khlyebas, P.V. Mazur,
M.V. Slobodanyk-KolomojetsCorrelation between diabetes
and periodontal diseases 21

World Federation for Medical Education

Global Standards for Quality Improvement
2015 — continuous professional
development 25

Review

I. Mazur, N. Tverdokhlib, O. Burii, V. Savchenko,
S. Skulska, N. Hasiuk, V. Blyzniuk,
P. Skrypnykov, V. Levytska

Dentists of Ukraine — together to the Victory 45

I. Skrypnyk

Izba Lekarska — the experience
of self-government in Poland.
How to use it in Ukraine? 59

I. Skrypnyk

The dental community
united by the NGO "Ukrainian Dental
Association" celebrated World Oral
Health Day 63

Announcements

V.G. Burgonskyi, V.V. Burgonskyi

Modern physiotherapy as a component
of the stomatological patients reception
(announcement of a scientific publication) 67

O.V. Denga

Important events of the Ukrainian dental
community (announcement of a scientific
publication) 69

Шановні колеги!

Перший номер журналу «Oral and General Health» було представлено до уваги стоматологічної спільноти у вересні 2020 року. Протягом трьох років редакційна колегія фахового видання працює над створенням якісного контенту журналу — публікуються високоякісні наукові статті з проблем медицини і стоматології, методичні рекомендації, аналітичні огляди. На шпальтах журналу віддзеркалено основні події стоматологічного життя, практичної діяльності лікарів, втілення наукових розробок, основні досягнення освітан. За цей період українці стикнулися з багатьма викликами, найбільш тяжким залишається повномасштабна агресія проти нашої держави. Як війна змінила життя колег-стоматологів, про медичний фронт за життя та здоров'я українців йдеться в матеріалах цього номера.

Команда науковців, організаторів охорони здоров'я, практикуючих лікарів та журналістів втілює нові вимоги нашої держави до наукових фахових видань. Ми щиро дякуємо редакційній колегії журналу 2020–2022 років за творчу співпрацю, спрямовану на розвиток фахового видання. І вітаємо у своїй команді нову редакційну раду, покликану для реалізації нових вимог до фахових наукових видань України!

На сторінках журналу подано цікаві наукові та науково-практичні статті, спрямовані на поліпшення якості надання стоматологічної допомоги. До уваги фахівців — юридичні поради щодо акредитації приватних стоматологічних закладів та правових аспектів діяльності. Як для лікарів, так і для



організаторів безперервного професійного розвитку буде цікавою інформація про глобальні стандарти медичної освіти, що запропоновані Всесвітньою федерацією медичної освіти.

Редакційна колегія журналу в оновленому складі запрошує лікарів загальної практики, стоматологів, науковців до співпраці у підготовці якісного контенту журналу.

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

Акредитація як інструмент підвищення якості медичної допомоги

Резюме. Актуальність. Підвищення якості медичної допомоги залишається актуальною проблемою світових систем охорони здоров'я. В Україні використовується такий визнаний інструмент управління якістю, як акредитація. Проте низка досліджень свідчать про необхідність її удосконалення.

Мета роботи: визначити особливості застосування акредитації для регулювання якості медичної допомоги й обґрунтувати концептуальні напрями її удосконалення в Україні. **Матеріали та методи:** системний підхід; порівняльний аналіз; бібліосемантичний метод; концептуальне моделювання; джерела наукової літератури, включно із систематичними оглядами з бази PubMed; нормативно-правові документи. **Результати.** Встановлено, що світові системи акредитації медичних організацій бурхливо розвиваються. Стандарти акредитації вийшли за межі національних систем і оформились у міжнародні програми. За змістом ці стандарти високодиференційовані. В Україні стандарти акредитації не переглядалися з 2013 року. За змістом вони повторюють нормативні вимоги та дублюють умови ліцензування. Акредитація суворо контролюється МОЗ, без участі громадських інституцій. Запропоновано концептуальні напрями вдосконалення акредитації: заснування незалежного агентства з акредитації; оновлення змісту стандартів акредитації, доповнення їх стандартами безпеки пацієнтів згідно з міжнародними критеріями; створення методичного забезпечення акредитації; навчання інспекторів з акредитації. **Висновки.** Національна система акредитації потребує вдосконалення відповідно до найкращих міжнародних зразків.

Ключові слова: якість медичної допомоги; акредитація; ліцензування; сертифікація; стандартизація

Вступ

Якість як загальна економічна та соціальна категорія визначається унікальними характеристиками товару або послуги, які можуть задовольнити запити споживачів і докорінним чином відрізняють їх від інших видів товарів або послуг [1–3]. Актуальними характеристиками якості медичної допомоги є: клінічна ефективність, безпека, орієнтованість на пацієнта, фінансова доступність, своєчасність, справедливість, комплексність, економічна ефективність, висока підготовка кадрового потенціалу [4]. З метою досягнення таких характеристик медичної послуги застосовуються ліцензування медичної практики, акредитація закладів охорони здоров'я, сертифікація систем управління якістю, стандартизація медичних технологій.

Акредитації відводиться особливе місце у згаданому переліку регуляторів якості медичних послуг, оскільки вона передбачає надання закладом охорони

здоров'я послуг більш високого рівня якості, ніж того вимагають умови ліцензування. В історичному масштабі акредитація подолати тривалий шлях становлення й розвитку, ініційований хірургічним коледжем США ще 1917 року, з виходом на світовий рівень, представлений сьогодні авторитетними міжнародними системами акредитації, орієнтованими на безпеку пацієнта та управління медичною організацією [5]. Це підтверджує затребуваність і значимість акредитації як дієвого інструменту забезпечення якості медичної допомоги, підвищення її безпеки та ефективності [6–8].

Науковими дослідженнями вітчизняних авторів [9–11] доведено, зокрема, недосконалість акредитації закладів охорони здоров'я в Україні, зниження зацікавленості керівників закладів охорони здоров'я в запровадженні більш високих, порівняно з ліцензуванням, вимог до якості послуг, які надаються їх споживачам. Цьому сприяють, прикладом, відсутність мо-

тиваційних механізмів до акредитації з боку держави та ринку медичних послуг, низький рівень економіки та доходів населення, що не дозволяє керівникам закладів вкладати в забезпечення високого рівня якості достатню кількість ресурсів. Водночас просування України європейським шляхом вимагає підвищення уваги до запровадження таких механізмів забезпечення якості медичної допомоги, які сприятимуть конкурентоспроможності вітчизняних медичних, зокрема стоматологічних, послуг на європейському ринку, що обумовлює актуальність цієї роботи.

Мета дослідження: виявити особливості акредитації закладів охорони здоров'я в Україні та обґрунтувати концептуальні напрями її удосконалення.

Матеріали та методи

Здійснено комплексний аналіз порядку та процедури акредитації закладів охорони здоров'я в Україні порівняно з аналогічними в міжнародних системах акредитації. Результати аналізу покладено в основу обґрунтування концептуальних напрямів удосконалення акредитації у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Додатково використані методи: бібліосемантичний; системного підходу; концептуального моделювання. Теоретичною базою дослідження обрано систематичні огляди та метааналізи з бази даних PubMed, рекомендації міжнародних експертів, вітчизняні нормативно-правові акти.

Результати та обговорення

Результатами дослідження встановлено, що сучасний стан світових систем акредитації медичних організацій характеризується бурхливим розвитком. Активно розробляються та впроваджуються міжнародні акредитаційні програми, які містять спеціальні, залежно від профілю діяльності закладу охорони здоров'я та складності медичних утручань, стандарти акредитації. Для такої диференційованої розробки стандартів акредитації функціонують спеціальні незалежні інституції: центри якості й акредитації, комісії, служби, агентства з акредитації. Додатково вони надають консалтингові послуги з впровадження й дотримання вимог стандартів акредитації закладами охорони здоров'я [12–15].

Основна спрямованість стандартів акредитації, задекларована в міжнародних програмах, полягає в орієнтованості на задоволення потреб пацієнта в медичній допомозі з наданням максимально безпечних послуг за умов якісного управління медичним закладом. Показовим прикладом можна назвати стандарти акредитації міжнародної Об'єднаної комісії з акредитації (JCI) для лікарень, які містять високі вимоги до безпеки пацієнтів на етапах: надходження, переведення, виписки зі стаціонару; ідентифікації пацієнта; профілактики падінь; хірургічної й епідемічної безпеки; безпеки використання лікарських засобів; безперервності лікування; ефективності комунікацій; дотримання прав пацієнтів та їх сімей; навчання персоналу; адміністративно-господарського управління закладом і техніки безпеки; управління інформацією, формування культури безпеки тощо. Важливо, що ці вимоги

щороку переглядаються й оновлюються, з урахуванням набутого досвіду, розвитку медичної науки, запитів пацієнтів і медичних працівників тощо [16–18].

На відміну від стандартів акредитації міжнародних програм, якими користуються національні системи акредитації різних країн, стандарти акредитації в Україні, розроблені ще 2011 року, переглядалися із внесенням окремих змін лише у 2013 та 2020 роках [19]. За змістом стандарти акредитації спрямовані переважно на дотримання закладом охорони здоров'я нормативних вимог, що необхідно й поза межами акредитації. Такий підхід не наближує стандарти акредитації до забезпечення ними високої якості медичної допомоги на рівні безпосереднього споживача — пацієнта, оскільки нормативні вимоги мають узагальнений характер і не орієнтовані на персональні потреби кожного окремого хворого. Важливо, що 40,1 % стандартів акредитації повторюють ліцензійні вимоги, скеровані на забезпечення лише мінімального рівня якості [20].

Процедура акредитації в Україні здійснюється Головною акредитаційною комісією МОЗ України й акредитаційними комісіями при структурних підрозділах охорони здоров'я обласних/міських державних адміністрацій. Це вказує на відомчу залежність акредитації, на протипагу міжнародному досвіду незалежних агенцій, де забезпечують більшу об'єктивність оцінок. В Україні відсутнє методичне забезпечення процедури акредитації, що ускладнює роботу і експертів, і працівників закладів охорони здоров'я при підготовці та проведенні/проходженні цієї процедури, а перевірка дотримання акредитаційних вимог має дискретний характер, на відміну від постійного, як це практикується в інших країнах.

Акредитація в Україні була запроваджена в кінці 90-х років минулого століття і носила обов'язковий характер до 31.12.2018. За прикладом міжнародних систем акредитації, з 01.01.2019 вона набула добровільного характеру. Але в умовах вітчизняної системи охорони здоров'я та тривалих економічних негараздів у країні цим було створено загрозу відмови закладів охорони здоров'я від акредитації, утримання якості послуг лише відповідно до умов ліцензування, що усвідомлено передбачало нижчий рівень якості. Причинами таких рішень керівників закладів стали відсутні будь-які механізми мотивації закладів охорони здоров'я до проходження акредитації, зокрема, в умовах оплати за надану медичну послугу за програмою медичних гарантій, коли не враховується наявність чи відсутність свідчення акредитації. Слабкий розвиток ринку страхових послуг також є демотиватором для проходження закладами акредитації, на відміну від розвинених систем охорони здоров'я, у яких страхові компанії не вступають у договірні відносини з надавачами медичних послуг у разі відсутності в них акредитаційного сертифікату.

З урахуванням вищезазначеного можна запропонувати концептуальні підходи до удосконалення акредитації закладів охорони здоров'я в Україні як надійного інструменту підвищення якості медичних послуг. Насамперед вітчизняні стандарти акредитації необхідно доповнити прийнятими на міжнародному рівні стан-

дартами безпеки пацієнта [21]. Дієвість стандартів акредитації значно зростає в разі їх диференціації для різних типів закладів охорони здоров'я (лікарняних, амбулаторно-поліклінічних), видів медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, реабілітаційна, паліативна), клінічних станів пацієнтів. Надійність стандартів щодо забезпечення ними якості в разі виконання вимог помітно підвищиться, якщо до них увійдуть стандарти проведення/виконання заходів, маніпуляцій, процедур на рівні лікар/медичний працівник — пацієнт, де безпосередньо формується якість медичної допомоги.

МОЗ України має передати функції розробки стандартів акредитації, а також наділити функціями створення методичних керівництв з акредитації, підготовки експертів з акредитації, надання консалтингових послуг, проведення процедури підготовки та власне акредитації закладів охорони здоров'я, регулярного післяакредитаційного моніторингу незалежному органу з акредитації.

Такі зміни потребують відповідних змін нормативно-правового регулювання акредитації з метою використання її як удосконаленого інструменту для забезпечення високого рівня якості медичної допомоги в Україні.

Висновки

В Україні використовується акредитація закладів охорони здоров'я як інструмент регулювання якості медичної допомоги, ефективність якого доведена тривалою міжнародною практикою. Водночас за змістом, обсягом, методами впровадження й використання стандарти акредитації вимагають перегляду, оновлення й наближення до міжнародних практик, що сприятиме поліпшенню якості медичної допомоги населенню.

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

Список літератури

1. Заїка С.О., Грідін О.В. Теоретичні аспекти сутності та змісту якості як філософської, соціальної та економічної категорії. *Вісник Харківського національного технічного університету сільського господарства імені Петра Василенка*. 2016. Вип. 172. С. 202-214. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdusg_2016_172_24 (дата звернення: 19.02.2023).
2. Marmot M., Allen J. Health priorities and the social determinants of health. *EMHJ*. 2015. Vol. 21, No. 9. P. 671-672. URL: https://applications.emro.who.int/emhj/v21/09/EMHJ_2015_21_9_671_672.pdf?ua=1&ua=1 (дата звернення: 19.02.2023).
3. Popescu D. Category of quality in aristotle and hegel. *Revue Roumaine de Philosophie*. 2015. Vol. 59(2). P. 271-287. URL: https://www.researchgate.net/publication/292856434_Category_of_quality_in_aristotle_and_hegel (дата звернення: 19.02.2023).
4. Brubakk K. et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv. Res.* 2015. Vol. 23. P. 15. 280. doi: 10.1186/s12913-015-0933-x (дата звернення: 24.02.2021).
5. Мазур І.П., Заболотько В.М., Стешенко І.Є. Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: галузева структура медичних працівників у 2019 році. *Українські медичні вісті*. 2021. Т. 13. № 1(86). С. 16-22. doi: 10.32471/umv.2709-6432.86.1012.
6. Горачук В.В. Міжнародні інструменти підвищення якості менеджменту медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1(1). С. 54-57. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eproz_2015_1_12 (дата звернення: 19.02.2023).
7. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. Женева: Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный банк реконструкции и развития. Всемирный банк. 2019. С. 62-74. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312003?locale-attribute=pt&> (дата звернення: 19.02.2023).
8. Mehta A., Goldstein S.D., Makary M.A. Global trends in center accreditation by the Joint Commission International: growing patient implications for international medical and surgical care. *J. Travel Med.* 2017. Vol. 1. № 24(5). doi: 10.1093/jtm/tax048 (дата звернення: 19.02.2023).
9. Биркович Т.І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 4. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/4_2018/3.pdf (дата звернення: 19.02.2023).
10. Віленський А.Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 61-65. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/6_2018/15.pdf (дата звернення: 19.02.2023).
11. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition / Lekhan V.N. et. al. World Health Organization. The European Observatory on Health Systems and Policies*: 2015. 2015. Vol. 17(2). P. 1-153. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176099/HiT-17-2-2015-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (дата звернення: 19.02.2023).
12. Lam M.B. et al. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. *BMJ*. 2018. P. 363. k4011. doi: 10.1136/bmj.k4011 (дата звернення: 19.02.2023).
13. Mansour W., Boyd A., Walshe K. The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Policy Plan.* 2020. Vol. 35(6). P. 684-700. doi: 10.1093/heapol/czaa011 (дата звернення: 19.02.2023).
14. Maseeh Uz Zaman, Nosheen Fatima. Accreditation of Health-care Facilities: A Friend or Foe? *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2015. Vol. 25(10). P. 711-712. URL: <https://vlibrary.emro.who.int/imemr/accreditation-of-healthcare-facilities-a-friend-or-foe-2/> (дата звернення: 19.02.2023).
15. Halasa Y.A. et al. Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. *East. Mediterr. Health J.* 2015. Vol. 21(2). P. 90-9. doi: 10.26719/2015.21.90 (дата звернення: 19.02.2023).
16. Scott C. Williams et al. Comparing Public Quality Ratings for Accredited and Nonaccredited Home Health Agencies. *Home Health Care Management & Practice*. 2018. Vol. 30(1). P. 23-29. URL: <https://doi.org/10.1177/1084822317737249> (дата звернення: 19.02.2023).
17. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. 2020. 424 p. URL: <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-ac>

creditation-standards-for-hospitals-7th-edition/ (дата звернення: 19.02.2023).

18. Inomata T. et al. The impact of Joint Commission International accreditation on time periods in the operating room: A retrospective observational study. *PLoS One*. 2018. Vol. 13(9). P. e0204301. doi: 10.1371/journal.pone.0204301 (дата звернення: 19.02.2023).

19. Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я: наказ від 14.03.2011 № 142. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11#n39> (дата звернення: 19.02.2023).

20. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. НМАПО імені П.Л. Шупика. Київ, 2015. 425 с.

21. Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов. Семьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA72.6. 28 мая 2019 г. 8 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf (дата звернення: 19.02.2023).

22. 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. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254470>.

Отримано/Received 02.02.2023

Рецензовано/Revised 15.02.2023

Прийнято до друку/Accepted 20.02.2023 ■

V.V. Horachuk

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Accreditation as a tool for improving the quality of medical care

Abstract. Background. Improving the quality of medical care remains an urgent problem of global healthcare systems. In Ukraine, such a recognized quality management tool as accreditation is used. However, several studies indicate the need for their improvement. The purpose of this work was to determine the specifics of using accreditation to regulate the quality of medical care and to substantiate the conceptual directions for its improvement in Ukraine. **Materials and methods.** The following materials and methods were used: systemic approach; comparative analysis; bibliosemantic method; conceptual modeling; sources of scientific literature, including systematic reviews from the PubMed database; regulatory and legal documents. **Results.** It was found that the world systems for accreditation of medical organizations are rapidly developing. Accreditation standards have gone beyond national systems and have become international programs. These

standards are highly differentiated in content. In Ukraine, accreditation standards have not been reviewed since 2013. In terms of content, they repeat regulatory requirements and duplicate licensing conditions. Accreditation is strictly controlled by the Ministry of Health, without the participation of public institutions. Conceptual directions for improving accreditation are proposed: creation of an independent accreditation agency; updating the content of accreditation standards, supplementing them with patient safety standards in accordance with international criteria; creation of methodical assurance of accreditation; training of accreditation inspectors. **Conclusions.** The national accreditation system needs to be improved according to the best international models.

Keywords: quality of medical care; accreditation; licensing; certification, standardization

Божик С.С.¹, Мазур І.П.², Гасюк Н.В.¹, Радчук В.Б.¹¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

Червоний плоский лишай як мультидисциплінарна проблема слизової оболонки порожнини рота. Моніторинг сучасних поглядів на проблематику

Резюме. Актуальність. Узагальнюючої гіпотези стосовно етіології та патогенезу червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота на сьогодні не існує. Більшість авторів розглядають цей дерматоз як поліетіологічне захворювання, в етіології якого має значення метаболічна, нейроендокринна, вірусна природа, яка потенціюється токсикоалергічними, інфекційними та імунними тригерами. **Мета дослідження:** проаналізувати літературні джерела з характеристикою клітинного та видового складу мікрофлори слизової оболонки порожнини рота хворих на червоний плоский лишай. **Матеріали та методи.** Огляд та аналіз наукової й медичної літератури на основі баз даних Scopus, Web of Science, MedLine, PubMed, NCBI за останні 10 років, включно з оглядами літератури та результатами клінічних випробувань. **Результати.** Зміни у слизовій оболонці порожнини рота більшою мірою пов'язані із загальними патологічними процесами, що сприяють розвитку червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота. Таким чином, очевидно є необхідність раннього виявлення патологічних станів, які є факторами ризику розвитку червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота. Відсутність чітких уявлень про етіологію та патогенез вимагає всебічного обстеження із метою виділення найбільш ймовірного та вагомого провоканта у кожному окремому клінічному випадку. **Висновки.** Червоний плоский лишай є поліетіологічним захворюванням, що потрапляє в коло інтересів досить великої кількості фахівців, а саме імунологів, ендокринологів, неврологів, гастроентерологів, терапевтів та стоматологів. Оскільки дебют захворювання часто відбувається із ураження слизової оболонки порожнини рота, це вимагає від лікаря-стоматолога глибокого та системного клінічного мислення.

Ключові слова: червоний плоский лишай; слизова оболонка порожнини рота; етіологія; патогенез

Вступ

Червоний плоский лишай слизової оболонки порожнини рота (СОПР) є одним з найбільш поширених хронічних кератозів, у патогенезі яких важливе значення має безліч екзогенних і ендогенних факторів у комплексі, однак дані про частоту ураження вельми суперечливі.

Єдиної гіпотези етіології та патогенезу червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота не існує. Більшість авторів розглядають його як бага-

тофакторне захворювання. В етіології цього дерматозу має місце вірусна природа, провокуючими є токсикоалергічні, інфекційні агенти, порушення роботи імунітету [1].

Для цього дерматозу характерне різноманіття клінічних проявів, що створює певні труднощі у встановленні діагнозу. Крім типових форм існують так звані атипові клінічні прояви червоного плоского лишая. На практиці часто зустрічається поєднання декількох клінічних форм, наприклад, атрофічної і кільцеподіб-

ної [2]. На слизовій оболонці зустрічаються ерозивно-виразкова та ексудативно-гіперемічна форми. На шкірі можливі кільцеподібні, лінійні ураження, а також ураження пігментного характеру. Зустрічаються атрофічні зміни з гіперкератотичними нашаруваннями, бородавчастими розростаннями (верукозна форма), герпетично-формно розташовані [3].

Дерматоз розвивається частіше в осіб активного працездатного віку, характеризується дисемінованим висипом, інтенсивним свербіжем і тривалим перебігом, часто резистентним до базової терапії, внаслідок чого червоний плоский лишай чинить негативний вплив на психоемоційний стан хворих, знижує їх працездатність і соціальну активність. Червоний плоский лишай СОПР розглядається як потенційно передраковий стан з можливістю розвитку плоскоклітинного раку [4, 5]. Зазначене вище обумовлює важливе медико-соціальне значення цього захворювання і актуальність досліджень з вивчення етіопатогенетичних факторів та вдосконалення способів його лікування.

На думку багатьох дослідників, зміни слизової оболонки порожнини рота більшою мірою пов'язані із загальними патологічними процесами, що сприяють розвитку червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота. Таким чином, очевидно є необхідність раннього виявлення патологічних станів, які є факторами ризику розвитку червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота [6].

Мета роботи: проаналізувати літературні джерела з характеристикою клітинного та видового складу мікрофлори слизової оболонки порожнини рота хворих на червоний плоский лишай.

Матеріали та методи

Огляд та аналіз наукової та медичної літератури на основі баз даних Scopus, Web of Science, MedLine, PubMed, NCBI за останні 10 років, включно з оглядами літератури та результатами клінічних випробувань.

Результати

Останніми роками збільшилася кількість форм червоного плоского лишая, які характеризуються агресивним клінічним перебігом та атипівістю, що створює певні труднощі в діагностичному аспекті. Виділяють кілька теорій виникнення червоного плоского лишая: невrogenну, інтоксикаційну, інфекційну, імунологічну, спадкову, мембранодеструктивну і теорію взаємозв'язку із супутньою патологією.

На користь невrogenної теорії свідчить виявлення в сироватці крові хворих з червоним плоским лишаєм вірогідного збільшення адреналіну, ацетилхолінестерази, серотоніну, що свідчить про гормонально-медіаторні дисоціації симпатоадреналової системи. Аналіз вихідного психоемоційного стану хворих показав наявність високого і дуже високого рівня тривоги у 92 % хворих, що підтверджує невrogenну теорію захворювання [7].

У таких пацієнтів спостерігаються зміни нейропсихологічного статусу, що характеризуються наявністю астеноневротичного, іпохондричного і депресивного

синдромів у поєднанні з когнітивними порушеннями: зниженням пам'яті, уваги, високим рівнем реактивної і особистісної тривожності.

Соціально-психологічні дослідження в 75 % випадків виявили дефензивність, що призводить до соціальної дезадаптації і зниження якості життя [8].

Низка авторів відзначає зміни в гуморальній ланці імунітету у хворих з червоним плоским лишаєм СОПР. Спостерігається дисглобулінемія через збільшення в сироватці крові рівня імуноглобулінів (Ig) G, M і зниження рівня імуноглобуліну A. У хворих знижений вміст sIgA, IgA, лізоциму в ротовій рідині, підвищений вміст IgG.

При червоному плоскому лишаї порушується клітинна ланка імунологічного захисту. У крові хворих зменшується кількість Т-клітин, знижується їх функціональна активність, змінюється структурно-метаболічна організація окремих Т-лімфоцитів, а також спостерігається внутрішньопопуляційна перебудова Т-клітинної ланки імунітету. Унаслідок підвищення вмісту Т-хелперів і зниження Т-супресорів збільшуються показники імуnoreгуляторного індексу Т-хелпери/Т-супресори [9].

При тяжкому перебігу захворювання в периферичній крові пацієнтів виявлено збільшення відносного числа CD8+ лімфоцитів і відносного й абсолютного числа циркулюючих NK-клітин, зниження відносного вмісту CD19+ лімфоцитів, що свідчить про виражену лімфоцитарну цитотоксичність як один із системних імунопатологічних механізмів формування тяжких форм захворювання [10].

В основі патогенезу червоного плоского лишая СОПР лежать реакції гіперчутливості уповільненого типу. У вогнищах ураження збільшується кількість клітин Лангерганса. Кератиноцити і клітини Лангерганса при контакті з чужорідними антигенами (вірусами, медикаментами) посилено продукують IL-1, що викликає міграцію Т-лімфоцитів у слизову оболонку. IL-1 стимулює вироблення Т-лімфоцитами IL-2, що запускає механізм «інтерлейкінового каскаду» [11, 12]. При червоному плоскому лишаї спостерігається підвищення концентрації IL-4, IL-1 β , IL-6 і IL-10. Вироблення IL-4, IL-5, IL-13 активує лімфоцити. Активовані лімфоцити виробляють збільшену кількість інтерферону, який викликає зміну кератиноцитів. Змінені кератиноцити розпізнаються імунокомпетентними клітинами як чужорідні і стають мішенню для цитотоксичної дії Т-лімфоцитів [13, 14].

Згідно з мембранодеструктивною теорією, порушення процесів перекисного окиснення ліпідів є однією з важливих ланок патогенезу червоного плоского лишая СОПР. Так, у крові хворих з червоним плоским лишаєм збільшується вміст дієнових кон'югат з тенденцією до підвищення рівня малонового діальдегіду і знижується рівень супероксиддисмутази і антиоксидантної активності.

У гострій фазі захворювання спостерігається активація перекисного окиснення ліпідів (збільшення ацетилгідроперексидів ліпідів, сумарної пероксидазної активності, малонового діальдегіду в сироватці крові)

і антиоксидантної системи (підвищення рівня супероксиддисмутази і церулоплазміну); при хронічній фазі, тривалому перебігу захворювання встановлено зниження активності антиоксидантної системи [15].

Одночасно зі змінами в сироватці крові при червоному плоскому лишаї СОПР спостерігається посилення процесів перекисного окиснення ліпідів і дефіцит антиоксидантного потенціалу ротової рідини, що супроводжується накопиченням в слині малонового діальдегіду, зниженням антиоксидантної активності і їх співвідношення та зменшенням концентрації супероксиддисмутази і глутатіонпероксидази у вогнищі патологічного процесу внаслідок хронічного окисного стресу.

У хворих з червоним плоским лишаєм СОПР посилюються процеси вільнорадикального окиснення і знижується активність антиоксидантної системи ротової рідини, що проявляється збільшенням прооксидантно-антиоксидантного балансу, підвищенням вмісту дієнових і трієнових кон'югат, збільшенням концентрації основ Шиффа і зниженням коефіцієнта окиснення [16].

Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишаю СОПР часто поєднується з цукровим діабетом і гіпертонічною хворобою. Це явище отримало назву синдрому Гріншпана, що є складним поєднанням симптомів: перебіг червоного плоского лишаю залежить від перебігу цукрового діабету і гіпертонії, поліпшення настає при нормалізації рівня цукру в крові і кров'яного тиску. Гіпертонічна хвороба виражена помірно, зазвичай підвищений систолічний тиск, діастолічний залишається в межах норми або підвищується незначно. Червоний плоский лишай може поєднуватися або з цукровим діабетом, або з гіпертонічною хворобою [3].

За даними останніх років, у патогенезі червоного плоского лишаю провідна роль належить захворюванню травної системи. У хворих з червоним плоским лишаєм СОПР виявлено супутню патологію шлунково-кишкового тракту: хронічний гастрит, ентероколіт, хронічний холецистит, виразкову хворобу шлунка або кишечника, хронічний гепатит, хронічний панкреатит. У науковій літературі згадується про зв'язок червоного плоского лишаю із захворюваннями печінки, зокрема з гепатитом С.

У патогенезі червоного плоского лишаю велике значення мають ендокринні порушення: підвищення рівня адренкортикотропного гормону і кортизолу та зниження рівнів інсуліну, тиреотропного гормону, тироксину і трийодтироніну [7].

У жінок важливу роль у патогенезі цього захворювання відіграють зміни обміну гіпофізних та статевих стероїдних гормонів, спостерігається гіпоестрогенемія на тлі підвищення чутливості уражених тканин слизової оболонки порожнини рота до естрогенів. За даними наукової літератури, в анамнезі у всіх обстежених пацієнток зазначено стан менопаузи [12].

Важливу роль у патогенезі також відіграють гіпоксія, порушення системи згортання і реологічних властивостей крові. Виявлені порушення реологічних

властивостей крові, як-от підвищення агрегації тромбоцитів, швидкості агрегаційного процесу, збільшення вмісту фібриногену; спостерігаються розлади мікроциркуляції (змінюються структура і бар'єрні функції мікросудин), спазм артеріальної ланки, ознаки венозної гіперемії і венозного застою, що призводить до змін трофіки слизової оболонки, зниження її резистентності і сприяє ускладненому перебігу захворювання [17].

У структурі супутніх захворювань у хворих з червоним плоским лишаєм мають місце хронічний гастрит (25 % хворих), хронічний коліт (5 %), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (8 %), хронічний панкреатит (15 %), хронічний холецистит (4 %), гепатит С (3 %), гіпертонічна хвороба (37 %), цукровий діабет (10 %), остеохондроз (12 %), захворювання щитоподібної залози (3 %), патологія жіночої статеві сфери (12 %) [18].

В окремих випадках червоний плоский лишай може являти собою загальну алергічну реакцію на деякі лікарські засоби. Спровокувати захворювання можуть антибіотики (пеніцилін, тетрациклін, стрептоміцин), протималярійні засоби (резохін, хінін, атебрін, хлорохін), бета-блокатори (практолол, пропранолол), антидіабетичні засоби (бутамід, манініл, хлорпропамід), діуретики (фуросемід), сульфаніламід (норсульфазол, сульфадимезин), протитуберкульозні засоби (етамбутол, парааміносаліцилова кислота), антиаритмічні препарати (хінідин), протилепопрозні (дапсон), препарати миш'яку (новарсенол, сальваран), вісмуту (біо-хінол, бісмоверол), золота (натрій тіомалат золота), антигіпертензивні препарати (метилдофа, каптоприл), цитостатики (D-пеніциламін), протиподагричні препарати (алопуринол) [19].

