

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ТА ЗАГАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

ORAL

and

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

GENERAL

HEALTH

Том 4, № 3–4, 2023

ZASLAVSKY[®]
Publishing house

www.mif-ua.com

3-4



Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Стоматологічне та загальне здоров'я Oral and General Health

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у липні 2020 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

Том 4, № 3–4, 2023

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних
ROAD, Crossref, WorldCat, Ulrichsweb, OUCI, «Наукова періодика України»



mif-ua.com



Open Journal System

ORAL and GENERAL HEALTH

Спеціалізований рецензований
науково-практичний журнал

Том 4, № 3–4, 2023

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



Засновники

Національний університет охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика,
Громадська організація «Асоціація інтегрованої
медицини та стоматології України»

Видавець Заславський О.Ю.

Журнал приймає публікації за спеціальностями:
222 «Медицина», 221 «Стоматологія»

*Рекомендовано до друку вченою радою
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика, протокол № 10
від 13.12.2023 року*

*Реєстрація
Ідентифікатор медіа R30-02620. Рішення
Національної ради України з питань телебачення
та радіомовлення № 293 від 08.02.2024.
Адреса, за якою здійснюється редакційний
контроль: м. Київ, вул. Дорогожицька, буд. 9*

Українською та англійською мовами

Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 9,07.
Зам. 2023-oral-12–13. Тираж 10 000 прим.

Видавець Заславський О.Ю.
(zaslavsky@i.ua)

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2128 від 13.05.2005

Адреса для листування:
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, буд. 9

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)

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 частково 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

© Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, 2023

© Громадська організація «Асоціація інтегрованої
медицини та стоматології України», 2023

ORAL and GENERAL HEALTH

*Specialized reviewed
practical scientific journal*

Volume 4, № 3–4, 2023

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



Founders

Shupyk National Healthcare University
of Ukraine,
Ukrainian Association Oral Medicine

Publisher Zaslavsky O.Yu.

The journal accepts publications in the following
specialties: 222 Medicine, 221 Dentistry

*Recommended for publication and circulation via
the Internet on the resolution of the Scientific Council
of Shupyk National Healthcare University of Ukraine
dated Dec 13, 2023, Protocol No. 10*

Registration

*Media identifier R30-02620. Decision of the
National Council of Ukraine on Television and Radio
Broadcasting No. 293 dated February 8, 2024.
The address at which the editorial control
is carried out: Kyiv, Dorohozhytska st., 9*

In Ukrainian and English

Folio: 60×84/8. Printer's sheet 9,07.
Order 2023-oral-12–13. Circulation 10 000 copies.

Publisher Zaslavsky O.Yu.
(zaslavsky@i.ua)

Publishing entity certificate
ДК № 2182 dated 13/05/2005

Correspondence address:
04112, Kyiv, Dorohozhytska st., 9

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)
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
© Shupyk National Healthcare University
of Ukraine, 2023
© Ukrainian Association Oral Medicine, 2023

Зміст

Contents

Сторінка редактора

Звернення головного редактора проф. І.П. Мазур5

Оригінальні дослідження

Мазур І.П., Стадник М.Б., Венцурик Ю.О.,
Мазур П.В., Буря Д.А.
Лікарські засоби в стоматології: аналіз
застосування у 2023 році6

Мазур І.П., Гасюк Н.В., Хлебас С.В., Радчук В.Б.,
Стадник М.Б.
Безперервний професійний розвиток
стоматологів в Україні: реалії сьогодення
та перспективи.....13

Лікарю, що практикує

Шарикадзе О., Охотнікова О., Трубка І.,
Шарикадзе-Балабан А.
Гострі алергічні реакції в практиці
лікаря-стоматолога (огляд літератури)20

Добровинська О.В., Хлебас С.В., Мазур П.В.
Роль запалення у взаємозв'язку
цукрового діабету та пародонтиту.....27

Питання організації і управління
стоматологічним закладом

Пожевілова А., Пожевілова К.
Акредитація медичних закладів України
під час воєнного стану32

Вахненко О.М.
Самоврядування у сфері охорони здоров'я:
світовий досвід, історія запровадження в Україні,
новий законопроект.....41

Огляд

Слободяник-Коломоєць М.В., Хлебас С.В.
Міждисциплінарні підходи до діагностики
й лікування стоматологічних хвороб
у безперервному професійному розвитку
лікаря-стоматолога46

Скрипник І.Л.
Міжнародна участь ГО «Асоціація стоматологів
України» у Світовому стоматологічному конгресі
в Австралії54

Скрипник І., Жачко Н.
Головні тренди розвитку світової стоматології
на найближчі роки: програмні документи
Світового стоматологічного конгресу
в Австралії60

Якимець А.В.
Українські лікарі-стоматологи у країнах
Європейського Союзу71

Editor's Page

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

Original Researches

I.P. Mazur, M.B. Stadnyk, Y.O. Ventsuryk,
P.V. Mazur, D.A. Buria
Medicines in dentistry: analysis
of use in 20236

I.P. Mazur, N.V. Hasiuk, S.V. Khlyebas, V.B. Radchuk,
M.B. Stadnyk
Continuous professional development
of dentists in Ukraine: current realities
and prospects 13

Practicing Physician

O. Sharikadze, O. Okhotnikova, I. Trubka,
A. Sharikadze-Balaban
Acute allergic reactions in the dental practice
(literature review)20

O.V. Dobrovynska, S.V. Khlyebas, P.V. Mazur
The role of inflammation in the relationship between
diabetes and periodontitis.....27

Issues of organization and management
of a dental institution

A. Pozhevilova, K. Pozhevilova
Accreditation of medical institutions of Ukraine
during martial law32

O.M. Vakhnenko
Self-governance in the field of health care:
global experience, history of introduction
in Ukraine, new draft law41

Review

M.V. Slobodyanik-Kolomojets, S.V. Khlyebas
Interdisciplinary approaches to the diagnosis
and treatment of dental diseases
in the continuous professional development
of a dentist46

I.L. Skrypnyk
International participation
of the NGO "Ukrainian Dental Association"
in the World Dental Congress in Australia54

I. Skrypnyk, N. Zhachko
Main trends in the development of world dentistry
for the coming years: program documents
of the World Dental Congress
in Australia.....60

A.V. Yakymets
Ukrainian dentists
in European Union.....71

Шановні колеги!

Протягом 2023 року колектив журналу «Oral and General Health», редакційна колегія разом із вченими української наукової стоматологічної школи працювали над створенням інформативного і цікавого контенту для лікарів-стоматологів. До вашої уваги були подані оригінальні дослідження, результати досліджень вітчизняних вчених, огляди літератури, методичні розробки, спрямовані на поліпшення якості діагностики, лікування, профілактики. Значну увагу приділяли питанням організації та управління системою охорони здоров'я України. Трансформація системи охорони здоров'я зумовила введення в практичну діяльність лікарів нових медико-технологічних і нормативно-законодавчих документів. У кожному номері журналу були статті з питань організації лікувального процесу, стандартизації стоматологічної допомоги, що спрямовані на поліпшення медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах, медичних практиках ФОП.

Наукові, науково-методичні, аналітичні статті, що публікувалися протягом року, віддзеркалювали практичні потреби лікарів-стоматологів, синергічні щодо освітнього процесу — безперервного професійного розвитку, який організували й проводили ГО «Асоціація стоматологів України», ГО «Асоціація інтегрованої медицини та стоматології України». На шпальтах журналу публікувалися статті про життя, професійну діяльність, міжнародну співпрацю стоматологічної спільноти України.

У цьому номері журналу до уваги читачів подані результати опитування стоматологів з питань використання лікарських препаратів і засобів догляду за ротовою порожниною, безперервного професійного розвитку й самоосвіти. Адже формування клінічного мислення відбувається шляхом вивчення лікарем наукових статей! І, за результатами опитуван-



ня, підвищується увага до нашого фахового видання з боку лікарів-стоматологів.

На шпальтах журналу висвітлено основні події стоматологічного життя, а саме міжнародну діяльність ГО «Асоціація стоматологів України», співпрацю з лікарями-стоматологами через освітні заходи безперервного професійного розвитку.

Редакційна рада журналу протягом 2023 року працює в оновленому складі й запрошує лікарів-стоматологів, організаторів охорони здоров'я, медичних юристів, науковців до співпраці в підготовці цікавого й корисного контенту журналу.

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

Мазур І.П.¹, Стадник М.Б.², Венцурик Ю.О.³, Мазур П.В.¹, Буря Д.А.³¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Видавничий дім «МедЕксперт», м. Київ, Україна³Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Лікарські засоби в стоматології: аналіз застосування у 2023 році

Резюме. Актуальність. Щодня лікарі-стоматологи стикаються з питанням призначення пацієнтам різних лікарських засобів, а оптимальне рішення ґрунтується на глибокому розумінні фармакотерапії. На сьогодні фармацевтичний ринок пропонує широкий спектр препаратів, регулярно доповнюючи його новими, проте питання раціональності та оптимізації їх використання залишається актуальним для всіх. **Мета дослідження:** провести аналіз статистичних даних стосовно частоти і призначення лікарями-стоматологами антибактеріальних, нестероїдних протизапальних, антисептичних препаратів та засобів гігієни ротової порожнини у різних клінічних випадках. **Матеріали та методи.** Дослідження містить результати опитування 1423 респондентів — практикуючих лікарів-стоматологів з усіх регіонів України стосовно частоти та призначення лікарських засобів. Опитування проводились під час науково-практичних конференцій в онлайн-режимі у I півріччі 2023 року, що були організовані ГО «Асоціація стоматологів України». **Результати.** Результати опитування продемонстрували, що у своїй практиці лікарі-стоматологи щоденно використовують різні фармакотерапевтичні препарати, із них 43,71 % лікарів-стоматологів призначають пацієнтам комбіновані антибактеріальні препарати (ципрофлоксацин і тинідазол), 39,56 % призначають пеніцилін, 29,23 % — метронідазол. Для лікування больового синдрому найчастіше лікарі-стоматологи використовують німесулід (90,16 %). У разі необхідності місцевого лікування інфекційно-запальних процесів у порожнині рота використовують: хлоргексидин (69,01 %), Метрогіл Дента (66,27 %), Холісал (43,57 %). Проведено аналіз статистичних даних щодо призначень засобів індивідуальної гігієни порожнини рота — зубних щіток, зубних паст, ополіскувачів для порожнини рота. **Висновки.** Результати аналізу проведеного опитування свідчать про широке використання фармакотерапевтичних препаратів лікарями-стоматологами у щоденній практиці. Обізнаність стосовно застосування нових лікарських засобів лікарів-стоматологів буде сприяти досягненню клінічно передбачуваних та високоефективних результатів лікування.

Ключові слова: лікарські засоби; фармакотерапія; засоби догляду за порожниною рота; аналіз призначення лікарських засобів у стоматології; моніторинг

Вступ

Лікарі-стоматологи щоденно у своїй практичній діяльності призначають пацієнтам різні лікарські засоби, а вибір оптимального засобу ґрунтується на глибокому розумінні фармакотерапії та принципів лікувально-профілактичних заходів при патологічних станах у стоматологічній практиці. Численність етіологічних факторів, складні механізми патогенезу стоматологічних хвороб зумовлюють комплексний

підхід до їх лікування — застосування лікарських засобів місцевої та загальної дії, які спроможні чинити комплексну та різноспрямовану дію на ланки патогенезу стоматологічних захворювань. Фармацевтичний ринок, станом на сьогодні, пропонує широкий спектр лікарських засобів, регулярно доповнюючи його новими, проте питання раціональності та оптимізації їх використання залишається актуальним для всіх. ГО «Асоціація стоматологів України» провела опитуван-

ня серед лікарів-стоматологів та збирала актуальну інформацію стосовно основних лікарських препаратів і засобів для догляду за ротовою порожниною, а узагальнену отриману інформацію надає стоматологічній і медичній спільноті.

Метою проведеного дослідження були моніторинг, аналіз, порівняльний аналіз та узагальнення результатів щодо призначень різних груп фармацевтичних препаратів, а також засобів для догляду за ротовою порожниною лікарями-стоматологами України у 2023 році.

Матеріали та методи

У проведеному опитуванні брали участь 1423 учасники із середнім досвідом роботи 21 рік. Серед опитуваних учасників: 605 осіб (42,52 %) мали спеціалізацію «стоматологія», 554 особи (38,93 %) мали спеціалізацію «терапевтична стоматологія», «ортопедична стоматологія» — 193 особи (13,56 %) (рис. 1). За демографічним розподілом найбільша кількість учасників були лікарі-стоматологи міста Київ та Київської області (456 осіб), Львова та Львівської області (145 осіб), а найменша кількість учасників — із Сумської (11 осіб) та Донецької (8 осіб) областей (рис. 2).

Опитування проводилось упродовж першої половини 2023 року шляхом заповнення учасниками освітніх заходів та фахових шкіл анкет-опитувальників, що були розроблені ГО «Асоціація стоматологів України».

Предметом дослідження було визначення основних фармацевтичних лікарських препаратів і засобів для догляду за порожниною рота, які призначаються пацієнтам лікарями-стоматологами, а також використовуються лікарями-стоматологами під час стоматологічного прийому.

Результати анкетування було статистично оброблено в програмі SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Результати та обговорення

Поширеність стоматологічних захворювань є достатньо високою. За результатами опитування проведено аналіз основних причин звернень пацієнтів

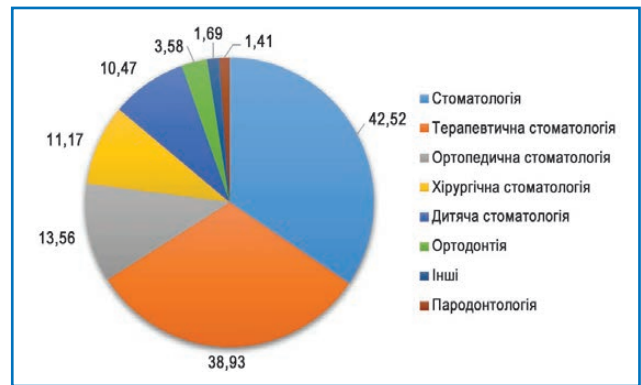


Рисунок 1. Розподіл за спеціалізацією

до лікарів-стоматологів. Основна причина звернень пацієнтів до лікаря-стоматолога — лікування ускладненого карієсу. У лікарів терапевтичного профілю найбільша частота звернень припадає на лікування пульпіту та періодонтиту, що становить 76,67 %, також значну поширеність мали запити на лікування карієсу або заміну пломби (76,25 %), проведення професійної гігієни порожнини рота (57,48 %) та профілактичного огляду/консультації (54,67 %) (рис. 3). До лікарів хірургічного профілю пацієнти найчастіше звертались із запитом на видалення зубів (66,34 %), лікування інфекційно-запальних процесів у порожнині рота (30,36 %) та зі скаргами на больовий синдром (біль у зубах та щелепно-лицевій ділянці, 33,94 %) (рис. 4).

Результати опитування лікарів-стоматологів та запити пацієнтів свідчать про негативний вплив відтермінованої стоматологічної допомоги на здоров'я ротової порожнини українців. До лікарів-стоматологів звертається переважна більшість пацієнтів з ускладненим карієсом, з інфекційно-запальними процесами щелепно-лицевої ділянки, що потребує видалення зубів.

Щоденно лікарі-стоматологи у своїй професійній діяльності стикаються з інфекційно-запальними захворюваннями, лікування яких потребує застосування

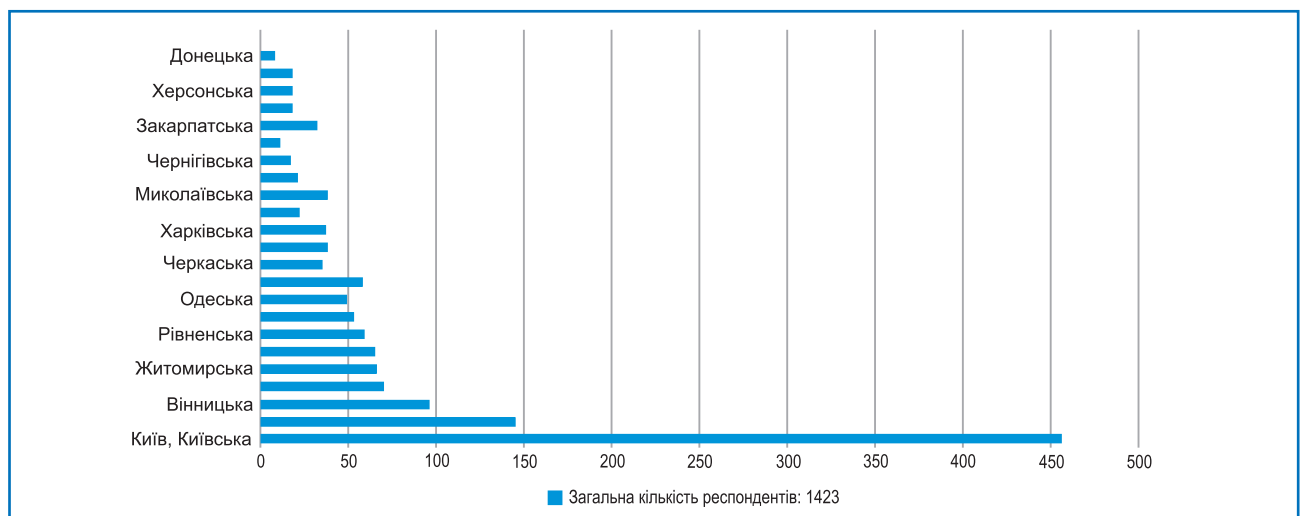


Рисунок 2. Розподіл за областями

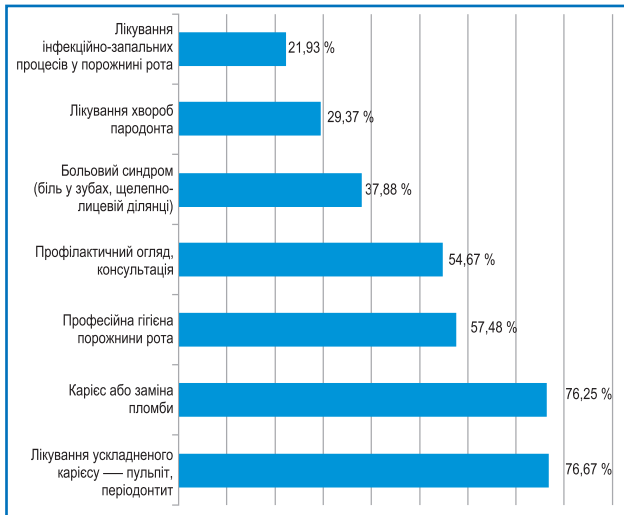


Рисунок 3. Частота звернень пацієнтів до лікаря-стоматолога терапевтичного профілю

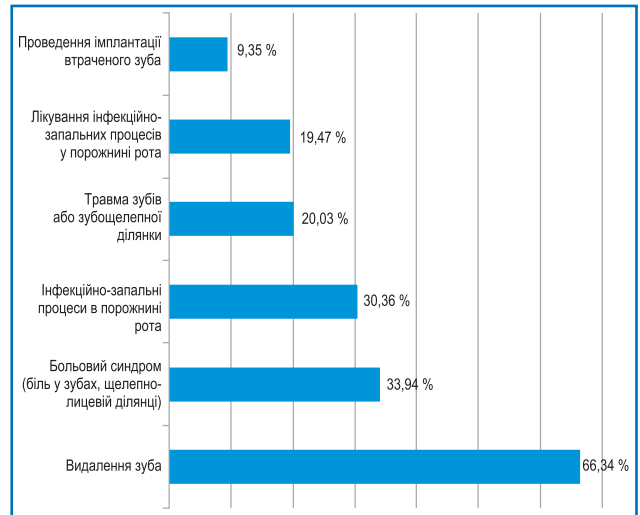


Рисунок 4. Частота звернень пацієнтів до лікаря-стоматолога хірургічного профілю

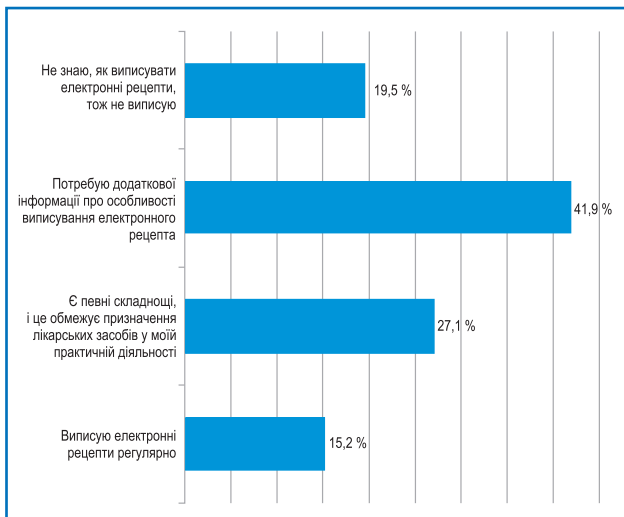


Рисунок 5. Виписування лікарями-стоматологами електронних рецептів на лікарські засоби

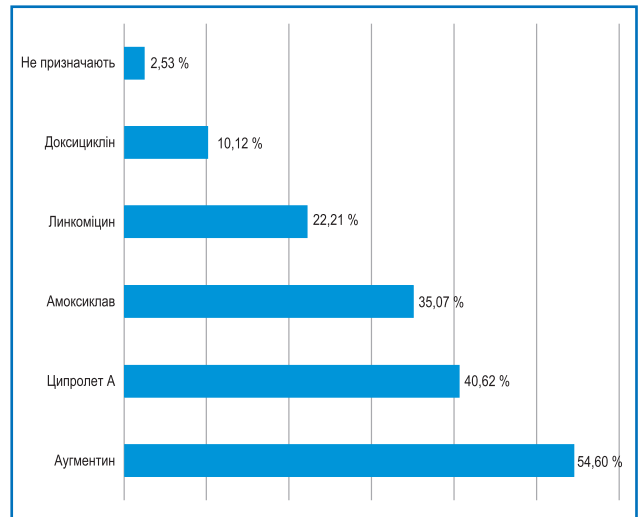


Рисунок 6. Призначення антибактеріальних препаратів лікарями-стоматологами в 2023 р.

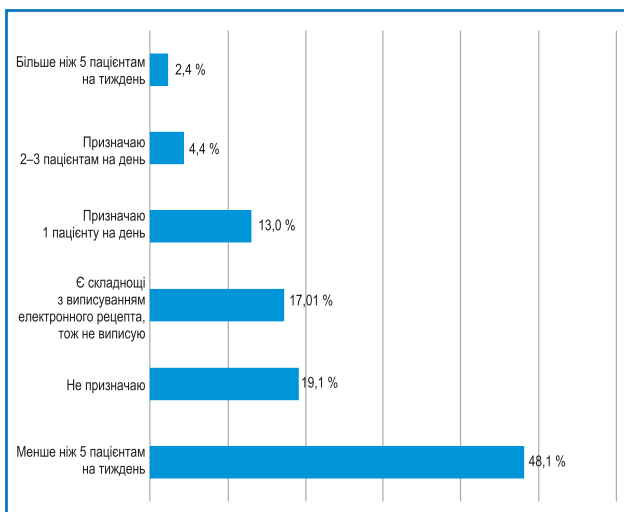


Рисунок 7. Частота призначення антибактеріальних препаратів лікарями-стоматологами в 2023 р.

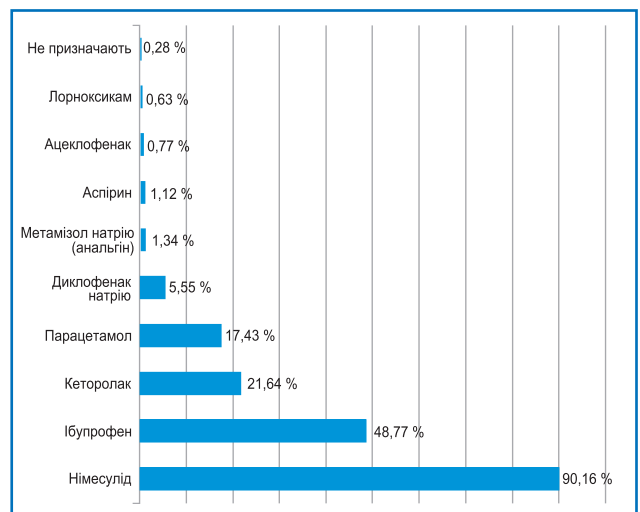


Рисунок 8. Призначення нестероїдних протизапальних препаратів лікарями-стоматологами в 2023 р.

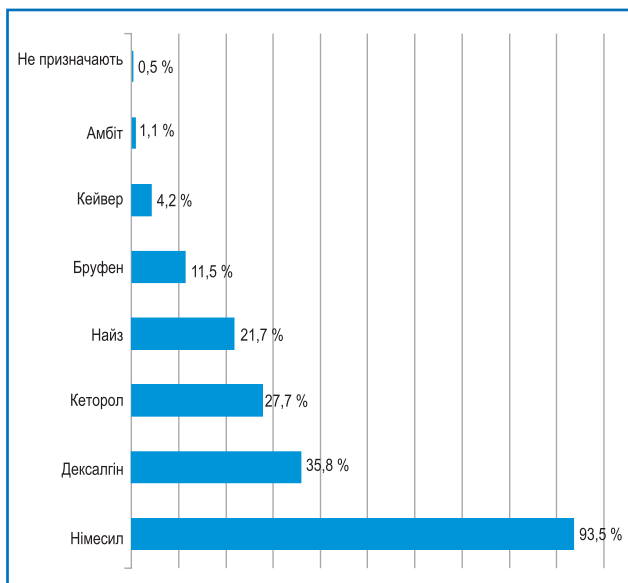


Рисунок 9. Лікарські засоби для менеджменту болю і запалення в стоматології

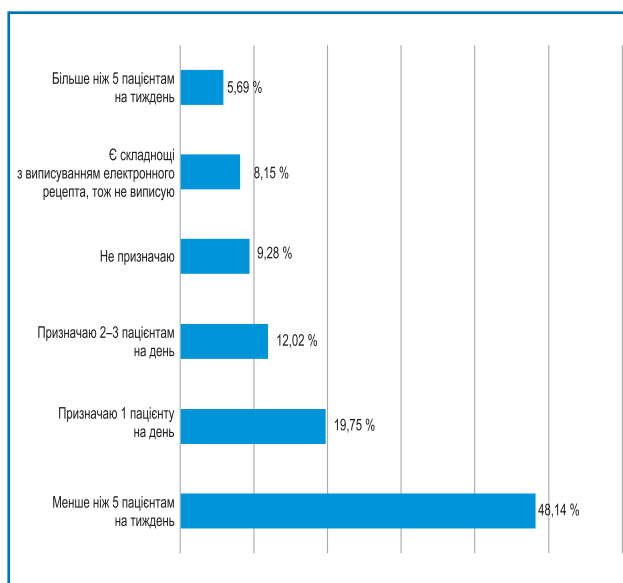


Рисунок 10. Частота призначення нестероїдних протизапальних препаратів лікарями-стоматологами в 2023 р.