Вірусна (або інфекційна) теорія підтверджується виявленням при електронній мікроскопії в клітинах епідермісу структур, що нагадують мікоплазми, паличкоподібні бактерії, а також елементів, що мають схожість з грибами. У пацієнтів із червоним плоским лишаєм СОПР виявили вірус Епштейна — Барр. У дослідженні [20, 21] у 35,5 % пацієнтів з червоним плоским лишаєм у лімфоцитах периферичної крові виявлено ДНК герпесвірусів (ВГ-6, ВГ-8, вірус Епштейна — Барр); у пацієнтів з тяжким перебігом захворювання частота лімфотропного герпесвірусного інфікування в 2,1 раза вища за аналогічний показник у хворих з червоним плоским лишаєм середнього ступеня тяжкості [22, 23].

У патогенезі червоного плоского лишаю велике значення надається мікробному фактору. У хворих виявлені якісні та кількісні зміни мікрофлори порожнини рота, які ведуть до розвитку дисбактеріозу різного ступеня тяжкості. *Candida albicans* сприяє найтяжчому перебігу червоного плоского лишаю СОПР [24, 25].

Однією з патогенетичних ланок будь-якої клінічної форми червоного плоского лишаю СОПР є порушення мікробіоценозу кишечника.

За даними низки авторів, червоний плоский лишай є сімейним захворюванням (0,8–1,2 % випадків розвитку патології). Можлива спадкова схильність підтверджується позитивними кореляціями між червоним плоским лишаєм і генами системи HLA, а саме

HLA-A3, HLA-A28, HLA-B5, HLA-B8, HLA-B35, HLA-DR1, HLA-DM1 [26, 27].

Місцеві фактори також мають важливе значення в патогенезі ізольованого ураження слизової оболонки порожнини рота при червоному плоскому лишаї. Гострі краї зубів і коренів, незадовільний стан пломб і зубних протезів, наявність амальгамових пломб, протезів з різномірних металів, вплив тютюнового диму у курців створюють умови для хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота [28].

Ортопедичні конструкції з різномірних металів у поєднанні з припоєм змінюють мікроелементний склад слини. Цей фактор провокує виникнення червоного плоского лишаю СОПР. При усуненні різномірності металів різко знижується сила мікрострумів і відбувається швидка епітелізація ерозій.

Обговорення

Червоний плоский лишай — це запальне імунореактивне захворювання, опосередковане клітинною реакцією на антигени певної структури, генетично обумовлене порушеннями епідермального (епітеліального) бар'єра і синергізмом вродженого і набутого імунітету, виникає під впливом різноманітних провокуючих факторів, як екзо- (включно з інфекційним), так і ендогенних. Вище наведено низку теорій, кожна із яких має свої переваги та доказову базу [1, 7].

Існування великої кількості клінічних форм захворювання, поєднання їх в одного і того ж хворого, часте поєднання із соматичними захворюваннями відображають єдиний патологічний процес, його силу, поширеність, залучення інших органів і систем, участь захисних механізмів і являють собою не що інше, як його фази, етапи в рамках клітинно-опосередкованої імунореактивності шкіри та слизової оболонки до антигенів екзо- або ендогенного характеру [28].

На увагу заслуговує одна із патогенетичних ланок будь-якої клінічної форми червоного плоского лишаю СОПР, а саме порушення мікробіоценозу кишечника [29–31].

Вищенаведені теорії та погляди констатують велику різноманітність клінічних проявів, складні етіопатогенетичні механізми розвитку червоного плоского лишаю порожнини рота і вимагають персоналізованого, комплексного етіопатогенетичного підходу, заснованого на розробці персоналізованих алгоритмів діагностики та лікування з урахуванням етіології, клініки та застосованого спектра лабораторних досліджень [32–34].

Висновки

За результатами проведеного аналізу, червоний плоский лишай є мультидисциплінарною проблемою, яка потрапляє в коло інтересів імунологів, ендокринологів, неврологів, гастроентерологів, терапевтів та стоматологів. Таким чином, велика різноманітність клінічних проявів, складні етіопатогенетичні механізми розвитку червоного плоского лишаю порожнини рота і шкірних покривів вимагають комплексного етіопатогенетичного лікування, заснованого на індивідуальному підході до кожного хворого з урахуванням етіології, клініки та застосованого спектра лабораторних досліджень.

За умови ураження червоним плоским лишаєм, під впливом наведеного широкого видового спектра мікрофлори, епітеліоцити слизової оболонки порожнини рота зазнають цитоспецифічних змін у вигляді збільшення кількості клітин із ядерними аномаліями. У ділянці ураження кількість клітин з аномаліями більша порівняно з тими ділянками будкального епітелію, які виходять за межі цієї зони. Зміна кількості клітин з патологіями, зумовленими деструкцією ядра, як у вогнищі ураження, так і за його межами свідчить про генералізованість захворювання, що викликає ядерні аберації в клітинах усієї ротової порожнини. Показники ознак каріолізису і каріорексису в клітинах тканин у ділянці ураження червоним плоским лишаєм мають абсолютну діагностичну цінність: чутливість і специфічність тестів становлять 100 %, що виключає отримання і хибнонегативних, і хибнопозитивних результатів.

Вищенаведені дані визначають коло додаткових методів обстеження, підвищують діагностичну цінність вивчення клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів із червоним плоским лишаєм та роблять максимальним відсоток специфічності, виключають можливість гіпердіагностики і отримання хибнонегативних результатів. У пацієнтів, обтяжених пародонтальними вогнищами інфекції, відзначається високий ступінь мікробної контамінації вогнищ ураження червоного плоского лишаю СОПР; при цьому ключову роль відіграє активність запально-деструктивного процесу.

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

Список літератури

1. De Rossi S.S., Ciarrocca K. Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dent. Clin. North Am.* 2014. 58(2). 299-313. doi: 10.1016/j.cden.2014.01.001.
2. Cheng Y.S., Gould A., Kurago Z., Fantasia J., Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* 2016. 122(3). 332-354. doi: 10.1016/j.oooo.2016.05.004.
3. Palaniappan P., Baalann K.P. Erosive oral lichen planus. *Pan. Afr. Med. J.* 2021. 40. 73. Published 2021 Oct 4. doi: 10.11604/pamj.2021.40.73.26013.
4. Cai X., Zhang J., Zhang H., Li T. Overestimated risk of transformation in oral lichen planus. *Oral Oncol.* 2022. 133. 106025. doi: 10.1016/j.oraloncology.2022.106025.
5. Kolenko Y.G., Timokhina T.O., Lynovyt'ska O.V., Mialkiv'skyi K.O., Khrol N.S. Epidemiological situation of pre-cancer diseases of the oral mucous in Ukraine. *Wiad Lek.* 2022. 75(6). 1453-1458. doi: 10.36740/WLek202206105.
6. Al-Jamaei A.A., Subramanyam R.V., Helder M.N., et al. Significance of immunohistochemistry biomarkers in prediction of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2022. 27(5). e480-e488. Published 2022 Sep 1. doi: 10.4317/medoral.25491.

7. Singh A.R., Rai A., Aftab M., Jain S., Singh M. Efficacy of steroidal vs non-steroidal agents in oral lichen planus: a randomised, open-label study. *J. Laryngol. Otol.* 2017. 131(1). 69-76. doi: 10.1017/S0022215116009658.
8. González-Moles M.Á., Warnakulasuriya S., González-Ruiz I., et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2021. 27(4). 813-828. doi: 10.1111/odi.13323.
9. Radwan-Oczko M., Lis-Nawara A., Haloń A., Bar J. Comparison of biomarker expression in oral lichen planus and oral lichenoid lesions. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2022. 31(12). 1327-1334. doi: 10.17219/acem/152429.
10. Viguier M., Bachelez H., Poirier B., et al. Peripheral and local human papillomavirus 16-specific CD8⁺ T-cell expansions characterize erosive oral lichen planus. *J. Invest. Dermatol.* 2015. 135(2). 418-424. doi: 10.1038/jid.2014.397.
11. Zhu Z.D., Ren X.M., Zhou M.M., Chen Q.M., Hua H., Li C.L. Salivary cytokine profile in patients with oral lichen planus. *J. Dent. Sci.* 2022. 17(1). 100-105. doi: 10.1016/j.jds.2021.06.013.
12. Olejnik M., Jenerowicz D., Adamski Z., Czarnecka-Opracacz M., Dorocka-Bobkowska B. The prevalence of contact hypersensitivity in patients with oral lichen planus. *Postepy Dermatol. Alergol.* 2022. 39(4). 668-674. doi: 10.5114/ada.2021.107549.
13. Edmans J.G., Ollington B., Colley H.E., et al. Electrospun patch delivery of anti-TNF α F(ab) for the treatment of inflammatory oral mucosal disease. *J. Control Release.* 2022. 350. 146-157. doi: 10.1016/j.jconrel.2022.08.016.
14. Wang R., Zhang X., Wang S. Differential genotypes of TNF- α and IL-10 for immunological diagnosis in discoid lupus erythematosus and oral lichen planus: A narrative review. *Front Immunol.* 2022. 13. 967281. Published 2022 Aug 5. doi: 10.3389/fimmu.2022.967281.
15. Chiang C.P., Yu-Fong Chang J., Wang Y.P., Wu Y.H., Lu S.Y., Sun A. Oral lichen planus — Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J. Formos Med. Assoc.* 2018. 117(9). 756-765. doi: 10.1016/j.jfma.2018.01.021.
16. Carrozzo M., Porter S., Mercadante V., Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol.* 2000. 2019. 80(1). 105-125. doi: 10.1111/prd.12260.
17. Pan L., Feng M., Chen J., et al. Group 1 and 3 innate lymphoid cells are increased in oral lichen planus and oral lichenoid lesions [published online ahead of print, 2022 Sep 24]. *Oral Dis.* 2022. 10.1111/odi.14384. doi: 10.1111/odi.14384.
18. Alrashdan M.S., Cirillo N., McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch. Dermatol. Res.* 2016. 308(8). 539-551. doi: 10.1007/s00403-016-1667-2.
19. Inoue A., Sawada Y., Yamaguchi T., et al. Lichenoid drug eruption caused by adalimumab: a case report and literature review. *Eur. J. Dermatol.* 2017. 27(1). 69-70. doi: 10.1684/ejd.2016.2898.
20. Raybaud H., Olivieri C.V., Lupi-Pegurier L., et al. Epstein-Barr Virus-Infected Plasma Cells Infiltrate Erosive Oral Lichen Planus. *J. Dent. Res.* 2018. 97(13). 1494-1500. doi: 10.1177/0022034518788282.
21. Ashraf S., Al-Maweri S.A., Alaizari N., et al. The association between Epstein-Barr virus and oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *J. Oral Pathol. Med.* 2020. 49(10). 969-976. doi: 10.1111/jop.13093.
22. Vijayan A.K., Muthukrishnan A., Nair A.M., Fathima S., Nair P.V., Roshan J. PCR-based Evaluation of Human Papillomavirus Genotypes in Oral Lichen Planus. *J. Pharm. Bioallied Sci.* 2022. 14(Suppl. 1). S449-S453. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_147_22.
23. Lucchese A., Di Stasio D., Romano A., et al. Correlation between Oral Lichen Planus and Viral Infections Other Than HCV: A Systematic Review. *J. Clin. Med.* 2022. 11(18). 5487. Published 2022 Sep 19. doi: 10.3390/jcm11185487.
24. Rodriguez-Archilla A., Fernandez-Torralbo S. Candida species colonization in oral lichen planus: A meta-analysis. *Int. J. Health Sci. (Qassim).* 2022. 16(4). 58-63.
25. Villa T.G., Sánchez-Pérez Á., Sieiro C. Oral lichen planus: a microbiologist point of view. *Int. Microbiol.* 2021. 24(3). 275-289. doi: 10.1007/s10123-021-00168-y.
26. Girdhar A., Kamboj M., Narwal A., Devi A., Anand R., Gupta A. Immunohistochemical correlation of mast cells and angiogenesis in oral lichen planus. *Arch. Oral Biol.* 2022. 142. 105509. doi: 10.1016/j.archoralbio.2022.105509.
27. Popovska M., Atanasovska-Stojanovska A., Todoroska S., et al. Oral Lichen Planus — Related Connection with HLA-System Antigens. *Pril (Makedon Akad. Nauk. Umet. Odd. Med. Nauki).* 2020. 41(1). 65-77. doi: 10.2478/prilozi-2020-0024.
28. Nosratzahi T. Oral Lichen Planus: an Overview of Potential Risk Factors, Biomarkers and Treatments. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2018. 19(5). 1161-1167. Published 2018 May 26. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.5.1161.
29. Jung W., Jang S. Oral Microbiome Research on Oral Lichen Planus: Current Findings and Perspectives. *Biology (Basel).* 2022. 11(5). 723. Published 2022 May 9. doi: 10.3390/biology11050723.
30. Karimova M., Moyes D., Ide M., Setterfield J.F. The human microbiome in immunobullous disorders and lichen planus. *Clin. Exp. Dermatol.* 2022. 47(3). 522-528. doi: 10.1111/ced.14987.
31. Chen J., Liu K., Sun X., Shi X., Zhao G., Yang Z. Microbiome landscape of lesions and adjacent normal mucosal areas in oral lichen planus patient. *Front Microbiol.* 2022. 13. 992065. Published 2022 Oct 20. doi: 10.3389/fmicb.2022.992065.
32. Rotaru D.I., Sofineti D., Bolboacă S.D., Bulboacă A.E. Diagnostic Criteria of Oral Lichen Planus: A Narrative Review. *Acta Clin. Croat.* 2020. 59(3). 513-522. doi: 10.20471/acc.2020.59.03.16.
33. Sanketh D.S., Patil S., Swetha B. Oral lichen planus and epithelial dysplasia with lichenoid features: a review and discussion with special reference to diagnosis. *J. Investig. Clin. Dent.* 2017. 8(3). 10.1111/jicd.12233. doi: 10.1111/jicd.12233.
34. Kerr A.R., Lodi G. Management of oral potentially malignant disorders. *Oral Dis.* 2021. 27(8). 2008-2025. doi: 10.1111/odi.13980.

Отримано/Received 09.03.2023

Рецензовано/Revised 21.03.2023

Прийнято до друку/Accepted 28.03.2023

Information about authors

Bozhyk S.S., PhD student of the Department of Dental Therapy I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: bozhyk_ss@tdmu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0002-2748-230>
 Mazur I.P., MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; phone +380 (50) 583 87 59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAAAAJ&hl=ru>; <http://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>
 Hasiuk N.V., DSc, PhD, MD, Professor, Department of Dental Therapy I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: gasyknv@tdmu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0002-6798-9090>
 Radchuk V.B., PhD, Assistant professor, Department of Dental Therapy I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: radchuk@tdmu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0001-9019-6008>

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.

S.S. Bozhyk¹, I.P. Mazur², N.V. Hasiuk¹, V.B. Radchuk¹

¹I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Lichen planus as a multidisciplinary problem of the oral mucosa. Monitoring of modern views on the issue

Abstract. Background. There is currently no generalizing hypothesis regarding the etiology and pathogenesis of oral lichen planus. Most authors consider this dermatosis as a polyetiologic disease of metabolic, neuroendocrine, viral nature, which is potentiated by toxic allergic, infectious and immune triggers. The purpose of the study is to analyze literary sources with the characteristics of the cellular and species composition of the microflora of the oral mucosa in patients with lichen planus. **Materials and methods.** Review and analysis of scientific and medical literature for the last 10 years was performed based on the Scopus, Web of Science, MedLine, PubMed, NCBI databases, including literature reviews and results of clinical trials. **Results.** Changes in the oral mucosa are mostly associated with general pathological pro-

cesses that contribute to the development of oral lichen planus. Thus, the need for early detection of pathological conditions that are risk factors for the development of oral lichen planus is obvious. The lack of clear ideas about the etiology and pathogenesis requires a comprehensive examination in order to identify the most likely and significant trigger in each clinical case. **Conclusions.** Lichen planus is a polyetiologic disease that generalizes the interests of quite a large number of specialists, namely immunologists, endocrinologists, neurologists, gastroenterologists, therapists and dentists. Since the onset of the disease often begins from damage to the oral mucosa, this requires deep and systematic clinical thinking from the dentist.

Keywords: lichen planus; oral mucosa; etiology; pathogenesis

Мазур І.П.¹, Венцурик Ю.О.²¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Омікс-технології в дослідженні мікробіоти ротової порожнини

Резюме. У статті описаний принцип використання сучасного біотехнологічного методу вивчення молекулярного складу клітин та тканин, що дозволить лікарям загальної практики, а також лікарям-стоматологам глибше розуміти, як певні мікроорганізми впливають на імунну відповідь і патогенез захворювань. Метод секвенування ДНК має на меті створення каталогів аномалій структури генів для вдосконалення діагностики та визначення правильного методу лікування певних захворювань.

Ключові слова: мікробіоценоз; методи секвенування ДНК; мікробіота ротової порожнини; полімікробна синергія, структура генома

Мікробіом організму людини

Сформований у процесі філогенезу та онтогенезу симбіоз організму людини та її мікробної екологічної системи став нормою і формою життя людини. Кількість мікроорганізмів, що контамінують і колонізують тіло людини, у десятки і сотні разів перевищує кількість власних еукаріотних клітин хазяїна. За цією ознакою людина є не просто живим моноорганізмом, а макроорганізмом з надорганною життєздатною мікробною симбіотною системою — екстракорпоральною функціональною симбіотною системою. Остання включає сукупність великої кількості мікробіоценозів індивідуального таксономічного складу і популяційного рівня, які знаходяться в певному біотопі людини (шкіри, порожнини рота, носоглотки), інтестинального (шлунка, тонкої та товстої кишки) і респіраторного (трахеї, бронхів) тракту та сечостатевої сфери. Із сучасних позицій нормальну мікробіоту розглядають як сукупність мікробіоценозів, що займають численні екологічні ніші на шкірі й слизових оболонках відкритих порожнин макроорганізму [1].

Мікробіоценози, що колонізують тіло людини, стали справжнім центром уваги для генної інженерії та молекулярної біології. У процесі їх вивчення вченим вдалося відкрити й описати багато фундаментальних процесів, що характерні для всіх біологічних систем починаючи з вірусів і завершуючи еукаріотичними ор-

ганізмами. Усе це є невід'ємною складовою організму і утворює мікробіом (мікробіоту) людини. За словами деяких вчених, мікробіота — це «новий орган», що підлягає окремому вивченню. Після підрахунків було встановлено, що кількість клітин мікробних популяцій становить не менше ніж 100 трильйонів [1–3]. У складі мікробіоти людини виявлені приблизно 1000 видів бактерій, більшість з яких не культивуються *in vitro* [4, 5]. Така велика кількість мікроорганізмів працює з макроорганізмом як одне ціле, забезпечуючи такі фізіологічні процеси, як поглинання поживних речовин, синтез вітамінів, захист від інфекцій, гармонійну взаємодію з екзогенним мікробним світом, компенсуючи потенціал негативних факторів. Проте при порушенні складу мікробіома навантаження беруть на себе імунна система та інші органи, які при порушенні мікробіоти швидко піддаються патологічним змінам, що і призводить до розвитку різних захворювань та їх серйозних ускладнень.

Ці дані є актуальними в практиці лікарів, тому що сумарне число генів мікробіоти принаймні в 100 разів більше за геном людини [5]. Для діагностики та лікування різних захворювань використовують персоналізовану медицину, принципом якої є підбір напрямків лікування відповідно до генетичних особливостей пацієнтів та їх патологічно змінених клітин. Це створило новий потік генетичних даних і діагностичних підхо-

дів, в основі яких лежить розшифровка генома людини [6]. Генотипування є надзвичайно важливою технологією, але з часом з розвитком персоналізованої медицини почали виникати та вдосконалюватись нові види дослідження, такі як омікс-технології.

Омікс-технології — це комплекс найсучасніших біотехнологій, що базується на мас-спектрометрії для кращого розуміння молекулярного складу (метаболітів і білків) клітин і тканин, а також містить такі поняття, як геноміка, транскриптоміка, протеоміка та метаболоміка.

Їх використання дає можливість вивчати організм, починаючи з найглибшого рівня — з ДНК (виявити ті чи інші мутації та з'ясувати, як вони впливають на експресію генів і продукування білків, а також як ці білки взаємодіють між собою в подальшому) [7].

— Геноміка — розділ генетики, предметом дослідження якого є організація та функціонування геномів живих організмів.

— Транскриптоміка — методи, розроблені для вивчення транскриптома (тобто сукупності всіх РНК-транскриптів) організму. До складу транскриптома входять всі транскрипти, які були присутні в клітині на момент виділення РНК. Досліджуючи транскриптом, можна встановити, які клітинні процеси були активні в той чи інший момент часу.

— Протеоміка — наука про протеом, що вивчає протеїни в цілому та їх структуру і функції зокрема. Протеїни є однією з важливих складових живих організмів, оскільки вони є головними складовими фізіологічних шляхів метаболізму клітини і тому дають фактичній уявлення про експресію та модуляцію білків у той час, коли організм перебуває у стані здоров'я або ж хвороби.

— Метаболоміка — речовини, що утворюються в клітинах, тканинах та органах живих організмів у процесі проміжного обміну. Вони беруть участь у подальших процесах асиміляції та дисиміляції. У фізіології та медицині метаболітами зазвичай називають продукти клітинного обміну, які підлягають розпаду та виведенню з організму. Потрапляючи у кров, більшість метаболітів бере участь у гуморальній регуляції функцій шляхом здійснення специфічного та неспецифічного впливу на біохімічні та фізіологічні функції. Тобто поняття метаболоміки дає відповідь на питання, що саме продукують дані мікроорганізми.

Порівняння різних методів дослідження із омікс-технологією

У чому полягає перевага використання омікс-технологій перед полімеразно-ланцюговою реакцією (ПЛР) або ж флуоресцентною мікроскопією?

Полімеразна ланцюгова реакція — це лабораторний метод швидкого виробництва від мільйонів до мільярдів копій певного сегмента ДНК, який потім можна досліджувати більш детально. ПЛР передбачає використання коротких синтетичних фрагментів ДНК, які називаються праймерами, для вибору сегмента генома, який потрібно ампліфікувати [8]. Проте метод ПЛР не

дає нам відповіді на запитання: а чи чутливі ці мікроорганізми до тих чи інших антибіотиків?

Флуоресцентна мікроскопія — використовує можливість об'єктів виділяти світлові промені у відповідь на опромінення, що полегшує дослідження різних живих організмів (прозорих та непрозорих), дозволяє проводити динамічні спостереження за функціональними змінами у клітинах і тканинах. Флуоресцентний мікроскоп використовується в медицині для виявлення низки патогенних бактерій, а визначення генетичного складу — метод секвенування — дає можливість визначити, які саме мікроорганізми присутні у даному біологічному матеріалі.

Практичне використання лікарями-стоматологами

Метод секвенування ДНК дозволяє визначити, які саме мікроорганізми присутні у даному біологічному матеріалі, і тим самим дає можливість ідентифікувати гіперваріабельний ген рибосомальної РНК 16S у бактерій (16S рРНК є значущим елементом у забезпеченні структури та функціонування малої субодиниці рибосоми прокариот, що виконує контроль взаємодії тРНК з мРНК) [9].

Кінцева мета цих проектів полягає в створенні каталогу аномалій структури генома. Такий каталог дозволить отримати багато нових даних з молекулярної біології гена та дозволить удосконалити методи діагностики, лікування та профілактики багатьох захворювань. За допомогою методу секвенування описано, що 700 видів мікроорганізмів належать усього до 16 типів (54 % мають видову назву; 14 % культивуються, але не описані; 32 % не культивуються — це говорить про те, що ми не знаємо, які захворювання викликають ці мікроорганізми).

Кожний організм має персоналізований склад мікробіома, який формується під впливом поєднання відповіді імунної системи, навколишніх та генетичних факторів. Унаслідок багатогранних фізичних та метаболічних міжмкробних взаємодій (один мікроорганізм може підсилювати інший мікроорганізм і працювати для нього) виникає нове поняття — полімкробна синергія.

Неконтрольоване запалення виникає у тому випадку, коли складні мкробні спільноти переходять від комменсального до патогенного способу існування. Зв'язок певних видів призводить до полімкробної синергії між метаболічно сумісними організмами, які набувають функціональної спеціалізації, що розвивається. Ключові патогени, навіть при низькій чисельності, підвищують вірулентність спільноти, і в результаті дисбіотична спільнота націлюється на певні ланки імунітету хазяїна, щоб зменшити імунний захист організму, одночасно сприяючи загальній запальній відповіді. Патогени отримують користь від білкових субстратів, отриманих із запального розпаду тканин. Запалення та дисбактеріоз підсилюють одне одного, а ескалація змін навколишнього середовища ще більше сприяє розвитку патобіотичної спільноти [10].

Спільна робота різних мікроорганізмів може змінювати імунну відповідь організму хазяїна, тому метод метагеномного секвенування дозволить оцінити всі мікробіомні царства (бактерії, віруси, гриби) у зразку і наблизить фахівців до розуміння, які мікроорганізми присутні та до яких наслідків вони можуть призвести в організмі людини.

Лікар-стоматолог має бути зацікавлений у цьому напрямку дослідження, тому що існує тісний взаємозв'язок мікробіоти порожнини рота з іншими системними захворюваннями; відбувається онтогенез мікробіома порожнини рота; у стані здоров'я та у стані хвороби відбуваються певні зміни у видовому та кількісному складі мікробіоти, а для уникнення ускладнень у будь-яких умовах має зберігатись рівновага між різними членами екосистеми порожнини рота; такі дослідження дадуть змогу обґрунтувати ефективність використання лікарських засобів.

Результати нещодавнього метагеномного дослідження продемонстрували наявність взаємозв'язку між стоматологічними хворобами і мікробіомом ротової порожнини. *P. gingivalis* має асоціацію з розвитком злоскісних новоутворень ротової порожнини, підшлункової залози, кардіоваскулярними захворюваннями [11], а також хворобою Альцгеймера. У дослідженні J.R. Willis та співавторів (2020) була визначена асоціація між мікробіомом ротової порожнини та ураженням різних органів і систем. Згідно з отриманими даними, такі мікроорганізми, як *Lactobacillus*, *Rothia*, *Fusobacterium nucleatum*, асоціюються з розвитком колоректального раку. Колонізація патобіонтами порожнини рота, зокрема *F. nucleatum*, може також впливати на імунну систему. Наявні дані, що цей патобіонт розпізнається Toll-подібними рецепторами на поверхнях епітеліальних клітин, що призводить до активації прозапальних сигнальних шляхів. Ключовий патоген *P. gingivalis* здатний маніпулювати цими шляхами, викликати цілеспрямоване та точне зниження вироблення специфічних хемокинів і призводити до так званого хемокинового паралічу. Постійна активація сигнальних шляхів клітини-хазяїна також обмежує часовий масштаб явища, що може сприяти циклічному характеру руйнування тканин пародонта. Таким чином, сучасні методи дослідження дають можливість висвітлити полімікробну синергію як наслідок багатогранних фізичних та метаболічних міжмікробних взаємодій, а також її вплив на перебіг захворювань [12].

Висновки

Омікс-технології є перспективним інноваційним методом, що заснований на мас-спектрометрії і дає можливість забезпечити кількісний аналіз протеоміки та метаболоміки з високим ступенем продуктивності та точності. Сучасні дослідження свідчать, що мікроорганізми ротової порожнини можуть колонізувати не лише ротову порожнину, а й інші ектопічні ділянки організму,

і це впливає на імунну відповідь і патогенез захворювань, а також здатні сприяти розвитку або навіть погіршувати перебіг захворювань в інших системах органів, віддалених від порожнини рота. Таким чином, дослідження на основі секвенування ДНК дадуть можливість глибше зрозуміти складні біологічні системи, щоб забезпечити вдосконалення діагностики та визначення правильного методу лікування певних захворювань.

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

Список літератури

1. Ширококов В.П., Янковский Д.С., Дымент Г.С. Биотические проблемы использования пробиотиков в медицине. Сб. тр. IV Нац. конгресса по биотике. Киев, 2011. С. 123-128.
2. Ширококов В.П., Янковский Д.С., Дымент Г.С. Микробная экологическая система человека: современная концепция. Микробная экология людини. Сучасні стратегії використання пробиотиків: Зб. праць наук.-практ. конф. Київ, 2011. С. 2-15.
3. Янковский Д.С., Ширококов В.П., Дымент Г.С. Интегральная роль симбиотической микрофлоры в физиологии человека. Киев: Червона Рута-Турс, 2011. 169 с.
4. Flint H.J. et al. The role of the gut microbiota in nutrition and health. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2012. № 9. P. 577-589.
5. Sommer F., Backhed F. The gut microbiota — masters of host development and physiology. *Nat. Rev. Microbiol.* 2013. Vol. 11. № 4. P. 227-238.
6. Шарінов К.О., Яхін Р.Ф. Роль омікс-технологій у формуванні концепції персоналізованої медицини та деякі результати дослідження металому.
7. <https://web.archive.org/web/20190911150009/http://www.omixtech.com/>
8. <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Polymerase-Chain-Reaction>
9. Остапенко Л.І., Гребіник Д.М. Біохімія нуклеїнових кислот: навчальний посібник. Київ, 2013.
10. Lamont R.J., Hajishengallis G. Polymicrobial synergy and dysbiosis in inflammatory disease. *Trends Mol. Med.* 2015 Mar. Vol. 21(3). P. 172-83. doi: 10.1016/j.molmed.2014.11.004. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25498392; PMCID: PMC4352384.
11. Slobodyanik M., Mazur I. The relationship between the cardiovascular pathology and diseases of periodontal tissue. *Oral and General Health.* 2021. Vol. 2(2). P. 16-20. <https://doi.org/10.22141/ogh.2.2.2021.237653>.
12. Мазур І.П., Вітовський Р.М., Слободяник М.В. Поширеність пародонтопатогенної мікрофлори в пацієнтів із клапанною патологією серцево-судинної системи. *Сучасна стоматологія.* 2018. № 2. С. 36-39.

Отримано/Received 06.03.2023

Рецензовано/Revised 20.03.2023

Прийнято до друку/Accepted 02.04.2023

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 +380 (50) 583 87 59; <https://scholar.google.com.ua/citations?user=EI071JUAJ&hl=ru>; <http://www.researcherid.com/rid/P-1836-2015>; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>
Yuliia Ventsuryk, 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.

I.P. Mazur¹, Yu.O. Ventsuryk²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Omix technologies in the study of oral microbiota

Abstract. The article describes the principle of using a modern biotechnological method of studying the molecular composition of cells and tissues, which allows general practitioners and particularly dentists better understand how certain microorganisms affect the immune response and pathogenesis of diseases. The method of

DNA sequencing aims to create catalogs of abnormal gene structures to improve diagnosis, and determine the correct method for treatment of certain diseases.

Keywords: microbiocenosis; DNA sequencing methods; microbiota of the oral cavity; polymicrobial synergy; genome structure

Добровинська О.В.¹, Хлебас С.В.², Мазур П.В.², Слободяник-Коломоєць М.В.²¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка» НАМН України, м. Київ, Україна²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Взаємозв'язок цукрового діабету і захворювань тканин пародонта

Резюме. Взаємозв'язок патологічних процесів, що розвиваються в різних органах і системах організму, залишається однією із складних і до кінця не вирішених проблем клінічної медицини. У статті подано огляд літератури, що містить сучасні погляди на етіологію та патогенез запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта та їхній зв'язок з ендокринною патологією, а саме з цукровим діабетом. Наведено сучасні дані про роль пародонтопатогенної мікрофлори в патогенезі цукрового діабету. Поєднаний перебіг соматичної та стоматологічної патології вимагає від стоматологів та ендокринологів спільних зусиль щодо профілактики загальних факторів ризику.

Ключові слова: цукровий діабет; інсулінорезистентність; прозапальні і катаболічні цитокіни; інтерлейкін-1 β ; інтерлейкін-6; фактор некрозу пухлини α ; простагландин E2; C-реактивний білок

Стрімке зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) у кінці XX та на початку XXI століття свідчить про глобальну епідемію цієї недуги. Згідно з висновками фахівців ВООЗ та Міжнародного інституту з дослідження діабету, на нас чекає глобальна катастрофа, яку вже називають наступною кризою охорони здоров'я XXI століття. Діабет може вперше за 200 років зменшити середню тривалість життя людей. І якщо ще 30 років тому чисельність хворих на цукровий діабет у світі не перевищувала 30 мільйонів людей, то сьогодні ця цифра вже стрімко наближається до 450 мільйонів.

Очікується, що до 2040 року загальна поширеність ЦД зросте до 642 млн випадків, з яких 578 млн осіб у всьому світі будуть хворіти на ЦД 2-го типу. ЦД 2-го типу зазвичай зустрічається у дорослих, проте захворювання все частіше спостерігається у дітей і підлітків. Збільшення числа людей із надмірною масою тіла або ожирінням, у тому числі дітей, ймовірно, ключовий фактор прогнозованого зростання кількості хворих на діабет [9].

Захворювання ротової порожнини є одними з багатьох ускладнень, від яких страждають пацієнти з цукровим діабетом, включно з ускладненим перебігом захворювань тканин пародонта, множинним карієсом

зубів, дисфункцією слиновиділення, уповільненим загоєнням ран, кандидозом, глоситами, галітозом і червоним плоским лишаєм.

Цукровий діабет — це група ендокринних захворювань, що розвиваються внаслідок абсолютної чи відносної недостатності гормону інсуліну, появи інсулінорезистентності, внаслідок чого виникає гіперглікемія — стійке підвищення рівня глюкози крові.

Цукровий діабет 1-го типу — це автоімунне захворювання, яке характеризується абсолютним дефіцитом інсуліну.

При цукровому діабеті 1-го типу (раніше його називали інсулінозалежним діабетом або юнацьким діабетом) імунна система організму атакує клітини підшлункової залози, що виробляють інсулін, і більше ніж 90 % з них остаточно руйнуються. Таким чином, підшлункова залоза виробляє мало інсуліну або взагалі не виробляє його. Лише приблизно від 5 до 10 % усіх людей з діабетом мають захворювання 1-го типу. У більшості людей із діабетом 1-го типу хвороба розвивається до 30 років, хоча може розвинути й пізніше.

Вважається, що якийсь фактор навколишнього середовища — можливо, вірусна інфекція або фактор

харчування в дитинстві чи ранньому дорослому віці — змушує імунну систему руйнувати клітини підшлункової залози, що виробляють інсулін. Генетична схильність робить деяких людей більш сприйнятливими до факторів навколишнього середовища [3].

Цукровий діабет 2-го типу — гетерогенне захворювання, яке характеризується відносним, помірним дефіцитом інсуліну та/або інсулінорезистентністю. Частіше зустрічається після 40 років. Ожиріння є головним фактором ризику розвитку діабету 2-го типу, і від 80 до 90 % людей із цим розладом мають надмірну масу тіла або ожиріння [11].

Певні захворювання та ліки можуть впливати на те, як організм використовує інсулін, і призвести до діабету 2-го типу.

Приклади поширених станів, які призводять до порушення використання інсуліну:

- високий рівень кортикостероїдів (найчастіше через використання кортикостероїдних препаратів, таких як преднізон, або при синдромі Кушинга);
- вагітність (гестаційний діабет).

Цукровий діабет також може виникнути у людей з надлишковим виробленням гормону росту (акромегалія) і з певними гормоносекретуючими пухлинами. Тяжкий або рецидивуючий панкреатит та інші захворювання, які безпосередньо пошкоджують підшлункову залозу, можуть призвести до діабету.

Симптоми високого рівня глюкози в крові:

- підвищена спрага;
- почастішання сечовипускання;
- підвищений голод;
- затуманений зір;
- сонливість;
- нудота;
- зниження толерантності до фізичних навантажень.

Але ЦД часто перебігає безсимптомно і виявляється випадково. Наприклад, в 50 % випадків ЦД 2-го типу виявляють на 5–7-му році захворювання, тому у 20–30 % пацієнтів на момент виявлення ЦД 2-го типу вже є мікросудинні ураження: ретинопатія, нефропатія, невропатія, синдром діабетичної стопи [5].

Сьогодні як критерії для встановлення діагнозу «цукровий діабет» використовують критерії Американської асоціації з діабету (табл. 1).

Таблиця 1. Критерії цукрового діабету

HbA1c	≥ 6,5 %
Глюкоза крові натще	≥ 7,0 ммоль/л
Пероральний глюкозо-толерантний тест*	≥ 11,0 ммоль/л
Випадкове значення глюкози плазми	≥ 11,0 ммоль/л

Примітка: * — **рівень глюкози плазми крові через 2 години після прийому 75 г глюкози.**

Необхідно зауважити, що Американська асоціація клінічних ендокринологів рекомендує вважати HbA1c додатковим, а не основним діагностичним критерієм цукрового діабету.

Якщо результати визначення глюкози крові натще, HbA1c або глюкозотолерантного тесту непереконливі, то рекомендовано повторити той тест, що викликає сумніви. Однак перевищення діагностичних порогів у будь-яких двох тестах свідчить про наявність цукрового діабету.

Захворювання ротової порожнини є одними з багатьох ускладнень, від яких страждають пацієнти з цукровим діабетом, включно із захворюваннями тканин пародонта, карієсом зубів, кандидозним стоматитом, дисфункцією слиновиділення (ксеростомія), уповільненим загоєнням ран, аномаліями язика, галітозом і червоним плоским лишаєм.

Більшість дослідників визнають тісний патогенетичний зв'язок між запальними захворюваннями тканин пародонта та загальносоматичною патологією. Метааналіз досліджень, що вивчають взаємозв'язок захворювань тканин пародонта з цукровим діабетом, продемонстрував, що ризик виникнення генералізованого пародонтиту збільшується приблизно в 3 рази в осіб з цукровим діабетом порівняно з особами без ендокринної патології [10]. У 2003 році Американська асоціація ендокринологів визнала, що генералізований пародонтит часто зустрічається у людей з цукровим діабетом [18].

За даними літературних джерел відомо, що саме захворювання тканин пародонта можуть призводити до виникнення інсулінорезистентності на патогенетичному рівні [8].

Інсулінорезистентність — це стан, при якому відбувається зниження дії інсуліну на тканини тіла при нормальній концентрації інсуліну в плазмі. Захворювання тканин пародонта — це інфекційні захворювання, викликані пародонтопатогенними, опортуністичними бактеріями, об'єднаними в біоплівку, яка забезпечує життєздатність, збереження складу її мікроорганізмів і збільшення загальної популяції [1, 2]. Найбільш поширеним серед запально-дистрофічних захворювань пародонта є генералізований пародонтит, при якому відбувається накопичення мікробного нальоту, формування біоплівки на поверхні зубів та суттєва зміна мікробного пейзажу з переважанням пародонтопатогенної флори (наприклад, грамнегативних анаеробів), з подальшим розвитком запальних і специфічних імунних реакцій. Запалення є первинною відповіддю, яка виникає до активації імунної системи. Підвищена міграція макрофагів і лімфоцитів у вогнище ураження при запальних процесах у пародонті викликає імунологічні реакції за участю цитокінів. Підвищується секреція прозапальних і катаболічних цитокінів, у першу чергу активаторів інтерлейкінів (ІЛ-1β, ІЛ-6), фактора некрозу пухлини α (TNF-α), простагландину E2, С-реактивного білка [2].

Ослаблення захисних сил організму, порушення клітинного та гуморального імунітету сприяє активізації пародонтопатогенів та їх більш глибокому проникненню у тканини пародонта. Запальні

та імунні процеси у тканинах пародонта, що виникають у відповідь на мікробну інвазію, набувають хронічного перебігу. У свою чергу, хронічний вплив медіаторів запалення, а саме TNF- α , знижує рівень білків GLUT4, серинового фосфорилування субстрату інсулінового рецептора-1 (IRS-1), які в кінцевому підсумку інгібують рецептори інсуліну [9]. Для компенсації цього при інсулінорезистентності збільшується вироблення інсуліну бета-клітинами острівців Лангерганса, що призводить до гіперінсулінемії. Потужність бета-клітин підшлункової залози, що виробляють інсулін, не є нескінченною. Поступово функціонування бета-клітин знижується, що призводить до зменшення вироблення інсуліну, і стан прогресує до порушення толерантності до глюкози, а згодом — до цукрового діабету 2-го типу [10].

Висновки

На сьогодні проблема захворювань тканин пародонта залишається в центрі уваги вчених і є актуальною у стоматології у зв'язку із значною їх поширеністю. Основне місце в структурі захворюваності тканин пародонта посідає генералізований пародонтит, розвиток якого пов'язаний з порушенням балансу мікрофлори порожнини рота та ослабленням функцій місцевих та загальних механізмів захисту організму. Хронічний перебіг запальних та імунних реакцій тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота зумовлює синтез каскаду прозапальних і проостеопоротичних цитокінів. Пацієнти з цукровим діабетом повинні бути поінформовані про ці ускладнення, рекомендується підтримувати гігієну ротової порожнини та регулярно відвідувати ендокринолога і стоматолога. Профілактика захворювань тканин пародонта, раннє виявлення та належне лікування можуть бути лише у рамках міждисциплінарного підходу.

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

Список літератури

1. Бурак Р.В., Слободяник М.В., Позур Т.П. Стоматологічна допомога пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями. *Oral and General Health*. 2022. Т. 3. № 3. С. 16-20.
2. Вітовський Р.М., Мазур І.П., Слободяник М.В. Поширеність пародонтопатогенної мікрофлори в пацієнтів із клапанною патологією серцево-судинної системи. *Сучасна стоматологія*. 2018. № 2. С. 24-30.
3. Вітовський Р.М., Мазур І.П., Слободяник М.В., Мартищенко І.В. Взаимосвязь патологии сердечно-сосудистой системы и заболеваний тканей пародонта. *Вісник серцево-судинної хірургії*. 2018. № 1. С. 72-78.
4. Мазур І.П., Слободяник М.В. Системные антибактериальные препараты в пародонтологии. *Современная стоматология*. 2016. № 1. С. 42-46.
5. Мазур І.П., Левченко А.-О.Ю., Слободяник М.В., Мазур П.В. Сучасні підходи до лікування захворю-

вань пародонта з використанням препарату місцевої дії з протизапальними та антибактеріальними властивостями. *Oral and General Health*. 2022. Т. 3. № 3. С. 49-53.

6. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 7th edition, 2015. Available at: <https://www.idf.org/idf-diabetes-atlas-seventh-edition> (Accessed 18 December 2015).
7. Rahnuma Ahmad, Mainul Haque. *Oral Health Messiers: Diabetes Mellitus Relevance. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*. 2021. 14. 3001-3015. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S318972>.
8. American Diabetes Association 2022. 9. *Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes — 2022. Diabetes Care*. Vol. 2022. 45 (Suppl. 1).
9. Bloomgarden Z. *Diabetes Care*. 2007. Vol. 30 (2). P. 423-31.
10. Довідник клінічної ендокринології. За ред. М.Д. Тронька, О.В. Большової. Київ, 2020.
11. Guthmiller J.M., Novak K.F. *Periodontal diseases*. ASM Press, 2002. Chapter 8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2496/>. Accessed April 17, 2021.
12. Tsaousoglou P., Nietzsche S., Cachovan G., Sculean A., Eick S. Antibacterial activity of moxifloxacin on bacteria associated with periodontitis within a biofilm. *J. Med. Microbiol*. 2014. Vol. 63(Pt 2). P. 284-292. doi: 10.1099/jmm.0.065441-0.
13. Jünemann S., Prior K., Szczepanowski R., et al. Bacterial community shift in treated periodontitis patients revealed by ion torrent 16S rRNA gene amplicon sequencing. *PLoS One*. 2012. Vol. 7(8). e41606. doi: 10.1371/journal.pone.0041606.
14. Hajishengallis G., Liang S., Payne M.A., et al. Low-abundance biofilm species orchestrates inflammatory periodontal disease through the commensal microbiota and complement. *Cell Host Microbe*. 2011. Vol. 10(5). 497-506. doi: 10.1016/j.chom.2011.10.006.
15. Mussbacher M., Salzmann M., Brostjan C., et al. Cell type-specific roles of NF- κ B linking inflammation and thrombosis. *Front. Immunol*. 2019. Vol. 10. P. 85. doi: 10.3389/fimmu.2019.00085.
16. Iba T., Levy J.H. Inflammation and thrombosis: roles of neutrophils, platelets and endothelial cells and their interactions in thrombus formation during sepsis. *J. Thromb. Haemost*. 2018. Vol. 16 (2). P. 231-241. doi: 10.1111/jth.13911
17. Rejnmark L. Bone effects of glitazones and other anti-diabetic drugs. *Curr. Drug Saf*. 2008. Vol. 3(3). P. 194-8. doi: 10.2174/157488608785699478.
18. Vianna et al. *Diabetol. Metab. Syndr*. 2017. Vol. 9. P. 75. DOI: 10.1186/s13098-017-0274-5.
19. Schwartz A.V., Sellmeyer D.E., Vittinghoff E., et al. Thiazolidinedione use and bone loss in older diabetic adults. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2006. 91(9). 3349-54. doi: 10.1210/jc.2005-2226.
20. Bosi E., Camisasca R.P., Collober C., Rochotte E., Garber A.J. Effects of vildagliptin on glucose control over 24 weeks in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin. *Diabetes Care*. 2007. Vol. 30(4). P. 890-5. doi: 10.2337/dc06-1732.

Отримано/Received 10.02.2023

Рецензовано/Revised 24.02.2023

Прийнято до друку/Accepted 02.03.2023 ■

O.V. Dobrovynska¹, S.V. Khlyebas², P.V. Mazur², M.V. Slobodanyk-Kolomoiets²

¹State Institution "V.P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Correlation between diabetes and periodontal diseases

Abstract. The relationship of pathological processes that develop in various organs and systems of the body remains one of the complex and unsolved problems of clinical medicine. The article presents a review of the literature containing modern views on the etiology and pathogens of inflammatory dystrophic diseases of periodontal tissues and their correlation with endocrine pathology, namely diabetes. Current data on the role of periodontal pathogenic

microflora in the pathogenesis of diabetes are presented. A combined course of somatic and dental pathology requires dentists and endocrinologists to make joint efforts to prevent common risk factors.

Keywords: diabetes; insulin resistance; anti-inflammatory and catabolic cytokines; interleukin-1 β ; interleukin-6; tumor necrosis factor α ; prostaglandin E2; C-reactive protein

World Federation for Medical Education **Глобальні стандарти для покращання якості безперервного розвитку лікарів (редакція 2015 року)**

Пояснювальна записка

Ці стандарти засновані на теперішньому розумінні фундаментальних принципів досвіду розробки, підтримки й покращання програм медичної освіти. Стандарти призначені для керівництва з розробки й оцінки програм медичної освіти, для полегшення діагностики сильних і слабких сторін програм медичної освіти та покращання їх якості. Кожен заклад чи регулюючий орган має передивитись відповідні стандарти і розробити їх версію відповідно до вихідних стандартів.

Вступ

З 1998 року *Всесвітня федерація медичної освіти (WFME)* розробила трилогію глобальних стандартів підвищення якості медичної освіти, що охоплює три етапи:

- базова медична освіта (за програмою бакалаврату) (БМО);
- післядипломна медична освіта (ПМО);
- безперервний професійний розвиток лікаря (БПР).

Глобальні стандарти медичної освіти були впроваджені та широко використовуються в усьому світі. Вони пропонують програми медичної освіти на різних стадіях розвитку, з різними освітніми, соціально-економічними й культурними умовами та різними моделями захворювань, що є прикладом для визначення інституційних, національних і регіональних стандартів, а також є важелем для програмних реформ.

У результаті було отримано цінний досвід, зібрано плідні поради й рекомендації щодо використання стандартів в інституційних і національних реформах медичної освіти, процедурах оцінки й акредитації.

Із самого початку було вирішено, що глобальні стандарти не повинні змінюватися занадто часто, щоб уникнути ризику створення непотрібних незручностей серед установ-користувачів. Проте через десять років після публікації глобальних стандартів медичної освіти Виконавча рада WFME усвідомила необхідність перегляду з урахуванням коментарів, отриманих від медичних освітян, установ і організацій, а також накопиченої відповідної літератури в цій галузі. Тому у 2012 році Федерація ініціювала доопрацювання трилогії.

Під час процесу перегляду, який залучав невелику робочу групу і широку міжнародну групу експертів, було отримано численні коментарі й пропозиції, що свідчить про необхідність ретельного перегляду стан-

дартів. Однак слід підкреслити, що ця переглянута версія стандартів WFME для безперервного професійного розвитку лікарів поважає початкові загальні принципи та структуру. У переглянутій версії подано майже ті самі стандарти на двох рівнях, базовому і розвиваючому, як і в оригінальному стандартному документі 2003 року.

WFME глибоко вдячна всім, хто зробив внесок у процес перегляду глобальних стандартів. Ентузіазм і готовність допомогти, які спостерігаються в усіх регіонах, були приголомшливими, сигналізуючи тим самим про те, що стандарти є бажаними і здійсненними.

Виконавча рада WFME вірить, що переглянутий документ стандартів буде корисним для всіх, хто бере участь у безперервному професійному розвитку лікарів. Документ буде цікавий для органів охорони здоров'я, медичних асоціацій, медичних шкіл і національних і міжнародних установ/організацій, які займаються безперервним професійним розвитком лікарів у всіх країнах. WFME рекомендує створити в кожній країні надійні органи для нагляду за застосуванням глобальних стандартів БПР.

Історія

Головною метою медичної освіти є зміцнення здоров'я всіх людей. Це також загальна місія Всесвітньої федерації медичної освіти, міжнародного органу, який представляє всі медичні навчальні заклади, викладачів, студентів і лікарів у всіх аспектах їхньої освіти. Відповідно до свого статуту WFME зобов'язується просувати найвищі наукові та етичні стандарти в медичній освіті, а також заохочувати розвиток методів навчання, нових навчальних інструментів та інноваційного менеджменту медичної освіти.

З 1984 року WFME проводить Міжнародну спільну програму для переорієнтації медичної освіти. Основним фактором цього процесу стала Единбурзька декларація 1988 р., яка була прийнята Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, Резолюція 42.38 1989 р. і Рекомендації Всесвітнього саміту з медичної освіти 1993 р., відображені в Резолюції 48.8 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Переорієнтація медичної освіти та Медична практика здоров'я для всіх» 1995 р.

Згідно зі своїм мандатом WFME започаткувала програму глобальних стандартів медичної освіти в документі 1998 року. Мета полягала в тому, щоб забезпечити інструмент для покращання якості медичної освіти в глобальному контексті, який застосовували б устано-

ви, що відповідальні за медичну освіту, і в програмах протягом усього періоду медичної освіти.

Програма WFME щодо глобальних стандартів медичної освіти, схвалена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO) і Всесвітньою медичною асоціацією (WMA), із самого початку мала три основні мети:

- спонукати органи влади, організації та установи, відповідальні за медичну освіту, до формування власних планів змін і покращання якості відповідно до міжнародних рекомендацій;

- створити систему національного і/або міжнародного оцінювання, акредитації та визнання медичних навчальних закладів і програм для забезпечення мінімальних стандартів якості для програм;

- захистити медичну практику і використання медичних кадрів у контексті зростаючої інтернаціоналізації за чітко визначеними міжнародними стандартами медичної освіти.

Глобальні стандарти WFME охоплюють усі етапи медичної освіти, тобто базову (додипломну) медичну освіту, післядипломну медичну освіту і безперервний професійний розвиток лікарів. Трилогія глобальних стандартів має на меті полегшити зв'язок між етапами медичної освіти.

При розробці трилогії WFME було призначено три міжнародні цільові групи, кожна з яких складається з робочої групи, що збирається на виїзній основі, і ширшої групи експертів, які спілкуються переважно електронним способом. Члени робочих груп були обрані на основі їх досвіду і географічного охоплення. Проекти стандартних документів часто обговорювалися в багатьох місцях по всьому світу. Було зібрано і враховано багато отриманих коментарів.

Реалізація програми стандартів у всьому світі почалася відразу після першої презентації в 2000 році та проведення пілотних досліджень у 6 регіонах WFME. Процес упровадження було прискорено після широкого міжнародного схвалення стандартів на Всесвітній конференції WFME «Глобальні стандарти медичної освіти для кращого медичного обслуговування» 2003 року в Копенгагені.

Глобальні стандарти, перекладені кількома мовами, були використані та вплинули на національне планування медичної освіти в багатьох країнах.

На ранніх етапах розробки глобальних стандартів медичної освіти стало зрозуміло, що визначення глобальних стандартів у будь-якому вузькому сенсі матиме недостатній вплив і потенційно може знизити якість медичної освіти. Критика, виправдана чи ні, стала звичним явищем щодо того, що медична освіта повільно й неадекватно пристосовувалася до мінливих умов у системах надання медичної допомоги, а також до потреб і очікувань суспільства. Отже, у стандарти закладено важіль для змін і проведення реформ. Це привело до того, що стандарти WFME були сформульовані таким чином, щоб визначити досягнення на двох різних рівнях: (а) основні стандарти або мінімальні вимоги; та (б) стандарти розвитку якості.

З самого початку вважалося, що стандарти WFME матимуть статус інструменту акредитації.

Після обговорення WFME зайняла позицію, згідно з якою лише національні агенції можуть бути безпосередньо відповідальними за процедури акредитації. Однак WFME може відіграти певну роль у допомозі в процесах акредитації, а глобально прийняті стандарти можуть функціонувати як шаблон для агенцій, призначених для здійснення оцінки й акредитації. WFME у співпраці з ВООЗ розробила керівні принципи й процедури акредитації в рамках діяльності Партнерства ВООЗ/WFME у 2004 році для покращання медичної освіти.

Медичний персонал мобільний у всьому світі, і стандарти WFME відіграють важливу роль у забезпеченні належної освіти лікарів-мігрантів. Однак стимули для утримання місцевих лікарів у їхніх власних країнах і регіонах є не менш важливими. Стандарти WFME не слід розглядати як такі, що сприяють зростанню медичної мобільності та сприяють еміграції лікарів із країн, що розвиваються, для отримання більш вигідних умов. Світ характеризується зростаючою інтернаціоналізацією, від якої не застраховані медичні працівники, і дотримання стандартів повинно служити необхідною гарантією якості для лікарів, де б вони не перебували.

Для того, щоб компетенції лікарів були глобально застосовними і переданими, важливою є легкодоступна і прозора документація про рівні якості навчальних закладів і їхніх програм. Довідник медичних шкіл Авіценни, розроблений WFME з 2007 року на заміну Всесвітнього довідника медичних шкіл ВООЗ, мав на меті скласти перелік медичних навчальних закладів із зазначенням того, чи досягли включені заклади загальноприйнятих стандартів для програм медичної освіти. Довідник медичних шкіл Нового світу, створений у 2012 році в результаті поєднання Довідника Авіценни та Довідника міжнародної медичної освіти (IMED) Фонду розвитку міжнародної медичної освіти та досліджень (FAIMER), продовжив цей напрямок. Однак подібна модель для створення реєстру програм БПР є нереальною з огляду на широкий спектр формальних та індивідуальних видів діяльності БПР, організаційних моделей і нормативного контексту. Натомість міжнародне співтовариство має покладатися на адекватну національну інформацію про системи і діяльність БПР.

Основи безперервного професійного розвитку

Поняття БПР

Безперервний професійний розвиток означає період навчання лікарів, який починається після завершення базової та післядипломної медичної освіти, а потім триває протягом усього професійного життя кожного лікаря. Проте БПР також можна розглядати як процес, що триває все життя, починаючи з моменту вступу студента до медичного навчального закладу і продовжуючись доти, доки лікар займається професійною діяльністю.

БПР виступає як професійне першочергове завдання кожного лікаря, а також передумова підвищення якості медичної допомоги. БПР принципово відрізняється від двох попередніх формальних етапів медичної освіти:

базової медичної освіти і післядипломної медичної освіти. У той час як останні два проводяться відповідно до певних правил і положень, БПР переважно передбачає самостійне й практичне навчання і рідко передбачає навчання під наглядом протягом тривалого періоду часу. Окрім сприяння особистому професійному розвитку, БПР має на меті підтримувати й розвивати відповідні знання, клінічні й комунікативні навички та ставлення окремого лікаря, життєво важливі для задоволення мінімальних потреб пацієнтів і системи надання медичної допомоги, відповідаючи на нові виклики, що виникають із наукового розвитку в медицині та відповідності змінним вимогам органів ліцензування й суспільства. Це означає, що в майбутньому необхідно буде використовувати зворотний зв'язок і консультування (кураторство) для підвищення ефективності діяльності БПР.

Лікарі повинні бути автономними й незалежними, тобто вони повинні мати можливість діяти в інтересах пацієнта без надмірного зовнішнього впливу. Однак більшість лікарів працюють у певній формі регульованої системи. Залучення до БПР є професійним обов'язком, але також необхідною умовою для підвищення якості медичної допомоги. Найсильнішим мотиваційним фактором для безперервного професійного навчання є воля і бажання підтримувати професійну якість.

Термін «безперервна медична освіта», що стосується знань і навичок медичної практики, якому досі віддають перевагу в деяких країнах, у цьому документі було замінено на «безперервний професійний розвиток». Цей термін відображає як ширший контекст, у якому відбувається цей етап медичної освіти, так і означає, що відповідальність за проведення БПР покладається на професію та окремого лікаря. Закон і офіційні правила рідко регулюють БПР, хоча в деяких країнах участь у БПР є обов'язковою. Там, де існують правила, вони не є жорсткими, навіть у країнах, де на практиці вимагають переліцензування чи перереєстрації лікарів.

Навчальне обґрунтування

Щоб належним чином займатися практикою протягом усього свого професійного життя, лікарі повинні йти в ногу з часом, що передбачає участь у певній формі безперервного навчання та освіти. Роль БПР у забезпеченні якості та розвитку систем надання медичної допомоги стає все більш важливою.

Мотивація для БПР, з точки зору окремого лікаря, походить в основному з наступних основних джерел:

- професійне прагнення забезпечити оптимальний догляд для кожного окремого пацієнта;
- зобов'язання виконувати вимоги роботодавців, колег, професійних організацій і суспільства;
- необхідність збереження задоволеності роботою і запобігання вигоранню;
- у принципі мотивація до навчання впродовж життя повинна виховуватися на всіх етапах медичної освіти та в умовах роботи клінічної практики.

Найкращі наявні докази свідчать про те, що ефективний БПР характеризується наявністю (а) чіткої потреби або причини для виконання певних заходів

БПР; (б) навчання на основі такої визначеної потреби чи причини; та (с) подальших заходів БПР для закріплення отриманого навчання. Отже, оцінка потреб на основі діалогу з пацієнтами і колегами та інформації про пріоритети системи охорони здоров'я в більшості випадків є невід'ємною складовою успішного БПР.

Зазвичай лікарі розвиваються і змінюють свою практику шляхом професійного спілкування і діалогу з колегами, а не в результаті формальних освітніх процесів. Отже, процес навчання, необхідний для ефективної клінічної практики, є процесом безперервного розвитку, а не цілеспрямованого, періодичного введення. Лікарі повинні вчитися покращувати свою практику шляхом роздумів і обдумування власної та чужої практики. Крім того, саме через такий безперервний процес вони визначають і уточнюють свої навчальні потреби.

Значна частина цього постійного розвитку є неформальною і часто навіть свідомо не ідентифікується як БПР. Отже, БПР є певною мірою невід'ємною частиною практики лікарів у всьому світі, навіть у найвіддаленіших місцях без доступу до інформаційних технологій або запланованих заходів БПР.

Підкреслюючи важливість неформального БПР, жодним чином не ігнорують те, наскільки систематичні формалізовані елементи, такі як курси, конференції тощо, є важливими для ефективного БПР. Багатогранна система БПР найкраще задовольняє всі потреби лікарів з огляду на відмінності в професійних ролях, вимогах і пріоритетах навчання.

Організація та методи

Організація БПР значно відрізняється в різних країнах. Основне припущення полягає в тому, що професія несе основну відповідальність за БПР, а медичні асоціації, медичні товариства та інші професійні організації функціонують як головні ініціатори, промоутери та постачальники БПР у багатьох країнах.

Постачальниками БПР виступають насамперед професійні асоціації та організації, національні, регіональні й глобальні медичні наукові товариства, медичні школи/університети, інститути післядипломної освіти, роботодавці в системі охорони здоров'я та інші особи, такі як органи охорони здоров'я, фармацевтична індустрія та промисловість медичного обладнання, компанії інформаційних технологій та асоціації споживачів. Зростає усвідомлення того, що залучення фармацевтичної та медичної промисловості до надання БПР має бути прозорим і повинно уникати конфлікту інтересів.

У деяких країнах існують основні інститути БПР. Деякі з них розміщуються в приватному секторі на комерційній основі, що свідчить про зростаючу тенденцію до того, що освіта продається як товар, який можна придбати. Інші інститути є державними і, крім того, часто забезпечують систематичну спеціалізовану (післядипломну) підготовку на додаток до курсів БПР. Національні медичні ради чи академії є ще однією моделлю надання та розвитку БПР. У деяких країнах елементи законодавства про ринок праці використовуються для забезпечення доступу до БПР для великої кількості лікарів.

Формалізована інституційна участь медичних шкіл дуже різниться. У деяких країнах медичні школи є основним регулюючим органом і провайдером (постачальником послуг), в інших вони періодично роблять внесок, надаючи певний медичний науковий потенціал. WFME вважає, що медичні школи відіграють важливу роль на всіх етапах медичної освіти, включно з БПР. На це є багато причин:

- медичні школи мають досвід у сфері освіти, досліджень і клінічної діяльності;
- експертиза в медичній освіті може бути використана при розробці, методології та оцінці БПР;
- досвід у дослідженні може бути використаний у БПР для навчання методології дослідження і критичної оцінки медичної літератури;
- медичні школи й університетські лікарні є лідерами в нових та інноваційних діагностичних і терапевтичних методах, які повинні бути впроваджені в професійне життя лікарів;
- медичні школи відіграють ключову роль у взаємодії між трьома етапами медичної освіти:
 - залучення медичних шкіл до БПР могло б забезпечити зворотній зв'язок з комітетами навчальних програм базової медичної освіти щодо компетенцій випускників;
 - колишні випускники й постачальники БПР могли б сприяти розробці та перегляду навчальних програм базової медичної освіти;
 - постачальники БПР могли б допомогти комітетам з навчальних програм у забезпеченні клінічних навчальних закладів у реальних життєвих ситуаціях, які краще готують студентів до вирішення сімейних і громадських проблем.

Можливості регулярно отримувати користь від БПР значною мірою залежать від умов праці й середовища. Неформальне навчання є звичним явищем і важливою складовою професійного розвитку, настільки ж ефективним, як і більш формальні версії. Присутні також і надзвичайні контрасти. Робота в процвітаючому середовищі клінічних досліджень, що забезпечує стимулюючі контакти з колегами, з достатніми ресурсами для участі в міжнародних семінарах, конференціях тощо значно відрізняється від роботи в сільській місцевості, в одноосібній або невеликій практиці в громаді. Хоча використання інформаційних технологій може усунути деякі недоліки ізоляції, все ж стимул від тісних особистих стосунків і спілкування з колегами може ефективно підвищити залученість до БПР.

Інформаційні технології та концепції дистанційного навчання все більше впливають на надання БПР за допомогою електронного навчання, змішаного навчання тощо, відповідно до певних ІТ-інновацій.

Організаційні відмінності в усьому світі також відображаються у величезних відмінностях у методах фінансування БПР. Однак фінансові ресурси, необхідні для БПР, слід сприймати як частину операційних витрат сектора охорони здоров'я.

Загалом системи БПР на сьогодні не є ні добре структурованими, ні прозорими. Тому існує велика потреба в дослідженнях у цій галузі, особливо щодо результатів БПР, у зв'язку з якістю клінічної практики.