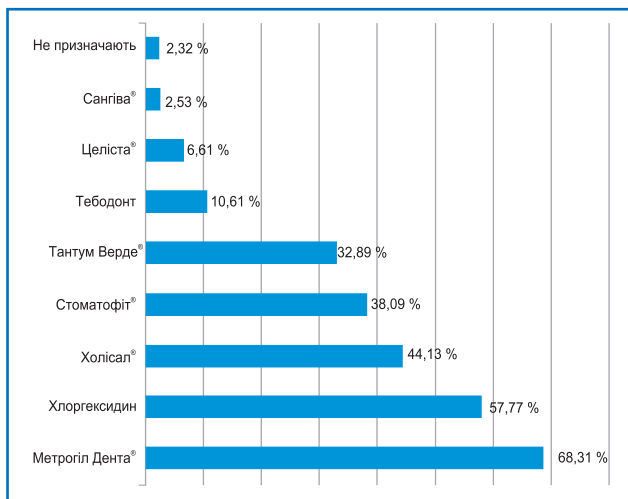


Рисунок 11. Використання препаратів для місцевого лікування інфекційно-запальних процесів у порожнині рота пацієнтами вдома

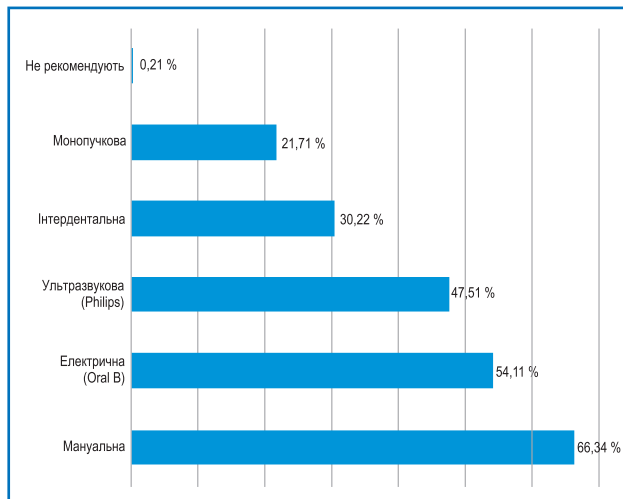


Рисунок 12. Призначення зубних щіток лікарями-стоматологами

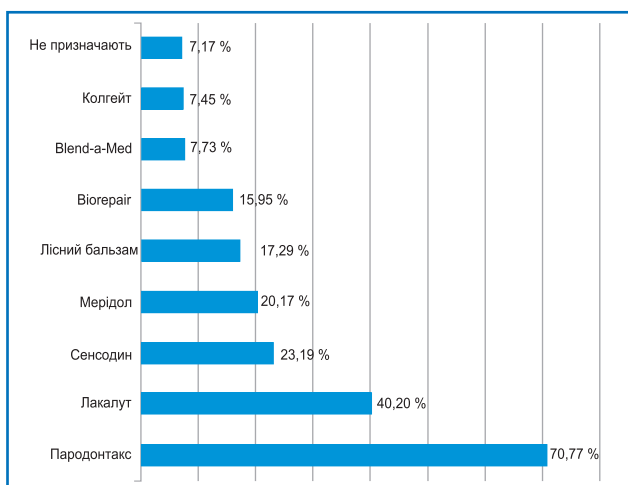


Рисунок 13. Призначення зубних паст хворим на генералізований пародонтит

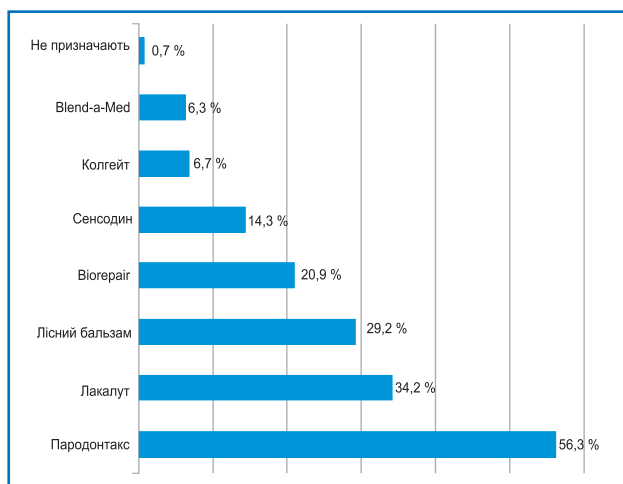


Рисунок 14. Призначення зубних паст хворим, що мають захворювання слизової оболонки порожнини рота

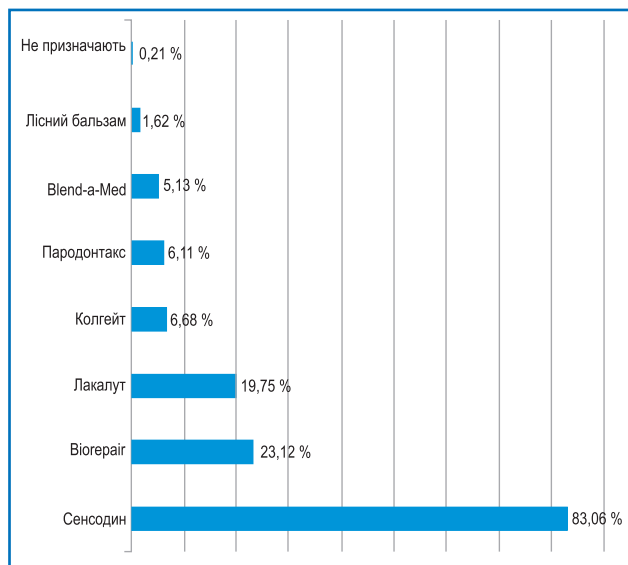


Рисунок 15. Призначення зубних паст пацієнтам із підвищеною чутливістю зубів

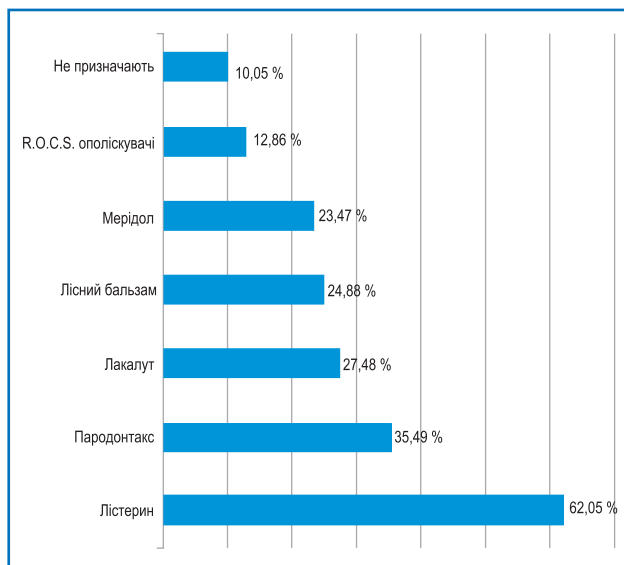


Рисунок 16. Призначення ополіскувачів стоматологічним хворим

антибактеріальних препаратів. Для зниження неконтрольованого використання пацієнтами антибактеріальних препаратів МОЗ було впроваджено систему електронного рецепта (наказ № 1284 від 21.07.2022). Проте статистичні дані свідчать, що тільки 15,2 % лікарів-стоматологів мають змогу виписувати електронні рецепти, 41,9 % лікарів потребують додаткової інформації про особливості виписування електронних рецептів, 19,5 % респондентів не знають, як виписувати електронні рецепти, тож і не виписують (рис. 5).

Моніторинг отриманих даних опитування показав, що частота призначення комбінованих антибактеріальних препаратів становить 43,71 % (ципрофлоксацин та тинідазол); антибіотиків пеніцилінового ряду, а саме амоксициліну, у I половині 2023 року — 29,23 %, тоді як у 2021 році — 40,86 %. Також серед опитаних респондентів антибіотик групи нітроїмідазолів метронідазол станом на I половину 2023 року призначався лікарями-стоматологами у 29,23 %, тоді як у 2021 році — у 34,53 % випадків. Проведено аналіз призначень лікарських засобів за їх торговими марками. Статистичні дані свідчать, що частота використання препарату Аугментин становить 54,6 %; Ципролет А — 40,62 %; Амоксилав — 35,07 % (рис. 6).

За результатами анкетування вивчали частоту призначень антибактеріальних препаратів стоматологами в щоденній практиці. Після статистичної обробки анкет-опитувальників було встановлено, що 48,1 % лікарів призначають антибіотики менше ніж 5 пацієнтам на тиждень; 13 % стоматологів призначають антибактеріальні препарати 1 пацієнту на день; 4,4 % — 2–3 пацієнтам на день; 2,4 % призначають антибіотики більше ніж 5 пацієнтам на тиждень (рис. 7).

Невід'ємною частиною в професійній діяльності лікаря-стоматолога є менеджмент болю та запалення. Міжнародна асоціація з вивчення болю (The International Association for the Study of Pain — IASP) визначає біль як «неприємний сенсорний та емоцій-

ний досвід, пов'язаний з фактичним або потенційним пошкодженням тканин або описаний у термінах такого пошкодження» [1].

Стоматологічні втручання часто супроводжуються ускладненнями у вигляді болю та набряку [2]. Причому саме біль є одним із найбільш поширених і значущих ускладнень [3]. За результатами опитування стоматологів-терапевтів, 37,88 % запитів надійшло від пацієнтів з больовим синдромом (біль у зубах, щелепно-лицевій ділянці) і 21,93 % — на лікування інфекційно-запальних процесів у ротовій порожнині. Кількість запитів до стоматолога-хірурга з больовим синдромом була вищою та становила 33,94 % випадків. З інфекційно-запальними процесами в ротовій порожнині зареєстровано 30,36 % випадків, а з травмою зубів або зубощелепної ділянки рота — 20,03 % випадків. Усі ці клінічні ситуації потребували використання нестероїдних протизапальних препаратів.

За статистичними даними, у 2020 році показник використання нестероїдного протизапального лікарського препарату німесулід становив 85,98 %; у 2021 році — 85,89 %. Станом на I половину 2023 року застосування цього препарату респонденти відзначили у 90,16 % випадків. Серед лікарських засобів, які найчастіше призначають стоматологи своїм пацієнтам: 93,5 % — Німесил, 35,8 % — Дексалгін, 27,7 % — Кеторол, 21,7 % — препарат Найз (рис. 8, 9).

Частота призначень НПЗП лікарями стоматологічного профілю є високою і становить: у 48,14 % випадків — менше ніж 5 пацієнтам на тиждень; 19,75 % призначають НПЗП 1 пацієнту на день, а 12,05 % призначають 2–3 пацієнтам на день (рис. 10).

Термін «антисептики» об'єднує низку сполук, головною функцією яких є протимікробна активність, що здійснюється шляхом денатурації структурних і ферментативних білків, порушення проникності мембрани плазми та пригнічення активності ферментів у мікроорганізмах. Ці препарати широко ви-

користуються у стоматології — як у клініці, так і для лікування в домашніх умовах. За результатами аналізу анкет-опитувальників, переважна більшість респондентів (84,3 %) призначають пацієнтам розчини для полоскання; 35,6 % використовують у практиці таблетки для розсмоктування.

Лікування інфекційно-запальних процесів у порожнині рота потребує місцевого використання протимікробних препаратів. Значно поширеним препаратом, який використовують лікарі-стоматологи у практиці, є хлоргексидин — 69,01 % призначень у І півріччі 2023 року. Частота його використання у 2021 р. становила 82,51 %. Другим за поширеністю препаратом є гель Метрогіл Дента, згідно з опитуванням, у 2021 році його призначали 67,6 % лікарів, а станом на 2023 рік — 66,27 %. Препарат з протизапальною, антибактеріальною та противірусною дією Холісал призначають 43,57 % респондентів (рис. 11).

Мікрофлора ротової порожнини містить велику кількість мікроорганізмів, для збереження життєдіяльності яких утворюється біоплівка. Слід пам'ятати, що мікробна біоплівка має патогенний потенціал і за певних несприятливих умов, наприклад при зниженні імунного захисту, призводить до розвитку захворювань тканин ротової порожнини [4]. Тому основним завданням для лікаря-стоматолога є профілактика стоматологічних хвороб, мотивація та навчання пацієнтів превентивним методам — підтримання адекватної та правильної гігієни порожнини рота.

Опитування ставило на меті визначити, які основні та допоміжні засоби гігієни лікарі-стоматологи призначають пацієнтам. Основними засобами гігієни порожнини рота є зубна щітка та зубна паста. Серед лікарів-стоматологів 66,34 % рекомендують використовувати мануальну зубну щітку; 54,11 % рекомендують електричну зубну щітку (Oral B); 47,51 % обирають ультразвукову щітку (Philips) (рис. 12).

За призначенням зубні пасти класифікують на гігієнічні, лікувально-профілактичні та лікувальні. При ураженнях тканин пародонта 70,77 % лікарів-стоматологів радять використовувати зубну пасту Пародонтас, 40,20 % рекомендують зубну пасту Лакалут (рис. 13). Пацієнтам, що мають захворювання слизової оболонки порожнини рота, 56,3 % лікарів-стоматологів радять використовувати зубну пасту Пародонтас, 34,2 % лікарів рекомендують зубну пасту Лакалут, а 29,2 % стоматологів призначають пасту Лісний бальзам (рис. 14). У разі гіперестезії твердих тканин зубів 83,06 % лікарів-стоматологів призначають пацієнтам пасту Сенсодин; 23,12 % — пасту Віогеаі; а 19,75 % лікарів-стоматологів обирають пасту Лакалут (рис. 15).

Ретельну увагу слід приділяти саме гігієні міжзубних проміжків, де фізіологічне очищення утруднене. У першу чергу це викликає запальні захворювання ясен, а в майбутньому може призвести до прогресуючих запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта [5]. Для очищення міжзубних проміжків 30,22 % лікарів призначають пацієнтам інтердентальні щітки для щоденного догляду за порожниною рота. Додатково для підтримання гігієни порожнини рота у домаш-

ніх умовах лікарі-стоматологи радять використовувати ополіскувачі ротової порожнини, як-от Лістерин (62,05 %), Пародонтас (35,49 %), Лакалут (27,48 %) (рис. 16).

Висновки

Проведено аналіз зібраних статистичних даних щодо частоти і вибору лікарських засобів у стоматологічній практиці шляхом опитування 1423 респондентів. Частота звернень до спеціалістів терапевтичного профілю: 76,67 % припадає на лікування ускладненого карієсу — пульпіт та періодонтит, 76,25 % — лікування карієсу або заміна пломби; у хірургічній галузі 66,34 % становить видалення зуба, 33,94 % — лікування больового синдрому.

Висока потреба у лікуванні інфекційно-запальних процесів ротової порожнини (30,36 %) зумовлює призначення системної антибактеріальної терапії. Найчастіше лікарі-стоматологи у своїй практиці застосовують комбіновані антибактеріальні препарати (ципрофлоксацин і тинідазол), що становить 43,71 % (у 2021 році — 48,36 %), пеніцилін (амоксцилін) — 39,56 % (у 2021 році — 40,86 %; у 2020 році показник становив 39,48 %), метронідазол — 29,23 % (у 2021 році — 34,53 %; у 2020 році — 39,18 %).

Висока частота звернень до лікаря-стоматолога з больовим синдромом у щелепно-лицевій ділянці, необхідність оперативних стоматологічних втручань (33,94 %) зумовлюють використання препаратів із групи нестероїдних протизапальних засобів.

У призначенні нестероїдних протизапальних препаратів лідером стала група німесулідів — 90,16 % (дані за 2021 рік свідчать, що показник відповідав 85,89 %), ібупрофен — 48,77 % (у 2021 році — 43,94 %; у 2020 році — 36,05 %).

Щорічно у фармацевтичній промисловості з'являється велика кількість нових медичних препаратів, що потребує детального вивчення механізму дії, фармакотерапії, способів використання, показань та протипоказань до використання у певних клінічних випадках. Проте призначення будь-якого лікарського засобу потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта. Громадська організація «Асоціація стоматологів України» і надалі буде проводити моніторинг та аналіз фармацевтичних препаратів і засобів догляду за порожниною рота у стоматологічних хворих та надавати узагальнену інформацію стоматологічній і медичній спільноті.

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

Список літератури

1. Pain Definitions and Template. IASP. URL: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>. Accessed: October 10, 2017.
2. Haraji A., Rakhshan V. Chlorhexidine gel and less difficult surgeries might reduce post-operative pain, controlling for dry socket, infection and analgesic consumption: a split-mouth controlled randomised clinical trial. *J. Oral. Rehabil.* 2015. Vol. 42. P. 209-219.

3. Osunde O.D., Adebola R.A., Saheed B.D. A comparative study of the effect of suture-less and multiple suture techniques on inflammatory complications following third molar. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012. Vol. 41. P. 1275-1279.

4. Мазур І.П. Вибір антибактеріальних препаратів у стоматології з урахуванням мікробіому ротової порожнини. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 2. С. 42-50.

5. Мазур І.П., Венцурік Ю.О., Мазур П.В. Роль інтердентальної гігієни в підтримці здоров'я порожнини рота. *Oral and General Health*. 2022. Т. 3. № 4. С. 26-30.

Отримано/Received 16.10.2023

Рецензовано/Revised 27.11.2023

Прийнято до друку/Accepted 02.12.2023 ■

Information about authors

I. Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>

M. Stadnyk, MedExpert Publishing House, Kyiv, Ukraine

Yu. Ventsuryk, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

P. Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0005-5012-5228>

D. Buria, 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, M.B. Stadnyk², Y.O. Ventsuryk³, P.V. Mazur¹, D.A. Buria³

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²MedExpert Publishing House, Kyiv, Ukraine

³Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Medicines in dentistry: analysis of use in 2023

Abstract. Background. Every day, dentists face the issue of prescribing various drugs to patients, and the optimal solution is based on a deep understanding of pharmacotherapy. Today, the pharmaceutical market offers a wide range of drugs, regularly adding new ones, but the issue of rationality and optimization of their use remains relevant for everyone. The purpose of the study: to conduct an analysis of statistical data on the frequency of prescription and the choice of antibacterial, non-steroidal anti-inflammatory, antiseptic drugs and oral care products by dentists. **Materials and methods.** The study contains the results of a survey of 1,423 respondents — practicing dentists from all regions of Ukraine regarding the frequency of prescription and the choice of medicinal products. Surveys were conducted during online scientific and practical conferences organized by the NGO “Ukrainian Dental Association” in the first half of 2023. **Results.** The results of the survey showed that dentists use in their practice various pharmacotherapeutic drugs every day.

43.71 % of dentists prescribe combined antibacterial drugs (ciprofloxacin and tinidazole), 39.56 % administer penicillin, 29.23 % use metronidazole. For the treatment of pain syndrome, dentists most often prescribe nimesulide (90.16 %). To treat local infectious and inflammatory diseases of the oral cavity, chlorhexidine (69.01 %), metrogl dent (66.27 %), cholisal (43.57 %) are used. An analysis of statistical data was carried out regarding the prescription of personal hygiene products for the oral cavity — toothbrushes, toothpastes, mouth rinses. **Conclusions.** The results of the analysis of the conducted survey indicate the wide use of pharmacotherapeutic drugs by dentists in daily practice. Awareness of the use of new drugs by dentists will contribute to the achievement of clinically predictable and highly effective treatment outcomes.

Keywords: medicinal products; pharmacotherapy; oral care products; analysis of the prescription of medicines in dentistry; monitoring

Мазур І.П.¹, Гасюк Н.В.², Хлебас С.В.¹, Радчук В.Б.², Стадник М.Б.³

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

²Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль Україна

³Видавничий дім «МедЕксперт», м. Київ, Україна

Безперервний професійний розвиток стоматологів в Україні: реалії сьогодення та перспективи

Резюме. Актуальність. Система безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів в Україні потребує детального аналізу та всебічного динамічного моніторингу, щоб стати систематичним процесом, що дає можливість зростання професійності лікаря шляхом актуалізації індивідуальної освітньої траєкторії. **Мета дослідження:** аналіз підходів до реалізації системи БПР стоматологів для оптимізації вдосконалення професійних компетенцій, виходячи із пріоритетності форм, форматів та підходів до опрацювання професійної інформації та способів ознайомлення з нею і надходження. **Матеріали та методи.** Дослідження проводили шляхом опитування 2216 лікарів-стоматологів усіх спеціальностей з різних областей України, які заповнювали анкету-опитувальник, підготовлену ГО «Асоціація стоматологів України», під час науково-практичних заходів та фахових семінарів в онлайн-режимі. Анкета містила соціально-демографічні питання, аспекти визначення та об'єктивізації форм, форматів, способів реалізації БПР та аспекти роботи з професійною інформацією, способи ознайомлення з нею та шляхи її надходження. Опитування та аналіз результатів дослідження відбувалися під керівництвом ГО «Асоціація стоматологів України», групи компаній «MedExpert» та Української рейтингової агенції. Отримані дані обробляли із застосуванням аналітичного методу дослідження та структурно-логічного аналізу. **Результати.** У питанні актуальності форми заходів БПР 80,96 % опитаних віддають перевагу онлайн-навчанням в режимі реального часу, дистанційній формі — 43,46 %, 17,78 % — аудиторній. Тематичним освітнім семінарам віддають перевагу 67,33 % опитаних. Для 45,44 % респондентів оптимальним є формат з їздів, симпозіумів та конференцій. Для 45,13 % — навчальні тренінги і майстер-класи, які передбачають аудиторну форму роботи. Оптимальним форматом БПР 31,23 % вважають цикли тематичного вдосконалення на факультетах підвищення кваліфікації. Для 14,17 % найбільш прийнятним є стажування у клініках України, для 13,54 % — за кордоном. 74,28 % потребують у лекторських презентаціях більше клінічних випадків з алгоритмічним розбором та детальним аналізом, 76,35 % у пріоритет ставлять лікувальні схеми та алгоритми діагностики. 24,19 % потребують посилення на наукові інформаційні ресурси. Серед професійних напрямків 51,85 % опитаних у пріоритет ставлять питання ендодонтії, 46,75 % — використання сучасних пломбувальних матеріалів, 35,92 % — пародонтології, 29,06 % — захворювань слизової оболонки порожнини рота, 28,34 % — профілактичної стоматології, 26,17 % — ортопедичної стоматології, 21,48 % — дитячої стоматології. Найоптимальнішим форматом отримання нової професійної інформації, на думку 73,83 % опитаних, є лекції, фахові семінари та науково-практичні заходи, для 50,54 % — книги та методичні рекомендації, 32,63 % — вітчизняні фахові журнали, 13,63 % — закордонні видання, 26,22 % респондентів запозичують досвід в колег. Серед джерел надходження наукової періодики за темою професійного спрямування перевагу надають опрацюванню

інтернет-ресурсів. Найбільшу зацікавленість у лікарів викликають публікації із добре ілюстрованими клінічними випадками та структурованими алгоритмами клінічних ситуацій. Серед вітчизняних стоматологічних професійних видань, які користуються популярністю української стоматологічної спільноти і відповідно є найбільш затребуваними із науково-практичної точки зору: «Дент Арт», «Сучасна стоматологія», «Вісник стоматології» та «Oral and General Health». **Висновки.** За результатами дослідження продемонстровано, що індивідуальна освітня траєкторія є невід'ємною складовою БПР лікаря-стоматолога, що неодмінно має включати відвідування лекцій та фахових семінарів, роботу із науково-практичними публікаціями. Надання переваги електронним варіантам журналів на сайтах видань обумовлено реаліями сьогодення і відповідним форматуванням професійної свідомості сучасного суспільства, що в призмі індивідуальної освітньої траєкторії актуалізує питання мотивації лікаря, бажання та здатності до активної пошукової діяльності. Результати аналізу рейтингових параметрів професійних стоматологічних видань декларують запит стоматологічної спільноти на активізацію маркетингової стратегії періодичних видань в бік поліпшення якісного змісту матеріалів та візуального оформлення. Вищенаведені результати дадуть можливість оптимізації системи безперервного професійного розвитку стоматологів в Україні та створять основу для якісного професійного вдосконалення лікарів з подальшим забезпеченням надання якісних стоматологічних послуг, пов'язаних із бурхливим розвитком науки і новітніх світових технологій.

Ключові слова: індивідуальна освітня траєкторія; безперервний професійний розвиток; самоосвіта; стоматологія; освітні заходи

Вступ

Безперервний професійний розвиток (БПР) стоматологів та розробка і впровадження орієнтирів для його поліпшення, які б відповідали запиту сучасного суспільства, є однією із нагальних проблем організації охорони здоров'я [1–3].

Незважаючи на значні здобутки, для якісної реалізації засад БПР як форми професійного самовдосконалення доцільно подолати низку перешкод, серед яких переваженість лікаря роботою та мінімум часу на навчання, недостатнє фінансування, дискусійні питання комерційного спонсорства, недосконалість самої системи, відсутність чіткого визначення відповідальних сторін та їхніх конкретних ролей у розвитку цього питання, відсутність критеріїв оцінки ефективності безперервного професійного розвитку для визначення економічної, медичної та соціальної ефективності, координація діяльності всіх зацікавлених сторін, презентація розвитку лікаря суспільству [4–7]. Вищенаведені чинники актуалізують питання індивідуальної освітньої траєкторії як невід'ємної складової БПР. Концепція освіти лікаря в цілому передбачає можливості розширення медичних знань, навичок і вмінь. БПР при цьому перевершує дану концепцію, визнаючи і додаючи широкий спектр компетенцій, необхідних для надання високоякісної медичної допомоги, зокрема медичні, управлінські, етичні, соціальні навички та особисті якості [8–11].

З огляду на вищезазначені пріоритети та складнощі у системі професійного розвитку очевидно, що ця система в Україні потребує детального аналізу та всебічного динамічного моніторингу, щоб стати систематичним процесом, який викликає довіру у суспільства, є прозорим і при цьому включає можливість зростання професійності лікаря шляхом актуалізації індивідуальної освітньої траєкторії [12–14].

Мета роботи: всебічний аналіз підходів до БПР стоматологів для формування та вдосконалення навичок професійної компетентності шляхом виокремлення ролі індивідуальної освітньої траєкторії, виходячи із

пріоритетності форматів роботи з інформацією професійного спрямування, способів ознайомлення з нею та її надходження.

Матеріали та методи

Моніторинг проводили шляхом опитування 2216 респондентів різних вікових груп, які заповнювали анкету під час науково-практичних заходів та фахових семінарів в онлайн-режимі. Анкета-опитувальник була підготовлена ГО «Асоціація стоматологів України» і містила як соціально-демографічні питання, так і питання з визначення та об'єктивізації форм, форматів, способів реалізації БПР та бачення підходів до набуття нових наукових знань та навичок [15].

Респондентами були лікарі-стоматологи усіх спеціальностей, представники різних областей України (рис. 1).

Опитування лікарів-стоматологів та аналіз результатів дослідження проводились під керівництвом ГО «Асоціація стоматологів України», групи компаній «MedExpert» та Української рейтингової агенції [16].

Розподіл опитаних за спеціалізацією був представлений таким чином: 912 (41,16 %) осіб мали спеціалізацію «стоматологія», 241 особа (10,88 %) — «дитяча стоматологія», 855 (38,58 %) — «терапевтична стоматологія», 313 осіб (14,12 %) — «ортопедична стоматологія», 94 особи (4,24 %) — «ортодонтія», 239 (10,79 %) — «хірургічна стоматологія», 13 (0,59 %) — «пародонтологія» та 24 особи (1,08 %) — «інша спеціалізація» (рис. 2).

Дані, отримані в дослідженні, обробляли за допомогою ліцензійної програми StatSoft Inc., серійний номер AGAR909E415822FA. Застосовано аналітичний метод дослідження та структурно-логічний аналіз [17].

Результати

Особливо актуальним для лікарів України є питання форми заходів БПР, що певною мірою обумовлене військовим сьогоденням.