Оцінка та документація

Освітні результати БПР рідко бувають відчутними, не кажучи вже про вимірні. БПР не завжди безпосередньо стосується поточної практики, але при цьому також розширює здатність лікарів приймати більш мудрі рішення в ситуаціях невизначеності, з якими вони, безумовно, зіткнуться. Не можна обгрунтовано очікувати, що лише подія чи діяльність БПР покаже суттєве покращання лікування пацієнта, — існує занадто багато факторів, що впливають на нього. Проте БПР є однією з необхідних умов покращання догляду за хворими.

Було розроблено диференційовані системи, які визначають прийнятний рівень участі в БПР, за якого окремі лікарі отримують бали або кредити в БПР. Завжди існує небезпека того, що накопичення балів, особливо якщо їх вимірюють у годинах, стане основною метою діяльності й діятиме як спотворений стимул, який перешкоджає інтеграції БПР у практику і розвиток охорони здоров'я.

Зростаюче занепокоєння щодо того, що БПР лікарів має бути адекватним, привело до вимог систематичної повторної сертифікації в деяких країнах, що тягне за собою розробку систем іспитів або інших типів повторної оцінки.

Нещодавня розробка БПР зосереджена на моніторингу індивідуальної щоденної навчальної діяльності. Використання особистих портфоліо або журналів для реєстрації діяльності БПР, а також порівняння з аналогічними результатами колег усе більше надає інструмент для планування індивідуального самостійного навчання або управління індивідуальним розвитком. Отже, лікарі, підзвітні суспільству, повинні знайти засоби, такі як реалістичний моніторинг і документування діяльності БПР, щоб продемонструвати, що вони здатні продовжувати ефективну практику.

Значення світових стандартів

Центральною частиною стратегії WFME є розробка глобальних стандартів і рекомендацій для медичної освіти, які підтримують відповідні установи, їхні освітні програми, медичну професію, а також окремого студента та лікаря. Глобальні стандарти становлять основу, яка служить мірилом, за яким особи, відповідальні за БПР, можуть оцінювати свою власну діяльність та організацію. Крім того, загальноприйняті стандарти можуть бути використані як основа для національного й регіонального затвердження та акредитації освітніх програм. На індивідуальному рівні схвалені глобальні стандарти можуть спрямовувати лікарів і допомагати їм у плануванні власних навчальних програм БПР.

Не менш актуальним для світових стандартів є процес медичної освіти. Бажані практики навчання основного лікаря, що включають добре визнані й прийняті принципи навчання, разом з інституційними умовами для освітньої діяльності, що повинні стати основою для глобальних стандартів.

Крім того, забезпечення якості медичної освіти має підкреслювати необхідність удосконалення і давати вказівки для його досягнення. Це дозволить уникну-

ти тлумачення стандартів як нівелювання на нижчому рівні якості між установами.

Стандарти — це не питання «або/або», а питання конкретної поведінки і спрямованого планування. Крім того, деякі лікарі можуть розвинути настільки унікальну якість, що виходить за рамки стандартів, досягнутих більшістю колег. Такі якості можуть у довгостроковій перспективі слугувати прикладом для встановлення нових цілей. Стандарти мають бути чітко визначеними, значущими, відповідними, релевантними, вимірними, досяжними і прийнятними для користувачів. Вони повинні мати наслідки для практики, визнавати різноманітність і сприяти належному розвитку.

Оцінювання, засноване на загальноприйнятих стандартах, є важливим стимулом для вдосконалення і підвищення якості медичної освіти як при переорієнтації та реформуванні, так і при постійному розвитку.

WFME вважає, що застосування стандартів може сприяти обговоренню і стимулювати розвиток консенсусу щодо цілей, а також допоможе сформулювати основи освітніх програм і визначити основи медичної освіти. Стандарти розширяють можливості для освітніх досліджень і розробок і сприятимуть обговоренню і співпраці між предметними галузями та іншими кордонами.

Існування стандартів розширить можливості провайдерів у їхніх зусиллях запровадити зміни і слугуватиме орієнтиром для лікарів у їхньому виборі.

Для планувальників БПР прийняття стандартів заощадить час і ресурси. Прийняття стандартів оцінки надасть цінну інформацію для джерел спонсорів, політиків і суспільства.

Організація медичної освіти на основі спільних глобальних стандартів сприятиме обміну студентами-медиками і полегшить прийняття лікарів-медиків в інших країнах, ніж ті, у яких вони навчалися. Як наслідок, це зменшить тягар оцінювання компетенцій лікарів, які отримали освіту в медичних школах різних країн.

Нарешті, низька якість БПР може бути покращена шляхом використання системи оцінювання та акредитації на основі прийнятих міжнародних стандартів. Імовірно, це покращить якість медичної допомоги як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Передумови стандартів безперервного професійного розвитку

Виконавча рада WFME, очевидно, вважає, що можна визначити глобальні стандарти медичної освіти, які мають загальне застосування. Ці визначення враховують відмінності в змісті, структурі, процесі й результатах медичної освіти в різних країнах через відмінності в традиціях навчання, культурі, соціально-економічних умовах, здоров'ї і спектрі захворювань, а також різні форми надання медичної допомоги. Подібні відмінності можуть виникати й усередині окремих країн. Однак наукова основа медицини і необхідність базувати клінічну практику на доказах є універсальними; завданням медичної освіти всюди, на всіх її етапах, є

забезпечення високоякісної медичної допомоги. Незважаючи на велике розмаїття, у всьому світі спостерігається зростаючий ступінь конвергенції структури, процесу й продукту медичної освіти.

Глобальні стандарти БПР, як і для інших етапів медичної освіти, повинні бути конкретизовані, змінені або доповнені відповідно до регіональних, національних та інституційних потреб і пріоритетів. WFME наголошує, що не може бути жодної користі від сприяння уніфікованості освітніх програм і навчальної діяльності, що ставить під загрозу соціальну відповідальність. Крім того, гарантія якості програм медичного навчання має наголошувати на вдосконаленні та надавати вказівки для просування, а не просто відстоювати «дотримання стандартів» як кінцеву мету. Це прерогатива будь-якого національного органу з акредитації — визначати рівень, який перевірятиметься для оцінки/акредитації. У розробці стандартів БПР WFME застосовувала принципи, які використовувалися при розробці глобальних стандартів базової медичної освіти й післядипломної медичної освіти. Приділено увагу застосуванню загальних рекомендацій у розвитку якості медичної освіти. Отже, щоб глобальні стандарти БПР були загальновизнаними, були прийняті наступні передумови:

- слід включити лише загальні аспекти БПР;
- стандарти повинні стосуватися широких категорій процесу, структури, змісту, результатів/компетенції, оцінювання і навчального середовища;
- стандарти повинні функціонувати як важіль для змін і реформ;
- стандарти мають на меті не лише встановити мінімальні глобальні вимоги, але й заохотити розвиток якості понад визначені рівні;
- стандарти мають бути сформульовані таким чином, щоб визнавати регіональні й національні відмінності в освітніх програмах і допускати різні місцеві, національні й регіональні профілі та розробки;
- відповідність стандартам має бути справою кожної громади, країни чи регіону;
- використання загального набору глобальних стандартів не передбачає і не вимагає еквівалентності програм, змісту і результатів БПР, але відхилення повинні бути чітко описані та мотивовані;
- стандарти повинні визнавати динамічний характер розробки програми;
- стандарти мають бути сформульовані як інструмент, який окремий лікар, медична професія та органи влади, організації та установи, відповідальні за БПР, можуть використовувати як модель для розробки власних програм;
- стандарти не повинні використовуватися для оцінки заходів або програм БПР;
- стандарти слід розвивати надалі шляхом широкої міжнародної дискусії та консенсусу;
- цінність стандартів має бути перевірена під час оціночних досліджень у кожному регіоні;
- стандарти мають бути чітко визначеними, значущими, відповідними, доречними, вимірними, досяж-

ними та прийнятними для користувачів. Вони повинні мати наслідки для практики, визнавати різноманітність і сприяти адекватному розвитку;

— стандарти повинні бути сформульовані у співпраці із зацікавленими сторонами.

Використання стандартів

Слід підкреслити, що в роботі зі стандартами для планування або оцінювання БПР принципи, які лежать в основі кожного стандарту, є основними моментами. Надмірна увага до деталей не повинна приховувати необхідність застосування основних стандартів і бажаність працювати над стандартами для розвитку якості. WFME хоче підкреслити, що всі деталі в стандартному документі не обов'язково повинні бути виконані при організації індивідуальної діяльності БПР.

WFME вважає, що набір стандартів, який пропонує перспективу розвитку від досягнення базового до якісного рівня розвитку, може бути використаний у всьому світі як інструмент для забезпечення якості та розвитку БПР такими способами:

— Учасники БПР

Стандарти забезпечують основу, за якою окремі лікарі та медична професія можуть оцінювати себе в процесі добровільної самооцінки та самовдосконалення. Це має бути доповнено відгуками колег та оцінкою результатів, коли це доречно.

— Провайдери БПР

Стандарти повинні стати основою для провайдерів БПР у розробці заходів БПР.

— Монітори БПР

Залежно від місцевих потреб і традицій стандарти також повинні використовуватися національними або регіональними агентствами, які займаються наглядом, моніторингом, затвердженням та акредитацією БПР.

Процес і принципи перегляду

Було вирішено, що стандарти WFME мають залишатися сформульованими як поєднання процесу, структури, змісту, результатів/компетенцій, оцінювання і стандартів навчального середовища.

План, використаний для перегляду документа Стандартів БПР у 2015 році, містив:

Етап I

Виготовлення проєкту невеликою робочою групою осіб, пов'язаних з офісом WFME.

Етап II

Збір коментарів і пропозицій щодо змін і доповнень від широкої міжнародної групи експертів, що представляють усі шість регіонів WFME.

Етап III

Презентація зміненого документа для подальших коментарів від основних партнерів WFME, включно з членами Виконавчої ради WFME.

У цій роботі було дотримано початкових передумов для встановлення стандартів для БПР, але було зрозуміло, що слід запровадити систему, яка б дозволила більш чітко представлення стандартів. Анотації повинні надавати роз'яснення і приклади на основі накопиченого досвіду використання стандартів. Формулювання по-

винні бути гармонізовані між трьома наборами глобальних стандартів WFME.

Загальні принципи, що лежать в основі стандартів, не були змінені під час перегляду, наприклад: використання двох рівнів досягнення, тобто базових стандартів і стандартів розвитку якості, а не лише мінімальних вимог. Лінія розмежування між базовими стандартами і стандартами розвитку якості була розглянута і в деяких випадках змінена відповідно до міжнародних розробок вимог до медичної освіти. Кількість галузей і підзон в основному однакова, але зведені стандарти були розділені, щоб збільшити огляд вмісту стандартів. Послідовність стандартів у деяких випадках змінюється. Було запроваджено систему нумерації, що полегшило посилання на стандарти та обмін інформацією про них.

Як і у випадку зі стандартами базової медичної освіти і післядипломної медичної освіти, було визнано бажаним чітко розмістити й визначити відповідальність за виконання стандартів. Оскільки відповідальність за БПР може бути розподілена між різними агентами, ми обрали медичну професію як загальну відповідальну діючу особу. Чітка відповідальність за дії для досягнення всіх стандартів тепер покладена на професію через її авторитетні органи, а також на окремого лікаря.

Класифікація стандартів була збережена близькою до оригіналу, але для уточнення змісту знадобилося незначне переформулювання деяких сфер і стандартів. Повторення і накладання зменшено. Кілька стандартів вказують на те, що потрібна реалізація, а не просто формулювання політики.

Переглянутий набір стандартів WFME виглядає дещо детальнішим, ніж попередня версія. Однак це більше результат редакційної перевірки.

Для кращого розуміння кількість анотацій було розширено. Намір полягає в тому, щоб уточнити значення стандартів, насамперед шляхом пояснення і наведення прикладів діяльності та умов, беручи до уваги соціальні й культурні відмінності. Це також має полегшити планування збору даних для самооцінювання і зовнішнього оцінювання та забезпечити більш безпечну основу для перекладів.

Глобальні стандарти WFME щодо покращання якості БПР

Визначення

Безперервний професійний розвиток, поняття ширше, ніж безперервна медична освіта, стосується постійного розвитку багатогранного характеру медичної практики, охоплюючи, крім знань і навичок медичної практики, ширші сфери професіоналізму (наприклад, медичні, управлінські, соціальні й особисті предмети), необхідні для якісного професійного виконання. Він включає всі види діяльності, які лікарі здійснюють офіційно й неофіційно, щоб підтримувати, оновлювати, розвивати й покращувати свої знання, навички і ставлення у відповідь на потреби своїх пацієнтів.

У стандартному документі йдеться про термін «**медична професія**»:

— **професія як група**, яка зазвичай діє через свої професійні асоціації, медичні наукові товариства, ме-

дичні коледжі, медичні школи/університети, медичні академії та національні регулятивні органи, які здійснюють нагляд за системою БПР;

— **окремі представники професії**, окремі лікарі, які піклуються про власне БПР, наприклад, читаючи медичні журнали, вивчаючи Інтернет або беручи участь у курсах БПР.

WFME рекомендує наступний набір глобальних стандартів БПР. Набір стандартів поділено на **9 сфер і 32 підсфери** з урахуванням складної взаємодії та зв'язків між ними.

СФЕРИ визначаються як широкі компоненти процесу, структури, змісту, результатів/компетенцій, оцінювання і навчального середовища БПР, ними охоплені:

1. Місія та результати.
2. Освітня програма.
3. Оцінка та документація.
4. Індивідуальний лікар.
5. Забезпечення БПР.
6. Освітні ресурси.
7. Оцінка діяльності БПР.
8. Організація.
9. Постійне оновлення.

ПІДСФЕРИ визначаються як конкретні аспекти сфери, що відповідають показникам ефективності.

СТАНДАРТИ визначені для кожної підсфери з використанням двох рівнів досягнення:

Базовий стандарт

Це означає, що стандарт має бути дотриманий і виконання продемонстровано під час оцінювання БПР.

Основні стандарти виражаються словом «обов'язково».

Стандарт розвитку якості

Мається на увазі, що стандарт відповідає міжнародному консенсусу щодо найкращої практики БПР. Виконання або ініціативи щодо виконання деяких або всіх таких стандартів повинні бути задокументовані. Виконання цих стандартів змінюватиметься залежно від стадії та розвитку діяльності БПР, наявних ресурсів, освітньої політики та інших місцевих умов, що впливають на пріоритети й можливості навчання. Навіть найдосконаліші програми можуть не відповідати всім стандартам.

Стандарти розвитку якості виражаються словом «треба».

АНОТАЦІЇ використовуються для уточнення, розширення або прикладів формулювань стандартів. Ніяких нових вимог в анотації не вводиться.

Перелік прикладів в анотаціях в одних випадках є вичерпним, в інших — ні. Слід також зазначити, що БПР рідко використовуватиме і матиме всі характеристики, згадані в прикладах.

Стандарти

Перегляд глобальних стандартів WFME для підвищення якості безперервного професійного розвитку лікарів 2015 року, що включає загалом 76 основних стандартів, 62 стандарти розвитку якості та 80 анотацій, подано в наступному розділі.

1. Місія та результати

1.1. Місія

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— визначити місію постачальників БПР і діяльність БПР (B.1.1.1);

— оприлюднити місію сектора охорони здоров'я, який вона обслуговує (B.1.1.2);

— будувати місію:

- на оцінці потреб (B.1.1.3);

- загальній потребі професіонала досліджувати, розвивати й розглядати нові сфери компетенції (B.1.1.4);

- обмірковуванні й обговоренні з колегами власної та чужої практики (B.1.1.5);

— збалансувати місію між загальною і конкретною діяльністю (B.1.1.6);

— включити в місію:

- вимоги, визначені ролями й очікуваними компетенціями щодо клінічних навичок, теоретичних знань, ставлення і комунікативних навичок щодо організації клінічної роботи, викладання, дослідження чи адміністрування (B.1.1.7);

- аспекти медичної етики/біоетики (B.1.1.8);

- продовження проведеного навчання (B.1.1.9);

- тренування вміння судити в складних і непередбачуваних ситуаціях (B.1.1.10);

- врахування потреб громади у сфері охорони здоров'я, потреб системи надання медичних послуг та інших аспектів соціальної відповідальності (B.1.1.11).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має** забезпечити виконання місії:

— заохочує і підтримує лікарів у покращанні ефективності їхньої практики (Q.1.1.1);

— розглядає зобов'язання покращити умови для ефективного БПР (Q.1.1.2).

Анотації:

— *Місія забезпечує всеосяжну структуру*, з якою мають бути пов'язані всі інші аспекти програми. Заява про місію включатиме загальні та конкретні питання, що стосуються інституційних, національних, регіональних і, якщо доречно, глобальних потреб охорони здоров'я. Місія в цьому документі включає бачення БПР.

— *Постачальники БПР* можуть бути незалежними або частиною організації, наприклад Міністерство охорони здоров'я, професійна організація або медичний коледж.

— *Діяльність БПР* включатиме всі окремі або формалізовані елементи БПР. Індивідуальні елементи включатимуть читання, роздуми, дискусії з однолітками й відвідування таких установ, як медичні школи, лікарні й лабораторії. Якщо доречно, це також включатиме відвідування лабораторій навичок. Щодо формалізованих елементів — див. 6.5, анотації.

— *Оцінка потреб* може ґрунтуватися на офіційних оцінках незалежно від того, чи є частиною процедур повторного ліцензування, чи ні. Це передбачає виконання тестів на знання, навички та ставлення, експертну оцінку, систематичний огляд практики, такої як

аудит або аналіз значущих подій. Неформальна оцінка була б більш поширеною і настільки ж ефективним способом, який є частиною повсякденної клінічної практики: обдумування практики, роздуми про помилки або отримання скарг і зворотного зв'язку і взаємодія з командою. Професійне навчання також допоможе лікарям справлятися з непередбачуваними майбутніми клінічними вимогами і, отже, спиратися на широку базу знань і досвіду, крім того, щоб компенсувати недоліки минулої практики.

— *Обмірковування й обговорення* можуть відбуватися з колегою або наставником, щоб визначити та прояснити освітні потреби.

— *Організація клінічної роботи* включатиме базові навички менеджменту, формування команди й лідерства.

— *Подальший контроль* за проведенням навчанням зміцнює навчання і пропонує можливості для поширення й обміну такими знаннями з іншими, що приводить до корисних змін у методах практики. Крім того, можна оцінити ефективність БПР, проведеного щодо початкової потреби або причини для цього.

— *До складних і непередбачуваних ситуацій* належать ситуації, у яких виникає високий рівень невизначеності та парадокс є поширеним явищем. Негласний контракт між лікарями й людьми, яких вони обслуговують, вимагає здатності знати, що є «найкращим» у будь-яких конкретних обставинах, а не те, що є «правильним» у якомусь абсолютному сенсі. Загальний нагляд, імпровізації та професійні судження є центральними для медичної практики.

— *Соціальна підзвітність* включатиме готовність і здатність реагувати на потреби суспільства, пацієнтів, секторів охорони здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям секторів, а також робити внесок у національний і міжнародний розвиток медицини шляхом розвитку компетенцій у сфері охорони здоров'я, медичної освіти та медичних досліджень.

Соціальна підзвітність іноді використовується як синонім соціальної відповідальності та соціальної здатності реагувати. У питаннях, що не залежать від професії, він все одно демонструватиме соціальну відповідальність через адвокацію та пояснення стосунків і привернення уваги до наслідків політики.

— *Практична ефективність* стосуватиметься функції лікаря в будь-якій з його/її ролей, див. 1.3, результати, анотації.

1.2. Професіоналізм та професійна автономія

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— забезпечити, щоб діяльність БПР служила меті підвищення професійного та особистого розвитку лікарів (В 1.2.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має** забезпечити:

— щоб процес БПР зміцнював потенціал лікарів діяти автономно в плануванні й виборі діяльності БПР у найкращих інтересах своїх пацієнтів і суспільства (Q 1.2.1);

— академічну свободу (Q 1.2.2).

Анотації:

— *Професіоналізм* описує знання, навички, ставлення, цінності й поведінку, які очікуються від людей під час їхньої практики, і включає в себе навички навчання протягом усього життя та підтримки компетентності, інформаційної грамотності, командної роботи та комунікативних навичок, етичної поведінки, чесності, альтруїзму, емпатії, служіння іншим, дотримання професійних кодексів, справедливості і поваги до інших, включно зі здатністю виступати як адвокат пацієнта і враховувати безпеку пацієнта. Сприйняття професіоналізму має відображати будь-які етичні вказівки національного медичного регулятора.

— *Автономія* у стосунках між пацієнтом і лікарем має гарантувати, що лікарі завжди приймають обґрунтовані рішення в інтересах своїх пацієнтів і суспільства на основі найкращих наявних доказів. Автономія, пов'язана з навчанням лікарів, означає, що вони мають значний вплив на рішення про те, що вивчати і як планувати й проводити навчальну діяльність. Це також передбачає доступ до знань і навичок, необхідних лікарям, щоб бути в курсі, щоб задовольнити потреби своїх пацієнтів і суспільства, а також те, що джерела знань є незалежними та неупередженими. Діючи автономно, слід враховувати можливі вказівки.

— *Особистісний розвиток* лікарів у цьому контексті обмежується тим, що має відношення до забезпечення більш безпечної основи для медичної практики та професії.

— *Академічна свобода* включатиме належну свободу вираження поглядів, свободу дослідження та публікації.

1.3. Результати БПР

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— визначити очікувані результати БПР, які:

- є достатніми для підтримки та розвитку компетентностей, необхідних для задоволення потреб окремого лікаря, медичної професії, пацієнтів і суспільства (В 1.3.1);

- забезпечують належне ставлення лікарів до колег та іншого медичного персоналу, пацієнтів та їх родичів (В 1.3.2);

- висвітлюють вимоги до самостійного навчання впродовж життя (В 1.3.3);

- базуються на клінічних даних (В 1.3.4);

— оприлюднити очікувані результати (В 1.3.5).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має** за консультації з професійними організаціями:

— переконатися, що знання, отримані в результаті БПР, передаються колегам (Q 1.3.1).

Анотації:

— *Результати/компетенції* стосуються тверджень про знання, навички та ставлення, які лікарі демонструють у результаті діяльності БПР. Результати можуть бути запланованими або отриманими. Передбачувані результати часто використовуються для формулювання освітніх/навчальних цілей.

Знання включатимуть концептуальні та процедурні знання; практична мудрість впливає з поєднання цього. Зв'язок між знаннями лікарів і їх практикою не є прямим. Нові знання не завжди спрямовані на практику.

Характеристики та досягнення, які лікар демонструватиме після завершення діяльності БПР, можна класифікувати за ролями лікаря, включно з такими: (a) практикуючий лікар або медичний експерт, (b) комунікатор, (c) співробітник/працівник групи, (d) лідер/менеджер або адміністратор, (e) захисник здоров'я, (f) педагог із питань охорони здоров'я, (g) науковець, (h) викладач, супервізор і інструктор для колег медичних та інших медичних професій і (i) професіонал. Подібні рамки можна визначити.

Результати/компетенції, які мають стосунок до БПР, залежно від місцевих потреб, інтересів і традицій і на рівні, визначеному обраною сферою медицини, охоплюватимуть наступне:

- належний, ефективний і милосердний догляд за пацієнтами для вирішення проблем зі здоров'ям і зміцнення здоров'я, включаючи безпеку пацієнтів;

- медичні знання та розуміння (a) базових біомедичних наук, (b) поведінкових і соціальних наук, (c) медичної етики, прав людини та медичної юриспруденції, що мають стосунок до медичної практики, і (d) клінічних наук, включно з клінічними навичками щодо діагностичних процедур, практичних процедур, навичок спілкування, лікування (включаючи паліативну допомогу) і профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та реабілітації. Це також включає в себе клінічне міркування і вирішення проблем, а також навички в стосунках між лікарем і пацієнтом з акцентом на співчутливому ставленні та людяності;

- оцінку й використання нових наукових знань для постійного оновлення та вдосконалення клінічної практики;

- міжособистісні й комунікативні навички;

- виконувати функції супервізора, тренера та викладача щодо колег, студентів-медиків та інших медичних працівників;

- науковий потенціал для сприяння розвитку й дослідженням у вибраній галузі медицини;

- професіоналізм, включно із зацікавленістю і здатністю виступати як адвокат пацієнта та уникненням комерційної експлуатації медичних послуг;

- знання питань громадського здоров'я і політики охорони здоров'я.

- *Розвиток компетенцій* включатиме розширення та поглиблення наявних знань і навичок, окрім діяльності, яка виконується для задоволення ширших потреб або цілей навчання.

- *Належна поведінка* передбачає письмовий кодекс професійної та особистої поведінки.

- *Навчання протягом усього життя* — це професійний обов'язок підтримувати сучасні знання та навички за допомогою оцінювання, аудиту, обмірковування або заходів БПР.

- *Клінічні дані* включатимуть результати діагностичних процедур і лікування, включно з результатами операцій і частотою побічних ефектів.

1.4. Участь у формулюванні місії та результатів

Основні стандарти

Медична професія повинна:

- визначити місію та очікувані результати діяльності БПР у співпраці з основними зацікавленими сторонами (В 1.4.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

- базувати формулювання місії та передбачуваних результатів діяльності БПР на внеску інших зацікавлених сторін (Q 1.4.1).

Анотації:

- *Основні зацікавлені сторони* включатимуть окремих лікарів, професійні асоціації чи організації, медичні наукові товариства, медичні школи/університети, організації та установи післядипломної освіти, роботодавців, відповідних постачальників БПР, постачальників медичних послуг та урядові органи.

- *Інші зацікавлені сторони* включатимуть представників інших медичних професій, пацієнтів, громаду і громадськість (наприклад, користувачів систем надання медичної допомоги, включно з організаціями пацієнтів). Інші зацікавлені сторони також включатимуть інших представників академічного й адміністративного персоналу, медичних шкіл, органів освіти й охорони здоров'я, професійних організацій і медичних наукових товариств.

2. Освітня програма

2.1. Рамки діяльності БПР

Основні стандарти

Медична професія повинна:

- пристосовувати діяльність БПР до потреб і побажань окремих лікарів, визнаючи потреби системи охорони здоров'я (В 2.1.1);

- забезпечувати й підтримувати діяльність БПР (В 2.1.2);

- охоплювати інтегрований практичний і теоретичний компоненти (В 2.1.3);

- гарантувати, що діяльність БПР здійснюється відповідно до політики представницьких професійних організацій, включаючи визнання діяльності (В 2.1.4);

- включати дотримання етичних міркувань (В 2.1.5).

Стандарти розвитку якості:

Медична професія має:

- скористатися перевагами різноманітних методів викладання і навчання для БПР (Q 2.1.1);

- стимулювати взаємодію з колегами в навчальних мережах, де це доречно, для обміну досвідом і отримання користі від спільного навчання (Q 2.1.2);

- заохочувати співпрацю та взаємне визнання через відповідні рамки як на національному, регіональному, так і на глобальному рівнях (Q 2.1.3).

Анотації:

- *Рамки діяльності БПР* у цьому документі посиляються на специфікацію освітньої програми, включно із заявою про заплановані освітні результати (див. 1.3), зміст/навчальний план, навчальний досвід і процеси програми (див. 2.2, 2.3). Крім того, структура включатиме опис запланованих методів викладання та на-

вчання (див. 4.2), методів оцінювання (див. 3.1) і керівництво для учнів (див. 5.2).

— *Інтеграція практичних і теоретичних компонентів* може мати місце в дидактичних навчальних сесіях і досвіді догляду за пацієнтами під наглядом, а також шляхом самостійного й активного навчання.

— *Навчальні методи* включатимуть курси, лекції, семінари, діяльність на основі проблем і випадків, практичне навчання, навчання нових діагностичних методів або інтервенційних процедур, участь у конференціях, використання комп'ютерних систем моделювання та індивідуальне читання (включно з використанням Інтернету), самооцінку бази знань і виконання практики, дослідницькі проекти, а також навчальні візити й клінічний досвід.

— *Мережі* включатимуть зустрічі з колегами та обмін інформацією в мережі, обговорення і консультування. Вони також можуть включати інших медичних працівників та інших відповідних осіб.

2.1. Науковий метод

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— твердо базувати зміст діяльності БПР на науці, доказовій медицині та досвіді, коли це можливо (В 2.2.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— організовувати й використовувати заходи БПР для того, щоб:

- полегшити доступ до оновлених доказів, наукових результатів і практичного досвіду (Q 2.2.1);

- покращити організацію та практику системи надання медичної допомоги, спираючись на нові докази (Q 2.2.2);

- використовувати знання відповідних наукових методів для вдосконалення навичок критичної оцінки лікарів (Q 2.2.3).

Анотації:

— *Доказова медицина* означає медицину, засновану на документації, випробуваннях і прийнятих наукових результатах.

2.2. Зміст діяльності з БПР

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— забезпечити різноманітний та індивідуально відповідний зміст діяльності БПР, щоб дозволити лікарям розвивати свою практику (В 2.3.1);

— організовувати заходи БПР, приділяючи належну увагу безпеці й автономії пацієнтів (В 2.3.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— обирати зміст діяльності БПР на основі самостійних планів навчання окремих лікарів відповідно до їхніх різноманітних професійних ролей (Q 2.3.1);

— організовувати діяльність БПР з урахуванням результатів діалогу з роботодавцями (Q 2.3.2).

Анотації:

— *Зміст* охоплюватиме такі аспекти:

- фундаментальні біомедичні науки (включають — залежно від місцевих та індивідуальних потреб — анатомію, біохімію, біофізику, клітинну біологію, ге-

нетику, імунологію, мікробіологію (бактеріологію, паразитологію та вірусологію), молекулярну біологію, патологію, фармакологію, фізіологію);

- клінічні науки (включно з вибраними клінічними або лабораторними дисциплінами та іншими відповідними клінічними/лабораторними дисциплінами);

- поведінкові й соціальні науки (включають — залежно від місцевих та індивідуальних потреб — біостатистику, громадську медицину, епідеміологію, глобальну охорону здоров'я, гігієну, медичну антропологію, медичну психологію, медичну соціологію, громадську охорону здоров'я та соціальну медицину і нададуть знання, концепції, методи, навички та ставлення, необхідні для розуміння соціально-економічних, демографічних і соціально-культурних детермінант причин, поширення і наслідків проблем зі здоров'ям);

- істотна інтеграція фундаментальних біомедичних наук, поведінкових і соціальних наук, а також клінічних наук у діяльності БПР.

— *Різнорманітний та індивідуально прийнятий зміст діяльності БПР* стосується ширших або вузких потреб лікарів залежно від характеру їх практики, дозволяє особисті інтереси і розвиток, а також стосується розгляду національних і регіональних пріоритетів.

— Різні професійні ролі лікарів, див. 1.3, анотації.

2.3. Зв'язок між БПР і сферою діяльності

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— пристосовувати заходи БПР для заповнення прогалин у знаннях, навичках, ставленнях і здібностях до управління, виявлених під час оцінювання послуги або шляхом індивідуальних роздумів, або перегляду практики й особистого плану навчання (В 2.4.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— забезпечити, щоб діяльність БПР розглядалася як невід'ємна частина медичної практики, відображена в бюджетах, розподілі ресурсів, умовах праці та плануванні часу, а також беручи до уваги, що діяльність БПР може обмежувати надання послуг (Q 2.4.1).

Анотації:

— Щоб переконатися, що *прогалини в знаннях, навичках, ставленнях і здібностях до управління* виявлені та вжито відповідних заходів, рекомендується оцінка потреб колегами і/або самооцінка.

3. Оцінка та документація

3.1. Методи оцінювання

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

— сформулювати та реалізувати політику оцінки діяльності БПР (В 3.1.1);

— розробити та визначити відповідні методи оцінювання (В 3.1.2).