Виходячи із вищенаведеного, 1794 особи (80,96 %) віддають перевагу онлайн-формі навчання в режимі реального часу, дистанційній формі — 963 особи (43,46 %) і лише 394 особи (17,78 %) є прихильниками аудиторної форми отримання знань для професійного розвитку. Стосовно кількісної складової учасників, для професійного зростання актуальною є робота в малих групах до 20 осіб, це у своїх відповідях зазначили 703 респонденти (31,72 %).

Досить важливими є формати освітніх заходів, які відвідували лікарі-стоматологи для підвищення своєї фахової підготовки. Майже дві третини опитаних лікарів як формату БПР віддають перевагу відвідуванню тематичних освітніх семінарів у режимі реального часу — 1492 особи (67,33 %). Досить значна кількість респондентів вважають оптимальними формати з'їздів, симпозіумів і конференцій — 1007 осіб (45,44 %) та навчальних тренінгів і майстер-класів, які передбачають аудиторну форму роботи, — 1000 осіб (45,13 %).

Оптимальним форматом БПР 692 опитаних (31,23 %) вважають цикли тематичного вдосконалення на факультетах підвищення кваліфікації. Найбільш прийнятною формою для 314 опитаних (14,17 %) є стажування у клініках України та для 300 осіб (13,54 %) — за кордоном.

Беручи до уваги той факт, що більшість лікарів як оптимальному формату БПР віддали перевагу відвідуванню тематичних освітніх семінарів у режимі реального часу, важливим як для лікарів, так і для провайдерів та лекторів є питання якості презентаційного матеріалу за професійним спрямуванням.

Так, 1646 опитаних (74,28 %), а це більше ніж дві третини, хочуть бачити у лекторських презентаціях більше клінічних випадків, на яких алгоритмічно про-

водиться розбір та детальний аналіз, майже така ж кількість опитаних — 1692 (76,35 %) серед побажань до наукової навантаженості презентацій у пріоритет ставлять наявність лікувальних схем та алгоритмів діагностики. Майже четверта частина опитаних — 536 осіб (24,19 %) потребують посилань на наукові інформаційні ресурси та статті. Для 369 опитаних (16,65 %) важливий яскравий дизайн презентацій та наявність емоційно-позитивних анімацій.

Серед напрямків професійного зростання та самовдосконалення 1149 опитаних, що становить 51,85 %, у пріоритет ставлять питання анатомії, патології та методів лікування системи кореневих каналів зубів, тобто ендодонтії. 1036 опитаних (46,75 %) бачать власне самовдосконалення в поглибленні знань щодо аспектів використання сучасних пломбувальних матеріалів, ще 796 осіб (35,92 %) у контексті напрямку професійного зростання обирають пародонтологію. Високу цікавість у лікарів викликають і питання міжпрофесійної взаємодії лікарів у веденні пацієнтів із супутньою соматичною патологією — 695 опитаних (31,36 %) та захворювання слизової оболонки порожнини рота — 644 особи (29,06 %). Останніми роками значна кількість лікарів, а саме 639 опитаних (28,84 %), прагнуть поглибити власні знання із питань порушення функціональних зв'язків елементів зубощелепної системи та скронево-нижньощелепних суглобів, їх діагностики та лікування, ще 628 опитаних (28,34 %) мають бажання щодо фахового вдосконалення в питаннях профілактичної стоматології.

580 опитаних (26,17 %) власне професійне вдосконалення бачать у напрямку поповнення знань та вдосконалення вмінь із ортопедичної стоматології та протезування, 476 фахівців (21,48 %) — із дитячої стоматології.

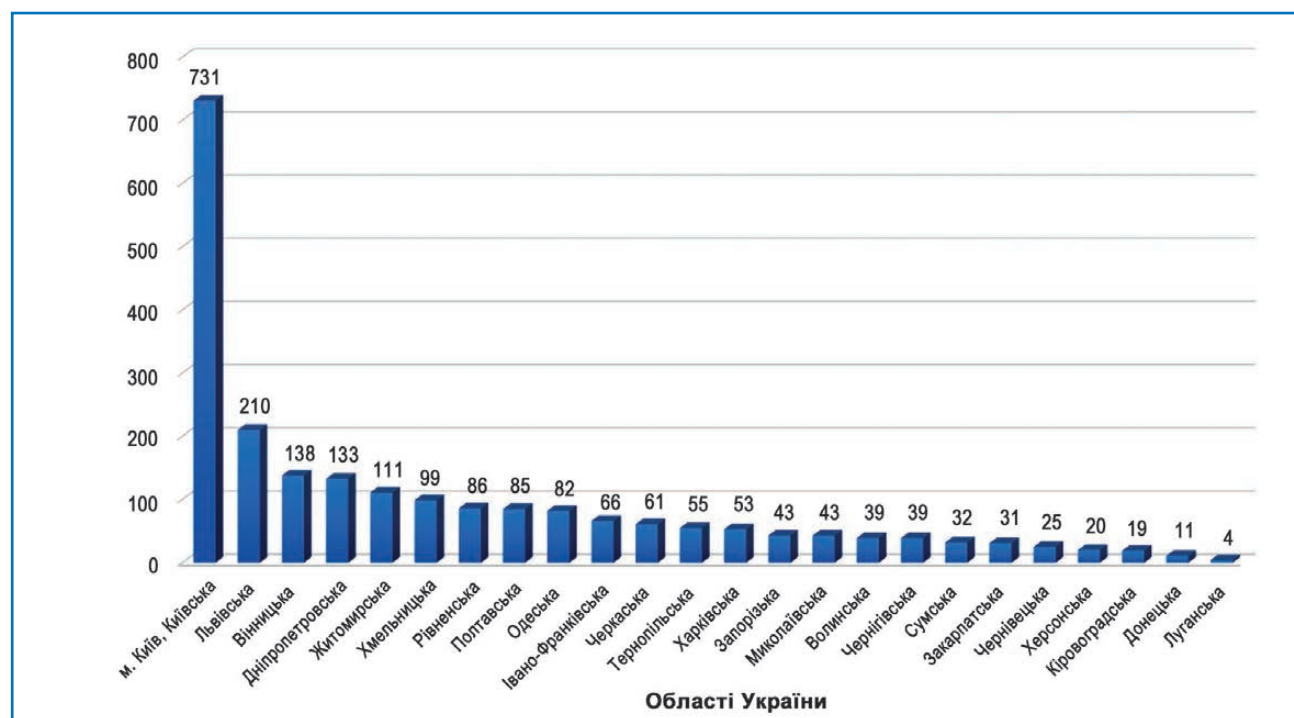


Рисунок 1. Соціально-регіональна характеристика респондентів

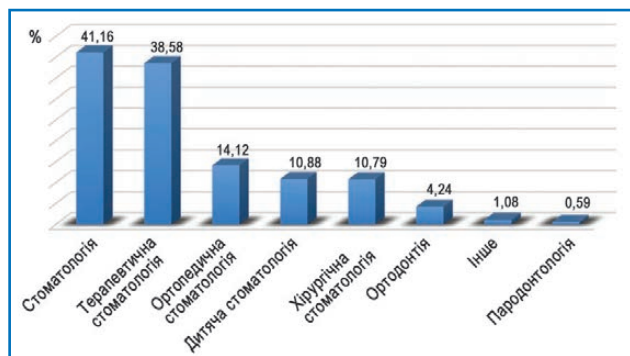


Рисунок 2. Фахова характеристика та загальна кількість лікарів, які взяли участь у дослідженні

Також стоматологи виявляють значний інтерес до питань нейростоматології — 469 опитаних (21,16 %), організації охорони здоров'я — 430 опитаних (19,40 %) та імплантології — 412 опитаних (18,59 %). Вдосконалити професійні якості із питань ортодонції бажають 213 осіб (9,61 %).

Досить вагомим в аспекті реалізації індивідуальної освітньої траєкторії сьогодення як складової БПР лікаря-стоматолога є питання вибору шляхів надходження та форматів роботи із інформацією професійного спрямування. Так, найоптимальнішим форматом отримання нової професійної інформації, на думку 1636 лікарів (73,83 %), є лекції, фахові семінари та науково-практичні заходи, ще 1120 опитаних (50,54 %) отримують інформацію із книг та методичних рекомендацій, 723 опитані (32,63 %) необхідні знання запозичають із вітчизняних фахових журналів, а 302 особи (13,63 %) — із закордонних видань. 581 особа (26,22 %) необхідні для професійного зростання знання набуває шляхом запозичення досвіду в колег. Слід відзначити, що майже кожен другий із респондентів, а саме 1471 особа (66,38 %), необхідну для професійного зростання інформацію черпають із інтернет-ресурсів.

Серед джерел надходження наукової періодики за темою професійної інформації майже половина — 1202 опитані (54,24 %) віддають перевагу опрацюванню статей в електронному варіанті на сайті журналу, 996 осіб (44,95 %) опрацювають інтернет-ресурси, ще 992 опитані (44,77 %) знайомляться із публікаціями, які підібрані за тематикою фахових шкіл на відповідному навчальному сайті. 834 опитані (37,64 %) віддають перевагу науковим публікаціям за фахом, які надсилаються на електронну скриньку, 534 респонденти (24,10 %) як спосіб отримання інформації за краще вважають опрацювання публікацій через роботу із паперовими носіями (журналам). 152 опитані (6,86 %) за найбільш прийнятний формат опрацювання професійної інформації вважають опрацювання наукових статей у медичних бібліотеках.

93 особи (4,20 %) із опитаних зазначили факт відсутності можливостей опрацювати нову наукову літературу за фахом із причини професійної перевантаженості, 36 опитаних (1,62 %) вважають наукові публікації у вітчизняних виданнях нецікавими.

На питання про частоту та регулярність читання науково-практичних статей у вітчизняних професійних виданнях 600 опитаних (27,08 %) відповіли, що вдаються до цього шляхом інтернет-пошуку, 524 особи (23,65 %) зазначили, що працюють з науково-практичною періодикою декілька разів на місяць. 446 опитаних (20,13 %) відмітили регулярність у роботі із літературою, 392 респонденти (17,69 %) анонсували відповідь «за крайньої потреби», оскільки їм вистачає інформації, яка надається на тематичних науково-практичних заходах. 156 лікарів (7,04 %) відмітили частоту роботи із літературою декілька разів на тиждень, а 98 (4,42 %) не бачать необхідності в роботі із професійною літературою.

За результатами опитування, найбільшу зацікавленість у лікарів викликають публікації, у яких репрезентовані добре ілюстровані клінічні випадки, це у своїх відповідях зазначили 1415 респондентів (63,85 %), також актуальними вважають статті із структурованими алгоритмами стосовно клінічних ситуацій — 1101 опитаний (49,68 %). 1007 респондентів (45,44 %) віддають перевагу опублікованим лекціям із практичними матеріалами. Дещо меншою популярністю серед лікарської аудиторії користуються оригінальні публікації за результатами наукових робіт, це зазначили лише 563 опитані (25,41 %), огляди наукових досліджень та аналітичні статті — 315 опитаних (14,21 %).

Стосовно способу отримання нових номерів фахового видання кожен другий із опитаних лікарів надає перевагу електронному варіанту на сайті журналу, коли через пошукову систему можна знайти і завантажити необхідну публікацію, це зазначили у своїх відповідях 1149 опитаних (51,85 %). Надають також перевагу надходженню професійної літератури для ознайомлення з поточним номером на електронну скриньку, що зазначили 613 осіб (27,66 %) від загального числа опитаних.

Досить незначна кількість опитаних — 238 лікарів (10,74 %) за оптимальний спосіб отримання поточних видань вважають їх придбання на науково-практичних заходах, виставках на паперовому носії. І лише 216 осіб (9,75 %) віддають перевагу річній підписці із подальшим отриманням паперового носія (журналу) поштою.

Досить цікавим є питання популярності вітчизняних фахових видань, які користуються найбільшим попитом української стоматологічної спільноти і відповідно є найбільш затребуваними із науково-практичної точки зору.

У рейтингу стоматологічних професійних видань найбільш популярним і затребуваним серед лікарів як носій професійної інформації є видання «Дент Арт», м. Полтава, це у своїх відповідях зазначили 997 опитаних (44,99 %). Також стоматологи проявляють активний інтерес до видання «Сучасна стоматологія», м. Київ, на що вказують 827 опитаних (37,32 %), «Вісник стоматології», м. Одеса, 442 опитані (19,95 %), та «Oral and General Health», м. Київ, 380 осіб (17,15 %). 264 опитані (11,91 %) затребуваним із практичної точки зору вважають видання «Український стоматологічний альманах», м. Полтава, 209 осіб (9,43 %) — «Клінічна стоматологія», м. Тернопіль, а 102 опитані (4,60 %) —

видання «Світ ортодонтії», м. Львів. Слід відмітити, що 508 лікарів (22,92 %) вказали, що вони не читають вищезазначені професійні видання.

Обговорення

Виходячи із пріоритетності формату отримання нової професійної інформації серед лікарів-стоматологів у вигляді лекцій, фахових семінарів та науково-практичних заходів, гостро стоїть потреба їх урізноманітнення, підвищення науково-практичного рівня із акцентом на світовий досвід та профілізацію у відповідь на запит стоматологічної спільноти [18]. Паралельно із тим є доцільною розробка тематичних методичних рекомендацій, які б тезово містили матеріал, зазначений у тематиці лекцій та фахових шкіл, із орієнтирами на світові стандарти надання стоматологічної допомоги, оскільки лише 302 особи (13,63 %) виявили бажання ознайомитися із закордонними стоматологічними новинками. Затребуваність лекцій та фахових семінарів є цілком логічною і пояснюється можливістю переглянути власний досвід та навчання. Рефлексія та обмірковування отриманого матеріалу під час фахових семінарів є керівництвом для подальших дій, що є важливим для осмислення і аналізу власного досвіду та поштовху до «нового розуміння та оцінки» того чи іншого клінічного випадку [19]. Рефлексивний підхід до питань самоосвіти вимагає від лікарів розглядати не лише інформацію, яку вони отримали, але й процеси, за допомогою яких знання були отримані [20].

Досить цікавим є той факт, що необхідні для професійного зростання знання лікарі-стоматологи набувають шляхом запозичення досвіду в колег, що зазначив кожен четвертий респондент. Це свідчить про тісну співпрацю, єдність, довіру й взаємоповагу у вирішенні складних питань діагностики та лікування пацієнтів. Це явище висвітлює принцип медичної колегіальності у стоматології, який проголошує повагу до будь-якої думки в процесі надання медичної допомоги, незалежно від статусу лікаря, віку, національності [21].

Характеристика систематичності роботи із літературою професійного спрямування в рамках реалізації індивідуальної освітньої траєкторії дає можливість констатувати високу якість лекцій та освітніх заходів, які проводяться на різних навчальних платформах. Проте це не сприяє мотивації до індивідуальної пошукової роботи і актуалізує питання професійного вигорання через професійну звантаженість, що в перспективі може стати причиною емоційного виснаження, втрати інтересу до професійної діяльності. Слід відмітити, що кожен п'ятий лікар систематично займається питаннями індивідуального професійного розвитку шляхом опрацювання наукових професійних видань [22].

Заслужує на увагу те, що майже кожен другий лікар із опитаних необхідну інформацію для професійного зростання запозичає із інтернет-ресурсів. Це явище досить дискусійне, оскільки якість професійної інформації, як і повна відсутність відповідальності за її достовірність, породжує лікарські помилки, відкриває шлях до ятрогенно-індукованих станів у пацієнтів.

Результати моніторингу читабельності професійних стоматологічних видань цільовою аудиторією диктують необхідність заходів щодо збереження вітчизняних фахових видань та поліпшення якісного наукового навантаження останніх із збільшенням кількості публікацій з яскраво ілюстрованими клінічними випадками, алгоритмами, протоколами та життєвими історіями успішних і яскравих особистостей серед стоматологічної спільноти [23].

Висновки

Найбільш оптимальною формою реалізації системи БПР в Україні в сучасних умовах є дистанційна форма фахових семінарів у режимі реального часу. Більшість стоматологів з метою підвищення рівня власних професійних знань відвідують лекції, семінари та науково-практичні заходи. Тематика фахових семінарів за запитами стоматологічної спільноти включає сферу ендодонтії, сучасних реставраційних матеріалів, пародонтології, міждисциплінарної інтеграції, захворювань слизової оболонки порожнини рота, патології скронево-нижньощелепного суглоба та профілактичної стоматології. При викладенні професійного матеріалу доцільно орієнтуватися на насичення лекторських презентацій клінічними випадками, схемами лікування, діагностичними алгоритмами. При ознайомленні із науковою періодикою більшість лікарів віддають перевагу опрацюванню наукових публікацій на сайтах журналів. Визначені шляхом опитування форми і формати реалізації системи БПР, які з позиції пріоритетності для стоматологів України передбачають ефективні навчальні, науково-практичні заходи за актуальною тематикою із наданням відповідного доказового контенту для клінічної практики стоматолога. Вищенаведені результати дадуть можливість оптимізації системи БПР стоматологів в Україні та створять базис для якісного професійного вдосконалення лікарів з подальшим забезпеченням надання якісних стоматологічних послуг, пов'язаних із мінливими потребами населення та бурхливим розвитком науки і новітніх світових технологій. За результатами опитування, на думку лікарів-стоматологів, система БПР неодмінно має містити відвідування лекцій та фахових семінарів, роботу із науково-практичними публікаціями у вільний від професійної діяльності час, при цьому основним запитом до якості публікацій є їх добра ілюстрованість клінічними випадками та алгоритмами роботи із пацієнтами. Надання переваги електронним варіантам журналів на сайтах видань обумовлено реаліями сьогодення і відповідним форматуванням професійної свідомості сучасного суспільства, що в кут індивідуальної освітньої траєкторії ставить питання мотивації лікаря, бажання та здатності до активної пошукової діяльності. Результати аналізу рейтингових параметрів професійних стоматологічних видань декларують запит стоматологічної спільноти на активізацію маркетингової стратегії періодичних видань у бік поліпшення якісного змісту матеріалів, візуального оформлення.

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

Список літератури

- Dickerson P.S., Russell J.A., Baughman C. *The professional development associate: a key role in professional development departments.* *J. Contin. Educ. Nurs.* 2020. 51(9). 394-6. doi: 10.3928/00220124-20200812-02.
- Kitto S. *The importance of proactive and strategic technology-enhanced continuing professional development.* *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2021. 41(1). 3-4. doi: 10.1097/CEH.0000000000000343.
- Sladek R.M., McAllister S., Walsh K.M. *Translating health professional education research evidence into effective continuous professional development.* *Med. J. Aust.* 2019. 210(3). 113-4.e1. doi: 10.5694/mja2.12111.
- Cook D.A., Stephenson C.R., Wilkinson J.M., Maloney S., Foo J. *Cost-effectiveness and economic benefit of continuous professional development for drug prescribing: a systematic review.* *JAMA Netw. Open.* 2022. 5(1). e2144973. doi: 10.1001/jamanet-workopen.2021.44973.
- Karas M., Sheen N.J.L., North R.V., Ryan B., Bullock A. *Continuing professional development requirements for UK health professionals: a scoping review.* *BMJ Open.* 2020. 10(3). e032781. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032781.
- Mazur I., Hasiuk N., Suprunovych I., Radchuk V., Mazur P. *Issues of self-education in the continuous professional development of dentists of Ukraine in the conditions of the Covid-19 pandemic.* *Acta Stomatologica Naissi.* 2022. 38(85). 2370-80. doi: 10.5937/asn2285370M.
- Sockalingam S., Rajaratnam T., Gambin A., Soklaridis S., Serhal E., Crawford A. *Interprofessional continuing professional development programs can foster lifelong learning in healthcare professionals: experiences from the Project ECHO model.* *BMC Med. Educ.* 2022. 22(1). 432. doi: 10.1186/s12909-022-03500-w.
- American Dental Association. *2020-21 Survey of Advanced Dental Education.* American Dental Association. Accessed March 31, 2022. <https://www.ada.org/en/science-research/health-policy-institute/data-cen...>
- Creta A.M., Gross A.H. *Components of an effective professional development strategy: the professional practice model, peer feedback, mentorship, sponsorship, and succession planning.* *Semin. Oncol. Nurs.* 2020. 36(3). 151024. doi: 10.1016/j.soncn.2020.151024.
- Volosovets O.P., Lurin I.A., Naumenko O.M., Volosovets A.O., Kryvopustov S.P. *Current challenges for the health care system due to the lack of medical staff and the continuous professional development of doctors.* *Wiad Lek.* 2022. 75(5 pt 1). 1136-9. doi: 10.36740/WLek202205115.
- Owen J.A., Skelton J.B., Maine L.L. *Advancing the adoption of continuing professional development (CPD) in the United States.* *Pharmacy (Basel).* 2020. 8(3). 157. doi: 10.3390/pharmacy8030157.
- Kitto S. *The technological society and the social organization of continuing professional development interventions.* *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2022. 42(4). 225-6. doi: 10.1097/CEH.0000000000000480.
- Mazur I., Hasiuk N., Drohomyretska M., Popovych I., Radchuk V. *Discussion on individual educational trajectory as an integral component of continuous professional development.* *Advanced Education.* 2023. 11 (23). 144-56. doi: 10.20535/2410-8286.295529.
- Mazur I., Hasiuk N., Radchuk V., Stadnyk M. *Aspects of continuing professional development of dentists in wartime conditions through the prism of self-education and self-improvement.* *Oral and General Health.* 2022. 3(4). 61-8. <https://doi.org/10.22141/ogh.3.4.2022.141>.
- Winkelbauer S. *An authentic, practice-based assessment as a catalyst for continuous professional development.* *Pharmacy (Basel).* 2020. 8(1). 15. doi: 10.3390/pharmacy8010015.
- Shrestha B., Dunn L. *The declaration of Helsinki on medical research involving human subjects: A review of seventh revision.* *J. Nepal. Health Res. Counc.* 2020. 17(4). 548-52. doi: 10.33314/jnhrc.v17i4.1042.
- Lee G.B., Chiu A.M. *Assessment and feedback methods in competency-based medical education.* *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2022. 128(3). 256-62. doi: 10.1016/j.anai.2021.12.010.
- Griebenow R., Gehle H.A., Herrmann H. *Continuing professional development (CPD) within the workplace in a digitised health-care system: The perspective from a German professional union.* *J. Eur. CME.* 2022. 11(1). 2038478. doi: 10.1080/21614083.2022.2038478.
- Hearle D., Lawson S. *Continuing professional development engagement — a UK-based concept analysis.* *J. Contin. Educ. Health Prof.* 2019. 39(4). 260-8. doi: 10.1097/CEH.0000000000000245.
- Cook D.A., Wilkinson J.M., Foo J. *Quality of cost evaluations of physician continuous professional development: Systematic review of reporting and methods.* *Perspect. Med. Educ.* 2022. 11(3). 156-64. doi: 10.1007/s40037-022-00705-z.
- Henderson A., Prescott C. *Re-envisioning continuing professional development to improve patient outcomes.* *Nurse Educ. Today.* 2020. 89. 104402. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104402.
- Yam C.H.K., Griffiths S.M., Yeoh E.K. *What helps and hinders doctors in engaging in continuous professional development? An explanatory sequential design.* *PLoS One.* 2020 Aug 20. 15(8). e0237632. doi: 10.1371/journal.pone.0237632.
- Undilashvili A., Ebraldidze K., Beriashvili R. *Continuous professional development of healthcare workers — analysis of the current state.* *Georgian Med. News.* 2019. (297). 158-163. PMID: 32011314.

Отримано/Received 03.11.2023

Рецензовано/Revised 07.12.2023

Прийнято до друку/Accepted 12.12.2023

Information about authors

I. Mazur, MD, Professor, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: irina.p.mazur@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9075-5041>
 N. Hasiuk, 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>
 S. Khlyebas, PhD, Assistant at the Department of Therapeutic Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: khlyebasv@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-3122-7131>
 V. Radchuk, 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>
 M. Stadnyk, MedExpert Publishing House, 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, N.V. Hasiuk², S.V. Khlyebas¹, V.B. Radchuk², M.B. Stadnyk³

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

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

³Publishing House "MedExpert", Kyiv, Ukraine

Continuous professional development of dentists in Ukraine: current realities and prospects

Abstract. Background. The system of continuous professional development (CPD) of doctors in Ukraine needs a detailed analysis and comprehensive dynamic monitoring in order to become a systematic process that enables the growth of a doctor's professional personality by actualizing an individual educational trajectory. The purpose of the study: analysis of approaches to the implementation of the CPD system for dentists to optimize the improvement of professional competencies based on the priority of forms, formats, and approaches to the processing of professional information and methods of familiarization with it and receipt. **Materials and methods.** The research was conducted by surveying 2,216 dentists of all specialties from different regions of Ukraine, who filled out a questionnaire prepared by the NGO "Ukrainian Dental Association", during scientific and practical events and professional seminars in the online mode. The questionnaire included socio-demographic questions, aspects of definition and objectification of forms, formats, methods of implementing CPD and the aspect of working with professional information, methods of familiarization with it and ways of receiving it. The survey and analysis of research results took place under the leadership of the NGO "Ukrainian Dental Association", the group of companies "MedExpert" and the Ukrainian rating agency. The obtained data were processed using the analytical research method and structural-logical analysis. **Results.** Regarding the relevance of the form of CPD activities, 80.96 % of respondents prefer online learning in real time, 43.46 % — distance learning, 17.78 % — classroom. Thematic educational seminars are preferred by 67.33 % of respondents. For 45.44 % of respondents, the format of congresses, symposiums and conferences is optimal. For 45.13 % — educational trainings and master classes, which involve the classroom form of work. 31.23 % consider cycles of thematic improvement at faculties of professional development to be the optimal format of the CPD. For 14.17 %, internships in clinics of Ukraine are the most acceptable, for 13.54 % — abroad. 74.28 % need more clinical cases with algorithmic review and detailed analysis in lecture presentations, 76.35 % prioritize treatment schemes and diagnostic algorithms. 24.19 % need links to scientific information resources. Among professional areas, 51.85 % prioritize issues of endodontics, 46.75 % — the use of modern filling

materials, 35.92 % — periodontology, 29.06 % — oral mucosa diseases, 28.34 % — preventive dentistry, 26.17 % — orthopedic dentistry, 21.48 % — children's dentistry. According to 73.83 % of respondents, the most optimal format for obtaining new professional information is lectures, professional seminars, and scientific and practical events, for 50.54 % — books and methodological recommendations, for 32.63 % — domestic professional magazines, for 13.63 % — foreign publications, 26.22 % of respondents borrow experience from colleagues. Among the sources of scientific periodicals on professional topics, preference is given to Internet resources. Publications with well-illustrated clinical cases and structured algorithms for clinical situations are of the greatest interest to healthcare professionals. Dent Art, Modern Dentistry, Visnyk Stomatolohii and Oral and General Health are among the domestic dental professional publications that are popular within the Ukrainian dental community and, accordingly, the most sought-after from a scientific and practical perspective. **Conclusions.** According to the research results, it was demonstrated that the individual educational trajectory is an integral part of the CPD of a dentist, which must necessarily include attending lectures and professional seminars, working with scientific and practical publications. The preference for electronic versions of journals on publication websites is due to the realities of today and the appropriate formatting of the professional consciousness of modern society, which, in the prism of an individual educational trajectory, actualizes the issue of a doctor's motivation, desire and ability for active search activities. The results of analysis on the rating parameters of professional dental publications indicates a demand within the dental community for the activation of marketing strategies of periodicals, aiming to improve the quality of content and visual presentation. The above results will make it possible to optimize the system of continuous professional development of dentists in Ukraine and will create a basis for qualitative professional improvement of doctors with further provision of high-quality dental services related to the rapid development of science and the cutting-edge global technologies. **Keywords:** individual educational trajectory; continuous professional development; self-education; dentistry; educational activities

Шарікадзе О., Охотнікова О., Трубка І., Шарікадзе-Балабан А.
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Гострі алергічні реакції в практиці лікаря-стоматолога (огляд літератури)

Резюме. У статті поданий огляд сучасної літератури та наявних клінічних рекомендацій щодо проблеми медикаментозної алергії у стоматологічній практиці. Основна увага приділена реакціям гіперчутливості негайного типу з ризиком розвитку анафілаксії. Метою цього огляду є аналіз сучасної літератури для поліпшення інформованості лікарів-стоматологів щодо особливостей таких реакцій та надання конкретних алгоритмів, як діяти під час їх розвитку. Наведені характеристики лікарських засобів, що найчастіше використовуються при наданні стоматологічної допомоги та мають високий алергенний потенціал. Також приділено увагу необхідності ретельного збору анамнезу для пацієнтів із хронічними захворюваннями, які потребують частих хірургічних втручань або використання великої кількості медикаментів, зокрема у пацієнток із синдромом полікістозних яєчників. В огляді наведені сучасні алгоритми менеджменту пацієнтів із реакціями гіперчутливості негайного типу, що пов'язані із стоматологічним лікуванням. Підкреслюється значущість готовності стоматологічної спільноти та конкретної команди надати своєчасну допомогу та наявності необхідного обладнання для боротьби з будь-якими передбачуваними та непередбачуваними побічними реакціями, які виникають у стоматологічному кабінеті.

Ключові слова: ліки; реакції гіперчутливості; анафілаксія; стоматологічна допомога; синдром полікістозних яєчників

Вступ

Розгляд питання гострих алергічних реакцій у стоматологічній практиці варто розпочати зі статистичних показників, які характеризують стоматологічну допомогу в Україні. За даними літератури, станом на 1 січня 2021 року стоматологічну допомогу населенню України надавали близько 22 тис. лікарів стоматологічного профілю в 6443 установах різних форм власності. Кількість відвідувань спеціалістів стоматологічного профілю (лікарі-стоматологи та зубні лікарі) протягом 2020 року становила приблизно 16 млн, і це тільки у державних закладах охорони здоров'я. Серед них 12 млн дорослого населення (18 років і старше) та 4 млн — діти (до 17 років включно) [1].

Під час будь-якої стоматологічної процедури пацієнт піддається впливу різних лікарських засобів різнорізними шляхами та у різній кількості. Ліки, у свою чергу, можуть стати причиною розвитку небажаних

реакцій під час проведення стоматологічного лікування. Серед таких реакцій незначну, але дуже небезпечну частину становлять реакції гіперчутливості негайного типу (РГЧ).

Якщо під час проведення стоматологічного лікування з'являються реакції, схожі на алергічні, лікар повинен негайно припинити введення підозрюваного препарату, надати допомогу пацієнту, задокументувати прийняті ліки (доза, тип, тривалість) і зафіксувати будь-які ознаки і симптоми [2, 5, 6]. У тяжких випадках слід викликати невідкладну медичну допомогу та супроводити пацієнта до найближчої лікарні.

Метою цього огляду є аналіз сучасної літератури для поліпшення інформованості лікарів-стоматологів щодо особливостей таких реакцій та надання конкретних алгоритмів, як діяти під час їх розвитку.

Усі побічні реакції на лікарський засіб можна визначити як будь-який небажаний ефект лікарського засобу [8, 9]. Тому необхідно вміти розрізняти неімунні та імунні побічні реакції. РГЧ негайного типу належать до імунних реакцій, які інакше називають алергічними. Найнебезпечнішим прикладом такої реакції є анафілаксія, основні симптоми якої наведені нижче. Зауважимо, що побічними реакціями можуть бути будь-які ефекти, які не є терапевтично бажаними, наприклад седация. По суті, алергія може бути побічним ефектом, але не всі побічні реакції є алергією [7, 10].

Симптоми та ознаки анафілаксії

Шкіра. Відчуття тепла, почервоніння, свербіж, кропив'янка, ангіонабряк і відчуття «волосся встає дибом» (спазм м'яза — підіймача волосся).

Рот. Свербіж або поколювання губ, язика або піднебіння. набряк губ, язика, язичка, металевий присмак.

Органи дихання

Ніс. Свербіж, закладеність, ринорея та чхання.

Гортань. Свербіж і «стиснення» в горлі, дисфонія, захриплість, стридор.

Нижні дихальні шляхи. Задишка, стиснення в грудях, кашель, хрипи та ціаноз.

Органи шлунково-кишкового тракту. Нудота, біль у животі, блювання, діарея та дисфагія (утруднене ковтання).

Серцево-судинна система. Відчуття слабкості або запаморочення; непритомність, зміна психічного стану, біль у грудях, серцебиття, тахікардія, брадикардія або інша аритмія, гіпотензія, тунельний зір, утруднення слуху, нетримання сечі або калу та зупинка серця.

ЦНС. Тривога, занепокоєння, відчуття неминучої загибелі, судоми, головний біль і сплутаність свідомості; раптова зміна поведінки у маленьких дітей (чіпляються, плачуть, стають дратівливими, перестають грати).

Органи зору. Свербіж очей та ділянки навколо очей, еритема та набряк, слезотеча та еритема кон'юнктиви.

Інші. Скорочення матки у жінок і дівчат.

Справжню алергію, яка спричинена ліками, можна ідентифікувати за проявом будь-якого певного імунологічного механізму. Розвиток реакції негайного типу має IgE-залежні механізми, і зазвичай така реакція проявляється у вигляді кропив'янки, риніту, ангіонабряку, бронхоспазму, кон'юнктивіту, шлунково-кишкового розладу або анафілаксії (яка потенційно може бути причиною дистрибутивного шоку) [3, 4]. У сучасній стоматологічній практиці повсюдно використовуються декілька категорій фармакологічних засобів, які потенційно можуть викликати алергічні реакції. Це місцеві анестетики, депресанти центральної нервової системи (закис азоту, бензодіазепіни та загальні анестетики), знеболювальні (нестероїдні протизапальні препарати, ацетаминофен та опіоїди) та антибіотики (пеніцилін, кліндаміцин та метронідазол).

Чи можна врахувати ризики, які пов'язані з РГЧ негайного типу, і якщо так, то яким чином? На жаль, сучасна медицина не має можливостей для 100% діагностики можливих ризиків тяжких та швидких алергічних реакцій. Водночас аналіз даних на рис. 1 допоможе лікарю-стоматологу врахувати небезпечні моменти.

Цікаво, що у літературі дуже часто повідомляється про розвиток алергічних реакцій у пацієнток із синдромом полікістозних яєчників [33, 34].

Бути готовими своєчасно розпізнати симптоми анафілаксії — ще один важливий спосіб боротьби із ризиками.

Анафілаксія — гостра, потенційно небезпечна для життя системна реакція гіперчутливості, спричинена раптовим вивільненням медіаторів тучних клітин, яку важко розпізнати. Найчастіше виникає в результаті IgE-опосередкованих реакцій на харчові продукти, ліки та укуси комах та будь-який агент, що здатний викликати раптову реакцію.



Рисунок 1. Фактори ризику розвитку РГЧ

У стоматологічній практиці основною причиною розвитку анафілаксії вважаються антибіотики, хлоргексидин, місцеві анестетики та препарати для проведення загальної анестезії, латекс. Зазначаємо, що перелік препаратів наданий відповідно до ступеня ризику — від найбільшого до найменшого.

Анафілаксія, за визначенням WAO 2020, діагностується за наявності будь-якого з наступних 2 критеріїв [11]:

1. Гострий початок захворювання (від хвилин до кількох годин) з одночасним ураженням шкіри, слизової оболонки або обох (генералізована кропив'янка, свербіж або почервоніння, набряк губ, язика, язичка) і принаймні одне з наступного:

— порушення дихання (наприклад, задишка, хрипи та бронхоспазм, стридор, зниження максимальної експіраторної швидкості, гіпоксемія); можливий напад астми у пацієнта з астмою;

— порушення кровообігу: зниження АТ або супутні симптоми дисфункції кінцевих органів (наприклад, гіпотонія, колапс, синкопе, нетримання);

— серйозні шлунково-кишкові симптоми (наприклад, сильний переймоподібний біль у животі, повторне блювання), особливо після контакту з нехарчовими алергенами.

2. Гострий початок гіпотензії¹ або бронхоспазму чи ураження гортані (наприклад, стридор, зміна голосу, біль при ковтанні) після контакту з відомим або високоймовірним алергеном для цього пацієнта (від хвилин до кількох годин), навіть за відсутності типового залучення шкіри.

Далі окремо розглянемо ризику, що пов'язані з конкретними ліками. І почнемо з антибіотиків.

Антибіотики належать до препаратів, які швидше за все спричиняють анафілаксію [11]. Найпоширеніші у стоматологічній практиці — амоксицилін, феноксиметилпеніцилін і метронідазол [12]. Амоксицилін, який належить до групи бета-лактамних антибіотиків, найчастіше асоціюється з анафілаксією із випадками смерті [13]. За даними британських колег, антибіотики, які є основною причиною періопераційної анафілаксії у Великобританії і відповідальні за майже 50 % випадків, також можуть стати проблемою під час стоматологічного втручання [13]. А у Франції одне нещодавнє дослідження виявило 17 випадків анафілаксії на амоксицилін, який вводили під час стоматологічних процедур [14].

Хлоргексидин — ефективний антисептик, який широко використовується в стоматології [16]. До того ж він наявний у низці стоматологічних продуктів, включно з деякими рідинами для полоскання рота, зубними пастами та зубними імплантатами [16, 17]. Останніми роками у світі все частіше повідомляють про анафілаксію від хлоргексидину, зокрема про випадки у Великобританії, коли риди-

на для полоскання рота, що містить хлоргексидин, використовувалася для зрошення зубних лунок після нещодавнього видалення зуба, що призвело до смерті пацієнтів [18, 19].

За даними Національного звіту Великобританії, який досліджував причини 266 випадків анафілаксії в післяопераційному періоді в лікарнях, хлоргексидин став причиною анафілаксії майже в 10 % випадків і третьою за частотою причиною її розвитку. Важливо, що аналіз випадків довів, що у 3 випадках потенційно можна було б уникнути анафілаксії шляхом кращого збору анамнезу [20].

Існує у Великобританії Агентство з регулювання лікарських засобів і товарів медичного призначення (MHRA) ще у 2014 році сповістило про необхідність збільшення обізнаності щодо ризику анафілаксії для продуктів, які містять хлоргексидин. Поставлено під сумнів продовження використання хлоргексидину як іригаційного розчину для лікування сухої лунки після екстракції зуба [17]. А Шотландська стоматологічна програма клінічної ефективності (SDCEP) рекомендувала розглянути можливість використання сольових розчинів для промивання сухої лунки з огляду на ризики анафілаксії при застосуванні хлоргексидину та відсутність доказів на підтримку його використання [20].

Місцеві анестетики. Анафілактичні реакції на місцеві анестетики вважаються дуже рідкісними. Їх фактична частота становить приблизно 0,1–1 %, з них 0,1 % випадків підтверджених алергічних реакцій, серед яких є як негайні, так і уповільнені (локалізована реакція в місці ін'єкції, контактний дерматит) без ризику анафілаксії. Найменш алергенними амідними місцевими анестетиками, за даними літератури, є мепівакаїн і звичайний прилокаїн. Більш поширені алергічні реакції на ефірні агенти, оскільки вони метаболізуються до параамінобензойної кислоти, відомої алергенної сполуки. Ще одна речовина, яка використовується у стоматології місцево і може стати причиною розвитку реакцій уповільненого типу — бензокаїн [30].

Важливо, що більшість алергічних реакцій, викликаних місцевими анестетиками, часто пов'язані з іншими компонентами, що входять до складу розчину, а не із самим препаратом [30]. Такі допоміжні речовини, як консерванти (наприклад, бензоати, що використовуються у багатодозових флаконах) і антиоксиданти (наприклад, метабісульфіти, що використовуються в розчинах, які містять адреналін), можуть викликати алергічні реакції [31]. Після проведення місцевої анестезії деякі пацієнти можуть мати симптоми, які іноді можна прийняти за алергічні реакції, і пацієнтам часто хибно повідомляють, що вони мають алергію на анестетик. Тоді як більшість побічних реакцій є психогенними або вазовагальними [32].

Алергія на латекс поширилася з кінця минулого століття, зокрема і через збільшення використання латексних рукавичок у медичних закладах, хоча зараз частота випадків зменшилася. Згідно з

¹Немовлята та діти — низький систолічний АТ (залежно від віку) або зниження більше ніж на 30 % систолічного АТ. Дорослі — систолічний АТ менше ніж 90 мм рт.ст. або зниження більше ніж на 30 % від вихідного рівня цієї особи.

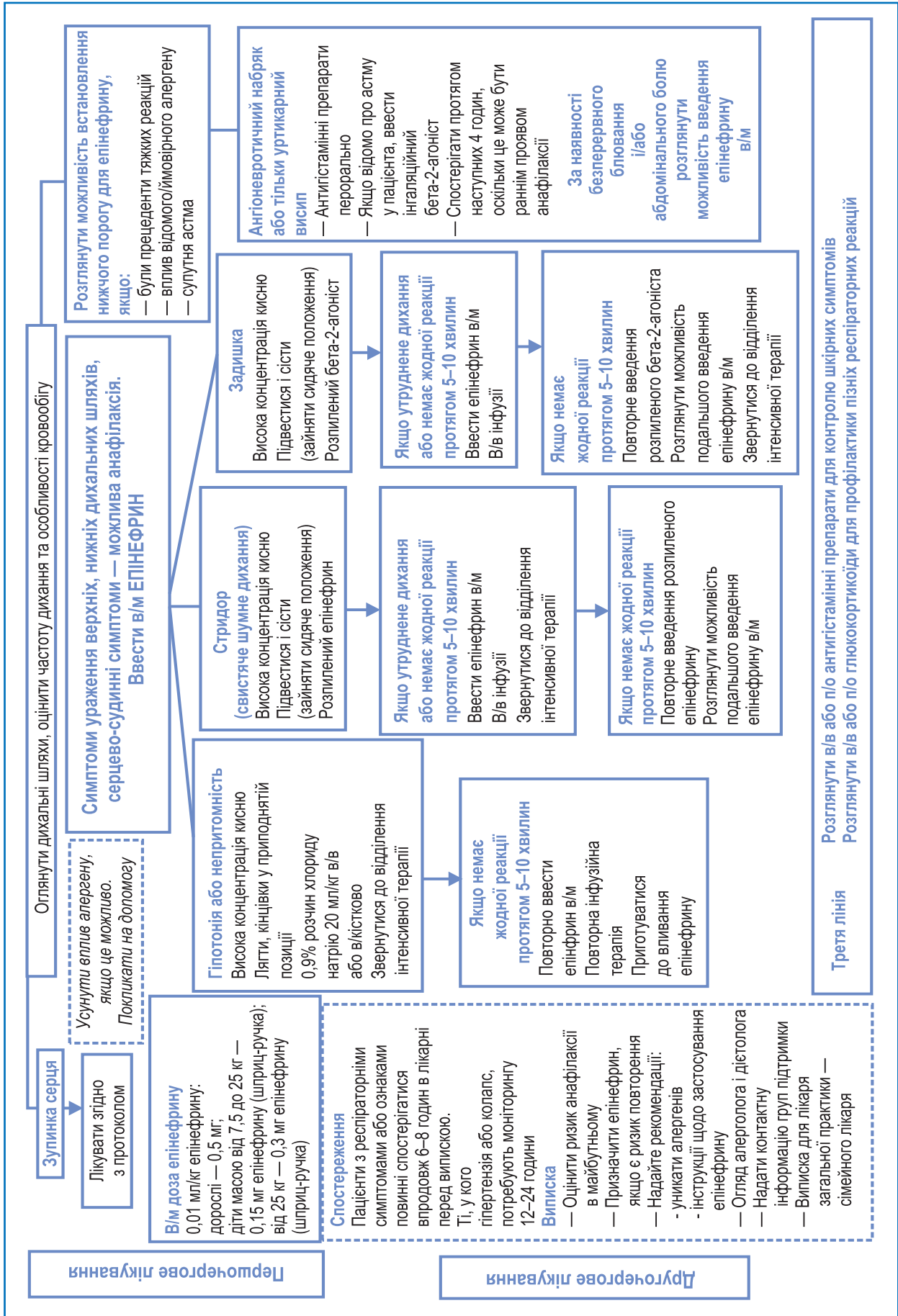


Рисунок 2. Алгоритм початкового лікування анафілаксії

останніми дослідженнями, поточна поширеність латексної алергії та сенсibilізації серед пацієнтів становить 7,2 і 30,4 % відповідно. Епідеміологічні дані показали, що пацієнти, особливо ті, яким проводяться хірургічні процедури (розщелина хребта, кесарів розтин і екстрофія сечового міхура) під анестезією або з катетеризацією (урологічні аномалії, аномалії клоаки та цукровий діабет 1-го типу), мають вищий шанс мати алергію на латекс. Ще одним фактором ризику є люди з харчовою алергією на певні продукти (зокрема, банани, киви та авокадо) [21]. Літературні джерела пишуть, що анафілаксія, спричинена алергією на латекс, надзвичайно рідкісна, однак симптоми можуть бути доволі тяжкими, особливо у пацієнтів з неконтрольованою астмою [16, 22]. Огляд літератури виявив лише один випадок анафілаксії, спричиненої латексом, за останні 20 років у стоматологічній практиці — пацієнт, у якого була реакція на кофердам [23]. Водночас за останні роки не описані випадки анафілаксії на латекс у стоматології. Але стоматологам варто пам'ятати про власне здоров'я: поширеність алергії на латекс серед медичних працівників вища, ніж серед населення загалом, що підкреслює необхідність для всіх членів стоматологічної бригади бути особливо пильними [24].

Препарати для загальної анестезії. Усі седативні засоби та загальні анестетики здатні спричинити пригнічення дихання залежно від дози, причому інтенсивність депресії посилюється при застосуванні кількох седативних засобів. Такі реакції не належать до алергічних. З огляду на величезну кількість анестетиків, що застосовуються в усьому світі, наприклад, за останніми оцінками, 45 мільйонів випадків на рік у США та 8 мільйонів на рік у Франції, лікарсько-індукована гіперчутливість негайного типу або реакції, опосередковані IgE I типу, і анафілактоїдні реакції у післяопераційному періоді зустрічаються рідко [25].

Йодоформ, який міститься в низці ендодонтичних продуктів, також може стати причиною гострої алергічної реакції. Інформація про продукт альвожил (Alvogyl, Septodont) передбачає, що його не слід застосовувати пацієнтам з відомою алергією на прокаїновий (новокаїновий) анестетик, йод або сполуки, пов'язані з йодом [29].

Анафілаксія, яка може статися вдома: увага до зубних паст. У літературі є повідомлення про розвиток летальної анафілаксії після використання зубних паст, до складу яких входить молочний протеїн. Це небезпечно для пацієнтів з харчовою алергією на білок коров'ячого молока — казеїн [26–28].

Алгоритми діагностики невідкладних алергічних реакцій для лікарів-стоматологів складаються із ретельного аналізу клінічної ситуації кожного пацієнта та скеровування до лікаря-алерголога для проведення відповідного обстеження, але тільки у випадках, які передбачені чинною клінічною настановою [2]. Основними показаннями для дообстеження є:

- наявність попередніх реакцій на той самий препарат, який передбачається використовувати;
- анафілаксія в минулому (документально підтверджена);
- розвиток будь-якої реакції негайного типу під час надання стоматологічної допомоги.

Важливо пам'ятати, що потрібно не відмовляти пацієнту у наданні допомоги, а знати, який альтернативний препарат можна запропонувати для забезпечення максимальної безпеки пацієнта.

Якщо реакція відбулася під час проведення маніпуляції, обов'язково потрібно провести забір крові на визначення рівня триптази, яка є одним із доведених маркерів анафілаксії. Перший забір крові проводиться для визначення пікового рівня якомога швидше після розвитку анафілаксії (від 15 хвилин до 3 годин).

При наданні невідкладної допомоги пацієнту з гострою алергічною реакцією варто на першому етапі визначити ранні прояви анафілаксії, і якщо вони відсутні, лікування можна починати з антигістамінних 2-го покоління та системних глюкокортикостероїдів. Якщо має місце хоча б найменша підозра на анафілаксію, симптоми якої наведені у цій статті вище, єдиним препаратом вибору повинен бути адреналін. Більш детально схема надання невідкладної допомоги при анафілаксії подана на рис. 2.

Висновки

Дуже важливо, щоб команда стоматологів була готова надати своєчасну допомогу та була достатньо обладнана для боротьби з будь-якими передбачуваними та непередбачуваними побічними реакціями, що виникають у стоматологічному кабінеті. Крім того, обов'язком медичного працівника є детальне розуміння стану здоров'я його пацієнтів щоразу, коли він призначає нові ліки або змінює дозування, щоб уникнути провокування побічних реакцій, яких можна уникнути.

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

Список літератури

1. Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік. *Oral and General Health*. 2021. Т. 2. № 3. С. 32-38. <https://doi.org/10.22141/ogh.2.3.2021.240727>.
2. Уніфікований клінічний протокол МОЗ України «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію». Наказ МОЗУ від 30.12.2015 року № 916.
3. Limswan T., Demoly P. Acute symptoms of drug hypersensitivity (urticaria, angioedema, anaphylaxis, anaphylactic shock). *Med. Clin. North Am.* 2010. 94. 691-710.
4. Pipa-Vallejo A., Garcia-Pola-Vallejo M.J. Local anesthetics in dentistry. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2004. 9(5). 440-443; 438-440.
5. Demoly P., Adkinson N.F., Brockow K. et al. International Consensus on drug allergy. *Allergy*. 2014. 69(4). 420-437.

6. Mirakian R., Ewan P.W., Durham S.R. et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. *Clin. Exp. Allergy*. 2009. 39. 43–61.
7. Cardona et al. Position paper. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organization Journal*. 2020. 13. 100472; <http://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>.
8. Edwards I.R., Aronson J.K. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet*. 2000. 356(9237). 1255–1259.
9. Pirmohamed M., Breckenridge A.M., Kitteringham N.R. et al. Adverse drug reactions. *BMJ*. 1998. 316(7140). 1295–1298.
10. Pourpak Z., Fazlollahi M.R., Fattahi F. Understanding adverse drug reactions and drug allergies: principles, diagnosis and treatment aspects. *Recent Pat. Inflamm. Allergy Drug Discov*. 2008. 2(1). 24–46.
11. Anaphylaxis Campaign. *Drug Allergy: The Facts*. 2017. Available at: <https://www.anaphylaxis.org.uk/wp-content/uploads/2019/07/Drug-Allergy-2017.pdf> (accessed May 2020).
12. SDCEP. *Drugs for the Management of Dental Problems During COVID-19 Pandemic*. 2020. Available at: <https://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/SDCEP-MADP-COVID-19-drug-supplement-update-110520.pdf> (accessed May 2020).
13. Pumphrey R.S.H. Fatal anaphylaxis in the UK, 1992–2001. *Novartis Found Symp*. 2004. 257. 116–128; discussion 128–132, 157–160, 276–285.
14. Cloitre A., Duval X., Tubiana S. et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of infective endocarditis for dental procedures is not associated with fatal adverse drug reactions in France. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*. 2019; DOI: 10.4317/medoral.22818.
15. Pemberton M.N. Allergy to chlorhexidine. *Dent. Update*. 2016. 43. 272–274.
16. Anaphylaxis Campaign. *Chlorhexidine*. 2019 Available at: <https://www.anaphylaxis.org.uk/knowledgebase/chlorhexidine/> (accessed May 2020).
17. MHRA. *All medical devices and medicinal products containing chlorhexidine — Risk of anaphylactic reaction due to chlorhexidine allergy*. 2014. Available at: <https://www.gov.uk/drug-device-alerts/medical-device-alert-all-medical-devices-and-medicinal-products-containing-chlorhexidine-risk-of-anaphylactic-reaction-due-to-chlorhexidine-allergy> (accessed May 2020).
18. Pemberton M.N. Allergy to chlorhexidine. *Dent. Update*. 2016. 43. 272–274.
19. BBC News. Mouthwash reaction killed Brighton dental patient. 2011. Available at: <https://www.bbc.co.uk/news/uk-england-sussex-14951073> (accessed May 2020).
20. Harper N.J.N., Dixon T., Dugue P. et al. Guidelines: Suspected anaphylactic reactions associated with anaesthesia. *Anaesthesia*. 2009. 64. 199–211.
21. Wu M., McIntosh J., Liu J. Current prevalence rate of latex allergy: Why it remains a problem? *J. Occup. Health*. 2016 May 25. 58(2). 138–44. doi: 10.1539/joh.15-0275-RA.
22. Health and Safety Executive. *Latex allergy in health and social care*. 2019. Available at: <https://www.hse.gov.uk/healthservices/latex/> (accessed May 2020).
23. Chin S.M., Ferguson J.W., Bajurnow T. Latex allergy in dentistry. Review and report of case presenting as a serious reaction to latex dental dam. *Aust Dent. J*. 2004. 49. 146–148.
24. Jevon Ph., Shamsi Sh. Management of anaphylaxis in the dental practice: an update. *British Dental Journal*. 2020. 229. 11. 721–728. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2454-1>.
25. Baldo B.A. Allergic and other adverse reactions to drugs used in anesthesia and surgery. *APS*. 2023. 1(2). 16. doi: 10.1007/s44254-023-00018-2.
26. Paiva M., Piedade S., Gaspar A. Toothpaste-induced anaphylaxis caused by mint (*Mentha*) allergy. *Allergy*. 2010. 65. 1196–1204.
27. Smith G. After Daughter's Fatal Reaction to Toothpaste, Mother Calls for Caution. *Allergic Living* 2019. Available at: <https://www.allergicliving.com/2019/04/15/after-daughters-fatal-reaction-to-toothpaste-mother-calls-for-caution/> (accessed November 2020).
28. Kekatos M. Girl, 11, dies after a severe allergic reaction to toothpaste that contained a milk protein. *Daily Mail (London)*. 2019. April 18.
29. Septodont. *Alvogyl patient information leaflet*. 2006. Available at: <https://www.septodont.co.uk/sites/default/files/Alvogyl%20Patient%20information%20leaflet%20S%2005%2006%20047%2011%2000.pdf> (accessed May 2020).
30. NHS, Specialist Pharmacy Service and UK Medicines Information. *Allergy to local anaesthetic agents used in dentistry — what are the signs, symptoms, alternative diagnoses and management options?* 2019. Available at: https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/UKMi_QA_Dental-local-anaesthetic-allergy-update_May-2019.pdf (accessed May 2020).
31. Lee J., Lee J.-Y., Kim H.J., Seo K.-S. Dental anaesthesia for patients with allergic reactions to lidocaine: two case reports. *J. Dent. Anesth. Pain Med*. 2016. 16. 209–212.
32. Baluga J.C., Casamayou R., Carozzi E. et al. Allergy to local anaesthetics in dentistry. Myth or reality? *Allergol. Immunopathol. (Madr)*. 2002. 30. 14–19.
33. Zierau L., Gade E.J., Lindenberg S., Backer V., Thomsen S.F. Coexistence of asthma and polycystic ovary syndrome: A concise review *Respiratory. Medicine*. 2016. 119. 155e159; <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.08.025>.
34. Kujanpää L. et al. Women with polycystic ovary syndrome are burdened with multimorbidity and medication use independent of body mass index at late fertile age: A population-based cohort study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2022. 101. 728–736. DOI: 10.1111/aogs.14382.