Стандарти розвитку якості:

Медична професія **має**:

— сприяти належному розвитку оцінювання діяльності БПР (Q 3.1.1).

Анотації:

— *Відповідні методи оцінювання*, окрім традиційних форм іспиту з використанням нормативних і

критеріальних суджень, включатимуть розгляд різноманітних інструментів для самооцінювання, використання особистих навчальних портфоліо або журналів і спеціальні типи оцінювання, наприклад відвідування сайтів колегами, узгоджений протокол і порівняння з аналогічними результатами колег. Вони також включатимуть системи для виявлення плагіату і запобігання йому.

3.2. Документування діяльності БПР

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

- створити системи для систематичного і прозорого моніторингу та документування участі в БПР (В 3.2.1);

- створювати, якщо це доцільно, персональні навчальні портфоліо, якими можна ділитися з однолітками (В 3.2.2);

- використовувати систематичне документування діяльності БПР як формувальний інструмент навчання (В 3.2.3);

- використовувати зворотній зв'язок щодо актуальності та якості заходів БПР для планування БПР (В 3.2.4).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

- гарантувати, що документування діяльності БПР визнає фактичне навчання й базується на підвищенні компетенцій, а не просто на участі в діяльності БПР (Q 3.2.1).

Анотації:

- У деяких країнах *системи моніторингу* включатимуть механізми контролю, часто юридично обґрунтовані, розроблені медичними професійними організаціями або органами ліцензування. У деяких країнах це також включатиме вимоги щодо систематичної повторної сертифікації, що передбачає розробку систем іспитів або інших типів повторної оцінки, наприклад кількість кредитів, необхідних для повторної сертифікації. Такі системи включатимуть специфікацію необхідних видів БПР.

- *Інструмент формуючого навчання* включатиме різні типи самооцінювання.

- *Система документації* включала б використання різних типів сертифікатів і дипломів.

4. Індивідуальний лікар

4.1. Мотивація

Основні стандарти:

Медична професія **повинна**:

- забезпечити, щоб надання високоякісної медичної допомоги було рушійною силою для участі лікарів у діяльності БПР (В 4.1.1);

- усвідомлювати у своєму плануванні, що окремі лікарі несуть основну відповідальність за свою участь у діяльності БПР (В 4.1.2);

- стимулювати окремого лікаря до участі в діяльності БПР (В 4.1.3);

- пропонувати академічні консультації, коли це необхідно (В 4.1.4);

- стимулювати лікарів до оцінки індивідуальної освітньої цінності наявних видів БПР (В 4.1.5);

- вибрати відповідну діяльність, яка відповідає навчальним вимогам окремого лікаря, наприклад, на основі клінічних даних (В 4.1.6).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має** забезпечити, щоб:

- система БПР підвищувала мотивацію до навчання (Q 4.1.1);

- діяльність БПР визнавалася професійною діяльністю, що є гідною поваги (Q 4.1.2).

Анотації:

- *Високоякісна медична допомога* означає надання медичної допомоги відповідно до загальноприйнятих принципів, викладених, наприклад, медичними науковими товариствами або національними, регіональними та глобальними радами охорони здоров'я. Це також включало б співчутливе піклування, тобто усвідомлення аспектів пацієнта та сім'ї.

- *Стимулювання* окремого лікаря передбачає рівний доступ до діяльності БПР.

- *Академічне консультування* включатиме запитання, пов'язані з вибором діяльності БПР.

- *Мотивація до навчання та навички для навчання* протягом усього життя можуть стимулюватися під час базової медичної освіти і посилюватися в рамках післядипломної медичної освіти.

- *Визнана заслугою професійна діяльність* включатиме підвищення особистого задоволення, винагороди, підвищення і/або винагороди.

- *Клінічні дані*, див. 1.3, анотації.

4.2. Стратегії навчання

Основні стандарти:

Медична професія **повинна** розвивати:

- здатність окремого лікаря систематично планувати, виконувати й документувати практичне навчання у відповідь на визначені навчальні потреби (В 4.2.1);

- способи допомоги лікарям у визначенні потреб у БПР (В 4.2.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

- вимагати, щоб діяльність лікарів щодо БПР ґрунтувалася на стратегіях навчання, які адаптовані до особистості (Q 4.2.1);

- заохочувати використання дистанційного навчання (Q 4.2.2).

Анотації:

- Навчання, засноване на практиці, передбачає обмірковування власної практики для стимулювання навчання та вдосконалення. Це може статися шляхом систематичного аналізу даних пацієнтів і популяції або шляхом неформального обмірковування індивідуальної практики.

4.3. Вплив окремих лікарів на БПР

Основні стандарти

Медична професія **повинна**:

- надати лікарям, коли це доцільно, можливість обговорити свої навчальні потреби з постачальниками БПР (В 4.3.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

- залучати лікарів до планування і реалізації заходів БПР (Q 4.3.1).

Анотації:

— *Постачальники БПР* включатимуть насамперед професійні асоціації та організації, національні, регіональні та глобальні медичні наукові товариства, медичні школи/університети, інститути післядипломної освіти, роботодавців у системі охорони здоров'я та інших осіб, таких як органи охорони здоров'я, фармацевтична промисловість і промисловість медичного обладнання, компанії в інформаційних технологіях, товариства споживачів.

— *Участь у плануванні та реалізації* включатиме участь у групах або комітетах, відповідальних за планування програм на місцевому чи національному рівнях. Включатиме запитання, пов'язані з місією, результатами, структурою, оцінкою та управлінням.

4.4. Умови праці**Основні стандарти**

Медична професія **повинна** забезпечити:

— умови роботи та працевлаштування лікарів на практиці, які забезпечують захищений час та інші ресурси для діяльності БПР (В 4.4.1);

— можливість для лікаря обмірковувати практику (В 4.4.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— створити системи визнання лікарів або інші види стимулів, які дозволять їм брати участь у широкому спектрі заходів БПР, що відповідають їхнім потребам (Q 4.4.1).

Анотації:

— *Інші види заохочення* включають системи оплати праці лікарів.

5. Забезпечення БПР**5.1. Політика визнання****Основні стандарти**

Медична професія **повинна**:

— забезпечити систему оцінки та визнання надання БПР і/або окремих заходів БПР (В 5.1.1);

— створити механізм для авторизації формалізованої структури надання БПР за погодженням з відповідними органами влади на основі погоджених критеріїв (В 5.1.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— вимагати, щоб постачальники БПР мали змогу описати освітню основу своєї діяльності, включно з доступом до освітньої експертизи (Q 5.1.1).

Анотації:

— *Забезпечення БПР* включатиме всі види БПР, а не лише формалізовану діяльність БПР.

— *Визнання надання БПР* включатиме створення національних установ з акредитації.

— *Освітня експертиза*, див. 6.7, анотації.

5.2. Обов'язки провайдера та розвиток провайдера**Основні стандарти**

Медична професія **повинна**:

— гарантувати, що діяльність із БПР відповідає загальноприйнятним вимогам якості освіти (В 5.2.1);

— гарантувати, що будь-які конфліктні інтереси щодо надання БПР чітко визначені, оголошені та належним чином оброблені (В 5.2.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— встановити допустимі норми забезпечення діяльності БПР (Q 5.2.1);

— забезпечити дотримання норм постачальниками БПР (Q 5.2.2);

— вимагати, щоб провайдери під час планування та проведення своєї діяльності демонстрували використання ефективних і дієвих методів і технологій навчання (Q 5.2.3).

Анотації:

— *Конфлікт інтересів* означає неналежний вплив на надання БПР, у тому числі неналежну рекламну діяльність.

— *Прийнятні норми* стосуватимуться таких сфер, як зміст, методи й оцінювання.

5.3. Роль медичних шкіл**Основні стандарти**

Медична професія **повинна**:

— сприяти залученню медичних вишів до підвищення якості діяльності БПР (В 5.3.1);

— забезпечити, щоб медичні школи через навчальну програму базової медичної освіти готували студентів до навчання впродовж життя, тим самим стимулюючи мотивацію та здатність брати участь у діяльності БПР (В 5.3.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— заохочувати медичні навчальні заклади здійснювати діяльність з БПР, коли це доречно (Q 5.3.1);

— стимулювати медичні навчальні заклади до проведення досліджень діяльності БПР (Q 5.3.2).

Анотації:

— *Медичні школи* — це освітні організації, які надають базову (бакалаврську) програму з медицини та є синонімом медичного факультету, медичного коледжу, медичної академії чи медичного університету. Медичною навчальною закладом може бути частиною або філією університету або може бути незалежною установою такого рівня. Медичні школи включатимуть академічні навчальні лікарні.

6. Освітні ресурси**6.1. Фізичні засоби****Основні стандарти**

Медична професія **повинна**:

— забезпечити доступ до відповідної фахової літератури (В 6.1.1);

— забезпечити доступ до обладнання для навчання навичок (В 6.1.2);

— пропонувати безпечне середовище навчання (В 6.1.3).

Стандарти розвитку якості

Медична професія **має**:

— забезпечити оцінку та регулярне оновлення фізичної бази й обладнання для навчання навичок для забезпечення належних умов для діяльності БПР (Q 6.1.1).

Анотації:

— Фізична база місця навчання включатиме лекційні аудиторії, навчальні кімнати, лабораторії, бі-

бліотеки, обладнання інформаційних технологій, лабораторії навичок і місця для відпочинку, де це доречно.

6.2. Настройки навчання

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— переконатися, що заходи БПР проводяться в умовах навчання та обставинах, які сприяють ефективному навчанню (В 6.2.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— підтримувати формальну й неформальну співпрацю із зацікавленими сторонами з метою отримання ширшого спектра навчальних установок (Q 6.2.1).

Анотації:

— *Навчальні заклади* включатимуть лікарні з відповідним поєднанням первинних, вторинних і третинних послуг і достатньою кількістю палат для пацієнтів і діагностичних відділень, лабораторій, амбулаторних служб (включаючи первинну медичну допомогу), клінік, закладів первинної медичної допомоги, медичних центрів, хоспісів та інших закладів громадського здоров'я. Клінічне навчання також включатиме використання лабораторій навичок.

— *Зацікавлені сторони* включатимуть директора, а також інші зацікавлені сторони, див. 1.4, анотації.

6.3. Інформаційні технології

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— забезпечити доступ до веб- або інших електронних засобів масової інформації (В 6.3.1);

— використовувати інформаційно-комунікаційні технології ефективним і етичним способом як інтегровані частини діяльності БПР (В 6.3.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— стимулювати лікарів до компетентності у використанні інформаційно-комунікаційних технологій:

- для самостійного навчання (Q 6.3.1);

- спілкування з колегами (Q 6.3.2);

- доступ до відповідних даних пацієнтів та інформаційних систем охорони здоров'я (Q 6.3.3);

- управління пацієнтом/практикою (Q 6.3.4).

Анотації:

— *Ефективне використання інформаційно-комунікаційних технологій* включатиме використання комп'ютерів, стільникових/мобільних телефонів, внутрішніх і зовнішніх мереж та інших засобів, а також координацію з бібліотечними службами.

— *Етичне використання* стосується проблем, пов'язаних з конфіденційністю як для лікаря, так і для пацієнта, внаслідок розвитку технологій у медичній освіті та охороні здоров'я. Відповідні запобіжні заходи будуть включені до відповідної політики для сприяння безпеці лікарів і пацієнтів, одночасно надаючи їм можливість використовувати нові інструменти.

6.4. Взаємодія з колегами

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— заохочувати співпрацю з колегами та іншими медичними працівниками в діяльності БПР (В 6.4.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— залучати лікарів до розвитку компетенцій колег, у тому числі лікарів, які навчаються, студентів і суміжного медичного персоналу (Q 6.4.1).

Анотації:

— *Співпраця* з іншими медичними працівниками сприяла б міждисциплінарному навчанню.

6.5. Формалізована діяльність БПР

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— у співпраці із зацікавленими сторонами розробити системи, які заохочують і визнають участь у місцевих, національних і міжнародних заходах БПР, наукових зустрічах та інших формалізованих заходах (В 6.5.1);

— забезпечити можливість лікарям відвідувати офіційні заходи БПР (В 6.5.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— забезпечити можливість лікарям планувати та виконувати спеціальні заходи БПР, наприклад поглиблене навчання для підвищення рівня своїх компетенцій (Q 6.5.1).

Анотації:

— *Формалізована діяльність БПР* включатиме відвідування курсів або лекцій, електронне навчання, інституційне, національні та міжнародні конференції, участь у науковій та організаційній діяльності.

— *Зацікавлені сторони* включатимуть директора, а також інші зацікавлені сторони, див. 1.4, анотації.

6.6. Медичні дослідження та наука

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— забезпечити можливості для участі в заходах з розвитку якості в рамках БПР (В 6.6.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— дозволити участь у дослідницьких проєктах у рамках БПР, якщо це доречно (Q 6.6.1).

Анотації:

— *Медичні дослідження та стипендії* охоплюють наукові дослідження в фундаментальних біомедичних, клінічних, поведінкових і соціальних науках. Медична стипендія означає академічне досягнення передових медичних знань і досліджень. Медична дослідницька основна програма БПР буде забезпечена дослідницькою діяльністю в навчальних закладах або дочірніх установах і/або стипендією та науковою компетентністю викладачів. Вплив медичних досліджень на поточну діяльність БПР полегшить вивчення наукових методів і доказової медицини.

6.7. Освітня експертиза

Основні стандарти

Медична професія повинна:

— сформулювати й упровадити політику щодо використання освітньої експертизи, що передбачає планування, реалізацію та оцінку діяльності БПР (В 6.7.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— забезпечити, щоб окремі лікарі мали доступ до освітнього досвіду та використовували його в діяльності БПР (Q 6.7.1).

Анотації:

— *Формування та реалізація* політики має включати консультації з директором та іншими зацікавленими сторонами, див. 1.4, анотації.

— *Освітня експертиза* має займатися проблемами, процесами і практикою медичної освіти і включатиме лікарів, педагогів, психологів та соціологів з досвідом роботи в медичній освіті. Можна надати навчальний підрозділ у навчальному закладі або отримати в іншому національному чи міжнародному закладі.

6.8. Навчання в альтернативних установах**Основні стандарти**

Медична професія повинна:

— сприяти свободі пересування лікарів, щоб сприяти їх здатності отримати досвід, відвідуючи інші заклади чи заклади в межах або за межами країни (В 6.8.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— сприяти — у співпраці із зацікавленими сторонами — національним і міжнародним навчальним візітам для лікарів (Q 6.8.1);

— переконатися, що відповідні органи влади встановлюють відносини з відповідними національними, регіональними та глобальними органами для сприяння наданню і взаємному визнанню діяльності БПР (Q 6.8.2).

Анотації:

— *Свобода пересування* вказує на необов'язковий характер навчання в альтернативних умовах, наприклад навчання лікарів за межами власної країни.

— *Відвідування інших установ* передбачає співпрацю, обмін досвідом.

— *Зацікавлені сторони включатимуть директора*, а також інші зацікавлені сторони, див. 1.4, анотації.

— *Для сприяння наданню та взаємному визнанню БПР* діяльність включає створення транскордонної БПР.

7. Оцінка діяльності БПР**7.1. Механізми моніторингу й оцінки програм****Основні стандарти**

Медична професія повинна створити й застосувати механізми:

— для контролювання діяльності БПР (В 7.1.1);

— оцінювання процесів і результатів діяльності БПР (В 7.1.2).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має під час моніторингу й оцінки:

— розповісти про місію, очікувані результати, освітню програму, оцінку, якщо така є, документацію, участь окремих лікарів у БПР, забезпечення БПР та освітні ресурси (Q 7.1.1);

— використовувати дані для моніторингу й оцінки отриманих результатів, включно зі здатністю надавати високоякісну допомогу пацієнтам (Q 7.1.2);

— розглянути можливість залучення експертів до надання медичної допомоги та медичної освіти для оцінки БПР (Q 7.1.3).

Анотації:

— *Моніторинг програми* означатиме регулярний збір даних про ключові аспекти програми з метою забезпечення того, що освіта йде за планом, і для визна-

чення будь-яких сфер, які потребують втручання. Збір даних нерідко є частиною адміністративних процедур у зв'язку з прийомом лікарів, оцінкою та завершенням програми.

— *Оцінка програми* — це процес систематичного збору інформації для оцінки ефективності та адекватності освітньої програми. Це передбачало б використання надійних і дійсних методів збору та аналізу даних з метою демонстрації якості програми щодо місії та запланованих і отриманих результатів. Залучення зовнішніх рецензентів, а також експертів з медичної освіти й оцінювання і регуляторних органів ще більше підвищить якість БПР.

— Розгляньте можливість залучення експертів для подальшого розширення бази доказів якості. Це полегшило б моніторинг наявних ресурсів, освітніх результатів і переваг, отриманих окремим лікарем.

7.2. Відгуки з провайдерами**Основні стандарти**

Медична професія повинна забезпечити:

— постачальники БПР на постійній основі шукають інформацію від цільових лікарів щодо їхньої професійної діяльності та потреб у навчанні (В 7.2.1);

— систематично шукають, аналізують і вживають конструктивні відгуки від учасників діяльності БПР (В 7.2.2);

— інформація про результати зворотного зв'язку надається зацікавленим сторонам (В 7.2.3).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— забезпечити розвиток систем систематичного зворотного зв'язку від учасників БПР до виконавців БПР та органів, відповідальних за діяльність БПР (Q 7.2.1);

— проаналізувати переваги участі лікарів у БПР у зв'язку з їхніми навчальними потребами (Q 7.2.2);

— переконатися, що учасники БПР беруть активну участь в оцінюванні діяльності БПР і використанні результатів у плануванні БПР (Q 7.2.3).

Анотації:

— *Зворотний зв'язок* включатиме заплановану комунікацію між окремими лікарями та керівниками, щоб забезпечити засоби правового захисту, необхідні для покращання розвитку компетенцій.

— *Системами для систематичного зворотного зв'язку* можуть бути дані про планування, виконання і результати БПР для певного кола лікарів.

7.3. Залучення зацікавлених сторін**Основні стандарти**

Медична професія повинна:

— залучити основні зацікавлені сторони до своєї програми моніторингу й оцінки (В 7.3.1).

Стандарти розвитку якості

Медична професія має:

— для інших зацікавлених сторін:
- дозволити доступ до результатів оцінки курсу й програми (Q 7.3.1);

- отримати їхні відгуки про роботу лікарів (Q 7.3.2);

- отримати їхні відгуки про програму (Q 7.3.3).

Анотації:

— Основними зацікавленими сторонами будуть окремі лікарі й постачальники БПР.

— Інші зацікавлені сторони, див. 1.4, анотації.

8. Організація**8.1. Документація та потреби для планування БПР****Основні стандарти**

Медицина професія повинна:

— планувати діяльність БПР на основі формулювання місії та визначення результатів (В 8.1.1).

Стандарти розвитку якості

Медицина професія має:

— розробити системи, які забезпечують документацію щодо якості практики, відстеження результатів і порівняння груп однолітків для сповіщення лікарів і основних зацікавлених сторін (Q 8.1.1).

Анотації:

— Заява місії, див. 1.1.

— Визначення результатів, див. 1.3.

— Основні зацікавлені сторони, див. 1.4, анотації.

8.2. Академічне лідерство**Основні стандарти**

Медицина професія повинна:

— нести відповідальність за керівництво й організацію діяльності БПР (В 8.2.1).

Стандарти розвитку якості

Медицина професія має:

— забезпечити регулярну оцінку професійного лідерства щодо досягнення місій і результатів діяльності БПР (Q 8.2.1).

Анотації:

— Керівництво та організація включатиме медичні асоціації, медичні товариства та інші професійні організації. Численні інші установи забезпечуватимуть діяльність з БПР, не підпорядковану безпосередньо медичній професії, включаючи комерційні медичні компанії, фармацевтичну/медико-технічну промисловість, споживачів і споживчі організації та комерційних постачальників БПР. Формалізовані заходи БПР, які традиційно проводяться вчителями, забезпечуватимуть і підтримуватимуть такі заклади, як медичні школи/університети чи інститути післядипломної освіти, професійні організації, національні та міжнародні наукові організації, місцеві чи національні органи охорони здоров'я, а також фармацевтичні/медичні установи з технічною промисловістю.

8.3. Освітній бюджет і розподіл ресурсів**Основні стандарти**

Медицина професія повинна:

— створити бюджетні системи для фінансування та підтримки діяльності БПР у відповідь на потреби, визначені професією та постачальниками БПР (В 8.3.1);

— забезпечити, щоб фінансування діяльності БПР у принципі входило до складу витрат системи охорони здоров'я (В 8.3.2).

Стандарти розвитку якості

Медицина професія має:

— організувати системи фінансування діяльності з БПР, забезпечуючи незалежність вибору лікарем діяльності з БПР (Q 8.3.1).

Анотації:

— Бюджетні системи залежатимуть від бюджетної практики в країні.

8.4. Адміністрація**Основні стандарти**

Медицина професія повинна:

— забезпечити адекватне управління діяльністю БПР (В 8.4.1).

Стандарти розвитку якості

Медицина професія має:

— забезпечити, щоб адміністративні структури для формалізованої діяльності БПР сприяли забезпеченню якості і вдосконалення (Q 8.4.1)

Анотації:

— Адекватне управління означатиме достатній опис, оцінку й документування діяльності БПР і їх організації та залежатиме від ефективної взаємодії між окремим лікарем і постачальником БПР.

9. Постійне оновлення**Основні стандарти**

Медицина професія повинна:

— ініціювати процедури регулярного перегляду та оновлення процесу, структури, змісту, результатів/компетенцій, оцінювання і навчального середовища програми (В 9.0.1);

— усувати задокументовані недоліки в діяльності БПР (В 9.0.2);

— виділяти ресурси для постійного оновлення діяльності БПР (В 9.0.3).

Стандарти розвитку якості

Медицина професія має:

— базувати процес оновлення на проспективних дослідженнях і аналізах, а також на результатах місцевої оцінки та літературі з медичної освіти (Q 9.0.1);

— забезпечити, щоб процес оновлення та реструктуризації призвів до перегляду політики та практики діяльності БПР відповідно до минулого досвіду, поточної діяльності та майбутніх перспектив (Q 9.0.2);

— вирішити наступні питання в процесі відновлення діяльності БПР:

- адаптація місії та результатів до наукової, соціально-економічної та культурної сфери розвитку суспільства (Q 9.0.3);

- перегляд і визначення компетенцій, необхідних для включення наукового прогресу медицини та мінімалних потреб суспільства (Q 9.0.4);

- перегляд системи навчання і навчальних методів, щоб переконатися, що вони відповідні й актуальні (Q 9.0.5);

- розробка методів самооцінки та навчання на основі практики для сприяння навчанню лікарів протягом усього життя (Q 9.0.6);

- розвиток організаційних та управлінських структур, щоб допомогти лікарям надавати високоякісну допомогу і задовольняти нові потреби своїх пацієнтів (Q 9.0.7);

- обмірковування та постійне вдосконалення змісту і методів (Q 9.0.8).

Анотації:

— *Перспективні дослідження* включатимуть дослідження і навчання для збору й отримання даних і доказів щодо досвіду конкретної країни з найкращою практикою.

Список літератури

Список літератури охоплює публікації та документи, які надають передумови й розвиток стандартів WFME, а також посилання на поточні сторінки, що ілюструють, але не повністю, поточний (станом на вересень 2015 року) розвиток галузі стандартів медичної освіти.

Попередні й сучасні стандарти WFME

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003. Available from: <http://wfme.org/standards/bme/3-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>.

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition [Internet]. 2012. Available from: <http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>.

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition 2012, revised. 2015.

World Federation for Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003. Available from: <http://wfme.org/standards/pgme/17-quality-improvement-in-postgraduate-medical-education-english/file>.

World Federation for Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition. 2015.

World Federation for Medical Education (WFME). Continuing Professional Development of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003. Available from: <http://wfme.org/standards/cpd/16-continuing-professional-development-cpd-of-medical-doctors-english/file>.

World Federation for Medical Education (WFME). Continuing Professional Development of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition. 2015.

World Federation for Medical Education (WFME) and The Association of Medical Schools in Europe (AMSE). WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. European Specifications [Internet]. 2007. Available from: <http://wfme.org/standards/european-specifications/21-european-specifications-english/file>.

Загальні

Boelen C., Bandaranayake R., Bouhuijs P.A.J., Page G.G., Rothman A.I. Towards the Assessment of Quality in Medical Education [Internet]. WHO/HRH/92.7. 1992. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HRH_92.7.pdf.

Christensen L., Karle H., Nystrup J. Process-outcome interrelationship and standard setting in medical education: the need for a comprehensive approach. Med. Teach. 2007. 29. 672-7.

Cohen J. Defining international standards in basic medical education: the World Federation for Medical Education has initiated a timely discussion. Commentary. Med. Educ. 2000. 34. 600-1.

Cohen J. Academic medicine's latest imperative: achieving better health care through global medical education standards. Med. Educ. 2003. 37. 950-1.

European Commission. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council [Internet]. 2013. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32013L0055>.

Gastel B.A. Toward a global consensus on the quality of medical education: serving the needs of populations and individuals. Acad. Med. 1995. 70 (Suppl. 7). S73-5.

General Medical Council (GMC). Good medical practice [Internet]. 2013 with update 2014. Available from: www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp.

Gordon D., Christensen L., Dayrit M., Dela F., Karle H., Mercer H. Educating health professionals: the Avicenna project. Lancet. 2008. 371. 966-7.

Gordon D., Christensen L., Karle H., Walters T. The Avicenna Directories — A new tool in quality assurance of medical education. World Medical Journal. 2009. 55. 9-11.

Hays R. International accreditation of medical schools. Letter to the Editor. Med. Educ. 2003. 37. 662.

Hays R., Baravilala M. Applying global standards across national boundaries: lessons learned from an Asia-Pacific example. Commentary. Med. Educ. 2004. 38. 582-4.

Karle H. Global standards in medical education for better health care. Commentary. Med. Educ. 2002. 36. 1116.

Karle H. Global Standards and Accreditation in Medical Education: A view from the WFME. Acad. Med. 2006. 81 (Suppl. 12). S43-8.

Karle H. and on the behalf of the Executive Council World Federation for Medical Education. International recognition of basic medical education programmes: A WFME Position Paper. Med. Educ. 2008. 42. 12-7.

Karle H., Walton H., Lindgren S. The World Federation for Medical Education (WFME). History of the First Forty Years 1972–2012 [Internet]. 2012. Available from: <http://wfme.org/documents/about-wfme/79-wfme-history-of-the-first-forty-years-1972-2012/file>.

Lilley P.M., Harden R.M. Standards and medical education. Editorial. Med. Teach. 2003. 25. 349-51.

Lindgren S., Karle H. Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. Med. Teach. 2011. 33. 667-72.

van Niekerk J.P. WFME Global Standards receive ringing endorsement. Commentary. Med. Educ. 2003. 37. 585-6.

van Niekerk J.P., Christensen L., Karle H., Lindgren S., Nystrup J. WFME Global Standards in Medical Education: status and perspectives following the 2003 WFME World Conference. Conference Report. Med. Educ. 2003. 37. 1050-4.

Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System (ORPHEUS), As-

sociation of Medical Schools in Europe (AMSE) and World Federation of Medical Education (WFME). Standards for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in Europe. A proposal [Internet]. 2012. Available from: <http://wfme.org/standards/phd/57-standards-for-phd-education-in-biomedicine-and-health-sciences-in-europe/file>.

Prideaux D. Globalisation and Health Professional Education. Editorial. The ANZAME Journal "Focus on Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal". 2003. 5. V.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2005 Framework [Internet]. 2005. Available from: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The Draft CanMEDS 2015 Physicians Competency Framework [Internet]. Frank J.R., Snell L.S., Sherbino J., editors. 2015. Available from: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds_2015_framework_series_III_e.pdf.

Segouin C., Nystrup J., Christensen L., Karle H. Faut-il prescrire des standards internationaux en éducation médicale? Compte-rendu de la conférence mondiale organisée par la World Federation for Medical Education (WFME) à Copenhague (15–19 Mars 2003) "Global standards in medical education for better health care". Pédagogie Médicale. 2004. 5. 1-3.

The Edinburgh Declaration. Notes and Views. The Lancet. 1988. 8068. 464.

World Federation for Medical Education (WFME). Proceedings of the World Summit on Medical Education. Med. Educ. 1994. 28 (Suppl. s1). 1-171.

World Federation for Medical Education (WFME). The Executive Council. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. Med. Educ. 1998. 32. 549-58.

WFME World Conference "Global Standards for Medical Education — For Better Health Care". Copenhagen 15–19 March 2003.

World Federation for Medical Education (WFME) and Federation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER). New World Directory of Medical Schools. In collaboration with WHO and the University of Copenhagen [Internet]. 2014. Available from: <http://www.wdoms.org>.

World Health Organization (WHO). World Health Assembly (WHA). WHA Resolution 42.38. 1989.

World Health Organization (WHO). World Health Assembly (WHA). Reorientation of medical education and medical practice for health for all [Internet]. WHA Resolution 48.8. 1995. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/WHA48-8_EN.pdf?ua=1.

World Health Organization (WHO). Division of Development of Human Resources. Changing Medical Education. An Agenda for Action [Internet]. WHOEDUC/91.200. 1991. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60494/1/WHO_EDUC_91.200.pdf?ua=1.

World Health Organization (WHO). Division of Development of Human Resources. Priorities at the interface

of health care, medical practice and medical education: Abbreviated report of the global conference on international collaboration on medical education and practice [Internet]. WHO/HRH/95.3. 1994. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59554/1/WHO_HRH_95.3.pdf.

World Health Organization (WHO). Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all [Internet]. WHO/HRH/96.1. 1996. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HRH_96.1.pdf.

World Health Organization (WHO). World Directory of Medical Schools, 7th ed. Geneva, 2000.

World Health Organization (WHO). Department of Human Resources for Health. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives [Internet]. 2009. Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf.

World Health Organization (WHO) and World Federation for Medical Education (WFME). WHO/WFME strategic partnership to improve medical education [Internet]. 2004. Available from: <http://who.int/hrh/links/partnership/en>.

Пов'язані з БПР

Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME). Standards for commercial support 2004 and accreditation criteria 2006 [Internet]. Available from: <http://www.accme.org>.

American Medical Association (AMA). The Continuing Professional Development of Physicians. From Research to Practice. Davis D., Barnes B.E., Fox R., editors. 2003.

Cambell C., Silver I., Sherbino J., Ten Cate O., Holmboe E.S. For the international CBME Collaborators. Competency based continuing professional development. Med. Teach. 2010. 32. 657-62.

European Commission. Advisory Committee on Medical Training of the European Commission. Report and Recommendations on Continuing Medical Education. ACMT Doc. XV/E/8414/94. 1994.

European Union of Medical Specialists (UEMS). European Standards in Medical Training. Charter on Training of Medical Specialists in the European Community [Internet]. 1994. Available from: <http://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training>.

European Union of Medical Specialists (UEMS). Basel Declaration. UEMS Policy on Continuing Professional Development [Internet]. 2001. Available from: http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0013/1246/35.pdf.

European Union of Medical Specialists (UEMS). The accreditation of Live Educational Events by the EAC-CME [Internet]. 2012. Available from: http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0017/1556/UEMS_2012.30_-_Accreditation_of_Live_Educational_Events_by_EAC-CME_-_ADOPTED_01.pdf.

General Medical Council (GMC). Continuing Professional Development. The international perspective [Internet]. 2011. Available from: http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/CPD_The_International_Perspective_Jul_11.pdf_44810902.pdf.

General Medical Council (GMC). Guidance on CPD [Internet]. Available from: www.gmc-uk.org/education/continuing_professional_development/cpd_guidance.asp.

Grant J. The Good CPD Guide, 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing, 2012.

Merkur S., Mladovsky P., Mossialos E., McKee M. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Policy Brief. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/75434/E93412.pdf.

Permanent Working Group of European Junior Doctors (EJD-PWG). Policy Statement on Continuing Medical Education/Continuous Professional Development [Internet]. PWG 99/083. 1999. Available from: http://juniorDoctors.eu/sites/default/files/uploaded_files/PWG-1999-083%20PWG%20Policy%20statement%20on%20CME-CPD%20PRINT.pdf.

Shahabudin S.H. Life-Long Learning and Continuing Education. Assessing Their Contribution to Individual and Organisational Performance. In: Towards a Global Health Workforce Strategy. Ferrinho P. and Dal Poz M. editors [Internet]. ITG Press, Antwerp, Belgium, 2003. Available from: <http://www.itg.be/itg/generalsite/infservices/downloads/shsop21.pdf>.

Standing Committee of European Doctors. Policy Statement on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD) [Internet]. CP 2001/083. 2001. Available from: <http://doc.cpme.eu:591/adopted/CP%202001-082%20Final%20EN.pdf>.

Standing Committee of European Doctors. Continuing Professional Development. Improving healthcare quality, ensuring patient safety. Consensus Statement [Internet]. 2006. Available from: <http://doc.cpme.eu:591/Adopted/2006/CPDdeclaration.pdf>.

The Association of Faculties of Medicine of Canada. Accreditation standards [Internet]. Available from: <https://www.afmc.ca/accreditation/committee-accreditation-continuing-medical-education-cacme/accreditation-standards>.

Wentz D.K., editor. Continuing Medical Education: Looking Back, Planning Ahead. Dartmouth College Press. University Press of New England, USA, 2012.

World Medical Association. (WMA). WMA Statement concerning the Relationship between Physicians and Commercial Enterprises [Internet]. 2004, amended 2009. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/r2/index.html>.

World Medical Association (WMA). WMA Statement on Conflict of Interests [Internet]. 2009. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i3/index.html>.

Додаток. Члени робочої групи Робоча група

Professor Leif Christensen

Senior Advisor

World Federation for Medical Education University of Copenhagen Copenhagen, Denmark

Professor Janet Grant

Education in Medicine, the Open University Director, Centre for Medical Education in Context Special Advisor

World Federation for Medical Education
London, UK

Dr. Hans Karle (Chairman)

President Emeritus

World Federation for Medical Education University of Copenhagen Copenhagen, Denmark

Professor Stefan Lindgren

Past President World Federation for Medical Education
Lund University

Malmö, Sweden

Dr. Jørgen Nystrup

Senior Advisor World Federation for Medical Education
University of Copenhagen Copenhagen, Denmark

Professor Hans Sjöström

Senior Advisor

World Federation for Medical Education University of Copenhagen Copenhagen, Denmark.

Міжнародна група експертів (список містить учасників документа 2003 року, а також даного переглянутого документа)

Dr. Walid A. Abubaker

WHO Regional Office for Eastern Mediterranean Cairo,
Egypt

Professor Ibrahim Alawan

Regional Association for Medical Education Saudi
Arabia

Dr. Alejandro Aparicio

American Medical Association Chicago, USA

Dr. Nadia Badrawi

National Authority for Quality Assurance and Accreditation in Education Cairo, Egypt

Dr. Nobutaro Ban

Nagoya University Graduate School of Medicine

Dr. Sekelani S. Banda

Cavendish University Lusaka, Zambia

Professor Raja Bandaranayake

Rose Bay, NSW, Australia 2029

Professor Ibrahim H. Bani-Hani

Jordan University of Science and Technology Irbid,
Jordan

Dr. Barbara Barzansky

American Medical Association

Professor Cheng Boji

Beijing University Health Science Centre Beijing, China

Professor Maria Rosa Fenoll Brunet

Universidad Rovira I Virgili Reus, Spain

Dr. Francisco Campos

Ministry of Health Sao Paulo, Brazil

Professor Thomas V. Chacko

PSG Institute of Medical Sciences & Research Coimbatore, India

Dr. Dale Dauphinee

McGill University Montreal, Canada

Professor Jean-Francois Denef

Université Catholique de Louvain Louvain-la-Neuve,
Belgique

Professor Peter Dieter

Faculty of Medicine Dresden, Germany

Professor Michael Field

University of Sydney Sydney, Australia

Professor Laurie Geffen

University of Queensland Brisbane, Australia

Professor Hossam Hamdy

University of Sharjah

Sharjah, United Arab Emirates

Dr. Hannu Halila

UEMS

Helsinki, Finland

Professor Richard Hays

Bond University Bond, Australia

Dr. Dan Hunt

Association of American Medical Colleges Washington, USA

Dr. Miguel R. Jorge

Brazilian Medical Association São Paulo, Brazil

Professor Zein Alabdin A/Rahim Karrar

Sudan Medical Council Khartoum, Sudan

Dr. Anne M. Keane

Medical Council Dublin, Ireland

Dr. Otmar Kloiber

World Medical Association Ferney-Voltaire, France

Dr. Murray Kopelow

ACCME USA

Dr. Jana Krejčíková

Institute for Postgraduate Medical Education Prague, Czech Republic

Professor Chi-Wan Lai

Sun Yat-Sen Cancer Center

Chairman, Taiwan Medical Accreditation Council Taiwan.

Professor Juan Victor Lara

Universidad de Guadalajara Guadalajara, Jalisco, Mexico

Professor Sam Leinster

University of East Anglia Norwich, United Kingdom

Professor Petr F. Livitckiy

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy Moscow, Russia

Professor Oleg Medvedev

Lomonosov Moscow State University Moscow, Russia

Professor Jadwiga Mirecka

Jagiellonian University Krakow, Poland

Dr. Geneviève Moineau

CACMS/CACME Canada

Professor Mariela Montilva

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, UCLA Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela

Professor Nobuo Nara

Tokyo Medical and Dental University

Director, Center for Education Research in Medicine and Dentistry Tokyo, Japan

Dr. Tewfik Nawar

Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)

Université de Sherbrooke

Sherbrooke, Québec, Canada

Professor J.P. van Niekerk

South African Medical Association Cape Town, South Africa

Dr. John J. Norcini

FAIMER Philadelphia, USA

Dr. Farida Nurmanbetova

National Accreditation Centre Astana, Kazakhstan

Mrs. Lorna Parkins

CAAM

Kingston, Jamaica

Dr. Elabeh Malakan Rad

Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

Professor Trudie Roberts

University of Leeds Leeds, United Kingdom

Professor Herman van Rossum

Free University of Amsterdam Amsterdam, the Netherlands

Mrs Lene Rybner

Danish Medical Association Copenhagen, Denmark

Professor Iskender Sayek

Association for Evaluation and Accreditation of Medical Education Programmes in Turkey Ankara, Turkey

Dr. Christophe Segouin

Université de Paris Paris, France

Dr. Nantana Sisirup

Chulalongkorn University Bangkok, Thailand

Mrs. Theanne Walters

Australian Medical Council Canberra, Australia

Dr. Dennis K. WentzWentz Miller Global Services, LLC Denver, USA
mailto:dkwentz@aol.com**Professor Luann Wilkerson**

David Geffen School of Medicine, UCLA Los Angeles, USA

Professor Robert F. Woollard

University of British Columbia Vancouver, Canada

Professor Toshimasa Yoshioka

Tokyo Women's Medical University Tokyo, Japan

Ph. D. Martha Van Zanten

Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER) Philadelphia, USA

Виконавча рада WFME**Голова:****Professor David Gordon**

President

World Federation for Medical Education (WFME) Ferney-Voltaire, France

Учасники:**Professor Ibrahim Al Alwan**

President

Association for Medical Education in the Eastern Mediterranean Region (AMEEMR) Riyadh, Saudi Arabia

Dr. Emmanuel G. Cassimatis

President & CEO

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) Philadelphia, USA

Stijntje Dijk

Medical student

Liaison Officer for Medical Education Issues

International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) Ferney-Voltaire, France

Professor Michael Field
President
Association for Medical Education in the Western Pacific Region (AMEWPR) Sidney, Australia

Dr. Otmar Kloiber
Secretary General
World Medical Association (WMA) Ferney-Voltaire, France

Professor Stefan Lindgren
Past President
World Federation for Medical Education Malmoe, Sweden

Dr. Pablo Pulido
President
Panamerican Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS) Caracas, Venezuela

Professor Trudie Roberts
President
Association for Medical Education in Europe (AMEE) Leeds, United Kingdom

Professor Nelson Sewankambo
President
Association of Medical Schools in Africa (AMSA) Kampala, Uganda

Professor Rita Sood
President
South East Asian Regional Association for Medical Education (SEARAME) New Delhi, India

Dr. Erica Wheeler
Technical Officer
Human Resources for Health
Department of Health Systems Policies and Workforce (HPW) World Health Organization (WHO) Geneva, Switzerland

WFME 18.IX.2015
Адаптований переклад підготувала Ю.О. Венцурік,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця ■

Мазур І.^{1,2}, Твердохліб Н.², Бурій О.², Савченко В.³, Скульська С.⁴, Гасюк Н.⁵,
Близнюк В.², Скрипніков П.⁶, Левицька В.⁷

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

³ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка», м. Суми, Україна

⁴КНП Білоцерківської міської ради «Дитяча стоматологічна поліклініка», м. Біла Церква, Україна

⁵Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

⁶Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

⁷КНП «Хмельницька обласна стоматологічна поліклініка», м. Хмельницький, Україна

Стоматологи України — разом до Перемоги

Світло помітніше на тлі ночі, а добрі справи — під час лихоліття, яким стала для українського народу нинішня війна. Вона увірвалася в наше життя рік тому, за цей час сталося багато горя та втрат, давно минули розгубленість і шок, прийшло усвідомлення того, що потрібно стояти пліч-о-пліч із прапором надії у руках, котрі не спочивають, а роблять все можливе для Перемоги. Медичні працівники, як завжди за тяжких часів, тримають фронт боротьби за людські життя. На полі бою, у військових шпиталях, на окупованих територіях і в тилу — скрізь, де біль, страждання й небезпека. Умови, в яких доводиться працювати медикам під час війни, не прописані у підручниках: усьому вчать непередбачувані обставини, іноді — інтуїція, завжди — набутий досвід, а головне — бажання бути там, де ти потрібен людям. Щоб здолати

перешкоди, навіть якщо вони здаються непереборними. Зруйновані лікарні, відсутність ліків, ризики для життя на робочому місці — все це супроводжує українських медиків упродовж війни. У стоматологів теж виникає безліч проблем, адже в них своя специфіка роботи. Та передусім вони дбають про своїх пацієнтів, які залишилися на окупованих територіях, у зоні бойових дій, в евакуації далеко від рідної домівки. А ще вони так само не сплять ночами від вибухів бомб, дістаються місця роботи через блокпости, працюють під загрозами ракетних ударів, проводжають своїх рідних і близьких на фронт, крають серце думкою про долі своїх дітей і гоять рани війни вірою у Перемогу, турботою про тих, хто просив допомоги, й улюбленою роботою. Час минає, але пережите закарбовується назавжди...

«Війна назавжди змінила наше життя і світогляд, ми відчули надійне плече друзів і особливу відповідальність за пацієнтів»

Ірина МАЗУР, президентка ГО «Асоціація стоматологів України»,
професорка кафедри стоматології НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Вислів «Переможемо разом!» перевірений часом. Тривожним, складним, таким, що випробовує кожного на витривалість і мужність, а також на спроможність дбати про інших, згуртувати всіх, хто поруч, за для досягнення єдиної мети. Такі часи стають іспитом не тільки для народів, а й для родин, колективів, професійних спільнот. Про виклики, які під час війни постали перед стоматологічною спільнотою України, та шляхи їх подолання розповіла президентка ГО «Асоціація стоматологів України», професорка Ірина Мазур.

— У пам'яті кожного українця назавжди закарбується перший день війни. Яким він був для вас?

— Так, 24 лютого 2022 року змінило наше життя назавжди. Тим більше найближчі плани. На 25 лютого був запланований масштабний захід для лікарів за ініціативи Асоціації стоматологів України у співпраці з компанією «МедЕксперт», тож саме на цьому була зосереджена вся

наша увага напередодні. Хтось планував відпочити, хтось внести останній штрих у лекцію чи організаційний клопіт. Але перші вибухи о 5-й ранку 24 лютого перекреслили все. Уже наступного дня на мою електронну адресу, як представника України у Всесвітній медичній асоціації та Постійному комітеті лікарів Європи, надійшли перші листи зі словами співчуття українським лікарям від цих міжнародних організацій, які уособлювали позицію всієї світової медичної спільноти. Перше, про що вони питали: чим допомогти? Це ж запитання ставила і я собі. Пригадала батька, котрий пережив Другу світову війну та, розповідаючи про різні кризові ситуації, завжди говорив: думай, що робити, коли здається, що виходу немає. І я намагалася його відшукати. Був Інтернет — отже, і зв'язок із зовнішнім світом. Найперше, що я усвідомила: нам потрібна буде значна кількість лікарських засобів. І повідомила про це представників Всесвітньої медичної асоціації та Постійного комітету лікарів Європи. Вони одразу відгукнулися,



Організація Фонду медичної допомоги Україні Всесвітньою медичною асоціацією

попросили надати конкретний список. Чесно кажучи, я ніколи в житті не займалася питаннями забезпечення закладів лікарськими засобами. Тож довелося радитися з колегами, аби визначити та сформулювати наші потреби.

— Як швидко вдалося їх забезпечити?

— Реакція міжнародних організацій була миттєвою: щодня я надсилала по 5–6 листів із переліками необхідних ліків, виробів медичного призначення, а вже наступного дня їх розсилали на поштові скриньки медичних асоціацій світу. Біля Києва точилися бої, у світі ніхто не вірив, що українці зможуть опиратися наступу, тим більше зупинити ворожу навалу, але головне, що в це вірили ми, тому залишалися в Києві й утверджували свою віру справами. Вже 10 березня завдяки такому активному листуванню було офіційно оголошено на сайті Всесвітньої медичної асоціації про створення Фонду медичної допомоги Україні, а 28 березня у Польщі приземлився літак із ліками, які зібрала міжнародна медична спільнота, — до України прибули три фури з гуманітарною допомогою. Всі медичні організації діяли через державні структури, котрі перерозподіляли гуманітарну допомогу. Логістика на той час була повністю зруйнована, ніхто не розумів, як доставити лікарські засоби до регіонів, особливо тих, що опинилися під окупацією. У цьому дуже допомогли координатори МОЗ, з якими я особисто спілкувалася. Завдяки їм гуманітарну допомогу спочатку отримували в західних областях України, а потім переправляли в гарячі точки за участі Червоного Хреста. Нам було дуже важливо відчувати міжнародну підтримку. І це стосувалося не тільки матеріальних речей. Колеги з-за кордону, враховуючи, що я фактично перебувала в зоні можливої окупації, завжди запитували, чи можуть оголошувати прізвища й телефони у відкритому доступі, адже ворог був зовсім поряд.

29 березня рятівний вантаж ліків вже поїхав у різні куточки України. Водночас прийшло розуміння того,



**Перший літак і перший гуманітарний конвой в Україну від Всесвітньої медичної асоціації,
Постійного комітету лікарів Європи**

що на випадок подібних ситуацій має бути розроблений єдиний регуляторний документ, бо зорієнтуватися в тому, як діяти, тоді було вкрай складно, особливо людям, які не причетні до питань забезпечення ліками. А шукати причетних не було часу: пацієнти потребували медичної допомоги, тому йшли до нас. Ми усвідомлювали власну відповідальність за їхнє життя та здоров'я.

Добре, що в цьому напрямку активно працював офіс Всесвітньої медичної асоціації: була чітка організація роботи у відповідь на наше листування. І перша суттєва допомога надійшла саме від асоціації та Постійного комітету лікарів Європи — усім українським лікарям.

Чого передусім не вистачало українським стоматологам, які на той час залишалися працювати в Україні?

До мене почали надходити телефонні дзвінки від колег, яким взагалі не було чим надавати стоматологічну допомогу. Якщо, наприклад, «звичайні» ліки йдуть через аптеки, відповідні структури хоч якось забезпечували логістику їх постачання, то з засобами для надання стоматологічної допомоги все відбувається інакше, тому все виявилося набагато складніше. Адже без анестетиків таку допомогу практично неможливо надати! Натомість мало хто розуміється на особливостях її забезпечення. Червоний Хрест переважно дбає про загальну медичну допомогу. Тож вибудовувати канали підтримки було вкрай важко. До того ж представники фірм, які забезпечували логістику стоматологічних матеріалів і анестетиків, на той час виїхали з України, деякі склади були зруйновані, а вцілілі стояли закриті або ж їх рядові працівники без дозволу згори не могли нічого відвантажувати. Тому коли ми вже у березні отримали анестетики як гуманітарну допомогу, це було першою перемогою. Компанія «Укр-Медмаркет» допомогла нам їх відвантажити, а ми стояли по 4–5 годин на «Новій пошті» та розсилали знеболювальні засоби у різні міста, навіть окуповані. Хоча потім дізналися, що окупанти все відбирали, знищували й лікарі нічого не могли отримати...

— Чи не згасла ініціатива підтримки з часом, коли шок від перших жахів війни минув?

— Ні. І за це ми дякували на засіданнях Генеральної асамблеї Всесвітньої медичної асоціації та Постійного комітету лікарів Європи їх представникам і керівництву. Це було дуже важливо, бо на Генасамблеї збираються всі асоціації, включно з російською, що спостерігала, як представникам незламної України аплодував весь світ на знак підтримки й поваги до наших героїв. Нам допомагали і стоматологічні асоціації різних країн, зокрема США. Остання перерахувала кошти, які ми розподілили серед поліклінік, котрі подавали заявки на гуманітарну допомогу. Німецька асоціація надала стоматологічне обладнання, автомобілі, пересувні стоматологічні установи — все це переважно розподілялося на медслужбу ЗСУ. Завдяки допомозі з Литви вдалося вже наприкінці березня розгорнути гуманітарний штаб на базі Тернопільського національного медичного університету. Студенти допомагали розвантажувати й передавати у поліклініки необхідні матеріали, але тільки за запитом лікувальних закладів. Це було правильним кроком, хоча й інтуїтивним, адже досвіду організації гуманітарних штабів ні в кого не було. Однак життя змусило нас займатися незвичними



Засідання Генеральної асамблеї Постійного комітету лікарів Європи (CPME) спільно зі Світовою медичною асоціацією (WMA) та Європейським форумом медичних асоціацій (EFMA) на підтримку України, 25 березня 2022 року

для нас справами, і ми з цим впоралися. Потроху логістичні поставки відновилися, тому з лікарськими засобами сьогодні ситуація поліпшилася.

— На які напрямки ще доводилося звернути увагу Асоціації?

— Ще однією надважливою справою була організація професійного спілкування стоматологів. І ми не чекали, доки все владнається, щоб потім цим зайнятися. Вже 7 квітня 2022 року ми відновили проведення освітніх заходів БПР! Атестацію на період дії воєнного стану скасували, тож бали лікарям не обов'язково набирати, але для них важливо спілкуватися у професійному колі, відчувати, що їх не покинули за скрутних часів, що професійна асоціація про них дбає і повноцінно працює з перших днів війни. Лікарі про це писали у своїх відгуках, у соцмережах. Ми не тільки читали лекції на різні теми, а ще й проводили опитування серед лікарів: у яких умовах вони працюють, як змінилася їхня робота, що для них зараз важливо та потрібно. На опитування відгуквалися всі, особливо ті, хто був вимушений залишити свої



Solidarity with dental colleagues and all people in Ukraine

It is with great dismay and concern that dentists in Europe, represented by the Council of European Dentists (CED) and the European Regional Organization of the World Dental Federation (ERO), look at the events in Ukraine. After more than seven decades of peace and security, no one would have believed just a few days ago that they would have to witness a war of aggression in Europe. The images of the people tightly packed in the metro stations of the capital Kiev, seeking shelter from the bombings, painfully remind us all of how fragile and in need of protection even our long taken-for-granted state of peace really is. Russia's attack has turned the wheel of history far back. The fear of a third world war, perhaps even waged with nuclear weapons, has returned.

All over the world - on the streets as well as on social media - there is an impressive show of solidarity these days with Ukraine and its people, who are fighting with great bravery to be able to continue as a free country governed by democracy, and the courage and determination demand the greatest respect from all of us.

The leading organizations of European dentists, on behalf of their member organizations in the countries of the European Union and - in the case of the ERO - other countries outside the Union, declare their full solidarity with the dentists in Ukraine, their practice teams and all the inhabitants of this embattled country. In many member states of the CED and the ERO, fundraising and relief actions have already been launched, also by the dentists, and we ask you to support these actions in the interest of all those who are affected by the consequences of the fighting.

Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg
President CED

Dr. Michael Frank
President ERO

FDI

LEADING THE WORLD TO OPTIMAL ORAL HEALTH

Ukrainian Dental Association
Pisarenko Str., 10-A, Suite 410
4000 Kiev
02000
Ukraine

Geneva, 08 March 2022

Subject: FDI Calls for Medical Neutrality to be Observed in Ukraine

FDI World Dental Federation (FDI) stands in solidarity with the healthcare community and the Ukrainian Dental Association to express deep concerns about the conflict taking place in Ukraine. We call for the international principle of medical neutrality and human rights to be upheld and respected.

The escalating health crisis in Ukraine has deeply alarmed FDI. We want to stress that medical facilities and health workers must not become military targets. Protection of healthcare workers, including dentists and dental teams must be ensured. The security of health personnel must be guaranteed, and health professionals should not be prevented from performing their professional duties.

FDI President, Professor Ivarane Ben Yahya says, "In times of armed conflicts and civil unrest, medical services must be permitted to continue without any interference. FDI calls for healthcare providers, such as dentists and dental teams to be able to continue their duty of care safely. All required measures must be taken to ensure patients and casualties have secure access to healthcare. My deepest thoughts and prayers are with my Ukrainian colleagues with whom I stand in solidarity."

"Thanks to the professional unity of dentists under the auspices of FDI, a hotline to support refugee dentists from Ukraine has been created. Dentists in Poland and Moldova provide the necessary assistance to the refugee dentists, who are mostly women with children. You can contact Ukrainian Dental Association using the support hotline," adds Dr. Inasa, President of Ukrainian Dental Association.

FDI condemns the use of force on medical facilities and emphasizes that preventing dentists and other healthcare providers from performing their duties clearly violates international law, in particular the Geneva Convention and its Additional Protocols. It also puts countless civilians at risk. FDI calls for the work of healthcare providers and the neutrality of healthcare institutions to be respected.

Yours sincerely,


Professor Ivarane Ben Yahya
President of FDI World Dental Federation


Dr. Enzo Bonducci
Executive Director

FDI WORLD DENTAL FEDERATION
Chemin de la Joliverie, 28 • 1205 Geneva • Switzerland
Tel: +41 22 360 81 00 • Fax: +41 22 360 81 80 • communications@fdi-world-dental.org

American Dental Association
America's leading advocates for oral health

March 16, 2022

Dr. Inasa Mazur
President
Ukrainian Dental Association
Pisarenko Str., 10-A, Suite 410
4000 Kiev 02000
UKRAINE

Cesar R. Sabates, D.D.S.
President

Dear Dr. Mazur:

The American Dental Association is saddened by the current events in Ukraine, and your ADA colleagues hope that you, your family, your members, and your employees are safe.

I believe that our global dental community should lend a hand to each other in times of great difficulty, and as a fellow member of the FDI World Dental Federation, the ADA extends its support in the spirit of goodwill and camaraderie. What are your most urgent needs, and how best can the ADA help with them? Please let us know how we can offer meaningful support to you at this time.

As the people of Ukraine continue to demonstrate great courage, please know that we are thinking of you. Our dental community stands with you in solidarity.

Sincerely,


Cesar R. Sabates, D.D.S.
President

Cc: Dr. Andriy Demidov, secretary, Ukrainian Dental Association
Prof. Ivarane Ben Yahya, president, FDI World Dental Federation
Dr. Greg Chabnick, president-elect, FDI World Dental Federation
Enzo Bonducci, executive director, FDI World Dental Federation
Dr. George Shepley, president-elect
Dr. Dan Klemmedsen, USA NAC to the FDI World Dental Federation
Dr. Ray Cohnema, executive director
Dr. Deby Shapiro, chief of governance and strategy management
Nicole Catral, director, social responsibility and philanthropy
Genevieve Koster, manager, international relations
Briane Rowland, manager, international outreach and programs

211 East Chicago Avenue
Chicago, Illinois 60611

F 312.442.2700
F 312.442.1888
www.ada.org

Листи підтримки українським лікарям від міжнародної стоматологічної спільноти

домівки. Пам'ятаєте, як писав Антуан де Сент-Екзюпері: єдина справжня розкіш — це розкіш людського спілкування. За часів війни цю істину розумієш по-особливому. Підтримка надає сили долати труднощі й насагу працювати далі, а спільне вирішення проблем наближає до перемоги. Торік наша ГО провела 20 заходів БПР — не заради балів, а задля спілкування, підтримки лікарів, згуртування Асоціації як дієвої організації та усвідомлення її важливості. І сьогодні, коли ми проаналізували відвідування заходів лікарями-стоматологами, то помітили: половина з них ставить за мету отримати бали, а половина обирає безоплатну участь, щоб просто почерпнути цікаву й потрібну для професійного зростання інформацію.

— **Війна спричинила багато проблем. Які з них ще очікують на вирішення?**

— Так, деякі не вирішені до кінця, а деякі ще попереду, але потребують уваги вже сьогодні. Наприклад, було

дуже багато запитів від МОЗ щодо лікування ТПО. Це добре, коли ми точково відгукуємося на проблеми таких людей, однак їх потрібно вирішувати глобально, попри відсутність коштів у державі під час війни. Так само маємо подумати й про те, як відновити стоматологічне здоров'я тих, хто сьогодні утримує лінію фронту. І це має відбуватися за рахунок держави, оскільки стоматологічна допомога тим, хто пройшов через горнило війни, знав тяжких поранень, буде високовартісною.

Так, через повномасштабне вторгнення перед нами постало чимало викликів. Все це було важко пережити й витримати. Водночас люди зрозуміли, що потрібно наполегливо працювати попри будь-які загрози, об'єднуватися і трудитися не тільки для забезпечення власного добробуту, а й задля вагомго внеску в життя країни, суспільства. Кожен з нас на своєму місці може привнести часточку у спільну перемогу. Це тільки здається, що наші зусилля — крапля в морі, бо разом ми — сила.

Statement
03/04/2022

FDI calls for medical neutrality to be observed in Ukraine



Slovakia – Help for Ukraine

In response to the flux of Ukrainian refugees, the Slovak Chamber of Dentists is actively joining the nation wide support by providing free emergency dental care to those in need.

For this purpose, the Association has launched an initiative called "Help for Ukraine" and has created a special website: <https://www.fdi.sk/stomatologichelp/> where the list of dentists who are ready to provide the necessary health care is updated daily.

The Chamber is monitoring the situation (mainly in eastern Slovakia), where over 100,000 refugees have crossed the border and most of them remain in these regions.

Should you wish to support this initiative either financially or with dental material, please contact Helena Sulik Salngova at dentsk@fisk.sk or +421 2 4820 40 73



Help for Ukraine

In the context of the war in Ukraine, dentists continue to provide medical care in different parts of the country. The supply of basic medicines and medical devices for the work of dentists, who provide mostly emergency dental care, was disrupted as a result of the war.

To respond to the situation, the website www.fdmu.edu.ua was created as a hub for humanitarian aid in order to provide medical care by dentists. The coordinator from Ternopil National Medical University is a Professor Ivan Klishch.

You can send emergency medical supplies (local anesthetics, medical masks, medical gloves, disposable sterile surgical covers, anesthetics, suture material, antipyretics, antibiotics) to the following address:

I Horbachevsky National Medical University Ternopil
1 Maidan Voli, Ternopil, 46001
Ukraine.



Poland – Help for Ukraine

In response to tragic situation in Ukraine and to the calls for help and medical supplies from the Ukrainians colleagues, the Polish Chamber of Physicians and Dentists (Izbywce Chamber and regional chambers) is providing more information on platforms available to National Dental Association, Corporate Partners and individual doctors to support with donations and medical supplies.

Donations

The Foundation Doctors for Doctors (Fundacja Lekarzy dla Lekarzy <https://fdl.org.pl/>) which is a charity set up by the Polish Supreme Chamber of Physicians and Dentists is engaged in purchasing medical supplies (medical products, medical devices etc.) urgently needed by colleagues in Ukraine and delivering them to Ukraine – as of now they are able to deliver those supplies to hospitals in Lviv. Further distribution to other parts of Ukraine is then taken care by colleagues in Ukraine. Currently, ambulances are transporting supplies to Ukraine, therefore larger shipments are not yet possible through route.



Підтримка українських стоматологів із вказанням стоматологічного гуманітарного фонду в Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського

— Чи багато лікарів-стоматологів евакуювалися за кордон і чи позначиться такий відтік на кадровому резерві галузі?

— Поки чіткої статистики з цього приводу немає. Але ми знаємо, що дуже багато лікарів-стоматологів поїхали за кордон, і вони зверталися до нас, бо хотіли влаштуватися там на роботу, але не мали підтвердження відповідності дипломів. До виходу постанови, яка сприяє їм у цьому, то було реальною проблемою, ми намагалися допомогти чим могли. Широ. Але насправді дуже шкода, що маємо серйозні втрати кадрового потенціалу. Адже існує ризик того, що після успішного працевлаштування за фахом найкращі лікарі так і залишаться за кордоном. Хоча знаю чимало випадків, коли стоматологи радикально змінювали професію, аби утримувати свою родину в евакуації. На жаль, не всім є куди повертатися...

— Що довелося пережити вам особисто за цей рік?

— Поряд із моїм будинком, де я з родиною мешкаю у Києві, стався приліт, зруйновано сусідське помешкання. У нас понівечило дах, паркан, але найстрашніше, що у вікно прилетіли уламки ракети. Дивом ніхто не постраждав, хоча дружина брата за хвилину до влучення саме стояла біля вікна. Після цього мені довелося на деякий період виїхати за межі міста. Чи було страшно? Як і всім українцям. Але й часу на те, щоб піддаватися емоціям, я для себе навмисно не залишала. На початку війни мені здавалося, що я виконую функції цілого кол-центру: постійне листування з міжнародними медичними організаціями, спілкування з колегами в Україні й за кордоном, вивчення запитів, знову листування...

А ще за рік війни я написала книгу «Визначні події стоматологічної спільноти». У ній — більш ніж 100-літня історія вітчизняної стоматології, окрім періоду во-



Команда лекторів Асоціації стоматологів України ні на мить не припиняла спілкування з лікарями

енного стану (про нього варто написати окремо, бо то — особлива історія). Головне, що у книзі подані першоджерела — архівні матеріали. І ще дуже важливе досягнення за цей період: у спеціальному електронному архіві, який розрахований на збереження інформації людства, з'явилася перша книга українською мовою — «Українська наукова стоматологічна школа», видана в Україні. Створення такого архіву 1999 року ініціював Стенфордський університет, щоб на випадок ядерної катастрофи, природних катаклізмів, хакерських атак у надійному сховищі зберігалася наукова інформація, яку потім буде легко відновити. Українцям також потрібно надійно зберігати свою історію, плекати культуру, мову, цінувати й берегти один одного. Ми, лікарі, відчуваємо себе причетними до цієї місії, відповідальними за життя та здоров'я своїх співгромадян. І ця місія має бути виконана!

«Від будинку — руїни, від роботи — руїни»

Наталія ТВЕРДОХЛІБ, лікарка-стоматологиня, м. Маріуполь

Дуже важко говорити про своє рідне зруйноване місто, яке сьогодні живе в умовах окупації. «Це місто мого дитинства, моєї любові, мого щастя. Я бачила його різним, але ніколи не думала, що побачу його мертвим» (із книги Н. Сухорукової «Маріуполь. Надія»).