Отримано/Received 04.11.2023

Рецензовано/Revised 19.12.2023

Прийнято до друку/Accepted 21.12.2023

Information about authors

Olena Sharikadze, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine
 Olena Okhotnikova, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine
 Iryna Trubka, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine
 Anastasia Sharikadze-Balaban, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 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.

*O. Sharikadze, O. Okhotnikova, I. Trubka, A. Sharikadze-Balaban
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

Acute allergic reactions in the dental practice (literature review)

Abstract. The article presents a review of modern literature and available clinical guidelines regarding the problem of drug allergy in dental practice. The main attention is paid to the immediate hypersensitivity reactions with the risk of developing anaphylaxis. The purpose of this review is to analyze the current literature to improve the awareness of dentists about the features of such reactions and to provide specific algorithms on how to act during their development. The article describes characteristics of the drugs that are most often used in the dental care and have a high allergenic potential. Also, a special attention is paid to the need of a careful history taking for patients with chronic diseases

who require frequent surgical interventions or the use of many medications, in particular, patients with polycystic ovary syndrome. The review provides current algorithms for the management of patients with immediate hypersensitivity reactions associated with dental treatment. The importance of the readiness of the dental community and the specific team to provide timely assistance and the availability of the necessary equipment to deal with any predictable and unpredictable adverse reactions that occur in the dental office is emphasized.

Keywords: drugs; hypersensitivity reactions; anaphylaxis; dental care; polycystic ovary syndrome

Добровинська О.В.¹, Хлебас С.В.², Мазур П.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

Роль запалення у взаємозв'язку цукрового діабету та пародонтиту

Резюме. Сучасні дослідження показали тісний взаємозв'язок здоров'я ротової порожнини з цукровим діабетом (ЦД). За результатами досліджень, низький відсоток пацієнтів з діагнозом «цукровий діабет» регулярно відвідує стоматолога з приводу обстеження та, за необхідності, проводить лікування захворювань пародонта, і багато пацієнтів не знають про вплив ЦД на здоров'я порожнини рота. Обізнаність щодо захворювань пародонта серед хворих на ЦД дуже низька порівняно з їхніми знаннями про підвищений ризик розвитку таких ускладнень, як ретинопатія, нефропатія, полінейропатія тощо. Захворювання пародонта та ЦД тісно пов'язані між собою і є дуже поширеними хронічними захворюваннями. Запалення є критично важливим фактором розвитку та взаємозв'язку ЦД із захворюваннями пародонта, і його важливість стає ясною лише зараз. ЦД однозначно підвищує ризик захворювань пародонта. Менш яким є вплив захворювань пародонта на контроль глікемії та механізми, за допомогою яких це відбувається. Доказова медицина підкреслює важливість клінічно значущих профілактичних і терапевтичних заходів для лікування ЦД та захворювань пародонта. Залучення фахівців із догляду за ротовою порожниною до стратегій виявлення осіб із групи ризику ЦД розширить зусилля з профілактики та скринінгу, необхідні для уповільнення розвитку цих захворювань. 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.

Ключові слова: цукровий діабет; інсулінорезистентність; пародонтит; інтерлейкін-6; фактор некрозу пухлини α ; мікробіота; прозапальні цитокіни; перімплантит

Цукровий діабет (ЦД) — це група метаболічних розладів, що характеризується хронічною гіперглікемією, яка виникає внаслідок дефектів секреції інсуліну та/або інсулінорезистентності протягом тривалого періоду часу. Існує два основних типи ЦД: цукровий діабет 1-го типу (ЦД1) та цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) [1, 2]. ЦД1 зазвичай виникає внаслідок автоімунного руйнування β -клітин, що призводить до абсолютного дефіциту інсуліну, у тому числі до латентного автоімунного діабету дорослого віку [5]. ЦД2 зумовлений прогресуючою втратою адекватної секреції інсуліну β -клітинами та інсулінорезистентністю. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, сьогодні на ЦД хворіє 422 мільйони людей у всьому світі; 1,6 мільйона летальних випадків щороку безпосередньо пов'язані з цукровим діабетом. Експертами очікується, що у 2045 році кількість хворих на

ЦД збільшиться до 629 млн. З усіх діагностованих випадків цукрового діабету саме ЦД 2-го типу становить 90–95 %, це понад 380 мільйонів людей у всьому світі, тобто 8,8 % осіб віком 20–79 років. Доведено, що гіперглікемія при ЦД є важливим фактором ризику прояву судинних ускладнень. П'ять класичних ускладнень, пов'язаних із цукровим діабетом, включають ретинопатію, нейропатію, нефропатію, серцево-судинні ускладнення (ішемічна хвороба артерій, інсульт і захворювання периферичних судин) і уповільнене загоєння ран. Захворювання пародонта визнані шостим ускладненням ЦД [3].

ЦД є поширеним розладом із супутніми проявами в ротовій порожнині, що впливають на стоматологічний догляд, і існують дані щодо здатності патології порожнини рота глибоко впливати на метаболічний контроль ЦД. Лікарі, які працюють над оптимізаці-

ею метаболічного контролю у цих пацієнтів, повинні усвідомлювати вплив контролю прогресування оральних ускладнень. Це гарантує комплексний план, який передбачає тісну співпрацю між лікарями загальної практики, ендокринологами та стоматологами, що, як ми сподіваємось, призведе до кращого контролю глікемії серед цієї групи пацієнтів. Оральні ускладнення ЦД можуть бути руйнівними для пацієнта. Вони можуть включати кандидоз, карієс зубів, втрату зубів, гінгівіт, плоский лишай, нейросенсорні розлади (синдром печіння рота), пародонтит, дисфункцію слини та ксеростомію, а також порушення смаку, але не обмежуватися ними [4].

Добре задокументовано, що між ЦД і пародонтитом існує двобічний зв'язок [6]. Цукровий діабет є встановленим фактором ризику хронічного пародонтиту. І навпаки, хронічний пародонтит несприятливо модулює рівень глюкози в сироватці крові у хворих на ЦД. Активація імунних і запальних реакцій при ЦД і пародонтиті супроводжується виділенням аналогічних біологічних медіаторів. Ці активовані відповіді призводять до підвищення активності певних імунізапальних медіаторів у хворих на ЦД із захворюваннями пародонта, зокрема адипокінів та мікроРНК. Примітно, що певний мікробіом у ротовій порожнині був залучений до виникнення ЦД і пародонтозу. Іншими словами, ці імунізапальні медіатори та мікробіом потенційно можуть бути біомаркерами для оцінки ризику та можуть впливати на вибір терапії ЦД і пародонтиту.

Пародонтит — це набагато більше, ніж локалізована інфекція порожнини рота. Останні дані вказують на те, що пародонтит може викликати зміни в системній фізіології. Взаємозв'язок між пародонтитом і ЦД є прикладом системного захворювання, що призводить до оральної інфекції, і як тільки ця інфекція активована, вона загострює системне захворювання [7]. У цьому випадку інфекція ротової порожнини сприяє погіршенню перебігу системного захворювання. Щоб зрозуміти клітинні/молекулярні механізми, відповідальні за таку циклічну асоціацію, необхідно визначити загальні фізіологічні зміни, пов'язані з ЦД і пародонтитом, які викликають синергію, коли співіснують. Потенційний механічний зв'язок включає широку вісь запалення, зокрема фенотип імунних клітин, рівні ліпідів у сироватці крові та гомеостаз тканин. Спричинені ЦД зміни у функції імунних клітин викликають запальний фенотип імунних клітин (підвищення регуляції прозапальних цитокінів моноцитами/поліморфноядерними лейкоцитами і зниження регуляції факторів росту макрофагами). Це призводить до хронічного запалення, прогресуючого розпаду тканин і зменшення їх протекційних властивостей. У тканинах пародонта часто виявляють ці зміни, оскільки вони постійно ушкоджуються речовинами, що виділяються з бактеріальних біоплівки. Хворі на ЦД схильні до підвищення рівнів ліпопротеїнів низької щільності і тригліцеридів (ЛПНЩ/ТГ), навіть якщо рівень глюкози в крові добре контролюється. Це важливо, оскільки

останні дослідження показують, що гіперліпідемія може бути одним із факторів, пов'язаних зі змінами імунних клітин, викликаними ЦД. Нещодавні дослідження встановили зв'язок між високим рівнем ліпідів у сироватці крові та пародонтитом. Деякі дані свідчать про те, що пародонтит сам по собі може призвести до підвищення ЛПНЩ/ТГ. Показано, що індуковані пародонтитом бактеріємія/ендотоксикоз спричиняють підвищення сироваткових прозапальних цитокінів, як-от інтерлейкін-1 бета (IL-1 β) і фактор некрозу пухлини альфа (TNF- α), які, як було продемонстровано, у свою чергу, спричиняють зміни в ліпідному метаболізмі, що призводить до гіперліпідемії. У цьому контексті пародонтит може сприяти підвищенню прозапальних цитокінів/ліпідів у сироватці крові та потенційно системному захворюванню, що виникає внаслідок хронічної гіперліпідемії та/або підвищення медіаторів запалення. Прозапальні цитокіни, у свою чергу, можуть викликати синдром інсулінорезистентності, подібний до того, що спостерігається при ЦД, і ініціювати руйнування β -клітин підшлункової залози, що призводить до розвитку ЦД. Таким чином, пародонтит може посилювати спричинену ЦД гіперліпідемію, зміни імунних клітин і деструкцію тканин.

Між ЦД і пародонтитом існує прямий зв'язок [18]. Більшість клінічних та епідеміологічних доказів демонструє, що особи з ЦД (обох типів) мають тенденцію до більш значної поширеності та більш тяжких/швидкопрогресуючих форм пародонтиту, ніж люди без діабету. Крім того, пацієнти з поганим контролем ЦД частіше страждають від пародонтиту, ніж пацієнти з добре контрольованим діабетом. Цікаво, що деякі хворі на контрольований ЦД все ще мають проблеми з пародонтитом. Це свідчить про те, що деякі метаболічні зміни, викликані ЦД, призводять до руйнування пародонта, і цим змінам не завжди можливо запобігти за допомогою контролю глікемії. Діабетичні ускладнення часто пов'язані із посиленням запалення. Як системний прояв хворі на ЦД 2-го типу мають підвищений циркулюючий рівень TNF- α та інтерлейкіну-6, а також підвищене співвідношення клітин Th1/Th2, що асоціюється з мікросудинними ускладненнями. Одним із основних наслідків ЦД є посилення запалення в різних тканинах. Запальні цитокіни, як-от інтерлейкін-1, інтерлейкін-6, інтерлейкін-18 і TNF- α , підвищуються у пацієнтів з ЦД і діабетичною нефропатією та пов'язані з розвитком і прогресуванням цього захворювання. Діабетична ретинопатія є частим мікросудинним ускладненням ЦД. Ранні стадії ЦД викликають загибель ендотеліальних клітин і перицитів, спричинену запаленням, яка, у свою чергу, індукує гіпоксію, а пізніше стимулює ангіогенез. Таким чином, кілька діабетичних ускладнень обумовлені посиленням запалення. ЦД впливає на клітини як вродженої, так і адаптивної імунної відповіді. Вважається, що обидві вони сприяють розвитку пародонтиту. Гіперактивні або дизрегульовані нейтрофіли можуть призвести до пошкодження

супутніх тканин через вивільнення запальних і токсичних речовин або ферментів, що руйнують тканини пародонта. ЦД *in vivo* і високий рівень глюкози *in vitro* стимулюють більшу продукцію хемокинів, які індукують рекрутинг нейтрофілів у відповідь на бактеріальні інфекції. Високий рівень глюкози стимулює праймінг нейтрофілів шляхом підвищення активності протеїнкінази С. ЦД підвищує активацію нейтрофілів і вироблення активних форм кисню, що збільшує пошкодження пародонта, знижує здатність до фагоцитозу.

ЦД 1-го і 2-го типу справляє значний вплив на кісткову тканину. У хворих на ЦД1 у 6–7 разів вищий ризик переломів, а пацієнти з ЦД2 мають у 1,5 разів вищий ризик переломів порівняно із загальною популяцією. Мінеральна щільність кісткової тканини знижується при ЦД1, тоді як при ЦД2 погіршується кісткова структура без зменшення її мінеральної щільності, що, ймовірно, спричинене погіршенням якості кістки. Кісткоутворення значно зменшується при цукровому діабеті і пов'язане зі зниженою експресією факторів транскрипції, як-от Runt-пов'язаний транскрипційний фактор 2 (RUNX2), людський гомолог ген *Drosophila distal-less* і C-fos. Коли TNF- α пригнічується, активуються деякі параметри порушення загоєння переломів. Вони включають зменшення кількості остеокластів, посилення ангиогенезу та більшу експансію мезенхімальних стовбурових клітин.

Подібно до пародонтиту періімплантит є станом, ініційованим зубним нальотом, із втратою кісткової маси, спричиненою деструктивною реакцією організму, яка змінюється місцевими, системними факторами та факторами навколишнього середовища. Періімплантит пов'язаний із поганою гігієною ротової порожнини та пародонтитом. Періімплантатні тканини демонструють більш виражену запальну реакцію порівняно з зубами з такою ж кількістю зубного нальоту, а реверсія цього запалення триває довше в періімплантатних тканинах. Фактори ризику періімплантиту включають пародонтит в анамнезі, погану гігієну ротової порожнини, куріння, генетичні особливості та системні захворювання, зокрема ЦД. Хоча патогенез періімплантиту потребує подальшого вивчення, є низка досліджень, які вказують на те, що ЦД збільшує ймовірність розвитку періімплантиту.

Останні дані показують, що ЦД може змінити мікробіом порожнини рота, що також впливає на розвиток пародонтиту, але специфічні механізми цього не повністю зрозумілі [8]. Відповідно до екологічної гіпотези, зміни мікробіому можуть бути визначені властивостями навколишнього середовища, наприклад напруженням кисню, рН, окиснювально-відновним потенціалом і забезпеченням харчуванням. Крім того, утворення мікробних спільнот також є результатом взаємодії мікробіому з різними метаболічними, структурними і харчовими факторами. У цьому контексті запалення ясен на тлі ЦД справляє сильний селективний тиск, який призводить до поширення дисбактеріозу за

рахунок зменшення видів, які притаманні здоровим людям. Дисбактеріоз, у свою чергу, викликає посилення запалення. Цей порочний циклічний процес продовжується і нарешті викликає клінічні прояви пародонтиту.

Хронічне захворювання пародонта призводить до прогресуючого руйнування підтримуючих тканин зубів, а також до утворення кишень, рецесій або обох, що може призвести до втрати зуба через поширене руйнування альвеолярної кістки [4]. Добре задокументовано, що пародонтоз вважається однією з основних причин втрати зубів у людей з ЦД. Метааналіз чотирьох досліджень за участі 3524 дорослих (> 18 років) показав, що люди з ЦД мають вдвічі вищий ризик розвитку захворювань пародонта порівняно з людьми без діабету [9]. Крім того, існують значні расові відмінності щодо частоти пародонтиту серед пацієнтів із ЦД. Було запропоновано декілька механізмів, що пояснюють підвищену сприйнятливості до захворювань пародонта пацієнтів із неконтрольованим ЦД, включно зі змінами у системній відповіді організму, метаболізмі колагену та кровообігу. Особи з погано контрольованим ЦД2 мають перебільшену запальну реакцію на бактеріальні інфекції пародонта. Гіперзапальна відповідь у поєднанні з порушенням загоєння та відновлення ран може посилити запальну реакцію та руйнування тканин пародонта у цих пацієнтів [10, 11]. Кілька контрольованих клінічних досліджень підтвердили, що пацієнти з ЦД мають більшу поширеність захворювань пародонта порівняно зі здоровими людьми [12]. Крім того, тяжкий періодонтит може збільшити ризик поганого контролю глікемії. Запальна реакція є критично важливим фактором, що визначає сприйнятливості і тяжкість періодонтиту в системно скомпрометованих осіб [13], як-от пацієнти з ЦД2. Є також докази того, що спричинена пародонтитом бактеріємія призводить до підвищення сироваткових прозапальних цитокінів та активних форм кисню, що може бути етіопатогенетичним чинником метаболічного синдрому та інсулінорезистентності. Хронічний запальний стан, викликаний нелікованим періодонтитом, може сприяти розвитку інсулінорезистентності, погіршуючи контроль глікемії. Grossi та ін. [14] повідомили, що у дорослих із ЦД, яким проводили ультразвукове скейлінгування та кюретаж у поєднанні з системною терапією доксицикліном, через три місяці було продемонстровано значне зниження середнього HbA1c, яке досягало майже 10 % від значень до лікування.

Систематичні оглядові дослідження також дійшли висновку, що нехірургічна терапія пародонтиту з антибіотиками або без них призвела до середнього зниження HbA1c на 0,4 % через 3–4 місяці порівняно з відсутністю лікування [15, 16].

Мікросудинні ускладнення, пов'язані з ЦД, оціночно можуть знизитися на 35 % за кожного 1% зниження рівня HbA1c; крім того, абсолютне зниження рівня HbA1c на 1 % може знизити ризик будь-якої смерті, пов'язаної з ЦД, на 21 % [17].

Висновки

Найвні дані свідчать про те, що у захворювань пародонта є причинно-наслідковий зв'язок з ЦД, цей зв'язок пропорційний рівню глікемічного контролю [18]. Існують докази зв'язку між запаленням пародонта та глікемічним статусом і ускладненнями ЦД. Короткострокові дослідження припускають, що рівень гемоглобіну А1с може бути знижений у результаті лікування пародонтиту. Таким чином, лікування пародонтиту може позитивно впливати на перебіг ЦД. Хоча ЦД1 і ЦД2 мають різну етіологію та свій вплив на організм людини, у них багато однакових ускладнень, які об'єднані спільним посиленням запалення. Дослідження на тваринах і людях підтверджують, що обидві форми ЦД збільшують запальні явища в тканинах пародонта, руйнують кісткоутворення та посилюють експресію RANKL у відповідь на бактеріально-індукований виклик. Погано контрольований ЦД прискорює процес розвитку пародонтозу та сприяє його виникненню в більш ранньому віці. Етіологія пародонтозу пов'язана з генералізованою відповіддю на бактеріальну інфекцію. Дослідження на тваринах показують, що генералізована реакція викликає активацію ядерного фактора і запалення в клітинах періодонтальної зв'язки, а також в остеобластах і остеоцитах, впливає на експресію RANKL та здатність брати участь у формуванні кістки. Крім впливу на ті клітини, які знаходяться близько до кістки, також запальна реакція змінює мікробіоту порожнини рота, робить її більш патогенною. Дослідження пов'язують зміну мікробіоти з функціональною зміною патогенності. Перевагою цього підходу є те, що він не покладається на обмежені знання таксонів бактерій для визначення патогенності та показує загальний вплив мікробіоти, а не припускає патогенність кількох груп бактерій. Через складність пародонтальних захворювань, які включають мікробно-мікробну взаємодію, взаємодії мікроб — хазяїн і накладення системних захворювань, патогенність пародонта важко визначити за ознаками таксонів. Таким чином, сучасні дослідження на тваринах та людях дали нове розуміння патогенетичних механізмів ЦД і потребують подальшого дослідження для з'ясування причинно-наслідкових зв'язків між ЦД і пародонтитом/періімплантитом.

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

Список літератури

1. Добровинська О.В., Хлебас С.В., Мазур П.В., Слободяник-Коломоєць М.В. Взаємозв'язок цукрового діабету і захворювань тканин пародонта. *Oral and General Health*. 2023. Т. 4. № 1. DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.1.2023.148>.

- Bloomgarden Z. *Diabetes Care*. 2007. 30 (2). 423-31.
- Loe H. *Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus*. *Diabetes Care*. 1993. 16(1). 329-34. [PubMed: 8422804]
- Leite R.S., Marlow N.M., Fernandes J.K. *Oral Health and Type 2 Diabetes*. *Am. J. Med. Sci.* 2013 April. 345(4). 271-273. doi: 10.1097/MAJ.0b013e31828bdebf.
- Standards of Care in Diabetes — 2023.
- Li S., Li H., Kong H., Wu S.Y., Cheng C.K., Xu J. *Endogenous and microbial biomarkers for periodontitis and type 2 diabetes mellitus*. *Front. Endocrinol.* 2023. 14. 1292596. doi: 10.3389/fendo.2023.1292596.
- Iacopino A.M. *Periodontitis and Diabetes Interrelationships: Role of Inflammation*. *Ann. Periodontol.* 2001 Dec. 6(1). 125-37. doi: 10.1902/annals.2001.6.1.125.
- Han Qin, Guangyue Li, Xiaohui Xu. *The role of oral microbiome in periodontitis under diabetes mellitus*. *Journal of Oral Microbiology*. 2022. 14. 2078031. <https://doi.org/10.1080/20002297.2022.2078031>.
- Papapanou P.N. *Periodontal diseases: epidemiology*. *Ann. Periodontol.* 1996. 1. 1-36.
- Lalla E., Papapanou P.N. *Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases*. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2011. 7. 738-48.
- Lakschevitz F., Aboodi G., Tenenbaum H., et al. *Diabetes and periodontal diseases: interplay and links*. *Curr. Diabetes Rev.* 2011. 7. 433-9.
- Fernandes J.K., Wiegand R.E., Salinas C.F., et al. *Periodontal disease status in Gullah African Americans with type 2 diabetes living in South Carolina*. *J. Periodontol.* 2009. 80. 1062-8.
- Takeda M., Ojima M., Yoshioka H., et al. *Relationship of serum advanced glycation end products with deterioration of periodontitis in type 2 diabetes patients*. *J. Periodontol.* 2006. 77. 15-20.
- Grossi S.G., Skrepinski F.B., DeCaro T., et al. *Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycosylated hemoglobin*. *J. Periodontol.* 1997. 68. 713-9.
- Simpson T.C., Needleman I., Wild S.H., et al. *Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 (5). CD004714. 22.
- Teeuw W.J., Gerdes V.E., Loos B.G. *Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and metaanalysis*. *Diabetes Care*. 2010. 33. 421-7.
- Stratton I.M., Adler A.I., Neil H.A., et al. *Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study*. *BMJ*. 2000. 321. 405-12.
- Graves D.T., Ding Z., Yang Y. *The impact of diabetes on periodontal diseases*. *Periodontol.* 2000. 2020. 82. 214-224. <https://doi.org/10.1111/prd.12318>.

Отримано/Received 19.11.2023

Рецензовано/Revised 22.12.2023

Прийнято до друку/Accepted 26.12.2023 ■

Information about authors

O. Dobrovynska, State Institution "V.P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine
S. Khlyebas, PhD, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine
P. Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0005-5012-5228>

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.

O.V. Dobrovynska¹, S.V. Khlyebas², P.V. Mazur²

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

The role of inflammation in the relationship between diabetes and periodontitis

Abstract. Modern studies have shown a close relationship between oral health and diabetes mellitus (DM). According to the results of research, a low percentage of patients diagnosed with diabetes regularly visit a dentist for examination and, if necessary, periodontal disease treatment; many patients are unaware of the impact of DM on oral health. Awareness of periodontal diseases among patients with DM is very low compared to their knowledge about the increased risk of developing complications such as retinopathy, nephropathy, polyneuropathy, etc. Periodontal disease and diabetes are closely related and are very common chronic conditions. Inflammation is a critical driver for the development and relationship between DM and periodontal disease, and its importance is becoming clear only now. Diabetes mellitus unequivocally increases the risk of periodontal diseases. The ef-

fects of periodontal disease on glycemic control and the mechanisms by which this occurs are less clear. Evidence-based medicine emphasizes the importance of clinically relevant preventive and therapeutic interventions for the treatment of diabetes and periodontal disease. Involving oral care professionals in strategies to identify individuals at risk for DM will enhance the prevention and screening efforts needed to slow the progression of these diseases. The article presents a literature review containing modern views on the etiology and pathogenesis of inflammatory dystrophic diseases of periodontal tissues and their connection with endocrine pathology, namely diabetes.

Keywords: diabetes; insulin resistance; periodontitis; interleukin-6; tumor necrosis factor α ; microbiota; proinflammatory cytokines; peri-implantitis

УДК 543.61:543.68

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.169>Пожевілова А.¹, Пожевілова К.²¹Медичний центр «Градаліс», м. Київ, Україна²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Акредитація медичних закладів України під час воєнного стану

Резюме. Основними інструментами забезпечення якості медичних послуг є: акредитація медичних закладів, стандартизація медичних технологій та ліцензування професійної діяльності лікарів. Акредитація передбачає систематичну оцінку закладів охорони здоров'я за прийнятими стандартами. Щоб підвищити рівень акредитації в Україні, необхідно розуміти теоретико-методологічні характеристики та мати можливість оцінити ті фактори, які сприяють або обмежують розвиток і процеси впровадження програм акредитації. Оскільки Україна все ще перебуває на ранніх стадіях впровадження акредитації, вважаємо доцільним розглянути досвід інших країн світу, які успішно запровадили акредитацію закладів охорони здоров'я. Пошук було здійснено з використанням баз даних Web of Science, Scopus, PubMed і «Наукова періодика України», у каталозі та фондах Національної наукової бібліотеки України за ключовими словами. Після виключення дублікатів і нерелевантних досліджень було включено до остаточного огляду 56 джерел інформації.

Ключові слова: акредитація; стандарти; якість медичної допомоги

Сучасні виклики у сфері охорони здоров'я вимагають її подальшого реформування, зокрема практики акредитації закладів охорони здоров'я як процедури зовнішнього оцінювання якості надання медичної допомоги [20]. Концепція безперервного поліпшення якості надихнула розвиток програм акредитації в секторі охорони здоров'я, метою яких є публічне визнання медичних організацій та заохочення їх поліпшувати якість медичної допомоги [26].

Програми акредитації закладів охорони здоров'я були прийняті на міжнародному рівні для підтримки якості та безпеки послуг. База доказів, що підтверджує переваги акредитації, неоднозначна, на неї потенційно можуть впливати відмінності в місцевому впровадженні та введенні в дію стандартів. Успішне впровадження акредитації закладів охорони здоров'я пов'язане з оптимізацією регулювання, фінансування та зобов'язань уряду. Впровадження акредитації — це складний процес, який необхідно адаптувати до контекстуальних відмінностей у різних країнах. Порівняння причин і способів впровадження акредитації сприяє ефективному впрова-

дженню нових програм і вдосконаленню існуючих систем [56].

У доповіді експертів Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations стверджується, що якість надання медичних послуг є багатогранною, а оцінка якості є однією з рушійних сил для підвищення їх ефективності. У відповідь на це в усьому світі застосовуються різні підходи до внутрішнього та зовнішнього регулювання якості медичної допомоги [1]. У літературі зустрічаються різні визначення акредитації (табл. 1).

Акредитацію називають найстарішим і найпоширенішим стратегічним інструментом зовнішньої оцінки якості в охороні здоров'я [11]. Практика акредитації лікувально-профілактичних закладів згідно з вимогами стандартів, які встановлюють структуру, процес та кінцеві результати роботи установи, була запроваджена в США на початку ХХ століття через зростаюче усвідомлення потреби в стандартизації медичної допомоги. Американський коледж хірургів встановив стандарти якості хірургічної допомоги під назвою «Мінімальний стандарт для лікарень». Перші стандарти були створені для контролю за санітарним

станом закладів і умовами перебування пацієнтів у клініках. Програма стандартизації лікарень (1917) стала підґрунтям подальшої практики акредитації у світі. Програма містила стандартні вимоги, перш за все до організації і кваліфікації медичного персоналу (що сьогодні прийнято йменувати «клінічним аудитором») та до документальної фіксації випадків і техніки встановлення діагнозів. Відповідність стандартам оцінювалася експертами, які відвідували лікарню і перевіряли її роботу. До 1949 р. понад половину лікарень США добровільно взяли участь у програмі [3]. Цікаво, що перші стандарти акредитації стоматологічних шкіл були опубліковані Радою Американської стоматологічної асоціації у 1941 р. і переглянуті в 2016 р., оскільки стоматологія вважається унікальною тим, що студенти-стоматологи потребують компетентних клінічних навичок, пов'язаних з діагностикою, лікуванням та профілактикою захворювань порожнини рота, отримання яких можливе лише при безпосередньому обслуговуванні пацієнтів, а сучасні, засновані на доказах наукові та технологічні розробки в стоматології мають бути включені в навчальний план. Більшість стоматологічних пацієнтів мають певні медичні проблеми, і вони очікують, що допомога їм буде відповідати сучасним стандартам [51].

Аналогічні схеми акредитації лікарень США були розроблені й у країнах Європи [4], проте лише в деяких з них, починаючи з 1980-х рр., було прийнято рішення про постійне проведення акредитації. Так, акредитація стаціонарних закладів була введена у Великобританії та Австралії, пізніше британська

система акредитації доопрацьовувалась у Фінляндії, Португалії, Швеції, де були розроблені моделі акредитації обмеженого рівня, що не мали обов'язкового характеру. У Чехії, Німеччині, Угорщині, Польщі, Іспанії, Швейцарії ініціаторами введення акредитації були приватні заклади охорони здоров'я [5, 6]. Сьогодні у таких країнах, як Великобританія, США, Австралія і Канада, акредитацією лікувальних закладів займаються спеціальні органи, більшість яких є недержавними, але уповноваженими державою відповідно до національного законодавства [7, 8]. Критерії акредитації для європейських стоматологічних шкіл були створені Асоціацією стоматологічної освіти в Європі (ADEE). ADEE сформувала проєкт DentEd, що виявив сильні та слабкі сторони та визначив найкращі практики роботи стоматологічних шкіл. Програми шкіл ADEE готують стоматологічні факультети до акредитації [51].

Водночас країни з низьким і середнім рівнем доходів зазвичай мають обмежені ресурси та погану лікарняну інфраструктуру, тому вони зосереджуються переважно на забезпеченні кращого та рівного доступу до медичних послуг шляхом створення базових медичних закладів із належним персоналом та обладнанням [9]. При цьому країни можуть сильно відрізнитися щодо фактичного рівня ресурсів, а також інших факторів, як-от політичні цілі, існуюча інфраструктура закладів охорони здоров'я, участь у конфліктах і демографічні показники населення, що може впливати на специфіку їх національних програм акредитації. Наприклад, валовий внутрішній

Таблиця 1. Визначення поняття акредитації

Цитування	Визначення
Всесвітня організація охорони здоров'я [29]	Акредитація зазвичай проводиться міждисциплінарною командою медичних працівників, яка здійснює оцінку відповідно до опублікованих стандартів закладу, у якому надається клінічна допомога
Braithwaite J. та співавт. [30]	Акредитація — сертифікація програм, служби, організації, установи чи агентства уповноваженим зовнішнім органом відповідно до заздалегідь визначених критеріїв, зазвичай виражених у вигляді стандартів, як правило, оцінки структур і процесів
Al-Awa B. та співавт. [31]	Акредитація — це процес, за допомогою якого призначений орган з акредитації оцінює компетентність закладу виконувати свої функції згідно з відповідними стандартами/настановами і нормами законодавства; це безперервний циклічний процес
Hinchcliff R. та співавт. [32]	Метою програм акредитації є моніторинг за допомогою самооцінки та зовнішньої оцінки ефективності медичних установ відповідно до заздалегідь визначених оптимальних стандартів
Smits H. та співавт. [33]	Публічне визнання органом з акредитації досягнення організацією охорони здоров'я стандартів акредитації, продемонстроване незалежною зовнішньою експертною оцінкою
Shaw C. [34]	Акредитація — це динамічна система, спрямована на організаційний розвиток усіх установ-учасниць шляхом визнання ступенів досконалості відповідно до оптимальних стандартів організаційної діяльності
Alotaibi S.Y. [35]	Акредитація закладів охорони здоров'я — це процес всебічної та інтегрованої оцінки, що виконується незалежною стороною з метою вимірювання рівня відповідності закладу стандартам якості та безпеки, попередньо встановленим цією наглядовою стороною

продукт (2018) на душу населення в Лівані майже на 70 % вищий, ніж у сусідньому Єгипті. Система акредитації Лівану була зосереджена на поліпшенні якості медичної допомоги переважно в секторі приватних лікарень. Єгипет має недофінансовану, низькоякісну державну систему охорони здоров'я, і там спочатку пріоритетом була акредитація первинної медичної допомоги [5]. Отже, деякі країни мають більший досвід з акредитації або мають більше ресурсів. Наприклад, нестача ресурсів у країнах з низьким і середнім рівнем доходу є основною проблемою для розвитку та стабільності впровадження акредитації [5].

Більшість проаналізованої літератури з акредитації розглядає її в лікарнях [28, 33, 34]. Так, цікавим є досвід Тайваню, де Департамент охорони здоров'я запровадив систему акредитації лікарень у 1978 р. [52]. Акредитація лікарні включала всі медичні спеціальності, управління лікарнею, сестринську справу, фармацію, радіологію, медичну реабілітацію та медичну технологію тощо. До 2015 р. лише три стоматологічні спеціальності мали входили до системи акредитації лікарень: оральна та щелепно-лицева хірургія, оральна патологія та ортодонція. З 2015 р. стандарти акредитації стоматологічної допомоги були інтегровані в стандарти акредитації лікарень, а стоматологічна допомога (зокрема, підвищення безпеки пацієнтів, поліпшення якості стоматологічних послуг, трансформація середовища та піклування про вразливі групи населення) була офіційно включена до системи акредитації лікарень. Через відсутність акценту на стоматології в багатьох лікарнях у минулому розвиток лікарняної стоматології був нерівномірним. Наприклад, кількість лікарів-стоматологів у стоматологічному відділенні медичного центру коливається від 6 до 80 [52]. Тому об'єктами акредитації стоматологічної допомоги стали переважно медичні центри та обласні лікарні, а районні лікарні та місцеві поліклініки ігнорувалися. Незважаючи на те, що лікарняну стоматологію включено до системи акредитації лікарень, усе ще дуже важливо поліпшити загальну якість стоматологічних послуг у лікарнях. Лікарні в столичних районах також повинні сприяти зміцненню здоров'я ротової порожнини та профілактиці захворювань ротової порожнини у віддалених районах, щоб зменшити розрив між містом і селом у стоматологічних ресурсах. Крім того, хоча в лікарнях працює менше ніж 15 % стоматологів, лікарняна стоматологія все ще відповідає за навчання студентів-стоматологів і стоматологічні наукові дослідження. Медичні центри та університетські лікарні повинні створити стоматологічні відділення з наявністю всіх стоматологічних спеціальностей, оскільки ці лікарні несуть відповідальність за стоматологічну освіту, навчання, дослідження та послуги. Тільки таким чином вони можуть мати повний стоматологічний кадровий потенціал і відповідати обов'язкам лікарняної стоматології [52].

За сучасними уявленнями, акредитація відбувається на всіх ланках: первинної, вторинної, третинної медичної допомоги [37]. Тобто процес акредита-

ції — це безперервний цикл моніторингу та оцінки всіх рівнів організації охорони здоров'я за заздалегідь визначеними оптимальними стандартами з використанням різних засобів, як-от самооцінка, співбесіди з колегами або перевірка документації [30–32]. Запропоновано, щоб програми акредитації розглядали з точки зору 5 компонентів: орган акредитації, стандарти, процес опитування, інспектори/експерти та стимули [5]. Оцінка зазвичай виконується командою медичних працівників з різних дисциплін [36]. Після етапу оцінки організація охорони здоров'я може отримати акредитацію або час для внесення рекомендацій виправлень чи втратити статус акредитації, якщо показники організації нижчі за встановлені стандарти [30].

Треба відмітити, що система охорони здоров'я України стикається з багатьма проблемами, як-от збільшення витрат і попиту, потенціал працівників, нерівний доступ до послуг, а також якість і безпека послуг. Існує погане співвідношення лікарень вторинної та третинної ланки і неадекватна первинна допомога. Через відсутність узгоджених протоколів і шляхів лікування, а також через неповне вимірювання процесів і результатів існують значні прогалини в якості послуг, що надаються. Однак у країні відбувається серйозна реформа, що обіцяє величезні вдосконалення та розробки, перш за все у забезпеченні якості медичних послуг [38].

У наш час акредитація стала одним із поширених методів, які використовують багато країн світу для поліпшення якості, безпеки пацієнтів, продуктивності, ефективності використання ресурсів охорони здоров'я, що має призвести до кращого стану здоров'я населення, оскільки акредитація підсилює ефективність і комунікацію міждисциплінарних команд, а також поліпшує використання доказових показників прийняття рішень. Акредитація пропагується як рушійний процес для повного спектра вдосконалень і охоплює всі компоненти надання послуг (структуру, процеси та результати) [28]. Крім того, деякі дослідники продемонстрували, що акредитація позитивно пов'язана з організаційною культурою та лідерством [26, 30].

Однак література демонструє суперечливі результати щодо поліпшення якості медичної допомоги через неналежне впровадження програм акредитації, включаючи розвиток людського капіталу, вирішення питань управління якістю, забезпечення доступності ресурсів і розробку стратегії прийняття конкретних рішень [27]. Незважаючи на широке використання, акредитацію критикували через надмірну жорсткість, недостатність, а також через те, що вплив акредитації на якість медичної допомоги важко виміряти [33]. Крім того, хоча акредитація може бути привабливою для керівників і зацікавлених сторін, багато авторів стверджує, що акредитація є діяльністю, яка збільшує робоче навантаження та рівень стресу серед працівників [39, 40]. S.B. Vogh та співавт. (2018) вивчали вплив робочого навантаження, пов'язаного з процесом акредитації,

та виявили, що акредитація та робота з документацією домінують у порядку денному закладів під час підготовки та візитів інспекторів, потенційно зменшуючи обсяги обслуговування пацієнтів та інші ініціативи з поліпшення якості [42].

Виділяють три моделі програм акредитації: відповідність нормативним вимогам; безперервне поліпшення якості та гібридна модель, що містить елементи обох моделей. Був відмічений розвиток гібридної моделі акредитації, що підтримує мінімальні стандарти та постійне вдосконалення якості шляхом вивчення структури та процесів організації та результатів надання медичної допомоги [10].

Акредитація є ключовим методом поліпшення якості медичної допомоги, що передбачає процес формального оцінювання наявності у медичному закладі умов для надання певного виду лікувально-профілактичних послуг і офіційне визнання їх відповідності заздалегідь встановленим стандартам. Тобто акредитація підтверджує, що заклад охорони здоров'я відповідає вимогам, які дозволяють йому здійснювати свої функції. При цьому програми акредитації встановлюються в усьому світі як за добровільними, так і за обов'язковими, а також гібридними моделями [18].

При порівнянні акредитованих та неакредитованих медичних закладів встановлено, що акредитація підтримує здоров'я та безпеку пацієнтів [34], покращує якість медичних послуг [26], заохочує організаційні зміни [39] і стимулює професійний розвиток [9]. N. Touati та M.P. Romeu порівняли процес необов'язкової акредитації в Канаді з обов'язковою акредитацією у Франції [41]. Результати показують, що акредитація має позитивний вплив в обох країнах, але у Франції акредитація більш орієнтована на примус, ніж у Канаді. Це пояснюється тим, що у Франції: 1) обов'язковість акредитації, коли певні стандарти є законом, обмежує можливості учасників впливати на процес; 2) стандарти не адаптовані до різних клінічних програм, і, як наслідок, учасники оскаржують їх легітимність; 3) неоднозначність використання результатів акредитаційних візитів дискредитує глобальну прозорість. Ці відмінності свідчать, що необов'язкова акредитація забезпечує безперервність медичної допомоги, тоді як обов'язкова акредитація ретельно перевіряє процес надання медичної допомоги. Незважаючи на відмінності між французькою та канадською системами, обидві системи наближаються до змішаної моделі, яка включає елементи обох філософій, при цьому канадська модель стає більш примусовою, а французька — більш гнучкою. Порівняння двох країн показує, що сучасні тенденції розвитку загрожують самій меті процесу акредитації [41].

Програми акредитації містять такі компоненти: орган акредитації, стандарти акредитації, процес опитування та інспектори і, нарешті, стимули [9]. Оцінки проводяться державними або незалежними експертами і можуть охоплювати організації охорони здоров'я в цілому або бути специфічними для

конкретної спеціальності, наприклад в галузі лабораторної служби, стоматології, психіатрії тощо. Крім зовнішньої незалежної оцінки якості, акредитаційні служби визначають, як менеджмент установи регулює питання якості медичних послуг [7, 8].

Національне законодавство передбачає надання населенню України якісної медичної допомоги, що розглядається як ключовий аспект національної політики у сфері охорони здоров'я [13]. Згідно зі ст. 33 Основ законодавства України про охорону здоров'я, лікувально-профілактична допомога громадянам України надається акредитованими медичними закладами, які мають відповідну ліцензію [12]. Сьогодні акредитація є обов'язковою для приватних медичних закладів, але обов'язковою для установ, які прагнуть укласти договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) [50].

Порядок державної акредитації закладів охорони здоров'я був затверджений постановою Кабінету Міністрів (КМ) України від 15.07.1997 р. № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» [15] із змінами, наведеними у постанові КМ України від 17.12.2012 р. № 1216 [55]. Зазначено, що акредитація закладу охорони здоров'я — це офіційне визнання наявності у закладі умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам, незалежно від форми власності, і проводиться 1 раз на 3 роки [15, 55]. На виконання постанови КМ України від 15.07.1997 р. № 765 з метою підвищення якості надання медичної допомоги прийнято низку додаткових нормативно-правових актів. Так, згідно зі змінами, внесеними постановою КМ України від 13.03.2019 р. № 215, акредитацію можна зробити одразу після отримання ліцензії на відповідний вид діяльності [35]. До цього, згідно з постановою КМ України від 14.02.2002 р. № 134, перша акредитація закладу здійснювалася не пізніше ніж через 2 роки від початку діяльності. Перед акредитацією кожному закладу охорони здоров'я рекомендовано подати до акредитаційної комісії результати проведеної самоакредитації (самооцінки), яка проводиться адміністрацією закладу з метою забезпечення і полегшення діяльності експертів акредитаційної комісії [16]. Наказом МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 «Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я» (із змінами) затверджено Положення про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я України; Критерії акредитації закладів охорони здоров'я; Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я [14].

При цьому, незважаючи на введення в Україні системи акредитації в практику діяльності медичних установ з кінця 1990-х років, сьогодні готовність закладів охорони здоров'я до надання якісних послуг залишається проблемою, зокрема, певні прогалини необхідно усунути, щоб забезпечити вдосконален-

ня програм акредитації закладів охорони здоров'я. Так, наприклад, із 40 закладів, яким відмовили у ліцензії, 17 були не укомплектованими медичними працівниками за заявленими спеціальностями, у 22 був відсутнім необхідний мінімум медичного обладнання і виробів, у 12 закладах декларувалися спеціальності, які не відповідають або відсутні в «Номенклатурі лікарських спеціальностей» [19], затверджених наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 [2]. Крім того, незважаючи на те, що до проблеми неякісної медичної допомоги була давно прикута світова увага, за часів незадіяності в Україні вона практично не розглядалася [46]. Для аналізу були доступні результати судово-медичної експертизи щодо 350 позовів про службову неправомірність, у 72,0 % випадків задокументовано факти неналежного надання медичної допомоги. Частота діагностичних та лікувальних помилок становила відповідно 29,7 та 26,9 %, а неправильне оформлення медичної документації зафіксовано у 21,3 % випадків. Випадки неналежної організації діагностичного та лікувального процесу становили 14,6 % від загальної кількості, тоді як неналежна поведінка медичного персоналу зафіксована у 7,5 % випадків надання медичних послуг. Зроблено висновок, що в більшості випадків громадяни сучасної України отримують неналежну (неякісну та несвоєчасну) медичну допомогу. Водночас понад 80 % випадків неналежної медичної допомоги, що надається зараз в країні, можна пояснити об'єктивними причинами [46]. F. Zhao та співавт. (2019) виявили, що більше ніж третина госпіталізацій (38,1 %) та більше ніж половина загальної кількості ліжко-днів були непотрібними (57,4 %). Найвищий рівень непотрібної госпіталізації спостерігався в лікувальних відділеннях лікарень (64,6 %) порівняно з іншими відділеннями. За висновками авторів, кількісно визначені рівні непотрібної лікарняної допомоги вказують на необхідність підвищення ефективності та якості медичної допомоги [47]. Про низький рівень якості надання медичної допомоги в Україні свідчать показники захворюваності та смертності населення. Очікувана тривалість життя поступово збільшувалася після різкого падіння від здобуття незалежності у 1991 р. [48], але залишається нижчою, ніж у більшості європейських країн (68 порівняно з 79 роками відповідно). Що ще гірше, 13 % цього часу (7,7 року) люди живуть з поганим станом здоров'я [49].

Наведене підтверджує доцільність комплексного аналізу процесу акредитації закладів охорони здоров'я щодо відповідності сучасним світовим вимогам якості надання медичних послуг.

Запропоновано запозичувати для України досвід акредитації в Чеській Республіці із заснуванням в Україні Єдиного комітету з акредитації із включенням до його складу не тільки представників державних органів управління сферою охорони здоров'я, але й представників медичної громадськості — членів незалежних асоціацій. Іншим напрямом удосконалення системи вітчизняної акредитації є децентра-

лізація прийняття рішень за досвідом Португалії, де акредитаційні комісії створені на рівні адміністративно-територіальних одиниць [43].

Нещодавно наказом МОЗ України від 25.07.2023 р. № 1129 до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я також були затверджені зміни, зокрема щодо рівнів акредитації [17]. Вважається, що у майбутньому той чи інший рівень акредитації стане однією з передумов для укладання контракту зі страховою компанією [13]. Також МОЗ визначило нові підстави для відмови в акредитації [17]:

- невідповідність кількості медичних працівників, яку подавали до договору з НЗСУ про надання медичних послуг за відповідними напрямками;

- записів в ЕСОЗ первинним документам пацієнтів;

- матеріально-технічного оснащення, яке подавали до договору з НЗСУ про надання медичних послуг за відповідними напрямками.

Затверджені наступні зміни в нарахуванні балів [17]:

- наявність у закладу сертифікату про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000 надає йому додатково 10 балів;

- ліцензія на медичну практику додає 10 балів;

- правильне оформлення посадових інструкцій додає 20 балів.

Для закладів, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, зокрема стоматологічну, умови отримання вищої категорії передбачають наявність сертифіката відповідності системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000 та досягнення максимально можливого показника за критеріями від 90 до 100 % [54]. Аналіз змісту стандартів показав, що вони спрямовані переважно на виявлення забезпеченості закладу охорони здоров'я нормативними документами та за окремими позиціями вимагають перевірки їх дотримання під час процедури акредитації. За даними В.В. Горачук (2015), 40,1 % стандартів акредитації повторюють ліцензійні вимоги, що дискредитує акредитацію як потужний інструмент підвищення якості з огляду на те, що ліцензійні вимоги скеровані на забезпечення лише мінімального рівня якості медичної допомоги [21].

За сучасними уявленнями, деякі процедури та маніпуляції у процесі медичної допомоги (побічні реакції при застосуванні лікарських засобів; внутрішньолікарняні інфекції; недотримання правил безпеки при виконанні хірургічних втручань, ін'єкцій, переливання крові; помилки при діагностиці, перш за все при використанні інвазивних методів тощо) мають певні небезпеки для пацієнта, як і умови перебування у медичних закладах. Тому стандартами акредитації та предметом оцінки визнано безпеку для пацієнтів профілактичних і лікувально-діагностичних втручань, включно з рекомендаціями з глобальних дій щодо їх подолання [22].

З 1985 р. ключовою організацією з питань якості медичної допомоги є The International Society for

Quality in Health Care (ISQua), яка представлена мережею неурядових організацій, що працюють у сфері контролю якості медичної допомоги з метою поліпшення ефективності та безпеки медичної допомоги в різних країнах світу шляхом обміну досвідом щодо проведення зовнішніх оцінок роботи медичних закладів [45]. Серед найбільш авторитетних світових систем акредитації, що працюють за стандартами ISQ, Joint Commission International (JCI, США) [23] та QHA Trent Accreditation (Великобританія) [43].

JCI була створена у 1994 р. як дочірня організація Американської об'єднаної комісії, що існує як національний акредитаційний орган США. Комісія є незалежною неурядовою організацією, що розглядає функції перевірки якості послуг та їх оплати. JCI акредитує медичні організації за межами США на добровільній основі. На сьогодні понад 1000 медичних організацій отримали золоту печатку схвалення як акредитовані JCI медичні заклади. Стандарти JCI є визнаними стандартами якості та безпеки як еталонна модель програм акредитації, яка використовується медичними закладами в усьому світі. Ці стандарти встановлюють єдині вимоги до надання медичних послуг у закладах різного профілю та видів діяльності [24, 25].

QHA Trent Accreditation — це система, яка є повністю незалежною схемою акредитації. Відповідність схем акредитації QHA підтверджена сертифікатом акредитації ISQua. QHA Trent є приватною незалежною компанією, що об'єднує визнаних у Великій Британії спеціалістів у сфері охорони здоров'я та інших експертів, які працюють у різних секторах сфери охорони здоров'я. Основними принципами схеми акредитації QHA Trent є культура неупередженості, незалежність від будь-яких урядових та комерційних організацій. QHA Trent сприяє підвищенню професіоналізму медичних працівників; ця схема акредитації спрямована в першу чергу на поліпшення благополуччя пацієнтів та медичних працівників [43, 44].

Немає сумніву, що акредитація триватиме і в майбутньому, і поки що альтернатив цій моделі немає [30].

Найактуальніші запитання

З метою відпрацювання фахових компетентностей наводимо найпоширеніші запитання фахівців та відповіді на них, обґрунтовані цим оглядом літератури.

Що таке акредитація закладу охорони здоров'я?

Акредитація — це офіційне визнання державою наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним медичних стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних працівників єдиним кваліфікаційним вимогам.

Хто має проходити акредитацію? Акредитації підлягають заклади охорони здоров'я, створені юридичними особами, незалежно від форми власності, на добровільних засадах. Фізичні особи-підприємці, що провадять приватну медичну практику, акредитації не підлягають.

Коли потрібно проходити акредитацію? Перша акредитація закладу охорони здоров'я може проводитись одразу після отримання ліцензії на медичну практику, наступні акредитації зазвичай проводяться кожні 3 роки.

Чим регулюється порядок проходження акредитації? Порядок проходження акредитації регулюється Постановою КМ України № 1216 від 17.12.2012 р.

Навіщо проходити акредитацію? Відсутність акредитаційного сертифіката може бути перешкодою при обчисленні працівникам спеціального стажу органами Пенсійного фонду України.

Відсутність акредитаційного сертифіката може бути перешкодою для співпраці з більшістю страхових компаній.

Певний перелік медичних втручань (наприклад, лікування катаракти, переривання вагітності) можливі тільки в акредитованих закладах охорони здоров'я.

Видавати листки непрацездатності можуть тільки акредитовані заклади охорони здоров'я.

Клінічна база стажування лікарів-інтернів повинна мати акредитаційний сертифікат.

Хто проводить акредитацію? Головна акредитаційна комісія МОЗ України проводить акредитацію закладів державної форми власності, що надають третинну медичну допомогу, та приватної форми власності, що надають вторинну та третинну медичну допомогу. Акредитаційні комісії при облдержадміністраціях проводять акредитацію закладів комунальної форми власності, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, та приватної форми власності, що надають первинну медичну допомогу.

Що таке критерії акредитації? Критерії акредитації — це показник, який обраховується у відсотках як співвідношення набраної закладом суми балів та максимально можливої суми балів при оцінюванні дотримання стандартів. Величина критерію визначає відповідність другій, першій або вищій категорії.

Що таке стандарти акредитації? Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я — це вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я. На основі стандартів проводиться експертиза відповідності закладу будь-якої форми власності встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів за кожним пунктом/підпунктом, що здійснюється за бальним принципом. Оцінці підлягають стандарти, які відповідають профілю закладу та виду лікувально-профілактичної допомоги, що надається закладом.

Які етапи проходження акредитації? Подання заяви про проведення акредитації закладу охорони здоров'я до відповідної акредитаційної комісії.

Позитивний розгляд заяви та формування експертної групи для проведення експертної оцінки відповідності стандартам акредитації.

Проведення експертної оцінки відповідності стандартам акредитації експертною групою та складання експертного висновку.

Затвердження експертного висновку Головною акредитаційною комісією МОЗ України та присвоєння наказом МОЗ України відповідної акредитаційної категорії.

Друк акредитаційного сертифіката.

Який строк проходження акредитації? Загальний строк проведення акредитації закладу охорони здоров'я не повинен перевищувати три місяці.

Висновки

Таким чином, відтоді як вона з'явилася, акредитація стала постійною сферою досліджень у різних країнах світу, і у наш час акредитація має репутацію основного фактора підвищення якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів, а також засобу, що дозволяє громадськості знати, що заклад охорони здоров'я відповідає національним стандартам або критеріям якості медичної допомоги. Проблемними зонами вітчизняної акредитації є власне стандарти акредитації, процедура акредитації та організаційна складова, яка її забезпечує.

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

Список літератури

- Moffett M.L., Bohara A. Hospital quality oversight by the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *EEJ*. 2005. Vol. 31. № 4. P. 629–647.
- Номенклатура лікарських спеціальностей: наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 р. [Електронний ресурс]. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/382690_382755 (дата звернення: 16.07.2023).
- Verheyden C.N. Medical accreditation in the United States: What For? *Plast. Reconstr. Surg.* 2016. Vol. 138. № 6. P. 1367–1370. doi: 10.1097/PRS.0000000000002780 (дата звернення: 18.07.2023).
- Wentz D.K., Wentz D.K. Lessons from comparing accreditation in Europe and the United States. *Eur. J. Cancer.* 2003. Vol. 39. № 17. P. 2422–2423. doi: 10.1016/j.ejca.2003.09.011 (дата звернення: 16.07.2023).
- 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: 01.09.2023).
- Shaw C.D., et al. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *Int. J. Qual. Health Care.* 2010. Vol. 22. № 5. P. 341–350.
- Jaafari-pooyan E., Agrizzi D., Akbari-Haghighi F. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *Int. J. Qual. Health Care.* 2011. Vol. 23. № 6. P. 645–656. doi: 10.1093/intqhc/mzr063 (дата звернення: 16.07.2023).
- Severance J.H. Community health program evaluation using accreditation as a framework. *Eval. Health Prof.* 2009. Vol. 32. № 1. P. 59–68. doi: 10.1177/0163278708328742 (дата звернення: 19.08.2023).
- Shaw C.D. Evaluating accreditation. *Int. J. Qual. Health Care.* 2003. Vol. 15. № 6. P. 455–456. doi: 10.1093/intqhc/mzg092 (дата звернення: 19.08.2023).
- Greenfield D., et al. A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: interview study of multiple stakeholders in Australian health care. *Int. J. Health Plann. Manage.* 2016. Vol. 31. № 3. P. e116–e130. doi: 10.1002/hpm.2301 (дата звернення: 26.06.2023).
- Petrović G.M., Vuković M., Vraneš A.J. The impact of accreditation on health care quality in hospitals. *Vojnosanit Pregled.* 2018. Vol. 75. № 8. P. 803–808.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я: законодавчі матеріали (кодекси, закони, укази, постанови, декрети, рішення тощо). Харків: Форт, 2003. 34 с.
- Кондратюк Н.Ю. Нормативно-правове регулювання та основні етапи акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації.* 2012. № 1. С. 75–79.
- Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 14.03.2011 р. № 142 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0678-11#Text> (дата звернення: 24.06.2023).
- Порядок державної акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. № 765 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.06.2023).
- Про внесення змін до Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 14.02.2002 р. № 134 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/134-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.07.2023).
- Про затвердження Змін до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 25.07.2023 р. № 1429 [Електронний ресурс]. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE40311?ap=1> (дата звернення: 25.06.2023).
- Mosadeghrad A.M. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *Int. J. Healthc Manag.* 2021. Vol. 14. № 4. P. 1597–1601.
- Теремецький В.І., Муляр Г.В. Адміністративно-правове забезпечення акредитації закладів охорони здоров'я. *Юрид. бюлетень.* 2019. Вип. 1, ч. 2. С. 103–110.
- Кінаш І.П., Савчук Л.М. Якість медичних послуг: сутність та інструменти забезпечення. *Акт. проблеми розвитку економіки регіону.* 2023. Вип. 19. Т. 2. С. 255–263. doi: 10.15330/apred.2.19.255–263 (дата звернення: 05.07.2023).
- Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 — соціальна медицина; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2015. 44 с.
- Flodgren G., Gonçalves-Bradley D.C., Pomey M.P. External inspection of compliance with standards for improved health-care outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 12. № 12. CD008992. doi: 10.1002/14651858.CD008992.pub3 (дата звернення: 05.07.2023).
- Donahue K.T., Yen J. Joint Commission International. *Jt Comm. J. Qual. Improv.* 1997. Vol. 23. № 1. P. 71. doi: 10.1016/s1070-3241(16)30300-5 (дата звернення: 15.07.2023).
- Campra M., et al. Association between patient outcomes and joint commission international (JCI) accreditation in Italy: An ob-

servational study. *Calitatea-acces la succes*. 2021. Vol. 22. № 18. P. 93-100.