Здавалося, це неможливо. Однак місяцями весь світ у прямому ефірі спостерігав, як російська армія знищує Маріуполь. Холод, голод, страх, зруйновані будинки та близькість смерті — усе це стало реальністю для мешканців міста після початку блокади. Спочатку вони нас усіх убивали, а потім роздавали «хлібець». «Ми ж вас рятували», — говорили росіяни. На жаль, хтось у це вірив. І в те, що життя ось-ось налагодиться. Але все відбувалося навпаки...

До 24.02.22 в усіх нас було інше життя — у своєму місті, своєму будинку, зі своїми друзями та пацієнтами, зі своїми маленькими радощами. Я досі не вірю в те, що все це сталося зі мною, з моїми рідними, товаришами, дорогими маріупольцями, з моєю Україною. Від того життя нічого не залишилося.

24.02.22 — у мене вихідний день. А новинами про початок війни маріупольців просто не злякати: ми у стані війни жили з 2014 року, для нас вона давно стала хронічним явищем. І навіть відновлення обстрілів околиць міста не навело на думку про виїзд.

25.02.22 — звичайний робочий день, підготовка звіту за місяць... І лише оголошення воєнного стану змусило оновити довідку для перетину блокпостів, бо збиралася до родичів за місто на ювілей дядька. Увечері з донькою та кішкою заїхала за мамою та попрямувала з міста (30 км від Маріуполя). Взяли лише необхідні речі на вихідні та рюкзак із документами. Рюкзак із документами — це звичка ще з 2014-го. Документи, як виявилось потім, звичайно ж, не всі. І більше ми до міста повернутися не змогли. Найближчі села було окуповано максимально тихо. І лише постійний гул літаків у небі не давав спокійно жити та спати.

«...Одна жінка, в якої загинув син, сказала, що ми, хто вибрався з Маріуполя, не можемо жити колишнім



Місце роботи — стоматологічний кабінет у психіатричній лікарні м. Маріуполя

життям. Ми поки що взагалі не можемо жити. Ми як рослини, котрі вирвали із землі. Коріння залишилося в ґрунті й воно ще виглядає живим, але щодня в'яне дедалі сильніше. Ми удаємо, що живемо.

Пояснити, як це — неможливо.

Хто не випробував — не напружуйтеся.

Пізнати біль через слова не вдається.

Здається, ти всередині життя: дивишся, дивуєшся, навіть смієшся.

Говориш іншим, що тобі легше.

Насправді обманюєш. Усіх. І себе зокрема.

Це несправжні почуття і життя несправжнє.

Справжнє залишилося у місті, з якого тебе вигнали бомбами, викурили пожежами, видовбали снарядами.

І навіть ті, хто зараз там, у Маріуполі, вони також не живуть.

Інакше звідки відчай та біль до неба?

У нас ностальгія за Маріуполем. Він залишився в іншому вимірі.

Те, що зараз, — не наше місто. Нашого у ньому більше нічого немає.

Хіба що могили близьких та квіти в палісадниках, якщо їх не розбомбили.

Хтось ходить до психологів. І намагається повернутися до життя.

Пройти реабілітацію та не засохнути до смерті.

У когось відростає нове коріння. Воно тоненьке, як пух, і не може зачепитися у землі.

Ми все одно продовжуємо в'янути.

Вчимо чужу мову і вигадуємо привід не плакати.

Ходимо незнайомими вулицями й шукаємо в них риси своїх рідних та улюблених вуличок і провулків.

Вчимося кататися на велосипеді та уявляємо, як проїдемо на ньому у своєму дворі там, у Маріуполі.

Розглядаємо чужі пам'ятки й говоримо: «А у нас набагато красивіше».

Потім додаємо: «Було. До війни»

Вночі накочується страх.

Найбільший жах від початку війни.

Вночі я боюся, що більше ніколи не повернуся до свого міста.



Маріуполь, будинок з годинником. До та під час війни

Моє «я поїхала ненадовго» перетворюється на «я поїхала назавжди...»

(Зі щоденника Н. Сухорукової)

Від будинку — руїни, від роботи — руїни.

Що стоматолог може без свого кабінету, без свого обладнання? Нічого. Лише іноді вимушені онлайн-консультації пацієнтів. Ще участь в освітніх семінарах від Асоціації стоматологів України. За роботу АСУ, проведення навчальних заходів для лікарів-стоматологів, надання благодійної допомоги — окрема подяка!

Також дякую нашим знайомим, які прихистили нас в Ізмаїлі, моя дитина продовжила там навчання у школі. Але зараз я змушена з родиною виїхати за кордон до Словаччини. Тут мріяла продовжити навчання моя

донька. Ще до початку війни вона проводила свої канікули у мовному таборі країни. Чоловік — судновий механік. Нині на нього повністю лягло фінансове забезпечення нашої родини. Я не працюю, вивчаю словацьку мову та готуюся до профіспиту.

Немає сил жити заново, але життя продовжується. Молюся, щоб добро не відступило, щоб життя і любов перемогли. Нехай Господь почує нас.

У своєму мінієсе я використала цитати зі щоденника маріупольської журналістки Надії Сухорукової. Вона фіксувала події в місті, яке повільно перетворювалося на попіл і руїни. Відверто і до болю емоційно показала Маріуполь очима його мешканців. Але насамперед вона демонструє силу надії, яку неможливо знищити навіть потужними бомбами.

«Війна змінила моє життя ще 2014 року»

Олександр БУРІЙ, майор медичної служби Національної гвардії України, м. Львів

Війна змінила моє життя ще у 2014 році. Анексія Криму, захоплення частини Луганської та Донецької областей не залишили вибору. Пішов добровольцем, став начмедом 4-го добровольчого батальйону оперативного призначення Національної гвардії України. Попасна (2014 рік) і Кримське (2015 рік) — найгарячіші точки, де ми тримали позиції. Оперував під кулями та у бліндажах, найбільше досягнення — вдалося зберегти життя усім важкопораненим.

24 лютого 2022 року для мене не стало несподіванкою. Відчуття, що насувається велика війна, було вже давно. На той час я був офіцером запасу. Оскільки виникла велика загроза та ризики для цивільного населення, ми в першу чергу створили на базі свого медичного закладу (комунальної 3-ї стоматологічної поліклініки міста Львова) 7 мобільних бригад для надання ургентної медичної допомоги цивільному населенню в разі ракетних і авіаційних ударів по місту. Через велику загрозу наступу з Білорусії сформували 2 взводи добровольців, які не підлягали призову або за віком, або за станом здоров'я. Ці люди були готові взяти



10 таких портативних стоматологічних установок передано від німецьких колег до Медичної служби ЗСУ

зброю до рук та захищати Львів. До складу увійшли колишні учасники АТО, інваліди війни та чоловіки віком 60+.

Сам пішов на службу в Національну гвардію України, в/ч 3002. У співпраці з Асоціацією стоматологів України реалізували спільний з німецькими партнерами проєкт щодо отримання гуманітарної допомоги на десятки тисяч євро. Портативні стоматологічні

установки, інструменти та матеріали було розподілено між підрозділами Нацгвардії по всій Україні, що дало можливість надавати ургентну стоматологічну допомогу військовослужбовцям, які виконують завдання в зоні бойових дій.

До закінчення війни — на службі, виконую завдання командування, і не лише ті, які пов'язані з наданням медичної допомоги.

«У нас не було медикаментів, зарплат, спокою, але була неймовірна стійкість»

Володимир САВЧЕНКО, головний лікар ОКЗ «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»

24 лютого, близько о пів на п'яту ранку, ми вже знали, що окупанти зайшли на територію нашої області. Мені почали телефонувати колеги з єдиним запитанням: що робити? Я відповів: усі, хто може, виходимо на роботу, але нікого до цього не примушую. А вже 25 лютого біля нашої поліклініки стояли ворожі танки та БТР. Ми звозили працівників на роботу своїм транспортом, який встигли заправити ще 24 лютого, адже деякі лікарі з родинами виїхали в села. Коли були обстріли, гриміло дуже, але поліклініку не зачепило, непрохані гості до закладу теж не зайшли, однак їхня техніка цілими колонами пересувалася містом і навколо, тож наші працівники добиралися на роботу на свій страх та ризик. Спочатку працювали по 3 години, але за цей час лікарі приймали по 150 пацієнтів! Безперечно, надавали допомогу безоплатно — і дітям, і, дорослим. Деякі лікарі виїхали до інших областей чи за кордон, а потік пацієнтів був дуже інтенсивний — їх приймав і я, і мій заступник, а хірург кілька тижнів поспіль працював щодня.

Та незабаром ми зіткнулися з проблемою відсутності медикаментів і коштів. Тож низько клоняюся волонтерам, моїм друзям із Полтави, Дніпра, Черкас, які буквально проривалися на окуповану територію й допомагали нам з постачанням медикаментів. Отримували необхідне й через Асоціацію стоматологів, за що дуже вдячні її очільниці І.П. Мазур. Зрештою, і ми, стоматологи, почали щодня займатися волонтерською діяльністю паралельно зі своєю роботою. Надавали медикаменти і турнікети нашим захисникам.

За цей час я, як керівник, чітко зрозумів, хто є справжньою командою у нашому колективі, з ким, як то кажуть, можна йти в розвідку. Як ніколи пізнав кожного особисто, і, здавалося б, досі не надто помітні люди виявилися дуже відважними та самовідданими. Водночас багато хто з тих, на кого найбільше покладався, виявилися не такими вже й надійними. Війна показала, хто є хто. У нас не було медикаментів, зарплат, умов, спокою. Але була неймовірна стійкість. Я пишаюся тим, що, тоді як з міста поїхали навіть представники силових структур і повернулися лише після його деокупації, мої колеги залишилися на своїх «постах» і надавали населенню медичну допомогу. Населенню, яке також показало себе як герой. Наші бійці роздавали людям зброю, добробати в перші дні війни знищили 504 одиниці ворожої техніки, що зайшла в Суми. Ми чим могли допомагали нашим захисникам: пекли для них пиріжки, передавали медикаменти, перев'язувальні матеріали тощо.



Спочатку окупанти вважали, що у прикордонній області їх зустрінуть гостинно, але дуже швидко зрозуміли, що ми не здамо їм ані місто, ані країну.

Нині ситуація на Сумщині ще тривожна. Постійні прикордонні обстріли, вже зруйновані деякі райцентри, а деякі села стерті з лиця землі. І це жахливо. У моєму рідному селі також розбомбили дитсадок, лікарню, школу.

На щастя, ніхто з колег не постраждав. Але ми втратили значну частину кадрів через те, що на початку війни виїхало багато людей, досі з-за кордону не повернулися наші лікарі й середній персонал, вони вже знайшли роботу в інших країнах. А пацієнтів багато. Ми взяли на роботу двох переселенців із Харкова. Маємо проблеми з виплатою зарплат: заборгованість з'явилася через те, що перебували під окупацією. На жаль, стоматологи не підпадають під 49-й пакет НСЗУ, який забезпечує оплату до 13 500 грн медсестрам і 20 000 грн лікарям. Тому ми доплатили понад 3,5 млн грн із зароблених власними силами коштів, щоб виконати цю вимогу.

Нам складно, але ми працюємо. Ми налаштовані на перемогу та розв'язання всіх проблем, що було б логічно та справедливо в сенсі турботи про людей, які винесли на собі весь тягар війни.

«Ми жили тривогами один одного»

Світлана СКУЛЬСЬКА, генеральна директорка КНП Білоцерківської міської ради «Дитяча стоматологічна поліклініка», докторка медичних наук, заслужена лікарка України, голова Асоціації стоматологів Київської області.

З початком війни виникло шалене навантаження на лікарів нашого закладу. Бо в області та місті закрилися приватні клініки й потік пацієнтів спрямувався до нас. Крім того, наша поліклініка — унікальна. Вона перша і чи не єдина в Україні взяла на себе всі декретовані групи населення (дитячого і дорослого) ще задовго до війни, коли були відповідні програми й державне фінансування. Тож у нас навіть не виникало думки закриватися, всі ходили на роботу та приймали пацієнтів, виїхало лише декілька співробітників — молоді мами з дітками. Я, як голова Асоціації стоматологів Київщини, зателефонувала всім керівникам комунальних стоматологічних закладів області та з'ясувала, що ніхто не збирався закриватися. До того ж вийшла постанова, згідно з якою ми могли регулювати режим і графік роботи залежно від оголошення повітряної тривоги та комендантських годин, які іноді тривали впродовж доби. Комунальні некомерційні заклади тоді працювали по всій області — в Обухові, Броварах і навіть Бучі. Принаймні функціонували кабінети з надання терапевтичної та особливо хірургічної стоматологічної допомоги: хірурги щодня перебували на робочому місці. Ургентна допомога тоді була вкрай затребувана, адже відомо, що при стресі людина мимоволі стискає зуби, іноді настільки сильно, що виникає травматична оклюзія, перевантаження пародонта й загострення застарілих процесів. Один пацієнт у Бучі звернувся до стоматолога з тим, що під час стресової ситуації у нього навіпіл розколовся зуб! Також у нас постійно працював дорослий терапевтичний кабінет на 2 лікарі та дитячий кабінет на 4 лікарі. Ортодонт і ортопеди приймали через день. Як і раніше, працювали у вихідні (наша поліклініка — єдина в області, де лікарі чергують у вихідні та святкові дні), тільки не у дві, а в одну зміну. І що характерно, ніхто не заявив, що не може вийти на роботу, хіба що через хворобу. Колектив був згуртований як ніколи.

Працювати стало набагато складніше. Кількість пацієнтів у березні зменшилася, але у квітні розпочався зворотний процес. А з кінця червня й донині у нас навіть більше пацієнтів, ніж було до війни, вочевидь, за рахунок переселенців.

Одна з особливостей роботи під час війни — збільшення кількості пацієнтів із загостреннями. Якщо, наприклад, раніше у нас на один пульпіт або періодонтит припадало 12–15 неускладнених випадків, то впродовж цього періоду — 6–7. Більше пацієнтів зверталося до хірургічного кабінету, як дорослих, так і дітей.

Ще одна особливість — через значне навантаження на шпиталь для військових у нас збільшився прийом цього контингенту. Намагалися обслуговувати їх поза чергою, та й самі пацієнти завжди пропускали своїх захисників. Також намагалися за один прийом максимально їх пролікувати, бо часу у військових на себе завжди не вистачало.



З'явилося багато переселенців — як у Білій Церкві, так і в сусідніх районах. Деякі люди втекли з-під бомбардувань в капцях і халатах, тож коштів на лікування у них не було. Ми це розуміли й виходили із ситуації як могли, але лікували переселенців безкоштовно.

Я постійно спілкувалася з колегами з усіх областей, тож ми знали біди один одного. Пам'ятаю, як до останнього трималася й не залишала свій робочий кабінет головна лікарка міської стоматполіклініки Миколаєва. Тільки тоді, коли вже ворог почав сильно гатити по місту, вона виїхала з двома маленькими дітьми, але залишився начмед, і поліклініка все одно працювала. У Херсоні колеги також працювали під час окупації, хоча окупанти після мітингів протесту почали лютувати, дізнавалися через колаборантів про родичів тих, хто служить у лавах ЗСУ. Так, наприклад, забрали сестру-хазяйку та медсестру стоматполіклініки.

Ми раді, що ніхто зі стоматологів Київщини не постраждав на робочому місці. Найбільше хвилювалися за окуповані райони. Доки в лікарів ще була хоч якась змога працювати, вони трималися, коли сталося найгірше — їм вдалося виїхати, зберегти життя, але їхні кабінети й обладнання постраждали. Одразу після звільнення Бучі завідувач стоматвідділення зателефонував нам і розповів, у якому жахливому стані кабінети. А люди вже йшли на прийом.

Завдяки зусиллям І.П. Мазур американська асоціація передала грошову допомогу і ми створили в нашій Асоціації стоматологів Київської області робочу групу з розподілу коштів, щоб спрямувати їх на кожну область, кожне відділення чи поліклініку, попередньо сформувавши відповідні запити. Тож розподілили кошти й на бучанське стоматвідділення.

За час війни ми по-справжньому оцінили діяльність нашої професійної Асоціації. З перших днів практично щодня спілкувалися з Іриною Петрівною, яка постійно цікавилася тим, що нам потрібно для роботи. Завдяки її клопотанню ми отримували анестетики, без яких стоматологи як без рук. Логістика забезпечення цими препаратами була порушена, закрилися навіть магазини стоматматеріалів, тож ми отримували їх через Асоціацію і відправляли «Новою поштою» по областях.

Довелося допомагати не тільки колегам. Коли звільнили Ірпінь, у багатьох людей були зруйновані будинки й вони готували їжу на вогнищах. Співробітники нашої поліклініки принесли хто що міг і відправили бусик з харчами через волонтерів на Ірпінь.

Багато лікарів-стоматологів Київщини пішли на фронт захищати рідну землю. Зокрема, з нашої поліклініки ще в березні минулого року мобілізували лікаря-хірурга. Нині він начальник санітарного поїзда. Ми збирали й передавали для нього антибіотики, шприци, перев'язувальний матеріал, знеболювальні, протикашльові препарати, щоб було чим надавати допомогу тяжкопораненим. Двоє наших лікарів пішли в тероборону міста.

На сьогодні комунальні заклади стоматологічного профілю області, які були під окупацією, вже відновлені. Але коштів на матеріали для надання допомоги пацієнтам не вистачає, адже вони дорогі. Переважна більшість комунальних некомерційних підприємств уклали договір з НСЗУ — на ці кошти ми можемо лікувати хоча б дітей, надавати невідкладну допомогу дорослим, але в цілому фінансування має бути значно кращим. Наприклад, одна медична стоматологічна послуга (незалежно від її об'єму) коштує 130 грн! Тариф за пакетом стоматологічної допомоги у ПМГ найменший з усіх медичних послуг. Звичайно, це не єдине наше джерело фінансування. Але надати безоплатну допомогу дітям і дорослим, невідкладну допомогу ми можемо тільки за кошти НСЗУ. Все решта — платно.

Ще одна велика проблема полягає в тому, що ми можемо укласти договір із НСЗУ тільки на один пакет, а якщо це монопакет, то контракування передбачене лише на три місяці. Що далі? Нині ми порушуємо ці питання через Асоціацію стоматологів, хочемо зустрітися з міністром та представниками НСЗУ. Стоматологічна допомога не повинна випадати з їх поля зору попри те, що у країні війна. Тож сподіваємося, що згуртованість, яку ми як професійна спільнота набули під час війни, допоможе нам вирішувати інші важливі проблеми. Весь час ми були один з одним на зв'язку — ділилися проблемами, тривогами, завжди відгукувалися на запити про допомогу. Жодна медична асоціація не турбувалася так про своїх членів, як це робили стоматологи. І я цим пишаюся.

«Волонтерський центр працював як єдина команда»

Наталія ГАСЮК, професорка Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, координаторка волонтерського центру

Повномасштабне вторгнення військ російської федерації на територію України завдало тяжкого удару по системі охорони здоров'я та стоматології зокрема. Військові дії ускладнили надання кваліфікованої медичної допомоги, спричинили призупинення системи закупівель, виникли проблеми з постачанням стоматологічних матеріалів, ліків, і не лише в окупованих регіонах та в зоні бойових дій, але й по Україні в цілому. Уже першими днями війни стоматологи відчули гостру потребу у місцевих анестетиках, шовних матеріалах, хірургічних покриттях.

Звичайно, спочатку був стан повної розгубленості: раптове вторгнення російської армії, затягування воєнних дій попри очікування на швидку перемогу. Але з часом усі зрозуміли: необхідно адаптуватися до нової реальності, якісно реалізувати свою професійну діяльність в ній, бути корисним на професійному фронті, зокрема, допомагати пацієнтам і колегам-лікарям, які працювали на окупованих територіях. З огляду на свою професійну діяльність я спілкуюся з досить широким колом колег, які вже стали близькими друзями. На початку війни дехто з них зателефонував мені з проханням про реальну підтримку, оскільки часом лікувальні установи дуже потребували допомоги не загальноме-

дичного призначення, а саме стоматологічного (місцевих анестетиків, шовних матеріалів). Тоді постало ще одне питання: як привернути увагу світової стоматологічної спільноти до ситуації, що склалася в нашій державі. Відповідь на це питання та шляхи його вирішення викристалізувалися після спілкування із президенткою ГО «Асоціація стоматологів України», професоркою Іриною Мазур, яка взяла на себе важливу й надскладну місію. За наявними запитамі були сформовані гуманітарні листи із проханнями про допомогу й розміщення на сторінці Світової федерації стоматологів. Власне, це і привернуло увагу наших закордонних колег, і вже 30 березня 2022 року надійшов перший гуманітарний вантаж від наших литовських колег. Так потроху ідея почала втілюватися у життя.

Надалі потрібно було грамотно організувати прийом, облік і баланс, видачу гуманітарних вантажів для стоматології. Оскільки вже за місяць від початку війни з МОЗ надійшов лист щодо координації діяльності волонтерських центрів, пов'язаних із забезпеченням ліками, і ТНМУ був приєднаний до міністерської платформи MEDDATA, яка дає можливість аналізувати інформацію про потреби системи охорони здоров'я у товарах загальномедичного призначення та лікарських



Гуманітарна допомога від німецьких колег, що надходила в Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського до стоматологічного гуманітарного фонду

засобах. Зважаючи на це, виникла ідея долучитися до діяльності волонтерського центру, щоб налагодити надання гуманітарної допомоги саме для стоматологічної спільноти. На цьому етапі ми звернулися по підтримку до ректора Тернопільського національного медичного університету, професора Михайла Корди. Тому хочемо подякувати йому, а також проректору із наукової роботи Івану Кліщу, проректору з лікувальної роботи Степану Запорожану, проректору із науково-педагогічної

роботи Аркадію Шульгаю, проректору з науково-педагогічної роботи та соціальних питань Олегу Слабому, заступниці ректора з міжнародних зв'язків Наталії Лісничук, відповідальній за медичну частину волонтерського центру, професорці Олександрі Олещук та всій команді волонтерського центру при ТНМУ за підтримку стоматологів України в такий складний час. Волонтерський центр працював як одна команда!

Паралельно з отриманням гуманітарних вантажів ми працювали з запитами голів обласних осередків АСУ, які подавали заявки з обґрунтованим проханням надати гуманітарну допомогу тій чи іншій державній стоматологічній установі. Відповідно до таких запитів формувалися й відвантажувалися замовлення. Цим питанням відповідально, з великим ентузіазмом опікувався доктор філософії Володимир Радчук.

Найбільш проблемним виявилось транспортування гуманітарної допомоги до окупованих територій, особливо на Миколаївщину та Херсонщину, складно було і з постачанням вантажів до Сум. Але й тут нам допомагали наші колеги, які на волонтерських засадах займалися координацією, перевозили все власними силами та транспортними засобами. Хочемо подякувати за співпрацю та патріотизм Івану Коваленку (м. Черкаси), Валентині Близнюк (м. Черкаси), Руслану Козаку (м. Полтава), В'ячеславу Сюмїну, Анатолію Кобилян-



Автомобіль швидкої допомоги, переданий до лав ЗСУ

ському (м. Миколаїв). Наші спільні зусилля дали можливість адресувати гуманітарну допомогу 11 областям України, включно з Херсонською та Миколаївською.

Хочу зазначити, що не все йшло і йде ідеально, як задумувалося, є проблеми з логістикою, транспортуванням, трапляються непорозуміння, обумовлені людським чинником. Але це важливий урок і досвід. Я впевнена, що кожен із нас під час цієї війни зіткнувся з необхідністю опанувати щось нове. Для когось це вміння комунікувати, бути витривалим, для інших — потреба у вірі та духовному зростанні. І ми успішно долаємо всі шорсткості й нерівності обраного шляху, оскільки впевнені, що це шлях до перемоги та світлого майбутнього України.

«Деякі компанії надавали нам дорогі матеріали безоплатно»

Валентина Близнюк, член правління ГО «Асоціація стоматологів України»

Незважаючи на шок, який ми всі пережили в перші дні війни, у нашій області працювали всі міські й обласні заклади, медичні працівники практично не виїздили, але незабаром почали повідомляти, що зовсім немає чим працювати. Зокрема, відчувався дефіцит анестетиків. Годі вже говорити про те, що на окупованих територіях в інших областях ситуація була просто катастрофічною. На прохання Асоціації стоматологів України першим відгукнувся «Укр-Медмаркет» і надав безкоштовно 10 тис. карпул анестетиків, які були розіслані на регіони. Також завдяки зусиллям президентки АСУ І. Мазур ми отримали від міжнародних організацій гуманітарну допомогу ліками, а потім ще й фінансову підтримку, яку розподілили між закладами задля закупівлі необхідних для роботи матеріалів.

Пам'ятаю, як ми вистоювали черги на «Новій пошті» по 3–4 години, аби відправити ліки. Хоча щоб доставити їх у Суми та Херсон, нам довелося скористатися допомогою волонтерів. За сприяння Асоціації придбали генератор для колег із Херсона, їм було особливо тяжко під окупацією.

Також ми вдячні фірмі 3M Espe, яка в перші місяці війни безоплатно надала нам пломбувальні матеріали зі своїх складів. Ми їх розподілили між усіма закладами.

Виникла і проблема із девіталізуючою пастою — вона просто зникла. Добре, що на наше прохання відгукнувся вітчизняний виробник цієї продукції з Миколаївської області й надіслав її безоплатно — ми розподілили пасту по закладах, які потребували її найбільше.

До нашої області прибуло багато переселенців, приватні заклади привозили дороге обладнання, ми намагалися допомогти всім колегам. Крім того, підтримували ТПО продуктами, одягом, працевлаштуванням.

За рік війни з'явилося багато нових викликів у роботі стоматологів, включно з професійними. Я проаналізувала підсумки роботи за 2022 рік — кількість відвідувань у нас зменшилася. Якщо 2021 року вона становила майже 395 тис., то торік — 370,4 тис. Але, як виявилось, це переважно «складні пацієнти», бо сьогодні люди до останнього відкладають візит до лікаря. Стало більше ускладненого карієсу, на кожні два вилікувані зуби при-

Хроніка волонтерства ТНМУ за сприяння АСУ:

30.03.2022 отримано гуманітарний вантаж від Литовської стоматологічної спільноти (Вільнюс).

11.05.2022 отримано гуманітарний вантаж із лікарськими засобами та засобами медичного призначення (майже 3000 кг) від представника Асоціації лікарів-стоматологів Німеччини Klaus-Achim Surnman (Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnartzte, German Dental Association).

14.05.2022 представники одного з підрозділів ЗСУ отримали ключі від автомобіля швидкої допомоги, який надала Асоціація лікарів-стоматологів Німеччини через Klaus-Achim Surnman.



Гуманітарна допомога для лікарів від компанії 3M Espe під час воєнного стану

падає одне видалення, чого раніше не спостерігалось. Це вже свідчить про значне зростання стоматологічної захворюваності населення. Також зросла кількість пацієнтів із за давними формами онкопатології ротової порожнини. Раніше ми щороку виявляли приблизно 120 таких випадків, з них за давних 48,7 %. Торік зареєстровано 71 випадок, що свідчить про недовиявлення онкопатології, а за давних форм раку серед них вже 67%! Відтак і лікарям стало набагато важче працювати зі складними випадками. Все це — наслідки війни, які відлунюватимуть ще тривалий час. І ми маємо впоратися з цим, підвищуючи свій професійний рівень (дуже багато в цьому напрямку робить АСУ), налагоджуючи організаційні питання, дбаючи про забезпечення професіоналів всім необхідним та доступність стоматологічної допомоги попри виклики війни.

«Місцева влада зробила все можливе, щоб забезпечити роботу служби»

Петро СКРИПНИКОВ, головний лікар Полтавського обласного центру стоматології, завідувач кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів Полтавського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор

Від початку широкомасштабного вторгнення наш заклад не припиняв роботу ні на один день. Звісно, у перші дні війни пацієнтів стало значно менше, але після обстрілів і окупації Харкова та інших міст України у Полтаві різко зросла чисельність тимчасово переміщених осіб, тож і роботи нашим лікарям додалося.

До війни середньодобовий потік пацієнтів через поліклініку становив 480 осіб, після збільшення кількості населення за рахунок ТПО він досяг позначки майже 600. З огляду на швидку комунікацію, своєчасну та повноцінну підтримку місцевої влади наші лікарі були забезпечені зарплатою, необхідними медичними матеріалами, заклад не мав жодних проблем з оплатою комуналки — від початку війни й до сьогодні.

Завдяки партнерам та владі у нас було більш ніж достатньо гуманітарної допомоги.

Тому навіть за таких складних часів ми мали змогу не лише безоплатно лікувати переселенців, а й проводити недороге протезування (штамповані конструкції, знімні протези). А також отримали можливість безоплатно протезувати наших воїнів ЗСУ керамікою (у рамках програми, яку профінансували з обласного бюджету).

У складі хірургічного відділення у нас цілодобово функціонує підрозділ з надання екстреної та невідкладної допомоги — в середньому за ніч ми приймаємо від 12 до 30 пацієнтів, включно з дітьми.

Завдяки консолідації різних рівнів місцевих бюджетів та плідній співпраці лікуємо чорнобильців, провели протезування у трьох геріатричних інтернатах для людей похилого віку та надали допомогу пацієнтам психікарні.

Уклали договір з НСЗУ про надання невідкладної стоматологічної допомоги, щомісяця в нашій клініці її безоплатно отримують близько 6 тис. осіб. Ми серед лідерів за обсягом надання послуг за ПМГ.



Провели оптимізацію: скоротили штат працівників, водночас зберегли кількість фізичних осіб лікарів, відтак закрили всі кадрові потреби.

Роботи багато, але кадрів для цього достатньо, вакансій немає. Звільнилися й виїхали за межі області тільки дві медсестри та троє лікарів, деякі співробітники служать у лавах ЗСУ.

Персонал нашого закладу розуміє всі труднощі, які можуть нині виникати, і ніхто не нарікає на те, що буває важко. Ми згуртовані та стресостійкі. Тим більше що всі отримують зарплату вчасно й у повному обсязі. Намагаємося створити всі умови для БПР наших лікарів — проводимо безплатні конференції, включно з міжнародними, у форматі онлайн. Тож порівняно з деякими регіонами країни у нас немає підстав скаржитися на особливі проблеми в роботі стоматологічної служби області. Маємо витримати тягар війни, маємо підтримати один одного та зробити все, щоб населення якомога менше потерпало від негараздів, отримавши доступ до якісної стоматологічної допомоги. Лікар завжди має бути поряд із пацієнтом.

«Актуальними залишилися питання, які потребували вирішення у мирні часи»

Валентина ЛЕВИЦЬКА, лікарка-стоматологиня КНП «Хмельницька обласна стоматологічна поліклініка», голова ГО «Хмельницьке обласне відділення Асоціації стоматологів України»

Впродовж року стоматологічні заклади Хмельниччини працювали у звичайному режимі, надавали як невідкладну, так і планову допомогу. Останнім часом виникли проблеми з електропостачанням. Для комунальних закладів і придбання генератора, і його обслуговування є досить затратним. Тому вони здебільшого підлаштовували свою роботу до графіків відключень. Безумовно, це впливає на роботу, однак пацієнти можуть отримати необхідну їм послугу в альтернативному закладі, де на той час наявна електрика.



Наша поліклініка працює без відключень, тому ми приймаємо пацієнтів без направлень, незалежно від місця проживання. Обслуговуємо всіх, хто до нас звертається.