25. Ibrahim S.A., Reynolds K.A., Poon E., Alam M. The evidence base for US joint commission hospital accreditation standards: cross sectional study. *BMJ*. 2022. Vol. 377. P. e063064. doi: 10.1136/bmj-2020-063064 (дата звернення: 20.06.2023).

26. Greenfield D., Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int. J. Qual. Health Care*. 2008. Vol. 20. № 3. P. 172-183. doi: 10.1093/intqhc/mzn005 (дата звернення: 20.06.2023).

27. Alsaedi A., Sukeri S., Yacob N.M. Enabling factors for the successful implementation of the CBAHI accreditation program. *J. Multidiscip. Healthc*. 2023. Vol. 16. P. 2189-2199. doi: 10.2147/JMDH.S422174 (дата звернення: 27.06.2023).

28. Almasabi M., Thomas S. The impact of Saudi hospital accreditation on quality of care: a mixed methods study. *Int. J. Health Plann. Manage*. 2017. Vol. 32. № 4. P. e261-e278. doi: 10.1002/hpm.2373 (дата звернення: 27.06.2023).

29. World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed.* World Health Organization. 2012. 23 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914> (дата звернення: 25.06.2023).

30. Braithwaite J., et al. Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *Int. J. Qual. Health Care*. 2012. Vol. 24. № 6. P. 568-577. doi: 10.1093/intqhc/mzs064 (дата звернення: 11.06.2023).

31. Al-Awa B., et al. An overview of patient safety and accreditation: a literature review study. *Res. J. Med. Sci*. 2011. Vol. 5. № 4. P. 200-223.

32. Hinchcliff R., et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Qual. Saf.* 2012. Vol. 21. № 12. P. 979-991. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000852 (дата звернення: 03.09.2023).

33. Smits H., Supachutikul A., Mate K.S. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. *Global Health*. 2014. Vol. 10. P. 65. doi: 10.1186/s12992-014-0065-9 (дата звернення: 21.07.2023).

34. Shaw C. Accreditation is not a stand-alone solution. *East Mediterr. Health J*. 2015. Vol. 21. № 3. P. 226-231. doi: 10.26719/2015.21.3.226 (дата звернення: 21.07.2023).

35. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 і від 2 березня 2016 р. № 285; постанов Кабінету Міністрів України від 13 березня 2019 р. № 215 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/215-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.06.2023).

36. Ng G.K., et al. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Med. J*. 2013. Vol. 19. № 5. P. 434-446. doi: 10.12809/hkmj134063 (дата звернення: 14.08.2023).

37. Tabrizi J.S., Gharibi F. Primary healthcare accreditation standards: a systematic review. *Int. J. Health Care Qual. Assur*. 2019. Vol. 32. № 2. P. 310-320. doi: 10.1108/IJHQA-02-2018-0052 (дата звернення: 04.08.2023).

38. Іваць-Чабіна А.Р. Оцінка якості надання медичної допомоги на рівні первинної ланки населенням м. Ужгорода та Ужгородського району. *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 35-38. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2020_2_8 (дата звернення: 24.07.2023).

39. Kousgaard M.B., Thorsen T., Due T.D. Experiences of accreditation impact in general practice — a qualitative study among general practitioners and their staff. *BMC Fam. Pract*. 2019. Vol. 20. № 1. P. 146. doi: 10.1186/s12875-019-1034-4 (дата звернення: 23.06.2023).

40. Alshamsi A.I., Thomson L., Santos A. What Impact does accreditation have on workplaces? A qualitative study to explore the perceptions of healthcare professionals about the process of accreditation. *Front. Psychol*. 2020. Vol. 11. P. 1614. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01614 (дата звернення: 24.04.2023).

41. Touati N., Pomey M.P. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? *Health Policy*. 2009. Vol. 90. № 2-3. P. 156-165. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.09.007 (дата звернення: 05.05.2021).

42. Bogh S.B., et al. Hospital accreditation: staff experiences and perceptions. *Int. J. Health Care Qual. Assur*. 2018. Vol. 31. № 5. P. 420-427. doi: 10.1108/IJHQA-06-2017-0115 (дата звернення: 21.04.2023).

43. Віленький 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://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2018_6_15 (дата звернення: 21.04.2023).

44. Шумкова О.В., Шумкова В.І. Особливості міжнародної маркетингової сертифікації послуг. *Економ. простір*. 2022. № 179. С. 86-90. URL: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/179-13> (дата звернення: 22.05.2023).

45. Reizenstein P. *World Health Organization and International Society for Quality Assurance in Health Care*. Udine, Italy, June 1985. *Biomed. Pharmacother*. 1986. Vol. 40. № 2. P. 75-76.

46. Franchuk V.V. *Sudbno-meditsinskie osobennosti nenadlezhazhchei meditsinskoj pomoshchi v sovremennoy Ukraine [The forensic medical aspects of the inappropriate medical care in the modern-day Ukraine]*. *Sud. Med. Ekspert*. 2018. Vol. 61. № 2. P. 48-52. doi: 10.17116/sudmed201861248-52 (дата звернення: 21.04.2023).

47. Zhao F., et al. Assessment of appropriateness of hospitalisations in Ukraine: analytical framework, method and findings. *BMJ*. 2019. Vol. 9. № 12. P. e030081. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030081 (дата звернення: 21.04.2023).

48. Mackenbach J.P., Murphy A., McKee M. Ukraine: not only a matter of geopolitics. *Lancet*. 2014. Vol. 383. № 9920. P. 848-850.

49. Peabody J.W., Luck J., DeMaria L., Menon R. Quality of care and health status in Ukraine. *BMC Health Serv. Res*. 2014. Vol. 14. P. 446. doi: 10.1186/1472-6963-14-446.

50. Чи укладає НСЗУ договори із неакредитованими закладами [Електронний ресурс]. URL: <https://emedbuh.expertus.com.ua/817994>.

51. Guven Y. Scientific basis of dentistry. *J. Istanbul Univ. Fac. Dent*. 2017. Vol. 51. № 3. P. 64-71. doi: 10.17096/jiufd.04646.

52. Cheng F.C., et al. The status of hospital dentistry in Taiwan in October 2019. *J. Dent. Sci*. 2020. Vol. 15. № 4. P. 505-512. doi: 10.1016/j.jds.2020.07.003.

53. Koppelman J., Vitzthum K., Simon L. Expanding where dental therapists can practice could increase americans' access to cost-efficient care. *Health Aff*. 2016. Vol. 35. № 12. P. 2200-2206. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0844.

54. Круть А.Г., Горачук В.В., Михальчук В.М. Державне регулювання якості стоматологічної допомоги в Україні. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2019. Вип. 34. С. 293-306. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpstap0_2019_34_33.

55. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765: постанова Кабінету Міністрів України від 17.12.2012 р. № 1216 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1216-2012-%D0%BF#Text>.

56. Van Vliet E.J., Soethout J., Churruca K., Braithwaite J., Luxford K., Stewart J., et al. *International approaches for implementing accreditation programmes in different healthcare facilities: a compar-*

ative case study in Australia, Botswana, Denmark, and Jordan. Int. J. Qual. Health Care. 2023 May 13. Vol. 35(2). mza026. doi: 10.1093/intqhc/mza026.

Отримано/Received 13.10.2023

Рецензовано/Revised 20.11.2023

Прийнято до друку/Accepted 23.11.2023 ■

Information about authors

Alla Pozhevilova, Director of the "Gradalis" Medical Center, master's degree in innovation management, Kyiv, Ukraine
Kateryna Pozhevilova, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

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

A. Pozhevilova¹, K. Pozhevilova²

¹Gradalis Medical Center, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Accreditation of medical institutions of Ukraine during martial law

Abstract. The main tools for ensuring the quality of medical services are accreditation of medical institutions, standardization of medical technologies and licensing of professional activities of doctors. Accreditation involves a systematic assessment of healthcare institutions according to accepted standards. In order to increase the level of accreditation in Ukraine, it is necessary to understand the theoretical and methodological characteristics and to be able to assess the factors that promote or limit the development and implementation processes of accreditation programs. Since Ukraine

is still in the early stages of implementing accreditation, we consider it appropriate to explore the experience of other countries of the world that have successfully introduced accreditation of healthcare institutions. The search was carried out using the databases Web of Science, Scopus, PubMed and Scientific periodicals of Ukraine, in the catalog and funds of the National Scientific Library of Ukraine by keywords. After exclusion of duplicates and irrelevant studies, 56 sources of information were included in the final review.

Keywords: accreditation; standards; quality of medical care

УДК 351.77(476):614.2(476)

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.170>

Вахненко О.М.

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

Самоврядування у сфері охорони здоров'я: світовий досвід, історія запровадження в Україні, новий законопроект

Резюме. У статті наведені ключові положення системи самоврядування у сфері охорони здоров'я. Подається короткий огляд систем самоврядування в країнах Європи та світу. Висвітлено історію спроб запровадження самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні. Проводиться аналіз законопроекту Верховної Ради України від 25.12.2024 № 10372 «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні».

Ключові слова: самоврядування у сфері охорони здоров'я; законопроекти Верховної Ради України щодо самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні та лікарського самоврядування; самоврядування в країнах Європи та світу

Професійне самоврядування — це визнана законом система управлінських відносин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати їх зусилля щодо співпраці з органами державної влади, суспільством та між собою, якій законом надаються певні управлінські повноваження для успішного функціонування певної професійної групи на користь усього суспільства. Самоврядування реалізується власною, визначеною законом представницькою організацією, створеною на засадах децентралізації, яка перебуває під наглядом органів державної влади. Органи професійного самоврядування не входять до системи органів державної влади та місцевого самоврядування, але вони включені до складу адміністративного апарату. Органи самоврядування належать до органів публічного права.

Історичні аспекти запровадження лікарського самоврядування у світі

Історія лікарських об'єднань у світі сягає декількох сотень років. У країнах Європи простежується трансформація цих об'єднань. Спочатку створювалися наукові товариства, які трансформувалися в громадські організації. З початку ХХ століття поступово почали створюватися структури лікарського професійного самоврядування у

виділі національних медичних палат. В Україні розвиток цього процесу було загальмовано та надовго перервано.

Професію лікаря в сучасному світі визнано вільною. Водночас висока відповідальність і суспільна значущість лікарської діяльності потребують її спеціального регулювання в інтересах пацієнтів і всього суспільства. Це може робити лише держава (якщо йдеться про тоталітарні режими) або самі представники вільної професії — через професійне лікарське самоврядування (в умовах демократії). Останнє існує в різних формах, залежно від національних особливостей і традицій, але в усіх цивілізованих країнах.

Історично основу для розвитку лікарського самоврядування заклав Отто Бісмарк, який своєю політикою в галузі охорони здоров'я не лише впровадив її страхову модель, але й спонукав лікарів до самоорганізації та самоврядування. Найбільшого поширення воно набуло саме у Європі.

Самоврядні організації лікарів у Європі та світі

Серед країн Європи виділяються 4 основні групи відповідно до прийнятих принципів діяльності лікарського самоврядування.

© «Oral and General Health», 2023

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Вахненко Олександр Миколайович, к.м.н., віцепрезидент ГО «Асоціація стоматологів України», вул. Пимоненка, 10-А, м. Київ, Україна; e-mail: ovahnenko@gmail.com, контактний тел.: +380 (50) 332-26-73

For correspondence: Olexander Vakhnenko, MD, PhD, Vice President of the NGO "Ukrainian Dental Association", Pimonenka st., 10-A, Kyiv, Ukraine; e-mail: ovahnenko@gmail.com, contact phone: +380 (50) 332-26-73

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

До першої належать країни Центральної і Східної Європи: Австрія, Люксембург, Німеччина, Словенія, Албанія тощо (усього 17), де функціонують лікарські палати (ZEVA). У цих країнах діють моделі, які вперше запровадили в Німеччині та Австрії. Зокрема, обов'язкове членство лікарів у палатах, делегування державою самоврядним організаціям практично всіх повноважень, пов'язаних з лікарською професійною діяльністю, спеціальний закон про самоврядування.

У Німеччині існує дві окремі структури: Палата лікарів і Палата стоматологів. Німецьке лікарське товариство є однією з найпотужніших і найповажніших лікарських спільнот світу. Воно представляє інтереси понад 470 тис. лікарів країни і є центральною організацією в системі лікарського самоврядування.

Німецьке лікарське товариство — це об'єднана асоціація 17 Земельних лікарських палат (Landesärztekammer) у федеральній системі, що відіграє важливу роль у розбудові професійної політики, соціальних і законодавчих процесів у сфері охорони здоров'я.

Кожен лікар Німеччини є членом товариства через обов'язкове членство в одній із Земельних палат. Така самоврядна організація звільняє уряд й органи державного управління від багатьох організаційних клопотів, а товариство є компетентним партнером у забезпеченні якості медичних послуг і сфери охорони здоров'я в цілому (за допомогою самоконтролю та власної відповідальності). Держава відповідає за навчання лікаря на медичному факультеті університету та надання йому дозволу на провадження лікарської практики. Післядипломна професійна освіта (спеціалізація) і безперервний професійний розвиток — сфера турботи лікарського самоврядування.

У Чехії існує три організації самоврядування, так звані медичні комори: комора лікарів, комора стоматологів, комора фармпрацівників. Вступ у комори для лікарів є обов'язковим. Особливістю чеської комори є те, що представництво на конференцію, яка обирає керівні органи, формують як регіональні комори, так і асоціації лікарів за спеціальностями.

Відмінністю та важливою особливістю словацького самоврядування є добровільне членство в коморі. Членом може бути будь-який лікар, який закінчив медичний університет чи факультет. Членство в коморі виникає через запис у реєстр лікарів за власним бажанням лікаря. При цьому в словацькій коморі виникли традиції надання пільг для своїх членів. Також членом комори можуть стати і лікарі, які не займаються лікарською практикою на території Словаччини.

Особливістю лікарського самоврядування Польщі є те, що створена єдина централізована Лікарська палата, до якої зобов'язані вступати всі лікарі, які займаються практикою в Польщі. Без погодження з палатою не може бути прийнятий жоден медичний закон.

У Польщі лікарський фах належить до так званих вільних професій. Це означає, що для лікарів різних спеціальностей, а також стоматологів законом передбачено самоврядування, яке представляє і захищає інтереси цієї професійної групи та наглядає за належним виконанням нею професійних обов'язків в інтересах громадськості.

Також самоврядні організації опікуються безперервним професійним розвитком лікарів. У країнах Європи закони щодо регулювання лікарської діяльності містять положення про ліцензування (сертифікацію, апробацію), але не обмежуються ними. Наприклад, у Польщі Закон про право на лікарську практику є дотичним до Закону про Ізби лікарські (самоврядні лікарські організації), а разом вони створюють гармонійне правове поле, яке забезпечує ефективне функціонування лікарів у національній системі охорони здоров'я.

Друга група — це 17 країн Західної та Південної Європи, серед яких, зокрема, Франція, Італія, Іспанія, де функціонує Європейська рада лікарських орденів (СЕОМ). Варто зазначити, що частина лікарських самоврядних організацій, наприклад, у Німеччині, Австрії і Румунії входить до обох об'єднань — ZEVA і СЕОМ. Через це тут існує деяка конкуренція національних самоврядних організацій. Також певною мірою відрізняються відповідні закони, хоча ці аспекти не мають принципового впливу на суть лікарського самоврядування як такого. Тобто практично вся континентальна Європа орієнтується на одну модель.

До третьої групи належать Велика Британія, скандинавські держави, країни Балтії, де традиційно сформувалися своєрідні системи регулювання і саморегулювання лікарської діяльності (немає загальних об'єднань). Наприклад, у Великій Британії законодавчо не прописане обов'язкове членство у самоврядній лікарській організації (Королівському колегіумі), але якщо лікар не є її членом, він не зможе виконувати професійні функції, тобто коло замикається. У країнах Балтії діють лікарські асоціації з певними повноваженнями лікарського самоврядування. Самоврядні лікарські організації скандинавських країн виконують ще й функцію профспілок — відповідають за економічний захист своїх членів. До речі, Ізраїльська медична асоціація також має такі повноваження. А от американська система самоврядування відрізняється від європейської кількома функціями. Приміром, функція ліцензування лікарів є більше державною, до того ж через федеративний устрій США її передано до компетенції штатів, а не федерального уряду. Американська медична асоціація не видає ліцензій на здійснення лікарської практики. Проте вона підтверджує безперервний професійний розвиток лікаря, без чого той не може отримати права на діяльність від влади штату. Американська медична асоціація також не передбачає обов'язкового членства, але насправді нею охоплені понад 90 % лікарів. Оскільки медицина у США дорога, а доходи лікарів дуже високі, то існує не тільки вигода у вигляді членства в лікарському співтоваристві, але й економічний стимул — без визнання кваліфікації лікаря медичною спільнотою він навряд чи зможе добре заробляти.

У Канаді ж моделі охорони здоров'я та лікарського самоврядування набагато ближчі до європейських. Свого часу і Японія запровадила в себе модель лікарського самоврядування за зразком німецької, але через політичні події середини минулого століття змушена була від неї відмовитися, хоча тамтешні лікарі вважають європейську систему самоврядування досконалішою.

І нарешті, четверта група — країни колишнього Радянського Союзу, які входять до Східного партнерства Європейського Союзу (крім РФ). В усіх цих державах, зокрема й в Україні, досі не запроваджено лікарського самоврядування. Безперечно, українська медична спільнота повинна увійти в коло європейських самоврядних організацій і отримати аналогічні повноваження.

Зазвичай усі такі організації діють за окремим спеціальним законом і мають типові базові повноваження. Лікарське самоврядування покликане регулювати 2 основні моменти. Передусім воно вирішує, хто має право здійснювати лікарську діяльність (тобто надає фахівцю відповідне свідоцтво або ж вносить його у спеціальний реєстр, що є сучаснішою формою підтвердження права на провадження лікарської практики). Крім того, контролює здатність лікарів належним чином здійснювати професійну діяльність, а також дотримання ними лікарської етики. Для цього в організмі самоврядування є відповідні інструменти: спеціальні комітети та комісії вивчають помилки лікаря і допомагають йому підвищити свій професійний рівень або ж вдаються до жорсткіших санкцій у вигляді припинення лікарської практики (тимчасово чи назавжди).

Історичні аспекти запровадження лікарського самоврядування в Україні

В Україні процес запровадження самоврядування в охороні здоров'я розпочався в 2016 році, коли було зареєстровано Проект Закону України від 31.05.2016 № 4736 «Про стоматологічну діяльність». Самоврядування планувалося ввести лише в стоматології, але через багато складнощів та заперечень щодо такої постановки питання цей законопроект так і не дійшов до першого читання у Верховній Раді України.

Наступним був Проект Закону України від 06.04.2018 № 8250 «Про лікарське самоврядування» (підготовлений ВУЛТ). У ньому говорилося, що центральними органами Організації самоврядування лікарів (ОСВЛ) на загальнодержавному рівні є: з'їзд лікарів, головна Лікарська Рада, фахова Лікарська Рада, національна палата лікарів-спеціалістів, національна палата лікарів-стоматологів, національна палата лікарів загальної практики, вища комісія з лікарської етики, вища комісія з безперервного професійного розвитку, вища комісія з належної лікарської практики, вища контрольна комісія. Підготовка цього законопроекту відбувалась у тісній співпраці ГО «Асоціація стоматологів України», Української асоціації сімейної медицини та Всеукраїнського лікарського товариства. Основні положення цього законопроекту було обговорено та підтримано стоматологами, делегатами ІХ (XVI) з'їзду ГО «Асоціація стоматологів України» (резолуція від 19 жовтня 2018 року, м. Київ).

У проекті закону визначалося, що регіональні відділення ОСВЛ є відокремленими підрозділами ОСВЛ, що утворюються в межах однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць України і об'єднують лікарів, які працюють на відповідній території і внесені до Реєстру лікарів.

Підкреслювалось, що лікарське самоврядування є професійним самоврядуванням в охороні здоров'я,

яке створюється з метою забезпечення належного здійснення лікарської практики і дотримання її гарантій, забезпечення високого професійного рівня і професійної автономії лікарів, захисту професійних прав лікарів в інтересах охорони здоров'я пацієнтів і народу України.

Планувалося, що кошти ОСВЛ будуть складатися: з членських внесків, благодійних внесків, добровільних пожертвувань, коштів, переданих у дарунок, дотацій, грантів, коштів, які надходять безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги, плати за послуги, бюджетних коштів для здійснення делегованих повноважень, які надходять у порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України, і в обсягах, передбачених у Державному бюджеті України на відповідний рік, пасивних доходів та інших не заборонених законом надходжень.

Передбачалося, що з дня набрання чинності цим Законом, але не пізніше 30 днів, створюється національний і регіональні організаційні комітети Установчого з'їзду лікарів України, не пізніше 90 днів проводяться вибори делегатів на регіональні виборчі конференції лікарів, не пізніше 150 днів проводяться обласні виборчі конференції лікарів і не пізніше 180 днів проводиться Установчий з'їзд лікарів України. Обов'язок щодо організаційно-технічного забезпечення проведення виборчих конференцій та Установчого з'їзду лікарів України покладається на національний та обласні організаційні комітети, які формуються Національною Лікарською Радою України спільно з МОЗ і органами управління охорони здоров'я місцевих органів державного управління. Положення про національний і обласні організаційні комітети та порядок їх роботи мала розробляти Національна Лікарська Рада України у співпраці з МОЗ України. Для участі в регіональній виборчій конференції повинно було висуватися не менш як 300 делегатів, по 100 від лікарів-стоматологів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, а також лікарів інших спеціальностей. Від областей для участі в Установчому з'їзді лікарів України мало делегуватися 900 лікарів, по 300 від лікарів-стоматологів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, а також лікарів інших спеціальностей. Кількість та склад делегацій від кожної області мали встановлюватися національним організаційним комітетом з урахуванням чисельності лікарів, що внесені до загального списку при підготовці до обласних установчих конференцій, але не менш як 15 делегатів від кожної області. Цей законопроект також не дійшов до першого читання у Верховній Раді України.

Сучасний стан впровадження лікарського самоврядування в Україні

Наступним був Проект Закону України № 2445-д від 03.07.2020 «Про самоврядування медичних професій в Україні», який було відхилено після першого читання на засіданні Верховної Ради, та Проект Закону України від 25.12.2023 № 10372 «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Оскільки ключові положення цих законопроектів майже тотожні, наведемо їх аналіз разом.

На відміну від попереднього законопроекту організаціями професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій є Палати:

- 1) Палата лікарів сімейної медицини;
- 2) Палата лікарів-спеціалістів;
- 3) Палата стоматологів;
- 4) Палата сестер медичних/братів медичних;
- 5) Палата фармацевтів.

Палата є неприбутковою юридичною особою та організовує свою діяльність на принципах самоврядування. До Палати лікарів сімейної медицини входять лікарі, які мають право на здійснення медичної діяльності з первинної медичної допомоги. До Палати лікарів-спеціалістів входять лікарі та професіонали з вищою немедичною освітою, які мають право на здійснення медичної діяльності, за винятком тих, які мають право на здійснення медичної діяльності з первинної медичної допомоги та зі стоматології. До Палати стоматологів входять лікарі, які мають право на здійснення медичної діяльності зі стоматології. До Палати сестер медичних/братів медичних входять молодші спеціалісти, фахові молодші бакалаври, молодші бакалаври, бакалаври з медичною освітою, магістри за спеціальністю «Медсестринство». До Палати фармацевтів входять особи, що мають фармацевтичну освіту будь-якого рівня та ступеня (молодший спеціаліст, молодший бакалавр, бакалавр, магістр) та прирівняні до них.

Медична та фармацевтична діяльність може бути тимчасово зупинена на підставі особистої заяви представника медичних та фармацевтичних професій, прийняття відповідного рішення організацією професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій у випадках, вказаних у цьому Законі, визнання представника медичних та фармацевтичних професій за рішенням суду недієздатним або обмежено дієздатним, набрання законної сили вироком суду за вчинення злочину, за який призначено покарання у вигляді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, визнання судом особи безвісно відсутньою.

Професійний збір сплачується представником медичних та фармацевтичних професій самостійно або роботодавцем, за умови, якщо це передбачено колективним договором або контрактом представника медичних та фармацевтичних професій. Вперше професійний збір сплачується представником медичних та фармацевтичних професій (або роботодавцем) протягом 30 календарних днів з дати набуття членства в Палаті, надалі — відповідно до правил, встановлених статутом Палати. Кошти, отримані в результаті сплати професійного збору, використовуються виключно на виконання функцій Палати та не можуть бути використані на будь-які інші цілі. Палати можуть залучати кошти у вигляді добровільних цільових внесків, а також використовувати інші не заборонені законодавством України джерела фінансування.

З метою збирання, зберігання, обліку й надання вірогідної інформації про чисельність і персональний склад, кваліфікацію представників медичних та фармацевтичних професій, які набули право на здійснення медичної та фармацевтичної діяльності, ведуться реєстри медичних професій. Організації професійного

самоврядування медичних та фармацевтичних професій надають організаційну, інформаційну та методологічну підтримку з розробки та впровадження навчальних програм з підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, співпрацюють із закладами освіти, профільними науковими установами та іншими професійними об'єднаннями з метою комплексного аналізу та сприяння динамічному розвитку медичної освіти в Україні.

У складі Палат утворюються та діють: Загальні збори представників медичних та фармацевтичних професій; Вища Рада Палати; Вища наукова рада Палати; Етична комісія Палати; Ревізійна комісія Палати; інші органи, утворені на підставі статутів кожної Палати чи інших актів Палати.