З нашого краю лікарі-стоматологи практично не виїхали. Взагалі, кількість лікарів комунальних закладів області за 2022 рік зменшилася тільки на 17 осіб, але через те, що вони перейшли до приватних закладів. Водночас, коли почалася війна, збільшилася кількість відвідувань — з огляду на прийом дітей, мешканців сіл, а також внутрішньо переміщених осіб. Окрім викликів, які постали перед нами у зв'язку із вторгненням, актуальними залишилися питання, що потребували ви-

рішення і за мирних часів. Зокрема, це стосується забезпечення працівників комунальних закладів області заробітною платою, поліпшення матеріально-технічної бази, доступності стоматологічної допомоги та її якості. Сьогодні в області намітилася тенденція до реформування стоматологічної галузі. Проте, на мою думку, хоч би як не відбувався цей процес, держава має визначити й забезпечити певний гарантований рівень стоматологічної допомоги дорослому населенню, дітям та пільговим категоріям, зберегти комунальну стоматологію. З іншого боку, ми розуміємо, що багато проблем буде розв'язано тоді, коли в нашій державі запанує мирне життя. ■

Ізба Лекарська — досвід самоврядування Польщі. Як використати його в Україні?

Резюме. 15–16 грудня 2022 року відбулась зустріч української делегації з Вищою радою Ізби Лекарської, польської самоврядної організації медичної спільноти. За запрошенням президента Ізби Лекарської Лукаша Янковського українська делегація у складі президента ГО «Асоціація стоматологів України» професора І.П. Мазур та генерального секретаря асоціації І.Л. Скрипник взяла участь у засіданні Вищої ради лікарського самоврядування Ізби Лекарської (Polish Chamber of Physicians and Dentists). Співпраця української медичної спільноти з Ізбою Лекарською, організацією лікарського самоврядування Польщі, триває багато років. Ізба Лекарська була організована в 1999 році в Польщі та об'єднує лікарів, зокрема й стоматологів, в єдину самоврядну організацію. Головною метою візиту було висловити слова вдячності польським лікарям за підтримку і допомогу. Українські лікарі напередодні прийняття законопроекту України про лікарське самоврядування вивчали досвід польських колег.

Ключові слова: законопроект про лікарське самоврядування; досвід польських колег; Ізба Лекарська; ГО «Асоціація стоматологів України», орден Святої Аполлонії; допомога Україні; стоматологи України

Давні дружні та професійні стосунки пов'язують медичну спільноту України та Польщі. І в той момент, коли на українську землю прийшла біда, польський народ продемонстрував свою підтримку — Польща надала чи не найбільшу допомогу вимушеним переселенцям, жінкам і дітям, які бігли від війни, від знущань та руйнувань. Українці-біженці отримали тимчасове житло, їжу, одяг, можливість вчитися дітям та медичну допомогу, до того ж період повномасштабної війни прийшовся на період пандемії коронавірусної хвороби. Зустрівшись на засіданні Всесвітнього стоматологічного парламенту в Женеві, українська делегація обговорювала із польськими колегами питання подальшої співпраці, працевлаштування українських стоматологів у Польщі. На цій же зустрічі українська делегація отримала запрошення взяти участь у роботі найвищого керівного органу медичної галузі Польщі.

На запрошення президента Вищої лікарської палати (Naczelna Izba Lekarska Polish Chamber of Physicians and Dentists) Лукаша Янковського Варшаву відвідала українська делегація. Вітчизняну медичну спільноту представляли президент ГО «Асоціація стоматологів України», професор кафедри

стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика професор Ірина Мазур та генеральний секретар асоціації, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Ірина Скрипник. Вони взяли участь у засіданні Вищої ради лікарського самоврядування (Naczelnej Rady Lekarskiej) — керівного органу Вищої лікарської палати, заснованої 1999 року. Вивчення і детальний аналіз практичного досвіду роботи самоврядних лікарських організацій Польщі має важливе практичне значення для України, адже ми вже втретє підходимо до вирішення питання із заснування самоврядності в медичній галузі. Як не припуститися помилок під час проведення реформи? Як зробити систему зручною для лікарів, пацієнтів, держави, щоб вона працювала чітко і злагоджено? На всі ці запитання українським лікарям дали відповіді їхні польські колеги.

Ірина Мазур та Ірина Скрипник зі свого боку висловили глибоку вдячність лікарям, громадянам та уряду Польщі за всебічну підтримку України під час широкомасштабної війни, яку веде проти нашої держави росія.





«З перших хвилин війни в Україні поляки надають прихисток жінкам і дітям з України, лікарі — медичну допомогу, польський уряд докладає усіх зусиль задля допомоги українцям, а польські дипломати, пліч-о-пліч з українськими, намагаються зупинити агресію росії проти України. Друзі пізнаються в біді. Знаю, що без допомоги польського народу і польських лікарів нам було б надзвичайно важко вижити», — сказала професор Ірина Мазур. Вона вручила президентові Вищої лікарської палати Лукашу Янковському Подяку від президента Всеукраїнського лікарського товариства Олега Мусія, а також медикам Польської палати лікарів та стоматологів Подяку та почесну відзнаку — орден Святої Аполлонії від ГО «Асоціація стоматологів України».

У свою чергу, Лукаш Янковський наголосив, що лікарська спільнота Польщі продовжуватиме й надалі допомагати народу України: «Ситуація непроста, але ми з вами і наша підтримка є безсумнівним доказом особливого характеру відносин між польськими та українськими лікарями та стоматологами».

Після урочистого засідання для української делегації було запропоновано ознайомчу екскурсію будівлею, що є у приватній власності лікарського самоврядування. На вході учасникам засідання і гостям було запропоновано різдвяний чай біля прикрашеної ялинки. Кімнати будівлі просторі, із панорамними вікнами, за якими припорошені першим снігом будинки. Українська делегація ознайомилась з організацією роботи лікарського самоврядування, чіткою роботою секретаріату, який забезпечує зв'язок з лікарями Польщі. Побували і в залі засідань Вищого медичного суду, розпитали про його роботу. Домовились про більш детальне інформування щодо роботи етичної і наглядової комісії у спеціальній статті.

Якщо раніше особисто ми мали якісь сумніви про необхідність самоврядування лікарів України, то тепер є чіткий орієнтир і чудовий приклад колег Польщі. У нас є потужна організація — Асоціація стоматологів України, разом із тим маємо поєднати наші зусилля заради створення єдиного лікарського самоврядування України із самостійними палатами лікарів, стоматологів, спеціалістів. Переваги і досвід роботи самоврядної організації лікарів Польщі домовились висвітлити в статті для українських лікарів.

Візит до Варшави став наступним кроком до дедалі більшого поглиблення співпраці лікарів України і Польщі, що, безумовно, сприятиме позитивним змінам у медичній галузі обох країн. Галузі, яка є лакмусовим папірцем життя країни та її громадян.

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

Список літератури

1. Тернова С. Всеукраїнська медична газета «Ваше здоров'я». 2020. С. 19-25.
2. Мазур І.П., Есембаева С.С., Шевченко О.В. Сотрудничество стоматологов стран Восточной Европы. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 1. С. 8-17.
3. Супрунович І.М., Мазур І.П. Міжпрофесійна взаємодія для досягнення оптимального здоров'я порожнини рота. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 2. С. 72-75.
4. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. *Современная стоматология*. 2017. № 3(87). С. 100-103.

Отримано/Received 08.01.2023

Рецензовано/Revised 20.01.2023

Прийнято до друку/Accepted 02.02.2023 ■

Information about author

Iryna Skrypnyk, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

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 the manuscript.

I. Skrypnyk

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Izba Lekarska — the experience of self-government in Poland. How to use it in Ukraine?

Abstract. On December 15–16, 2022, the Ukrainian delegation met with the Supreme Council of the Izba Lekarska, the Polish self-governing organization of the medical community. At the invitation of Łukasz Jankowski, the President of the Izba Lekarska, the Ukrainian delegation consisting of Professor I.P. Mazur, the President of the NGO “Ukrainian Dental Association”, and I.L. Skrypnyk, the General Secretary of the Association, took part in the meeting of the Supreme Council of Medical Self-Government of the Izba Lekarska (Polish Chamber of Physicians and Dentists). The Ukrainian medical community has been cooperating with the Izba Lekarska,

an organization of Polish medical self-government, for many years. The Izba Lekarska was organized in 1999 in Poland and unites both doctors and dentists into a single self-governing organization. The main purpose of the visit was to express gratitude to Polish doctors for their support and assistance. Ukrainian doctors were studying the experience of their Polish colleagues in anticipation of the adoption of the draft law of Ukraine on medical self-government.

Keywords: bill on medical self-governance; experience of Polish colleagues; Izba Lekarska; NGO “Ukrainian Dental Association”; Saint Apollonia award; aid to Ukraine; dentists of Ukraine

Стоматологічна спільнота, об'єднана ГО «Асоціація стоматологів України», відзначила Всесвітній день здоров'я ротової порожнини

Резюме. Стоматологічна спільнота України, об'єднана ГО «Асоціація стоматологів України», провела 20 березня 2023 року заходи з нагоди Всесвітнього дня здоров'я ротової порожнини. Інформаційна кампанія під гаслом «Пишаємось своєю посмішкою протягом життя», що запроваджена Всесвітньою федерацією стоматологів і підтримана українськими стоматологами, була спрямована на профілактику стоматологічних хвороб у населення України. У рамках цих заходів організовано обстеження дітей-сиріт з дитячих будинків міст Краматорська, Маріуполя та Бахмута і передачу їм засобів індивідуальної гігієни ротової порожнини, книжок-розмальовок з догляду за зубами.

Ключові слова: Всесвітній день здоров'я ротової порожнини; Асоціація стоматологів України; Всесвітня федерація стоматологів

Щороку 20 березня більшість країн планети відзначає Всесвітній день здоров'я ротової порожнини. Рішення про його запровадження ухвалила Всесвітня федерація стоматологів (FDI) 2007 року на Світовому стоматологічному конгресі (AWDC) в Дубаї (ОАЕ) з метою підвищення обізнаності населення щодо методів профілактики захворювань порожнини рота, стимулювання пацієнтів, соціальних спільнот, громадських, урядових організацій для об'єднання зусиль із зниження стоматологічної захворюваності. У 2008 році ГО «Асоціація стоматологів України» ініціювала щорічне проведення Всесвітнього дня здоров'я ротової порожнини в нашій державі.

Традиційно Всесвітній день здоров'я ротової порожнини проходить під егідою Всесвітньої федерації стоматологів з новим актуальним гаслом. Заходи 20 березня 2023 року відбулися під гаслом «Пишаємось своєю посмішкою протягом життя». Всесвітня організація охорони здоров'я у співпраці з Всесвітньою федерацією стоматологів вкотре запропонувала загострити увагу світової спільноти на проблемах карієсу, хвороб пародонта, поширеності цих захворювань серед населення світу. Відзначалося, що заходи з профілактики, які проводять стоматологи, відіграють значну роль не лише у запобіганні стоматологічним захворюванням,

але й системним хворобам, зокрема серцево-судинним, діабету, раку, хронічним обструктивним захворюванням легень, що знайшло своє відображення у спільних документах Всесвітньої федерації стоматологів та ВООЗ.

Щороку проведення Всесвітнього дня здоров'я ротової порожнини відбувається за ініціативи Всесвітньої федерації стоматологів і підтримується національними стоматологічними асоціаціями. Зазвичай цього дня проводиться низка різноманітних заходів, конференцій і форумів для обговорення питань догляду за зубами та гігієни порожнини рота. Стоматологи та гігієністи ротової порожнини використовують різні платформи, щоб навчати людей досягненню хорошої гігієни ротової порожнини. Фахівці в галузі стоматології ставлять собі за мету донести до свідомості потенційних пацієнтів, що здоров'я ротової порожнини є невід'ємним складником загального здоров'я людини. А найбільше поширеними неінфекційними захворюваннями у світі є карієс та пародонтит (пародонтоз), які зазвичай залишаються поза увагою медичної спільноти. Так, за оцінкою ВООЗ здоров'я ротової порожнини серед населення світу, на карієс зубів страждають 60–90 % дітей шкільного віку та 98 % дорослих. Захворювання зубів без належного лікування здебільшого призводять до їх



втрати. На сьогодні близько 30 % населення світу віком 65–74 роки втрачає всі свої природні зуби.

За даними ГО «Асоціація стоматологів України», сьогодні практично кожен дорослий українець має карієс кількох зубів (діти до 12 років — по чотири-шість хворих зубів), старші за 40 років — пародонтит, який може призвести до передчасної втрати зубів у 60–70 років, а 50 % тих, кому за 60, — знімні протези. Основна причина передчасної втрати зубів — низька культура догляду за ротовою порожниною. Лікарі-стоматологи наголошують, що догляд за зубами слід починати з 12-місячного віку і дотримуватися цього протягом життя. Йдеться про профілактичні огляди, лікування, професійну гігієну, вживання достатньої кількості кальцію та вітаміну D, а також обмеження споживання солодощів.

20 березня 2023 року лікарі-стоматологи ГО «Асоціація стоматологів України» відзначили Всесвітній день здоров'я ротової порожнини низкою заходів, наукових конференцій, консультацій та зустрічей з потенційними пацієнтами. Під час брифінгу було представлено інформацію, що 3,5 мільярда людей у всьому світі страждають на захворювання ротової порожнини. З них 90 %, а це 2,3 мільярда людей, мають карієс. Йшлося також і про те, що здоров'я порожнини рота — це не лише зуби та рот, а здоров'я голови, обличчя та слизової оболонки рота, підтримання якого має вирішальне значення для загального здоров'я людини. Вживання цукру і паління тютюну є найнебезпечнішими причинами поганого здоров'я ротової порожнини. Учасники заходів отримали відповіді на численні запитання, зокрема дізналися про те, що недогляд за порожниною рота може ускладнити існування людини, спричинити не лише біль і хворобу, а завадити їй бути соціально впевненою. Результатом таких профілактичних бесід стало розуміння потенційними пацієнтами важливості підтримки гігієни порожнини рота, а також того, що здорові зуби — це не лише красиво, але й важливо для загального соматичного здоров'я.

20 березня 2023 року у рамках проведення Всесвітнього дня здоров'я ротової порожнини відбулася ще одна особлива зустріч з дітьми-сиротами, переміщеними до Чернівецької області з дитячих будинків міст Краматорська, Маріуполя та Бахмута. Українські стоматологи не вперше відвідують їх. З перших днів широкомасштабного вторгнення росії в Україну лікарі-стоматологи приїжджають до Чернівців та надають дітям-сиротам стоматологічну допомогу. Як добрих знайомих діти-сироти тепло вітали генерального секретаря ГО «Асоціація стоматологів України», доцента Ірину Скрипник, представників АСУ та лікарів клініки «ІрісДенТ».

Цікавою і корисною була інтерактивна лекція про важливість догляду за ротовою порожниною, яку провела Мар'яна Слободяник. Вона надала поради щодо догляду та подальшого лікування. Діти отримали зубні пасти, предмети особистої гігієни та книжечки-розмальовки з інформацією про збереження здоров'я ротової порожнини. Після лекції лікарі провели огляд порожнини рота всіх дітей та кожному з них запропонували

індивідуальний алгоритм догляду. Усі, хто потребував стоматологічної допомоги, отримали її у двох кабінетах. Було також складено плани лікувально-реабілітаційних заходів. Лікар стоматолог-хірург Олександр Монборнь провів імплантацію вихователям дітей — внутрішньо переміщеним особам. А лікар стоматолог-ортодонт Тамара Неспрядько провела лікування за допомогою знімної функціональної та незнімної мультибондингової апаратури.

Організатор цієї поїздки генеральний секретар ГО «Асоціація стоматологів України», лікар-ортодонт, доцент Ірина Скрипник, зокрема, зазначила: *«Коли дитина росте з батьками, мама вчить її кожному новому кроку, а у цих дітей немає мам, то ми повинні допомогти їм там, де ми можемо. Посмішка завжди була візитівкою обличчя, то хай у цих дітей вона буде променистою. Мати здорові зуби та чарівну посмішку заслуговують всі люди, особливо українські діти! І команда фахівців відновлює стоматологічне здоров'я дітям-сиротам, які потребують піклування суспільства»*. Пані Ірина наголосила, що програма надання стоматологічної допомоги дітям-сиротам проходить на постійній основі, тому вона запросила колег долучатися до цієї шляхетної справи.

Адміністрація дитячого будинку, зі свого боку, висловила щире подяку ГО «Асоціація стоматологів України», команді стоматологічного медичного центру «ІрісДенТ», компанії «Промед» за підтримку і постійну стоматологічну допомогу, яку надають вони дітям-сиротам у цей непростий для України час, за професіоналізм і добре серце, адже саме *«в темні часи добре видно світлих людей»*.

Таким чином, Всесвітній день здоров'я ротової порожнини є ефективним інформаційним ресурсом для зазначення актуальності збереження стоматологічного здоров'я серед населення світу і України. Оскільки хвороби ротової порожнини щороку вражають мільярди людей, то згідно з представленим Глобальним планом дій щодо здоров'я ротової порожнини (2023–2030 роки), ухваленим Всесвітньою федерацією стоматологів і Всесвітньою організацією охорони здоров'я в рамках 76-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, «80 % населення світу має право на основні послуги з догляду за ротовою порожниною» шляхом інтеграції стоматологічного здоров'я в національні служби охорони здоров'я. Запровадження універсального охоплення стоматологічною допомогою в країнах світу до 2030 року буде сприяти забезпеченню справедливого доступу до якісної медичної стоматологічної допомоги та оптимальному здоров'ю ротової порожнини. ГО «Асоціація стоматологів України» підтримує основні положення Глобального плану дій щодо здоров'я ротової порожнини (2023–2030 роки), ухваленого Всесвітньою федерацією стоматологів і Всесвітньою організацією охорони здоров'я, а саме універсальне охоплення стоматологічною медичною допомогою населення нашої країни.

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

Список літератури

1. Мазур И.П., Есембаева С.С., Шевченко О.В. Сотрудничество стоматологов стран Восточной Европы. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 1. С. 8-17.

2. Супрунович І.М., Мазур І.П. Міжпрофесійна взаємодія для досягнення оптимального здоров'я порожнини рота. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 2. С. 72-75.

3. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. *Современная стоматология*. 2017. № 3(87). С. 100-103.

Отримано/Received 26.03.2023

Рецензовано/Revised 30.03.2023

Прийнято до друку/Accepted 04.04.2023 ■

Information about author

Iryna Skrypnyk, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

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 the manuscript.

I. Skrypnyk

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The dental community united by the NGO “Ukrainian Dental Association” celebrated World Oral Health Day

Abstract. On March 20, 2023, the dental community of Ukraine, united by the NGO “Ukrainian Dental Association”, held events on the occasion of World Oral Health Day. The information company under the slogan “We are proud of our smile for life”, introduced by the FDI World Dental Federation and supported by Ukrainian dentists, was aimed at the prevention of oral diseases

among the population of Ukraine. As part of these measures, an examination of orphaned children from the cities of Kramatorsk, Mariupol and Bakhmut was organized, and giving them personal oral hygiene products, coloring books on dental care.

Keywords: World Oral Health Day; Ukrainian Dental Association; FDI World Dental Federation

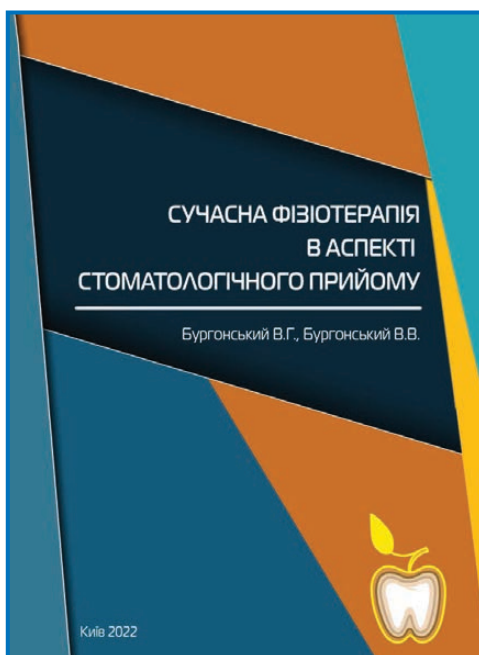
Сучасна фізіотерапія в аспекті стоматологічного прийому (анонс наукового видання)

Резюме. До уваги стоматологічної спільноти України представлено результати багаторічної роботи вітчизняних вчених з питань фізіотерапії в стоматології. У підручнику В.Г. Бургонського «Сучасна фізіотерапія в аспекті стоматологічного прийому» описані методи електролікування та діагностики, застосування ультразвуку, іонізованого газу (низькотемпературної плазми), світлолікування, лазерних технологій, бальнеотерапії, різноманітних методик масажу, рефлексотерапії, гірудотерапії, ароматерапії, озонотерапії тощо в аспекті стоматологічного прийому.

Ключові слова: фізіотерапія; стоматологія

Видатний давньоримський політичний діяч Цицерон писав: «Сила природи могутня. Вивчення та спостереження природи народило науку», а клініцист М.Я. Мудров, розвиваючи вчення Гіппократа і підкреслюючи вплив фізичних чинників на організм людини, акцентував, що «вся природа повинна бути аптекою».

Українська наукова стоматологічна школа має вже сторічну історію розвитку, а наукові здобутки вітчизняних учених відомі як в Україні, так і далеко за її межами. Протягом останніх тридцяти років відбувається активний процес обміну науковими думками та практичними напрацюваннями вчених з різних куточків світу. Важливим аспектом наукової дипломатії є публікації статей і монографій вітчизняними вченими, виступи на міжнародних форумах. Столітня історія української наукової стоматологічної школи збагатила українське суспільство, світову медичну науку плеядою видатних науковців, освітян, а також науково-практичними дослідженнями в галузі фізіотерапевтичних методів лікування. Напрацювання вітчизняних учених у вивченні механізмів впливу фізичних чинників на патогенез основних хвороб є унікальними, а накопичений багаторічний практичний досвід застосування



фізіотерапевтичних методів лікування у стоматології та медицині у цілому довів свою ефективність і безпечність. Тож представлений до уваги читачів підручник за авторством кандидата медичних наук Валерія Георгійовича Бургонського «Сучасна фізіотерапія в аспекті стоматологічного прийому» віддзеркалює наукові здобутки вітчизняних учених у галузі фізіотерапевтичних методів лікування стоматологічних хвороб і є своєчасним і корисним не тільки для українських фахівців, але й для лікарів-стоматологів усього світу.

У підручнику розглядаються актуальні питання, покликані допомогти лікарю-стоматологу в запровадженні та успішному застосуванні сучасних досягнень

фізіотерапії в повсякденній практиці.

Зокрема, описані методи електролікування та діагностики, застосування ультразвуку, іонізованого газу (низькотемпературної плазми), світлолікування, лазерних технологій, бальнеотерапії, різноманітних методик масажу, рефлексотерапії, гірудотерапії, ароматерапії, озонотерапії тощо в аспекті стоматологічного прийому.

Докладно описано основні типи лазерів, які використовуються у стоматології, та розкрито принцип їх

дії, що важливо для розуміння ефектів, які виникають у біологічній тканині під час лікування. Розглянуто основні типи патології, для курації якої з успіхом використовуються лазери, наведено показання та протипоказання до втручання з їх використанням. Указано параметри для налаштування лазерної техніки та покрокові протоколи проведення терапевтичних і хірургічних маніпуляцій. Наводяться основні принципи безпеки при роботі із пристроями, що генерують

лазерне випромінювання, та розкривається зміст специфічних термінів, важливих для роботи з лазерними інструментами.

Підручник рекомендований для студентів медичних вишів, практикуючих лікарів-стоматологів усіх спеціальностей, клінічних ординаторів, аспірантів, керівників клінік і наукових співробітників, а також є посібником для підготовки до акредитації в системі безперервної професійної освіти. ■

V.G. Burgonskyi, V.V. Burgonskyi

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Modern physiotherapy as a component of the stomatological patients reception (announcement of a scientific publication)

Abstract. The results of long-term work of Ukrainian scientists in the field of physiotherapy in dentistry have been brought to the attention of the dentists' community of Ukraine. V.V. Burgonskyi's textbook "Modern Physiotherapy as a Component of the Stomatological Patients Reception" describes the methods of electrotherapy and diagnostics, the

use of ultrasound, ionized gas (low temperature plasma), light therapy, laser technologies, balneotherapy, various massage techniques, reflexology, hirudotherapy, aromatherapy, ozone therapy and others as the components of the stomatological patients reception.

Keywords: physiotherapy; dentistry

УДК 616.31:378.096](477)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.1.2023.153>

Деньга О.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Визначні події стоматологічної спільноти України (анонс наукового видання)

Резюме. Науково-історичне видання професора Ірини Мазур «Визначні події стоматологічної спільноти України (в документах, статтях, світлинах)» ґрунтується на архівних матеріалах, історичних та нормативних документах, наукових статтях, публікаціях, світлинах. У хронологічній послідовності висвітлено основні етапи формування стоматологічної школи — з'їзди, конгреси, конференції тощо. Подано статті про історичні події, фотокопії документів і резолюцій, що віддзеркалюють важливі рішення стоматологічної спільноти, у наукових програмах заходів задокументовано прізвища основних учасників та їх особистий внесок. Відображено роль громадського об'єднання фахівців у розвитку стоматології в Україні.

Ключові слова: стоматологічна спільнота України; історія стоматології України

Бібліотека Асоціації стоматологів України поповнилась ще однією монографією: вийшла друком книга професора Ірини Мазур «Визначні події стоматологічної спільноти України (в документах, статтях, світлинах)».

Науково-історичне видання присвячене історії розвитку стоматології в Україні, у ньому в хронологічній послідовності висвітлено основні події стоматологічної спільноти. Автором проведено кропітку роботу з вивчення архівних матеріалів, публікацій у фахових виданнях різних періодів.

Першим кроком до становлення стоматології як невід'ємного складника клінічної медицини були радикальні зміни в системі стоматологічної освіти. У виданні наведено першоджерела документів, що дали змогу автору визначити етапи становлення вищої медичної сто-

матологічної освіти в Україні. Впровадження вищої освіти було визначальним у формуванні нової системи підготовки стоматологічних кадрів, створенні умов для

підготовки науково-педагогічних кадрів і розвитку вітчизняної стоматологічної науки. З процесами реформування стоматологічної освіти і становлення стоматології як самостійної дисципліни наукової та клінічної медицини тісно пов'язані заснування Українського науково-дослідного інституту стоматології в Одесі й формування української наукової стоматологічної школи, сторіччя якої стоматологічна спільнота святкувала в 2019 році.

Через події, що відбувалися в українському суспільстві на початку XX століття, висвітлено радикальні зміни в системі охорони здоров'я, запровадження соціальної меди-



чини і стоматології зокрема. На підставі історичного методу дослідження, що передбачає вивчення етапів формування та розвитку певних подій у хронологічній послідовності, автором віддзеркалено період запровадження державної зуболікарської допомоги — нової організаційно-економічної моделі, базовими принципами якої були безоплатність, доступність, кваліфікованість, комплексність стоматологічної допомоги. Подано першоджерела нормативно-правових документів, що регламентували надання стоматологічної допомоги, а також аналіз розбудови мережі лікувально-профілактичних стоматологічних закладів.

Для дослідження залучено матеріали архівних документів Центрального державного архіву вищих органів влади та управління України, публікації у фахових журналах та збірниках наукових праць пленумів, з'їздів і конференцій, що зберігаються у фондах Національної наукової медичної бібліотеки. З використанням історико-критичного методу аналізу представлених фотокопій документів автором надано інформацію про події минулих років, у хронологічній послідовності висвітлено визначні події — конференції, з'їзди стоматологів України, акцентовано увагу на основних рішеннях стоматологічної спільноти. Реконструкція історичних фактів є важливим складником вивчення життєвого та професійного устрою, досвіду, прагнень стоматологічної спільноти минулих років для усвідомлення як переваг, так і помилок прийнятих рішень, визначення точок перетину історичних подій.

Без сумніву, історичний досвід стоматологічної спільноти в майбутньому ретельно вивчатиметься. Нові організаційні моделі стоматологічної допомоги будуть формуватися з урахуванням досвіду минулих років. Соціальні аспекти стоматології ХХ століття, її базові принципи стануть фундаментом медицини майбутнього.

У сьогоднішніх документах, поданих Всесвітньою федерацією стоматологів на розгляд Всесвітньої організації охорони здоров'я, йдеться про універсальне охоплення стоматологічною допомогою всього населення, що забезпечить високий рівень стоматологічного здоров'я. Стоматологія минулого століття передбачала принцип масовості, а саме повне охоплення стоматологічною допомогою коштом держави, диспансеризацію, профілактичний напрям для запобігання розвитку стоматологічних захворювань.

У матеріалах зі стоматології часів незалежної України подано великий обсяг наукових програм з'їздів, конгресів, їх резолюції; кожна програма заходу віддзеркалює значний внесок вчених, освітян і лікарів, які своїми науковими та практичними наробками розбудовували вітчизняну стоматологію. Для збереження інформації автором запропоновано метод її тиражування, адже без першоджерел у майбутньому неможливо відтворити історію сучасної науки.

Сторіччя української наукової стоматологічної школи, впровадження державної стоматологічної допомоги, сторічні ювілеї вищих начальних стоматологічних закладів — усі ці події надихають сучасних науковців на проведення нових досліджень з історії стоматології, вивчення досвіду минулих років, визначення позитивних напрацювань. Науковцями, освітянами і лікарями закладено сторічний фундамент української стоматології.

Науково-історичне видання рекомендовано до друку вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та координаційною радою громадської організації «Асоціація стоматологів України».

Науково-історичне видання призначене для широкого кола читачів: організаторів охорони здоров'я, істориків, викладачів закладів вищої медичної освіти, лікарів-стоматологів, студентів стоматологічних факультетів. ■

O.V. Denga

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Important events of the Ukrainian dental community (announcement of a scientific publication)

Abstract. The scientific and historical publication of professor Iryna Mazur "Important events of the Ukrainian dental community (in documents, articles, photos)" is based on archival materials, historical and regulatory documents, scientific articles, publications, and photographs. The main stages of the dental community formation such as congresses, conferences, etc. are highlighted in chronological order. Articles about historical events, photocopies

of documents, resolutions reflecting the main decisions of the dental community are presented, the names of the main participants and their personal contributions are documented in the scientific programs of the events. The role of the public association of specialists in the development of dentistry in Ukraine is reflected.

Keywords: dental community of Ukraine; history of stomatology in Ukraine

ВЖЕ У ПРОДАЖУ!

О. СІДЕЛКОВСЬКИЙ, О. ОВСЯННИКОВ,
В. МАРУСІЧЕНКО, М. САВЧУК



ДІАГНОСТИЧНІ ШКАЛИ І ТЕСТИ

В НЕВРОЛОГІЇ, НЕЙРОХІРУРГІЇ
І НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

КЛІНІКА СУЧАСНОЇ НЕВРОЛОГІЇ "АКСІМЕД"

AKSIMED.UA



(044) 390-0055



СЕРІЯ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Інститут сімейної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика спільно з Видавничим домом «Заславський» вперше в Україні започаткував проєкт — серію навчальних посібників «Сімейна медицина», за загальною редакцією академіка НАМН України, професора Ю.В. Вороненка, професора О.Г. Шекери та завідувачів кафедр Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, за актуальними напрямками сімейної медицини. Підготовкою матеріалів кожного навчального посібника займаються кращі фахівці післядипломної освіти України.

Посібники рекомендовані до друку вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика та Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України.

В РАМКАХ СЕРІЇ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» ВЖЕ ВИЙШЛИ У СВІТ ТАКІ КНИГИ:

- Актуальні питання **педіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нервових хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **нефрології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **геронтології та гериатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини невідкладних станів** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **фтизіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **алергології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **акушерства** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **паліативної та хоспісної допомоги** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **радіаційної медицини** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **медицини катастроф** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **серцево-судинних хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **внутрішніх хвороб** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **психіатрії** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **офтальмології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **ендокринології** у практиці сімейного лікаря.
- Актуальні питання **гінекології** у практиці сімейного лікаря.

БУКВАМЕД
медична література

Книги можна замовити в інтернет-магазині «Буквамед»

www.bookvamed.com.ua

або за телефоном: +38 (067) 325-10-26