У складі Етичної комісії Палати створюються колегії з розгляду скарг та апеляційний комітет. До виняткової компетенції Етичної комісії Палати належить розгляд скарг щодо порушення представником медичних та фармацевтичних професій Кодексу етики представників медичних та фармацевтичних професій, рішень органів професійного самоврядування представників медичних та фармацевтичних професій, галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, прийняття рішень щодо притягнення або не притягнення представника медичних та фармацевтичних професій до професійної дисциплінарної відповідальності.

Підставою для притягнення представника медичних та фармацевтичних професій до професійної відповідальності є вчинення ним дисциплінарного проступку, порушення Кодексу етики представників медичних та фармацевтичних професій Палати, розголошення лікарської таємниці або вчинення дій (бездіяльності), що призвели до її розголошення; невиконання або неналежне виконання своїх професійних обов'язків, невиконання або неналежне виконання положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, невиконання або неналежне виконання обов'язку щодо безперервного професійного розвитку. До представника медичних та фармацевтичних професій може бути застосоване одне з таких дисциплінарних стягнень: попередження, тимчасове зупинення дії свідоцтва про право на здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я на строк до шести місяців, припинення дії свідоцтва про право на здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я.

Організація професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій визначає вимоги до обсягів щорічної участі представників медичних та фармацевтичних професій у заходах безперервного професійного розвитку. Порядок внесення відомостей щодо безперервного професійного розвитку у Реєстр людських ресурсів охорони здоров'я визначається Порядком ведення та функціонування зазначеного Реєстру. Вимоги, стандарти та критерії визнання провайдерів заходів безперервного професійного розвитку затверджуються організаціями професійного самоврядування медичних та фармацевтичних професій. Провайдери заходів безперервного професійного розвитку несуть відповідальність за якість освітніх програм та відповідність принципам доказової медицини. Організації професійного самоврядування медичних

та фармацевтичних професій надають організаційну, інформаційну та методологічну підтримку з розробки та впровадження навчальних програм з підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, співпрацюють із закладами освіти, профільними науковими установами та іншими професійними об'єднаннями з метою комплексного аналізу та сприяння динамічному розвитку медичної освіти в Україні.

Загальні збори представників медичних та фармацевтичних професій Палати стоматологів та Палати фармацевтів проводяться не пізніше ніж через дев'ять місяців з дня початку роботи відповідної частини Реєстру. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, утворює робочу групу з питань проведення установчих Загальних зборів. Робоча група з питань проведення установчих Загальних зборів представників медичних та фармацевтичних професій складається з чотирьох представників від центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, п'яти представників від Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Верховної Ради України, десяти представників від громадських формувань професіоналів у галузі медицини.

Висновки

З огляду на вимоги часу та європейський досвід, запровадження самоврядування в сфері охорони здоров'я для України конче необхідно. Але, аналізуючи представлений Кабінетом Міністрів України законопроект, необхідно відмітити, що він має численні прогалини, які унеможливають реалізацію ефективної професійної самоврядності за ustalеними європейськими зразками і принципами професійного самоврядування. У ньому відсутні європейські підходи та принципи побудови лікарського самоврядування. Натомість, на жаль, є спроба утворення підконтрольної виконавчій гілці влади структури з репресивними функціями щодо наших колег-лікарів. Європейська практика показує, що попередньо повинна бути здійснена розробка та реалізація законопроекту, яким буде введено поняття «орган професійного самоврядування» як суб'єкт публічного права

в цілому, та окреслено перелік професій, що підпадають під це визначення відповідно до світової практики взаємодії держави та «вільних професій». Медичній спільноті необхідно розробити та представити адекватний законопроект, який буде відповідати європейським зразкам і принципам професійного самоврядування.

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

Список літератури

1. Проект Закону України від 31.05.2016 № 4736 «Про стоматологічну діяльність». Сайт Верховної Ради України: <https://www.rada.gov.ua>.
2. Проект Закону України від 06.04.2018 № 8250 «Про лікарське самоврядування» (підготовлений ВУЛТ). Сайт Верховної Ради України: <https://www.rada.gov.ua>.
3. Проект Закону України від 2445-д від 03.07.2020 «Про самоврядування медичних професій в Україні». Сайт Верховної Ради України: <https://www.rada.gov.ua>.
4. Проект Закону України від 25.12.2023 № 10372 «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Сайт Верховної Ради України: <https://www.rada.gov.ua>.
5. Устїнов О.В. Лікарське самоврядування: міжнародний досвід та перспектива впровадження в Україні. Український медичний часопис. 22 листопада 2013 р.
6. Олег Мусій. Європейський законодавчий досвід регулювання членства для лікарів у самоврядних організаціях. Українські медичні вісті. 2020. № 2.
7. Тишук М.М. Лікарське самоврядування: як світовий досвід може стати взірцем для наслідування. Ваше здоров'я. 02.03.2020 р.
8. Мазур І.П., Тишук М.М. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні. Здоров'я України 21 сторіччя. 2019. № 4.
9. Мазур І.П. Визначні події стоматологічної спільноти України (в документах, статтях, світлинах). Кропивницький: Поліум, 2023. 576 с.

Отримано/Received 02.11.2023

Рецензовано/Revised 11.12.2023

Прийнято до друку/Accepted 13.12.2023 ■

Information about author

Olexander Vakhnenko, MD, PhD, Honored doctor of Ukraine, Vice-President of the NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine; e-mail: ovahnenko@gmail.com, contact phone: +380 (50) 332-26-73

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

O.M. Vakhnenko

NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

Self-governance in the field of health care: global experience, history of introduction in Ukraine, new draft law

Abstract. The article presents the key provisions of the self-governance system in the field of health care. A brief summary of self-governance systems in European countries and the world is given. The history of attempts to introduce self-governance in the field of health care in Ukraine is covered. An analysis of the draft law of the Verkhovna Rada of Ukraine dated December 25, 2024, No. 10372

"On self-governance in the field of health care in Ukraine" is being conducted.

Keywords: self-governance in the field of health care; draft laws of the Verkhovna Rada of Ukraine on self-governance in the field of health care in Ukraine and medical self-governance; self-governance in European countries and the world

Слободяник-Коломоєць М.В., Хлебас С.В.

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

Міждисциплінарні підходи до діагностики й лікування стоматологічних хвороб у безперервному професійному розвитку лікаря-стоматолога

Резюме. Трансформація системи охорони здоров'я України вносить зміни в організацію надання стоматологічної допомоги. Під егідою ГО «Асоціація стоматологів України» організовано низку інформаційно-освітніх заходів, у рамках яких розглянуто нові закони України, накази МОЗ України з питань якості і стандартизації медичної стоматологічної допомоги, інфекційного контролю в стоматологічних закладах і медичних практиках ФОП. Разом з експертами зі стоматології МОЗ України учасники освітніх заходів порушували питання про сучасні методи діагностики, лікування і профілактики основних стоматологічних хвороб, призначення фармакологічних засобів у практиці лікаря-стоматолога згідно з новими медико-технологічними й законодавчими документами.

Ключові слова: Асоціація стоматологів України; безперервний професійний розвиток

Світові програми розвитку стоматологічної галузі передбачають універсальне охоплення населення стоматологічною допомогою, як і первинною медичною допомогою. З урахуванням ситуації в Україні найближчими роками будемо мати суттєве збільшення числа людей, які втратили зуби або мають травми чи поранення щелепно-лицевої ділянки і потребують тривалої стоматологічної реабілітації. Також збільшиться кількість людей, які мають бути забезпечені державою пільговим стоматологічним лікуванням і протезуванням зубів. Практикуючому лікарю-стоматологу в цих умовах важливо розуміти нові сучасні інноваційні технології, знати вимоги нормативно-регулюючих документів щодо питань організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в стоматологічних закладах охорони здоров'я. Тому 6 вересня 2023 року ГО «Асоціація стоматологів України» розпочала II півріччя освітнього сезону 2023 року з теми «Організація профілактики інфекцій та інфекційного контролю в стоматологічних закладах охорони здоров'я». За період пандемії і війни в Україні відбувалася трансформація системи охорони здоров'я. Пандемія стала каталізатором суттєвих змін нормативно-законодавчої бази, що регулює інфекційний контроль у медичних закладах.

Стоматологи із зацікавленням прослухали доповідь Романа Колесника з Центру громадського здоров'я, який є безпосереднім розробником усіх законодавчих змін із цього питання. Стоматологи дуже відповідально ставляться до організації робочого місця, разом із тим пан Роман вказав на низку нюансів і помилок у цьому напрямку. Доповідь заступника директора з організаційно-методичної роботи КНП «Київська стоматологія» В.Ю. Канєвської мала практичне наповнення і роз'яснення щодо організації інфекційного контролю в закладах. Розглянуто питання адміністрування лікарських засобів у закладах охорони здоров'я клінічним фармакологом, д.м.н., проф. М.В. Хайтовичем. Питання очистки, дезінфекції медичних виробів відповідно до останніх змін законодавства було висвітлено лікарем-епідеміологом В.Д. Малюгою. У доповідях к.м.н. С.В. Хлебас і к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоєць обговорювали, як лікарю захистити себе під час виконання професійних обов'язків, зменшити мікробне навантаження при утворенні аерозолів, контамінованих мікроорганізмами. Якість стоматологічної допомоги тісно пов'язана з інфекційною безпекою, про що йшлося у доповіді к.м.н., експерта МОЗ України О.М. Вахненко. Стоматологічна практика супрово-



Обговорення основних положень нормативно-правових документів з питань інфекційного контролю в стоматологічних клініках з Романом Колесником

джується медичними відходами, і питання їх утилізації має важливе значення. Тож у доповіді Ю.О. Венцурик було подано алгоритм поводження з медичними відходами. При підготовці до семінару були побоювання щодо зацікавленості лікарів питаннями суто організаційними, а саме проблемою інфекційного контролю в стоматологічних клініках. Але впевнилися, що лікарів дуже хвилює це питання. Доповідачі тривалий час вивчали всі нормативні документи, готували методичні допоміжні документи, залучили експертів у цих питаннях. Протягом дня в рамках освітнього заходу експерти обговорювали проблему інфекційного контролю в стоматологічних клініках. Висновок заходу був такий: необхідне подальше опрацювання і підготовка рекомендацій для стоматологічних клінік, а надалі — і наказу, що враховує всю специфіку стоматологічної допомоги й організації стоматологічних практик.

14 вересня 2023 року ГО «Асоціація стоматологів України» у співпраці з компанією «МедЕксперт» провела освітній семінар «Лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів з поліморбідною патологією». У своїх доповідях д.м.н., проф. Н.О. Савичук і д.м.н., проф. І.О. Трубка розповіли про стоматологічну допомогу матері й дитині. Про співпрацю гінеколога і стоматолога йшлося в доповіді О.Л. Громової. Взаємозв'язок цукрового діабету і генералізованого пародонтиту розглядався в доповіді к.м.н. О.В. Добровінської і к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоєць. Больовий синдром щелепно-лицевої ділянки, міждисциплінарний підхід до його діагностики й лікування висвітлили к.м.н., проф. І.П. Мазур, к.м.н., проф. П.В. Леоненко, к.м.н., доцент Н.М. Юнакова.

Стоматологічна спільнота в жовтні зазвичай проводить Національні українські стоматологічні конгреси, з'їзди. Це пов'язано з важливою подією, що стала 67 років тому, а саме заснуванням професійного об'єднання — Республіканського наукового товариства стоматологів. Створення професійної організації

було важливим рішенням ІІ республіканської конференції стоматологів України, що відбулась 1–3 жовтня 1956 року в Києві. Адже в історії стоматології України це було перше професійне об'єднання, яке стало координаційним центром з організації науково-практичних заходів, обговорення організаційних питань практичної охорони здоров'я і сприяло подальшому розвитку стоматології. У 1994 році зі зміною законодавчо-регулюючої бази в державі змінилася назва професійного



**Доповідачі освітнього заходу
В.Д. Малюга, В.Ю. Канєвська, І.П. Мазур,
С.В. Хлебас**



Доповідачі освітнього заходу «Лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів з поліморбідною патологією»

об'єднання. Стало традицією збиратися на урочисті Національні українські стоматологічні конгреси, з'їзди Асоціації стоматологів України. Світлина минулих подій сприймаються як свято стоматології. З огляду на воєнний стан ГО «Асоціація стоматологів України» організувала дводенний семінар, який відбувся 4–5 жовтня 2023 року.

У рамках освітнього заходу експерти й слухачі мали можливість обговорити наукові й професійно-організаційні питання. Протягом двох днів обговорювали наукові питання, а саме міждисциплінарний підхід до діагностики, лікування й коморбідності пацієнта в клінічній практиці стоматолога. Питання репродуктивного здоров'я жінки, гормонального гомеостазу і стоматологічних хвороб підняли у своїй доповіді д.м.н., проф. І.П. Мазур і к.м.н. С.І. Регеда. Детально про взаємозв'язок менопаузи й остеопорозу, зокрема про те, що має пам'ятати стоматолог, йшлося в доповіді д.м.н., проф. Н.В. Григор'євої. Про стрес-реактивні захворювання слизової оболонки порожнини рота йшлося в доповіді д.м.н., проф. Н.В. Гасюк, а про клінічні прояви коморбідних станів на слизовій оболонці ротової порожнини докладно розповіли д.м.н., с.н.с. О.В. Скиба і д.м.н., проф. В.Я. Скиба. Усі деталі лікування періодонтитів у дітей з несформованими верхівками коренів зубів висвітлила у своїй доповіді д.м.н., проф. О.В. Деньга, а особливості ендодонтичного лікування пацієнтів із супутньою патологією — д.м.н., доцент Н.М. Юнакова. У роботі симпозиуму «Серцево-судинні захворювання в практиці лікаря-стоматолога» взяли участь як стоматологи (к.м.н. М.В. Слободяник, к.м.н. С.В. Хлебас), так і лікарі-спеціалісти — кардіологи (к.м.н. Р.В. Буряк), анестезіологи (М.А. Левченко).

В умовах, коли збільшується кількість постраждалих унаслідок війни, актуальною темою є військова стоматологія. У рамках симпозиуму «Військова медицина: реабілітація стоматологічного здоров'я у військовослужбовців», модератором якого був доцент С.В. Кабанчук, розглянуто питання роботи лікаря-стоматолога з військовослужбовцями (Р.В. Щіпановська), ефективність використання фізіотерапії для лікування поранених (О.В. Свириденко) і особливості взаємодії з пацієнтом з ментальним розладом унаслідок поранення або акубаротравми (Л.М. Хробот).

На симпозиумі «Юридична академія стоматолога», модератором якого була д.м.н. С.В. Скульська, розглянули питання якості надання стоматологічної допомоги та медико-правові аспекти стоматологічної практики. Обговорено нові законодавчі зміни, що регулюють роботу лікаря-стоматолога, питання військового обліку жінок у закладах охорони здоров'я (В.Ю. Канєвська), охорони праці в стоматологічному закладі (Т.В. Дубрава), контролю якості надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я (к.м.н. О.М. Вахненко).

Протягом освітнього заходу позитивний настрій для лікарів створювали лікарі-стоматологи Валентина Слуквіна і Наталія Кривець, які виступили з пісненим привітанням. Піснею «Перемога» привітала стоматологів Марія Бурмака.

Висновки заходу: необхідно забезпечити стандартизацію і якість стоматологічної допомоги, розробити нові протоколи, за якими лікарі-стоматологи будуть надавати медичну допомогу пацієнтам.

25 жовтня 2023 року Асоціацією стоматологів України разом з Видавничим домом «Заславський» організовано й проведено освітній семінар «Стандартизація



**Доповідачі симпозиуму
«Серцево-судинні захворювання в практиці
лікаря-стоматолога» Н.М. Юнакова, М.А. Левченко,
М.В. Слободяник**



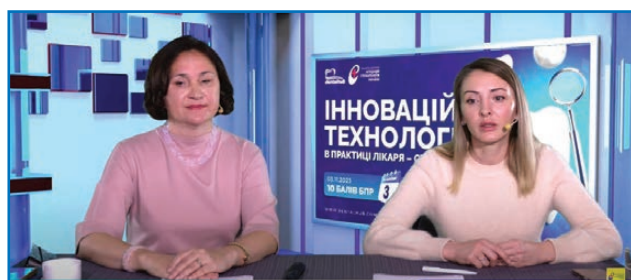
**У Видавничому домі «Заславський»:
І.П. Мазур, О.Ю. Заславський, С.В. Хлебас**



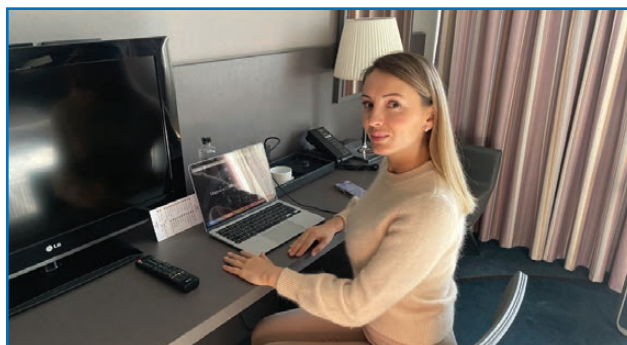
**Доповідачі симпозиуму «Військова медицина:
реабілітація стоматологічного здоров'я
у військовослужбовців» Р.В. Щіпановська,
С.В. Кабанчук, Л.М. Хрбот**



**Обговорення питань організації
і управління стоматологічною допомогою.
У студії В.Ю. Канєвська та С.В. Скульська**



**Обговорення питань діагностики й лікування
хвороб перімплантичних тканин.
У студії І.П. Мазур і М.В. Слободяник**



Підготовка до лекції. М.В. Слободяник

надання стоматологічної допомоги як складова успішної практики». У рамках освітнього семінару обговорили клінічні протоколи лікування больового синдрому в стоматології (к.м.н., проф. І.П. Мазур, к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоець). Про важливість профілактики стоматологічних захворювань, а саме про гіперестезію твердих тканин зубів, розповіла к.м.н., доцент Н.М. Юнакова. У рамках освітнього семінару

стоматологам було запропоновано майстер-клас з естетики зубів (к.м.н. С.В. Хлебас). Про стандартизацію стоматологічної допомоги як інструмент підвищення якості медичної допомоги йшлося у доповіді к.м.н. О.М. Вахненко.

3 листопада 2023 року в режимі реального часу відбувся тематично насичений освітній семінар для лікарів-стоматологів «Інноваційні технології в практиці лі-



Залучення студентів Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського до освітнього процесу. Разом з викладачем — професором Н.В. Гасюк



Обговорення питань медичної документації в стоматологічних клініках. У студії І.П. Мазур і В.Ю. Канєвська



Сателітний симпозиум, на якому виступили з доповідями д.м.н., проф. І.П. Мазур, к.м.н. С.В. Хлебас і доцент Н.М. Юнакова

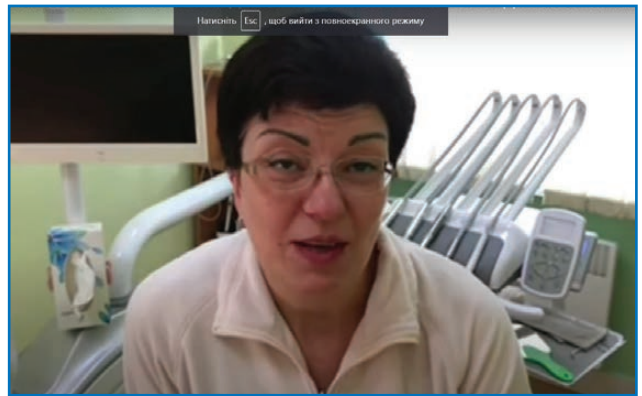


Доповідачі різдвяної зустрічі зі стоматологами: І.П. Мазур, С.В. Хлебас, О.І. Літус, О.В. Шарікадзе

каря-стоматолога», на якому обговорювали практичні й організаційні питання надання стоматологічної допомоги.

Застосування стандартних операційних процедур (СОП) у щоденній стоматологічній практиці регламентовано законодавством України. В кожному закладі охорони здоров'я, медичній практиці ФОП шляхом наказів медичного директора мають бути впроваджені СОПи і повинен проводитись моніторинг їх виконання медичними працівниками (під особистий підпис). Темі запровадження СОПів експерти торкалися 6 вересня: обговорювали, ділилися взірцями наказів і СОПів щодо інфекційного контролю. А от про те, як створювати й запроваджувати СОПи в щоденну медичну практику, проговорили 3 листопада в рамках освітнього заходу Асоціації стоматологів України.

У зв'язку із широким застосуванням дентальної імплантації стали вкрай актуальними питання діагностики й лікування пацієнтів з хворобами періімплантних тканин, які підняли д.м.н., проф. І.П. Мазур і к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоєць. В обговоренні торкнулись питань правопису термінів, використання сучасних класифікацій, що затверджені в Україні. Актуальними були теми впливу стресу на стан слизової оболонки ротової порожнини (д.м.н., проф. Н.В. Гасюк), ведення складних клінічних випадків в ендодонтії (к.м.н., доц. Н.М. Юнакова), інноваційні засоби для профілактики стоматологічних хвороб (к.м.н. С.В. Хлебас). У фокусі уваги медичної спільноти — законодавчі зміни щодо призначення лікарських засобів і виписування рецептів, про які говорив к.м.н., проф. М.В. Хайтович. Обговорили питання створення стандартних операційних процедур з адміністрування лікарських засобів, і не тільки обговорили, але й поділилися зразками оформлення документів. У рамках «Юридичної академії стоматолога» к.м.н. О.М. Вахненко традиційно обговорив питання законодавчих змін, що впливають на діяльність лікаря-стоматолога, безперервний професійний розвиток. Практичні рекомендації щодо впровадження СОПів у стоматологічну практику на прикладі КНП «Київська стоматологія» надала В.Ю. Каневська. Протягом усього заходу тривала палка дискусія щодо застосування в щоденній практиці Класифікатора хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я і Класифікатора медичних інтервенцій, які є обов'язковими для застосування в Україні й практично не використовуються лікарями-стоматологами. Нововведенням в організації освітніх заходів було обговорення питань, що піднімалися на семінарі, у малих групах. Для лікарів ця форма участі була трохи незвичною. Разом з тим, незважаючи на пізню годину п'ятниці, лікарі зібралися для обговорення. Питання ретроградного періімплантиту обговорили в малих групах на зум-зустрічі з доповідачами освітнього семінару. До освітнього семінару долучилися і студенти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського. Через декілька років саме ці молоді стоматологи увільнуться в багатотисячну сім'ю українських стоматологів!



*Поезія-привітання від стоматолога
Ірини Мартинишин*

7 грудня ГО «Асоціація стоматологів України» і компанія «МедЕксперт» провели освітній семінар «Світові тренди в сучасній стоматологічній практиці». Світові методики диференціальної діагностики захворювань слизової оболонки порожнини рота в дітей розглянула д.м.н., проф. Н.О. Савичук. Про молярно-різцеву гіпомінералізацію ішлося у доповіді д.м.н., проф. І.О. Трубки. Про вибір obturaційного матеріалу залежно від клінічної ситуації розповіла к.м.н., доцент Н.М. Юнакова. Викликали багато запитань проблеми періімплантних захворювань, що були висвітлені к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоєць.

Тривалий час стоматологи співпрацюють з лікарями сімейної практики і висвітлюють питання захворювань ротової порожнини в рамках спільних освітніх проєктів. 15 грудня 2023 року Асоціацією стоматологів України разом з Видавничим домом «Заславський» організовано й проведено освітній семінар «Актуальні питання стоматології в практиці сімейного діабета», модератором якого була д.м.н., проф. І.П. Мазур. Розглянуто питання взаємозв'язку цукрового діабету і захворювань тканин пародонта (к.м.н. М.В. Слободяник-Коломоєць), можливості лікаря загальної практики у вирішенні проблем поліпшення якості життя пацієнтів зі знімними конструкціями зубних протезів (к.м.н. О.А. Омеляненко). Була цікава дискусія про стоматологічне здоров'я як складову загальносоматичного здоров'я і довголіття людини.

21 грудня 2023 року громадською організацією «Асоціація стоматологів України» традиційно проведено різдвяну зустріч стоматологів «Сучасні аспекти стоматології: стандарти та клінічні протоколи надання стоматологічної допомоги».

У фокусі уваги освітнього заходу були питання взаємодії стоматологів і дерматологів і міждисциплінарного підходу до ведення пацієнтів. Червоний плескатий лишай (ЧПЛ), що так часто діагностують стоматологи, є системним захворюванням і потребує системного підходу до діагностики і лікування. У своїй доповіді дерматолог д.м.н., проф. О.І. Літус подав погляд на проблему ЧПЛ і покровову діагностику й лікування на клінічному прикладі (пацієнтка була скерована стоматологами з Київської області). Сучасні клінічні наста-

нови й практичні рекомендації щодо ведення пацієнтів з ЧПЛ подала д.м.н., проф. Н.В. Гасюк.

У клінічні практики найбільше непокоїть лікарів імовірність розвитку алергічної реакції. Як запобігти невідкладним станам у стоматології й надати відповідну діагностику і лікування згідно із сучасним уніфікованим протоколом, якого слід обов'язково дотримуватись у стоматологічній практиці, висвітлила в доповіді д.м.н., проф. О.В. Шарікадзе. Частіше алергічні реакції відбуваються при використанні місцевих лікарських засобів і зрідка — при використанні анестетиків (маємо проводити диференціальну діагностику з токсичними реакціями).

Більшу частину освітнього заходу обговорювали клінічні настанови, засновані на доказах, і стандарти медичної допомоги в стоматологічній практиці. Питання карієсу в дітей висвітлювались у доповіді д.м.н., проф. Н.В. Біденко, а в дорослих — у доповіді д.м.н., проф. Ю.Г. Коленко (цей документ готується до затвердження). Питання ортопедичного лікування дефектів зубів і зубних рядів згідно з клінічними настановами й стандартами медичної допомоги обговорювались у доповіді д.м.н., проф. З.Р. Ожогана. А лікування зубощелепних аномалій згідно з настановами й уніфікованими клінічними протоколами — у доповіді д.м.н., проф. М.С. Дрогомирецької.

Часто у клінічній практиці до стоматологів звертаються пацієнти з травмами зубів. Від групи розробників клінічного протоколу з дентальної травми висвітлив основні кроки з надання допомоги д.м.н., проф. А.В. Копчак.

Від стоматологічної спільноти України висловлюємо щиру подяку розробникам медико-технологічної документації за приділений час, науковий потенціал і практичне впровадження цих документів в нашу клінічну практику. Це неоціненна праця! Пишаємося нашими науковцями, українською науковою стоматологічною школою!

Зацікавленість і дискусію викликав сателітний симпозіум, на якому виступили з доповідями д.м.н., проф. І.П. Мазур, доцент Н.М. Юнакова і к.м.н. С.В. Хлебас. Говорили і про особливості використання антибіотиків згідно із затвердженим протоколом, і про нові клінічні протоколи застосування лікарських засобів у стоматології. Питання індивідуальної гігієни, які так давно не обговорювали стоматологи, викликали багато запитань у чаті та дискусію. Підсумував організаційні питання щодо впровадження медико-технологічних документів у стоматології віцепрезидент ГО «Асоціація стоматологів України» доцент Олександр Вахненко.

Стоматологи мають і творчий таланти! Під час різдвяної зустрічі з вітанням виступили стоматологи: автор і виконавець Валентина Слуквіна з піснею «Все попереду» і Наталя Кривець з піснею «Різдвяний вечір» (слова і музика Надії Семени). Авторською поезією «Осінь (воєнна)» привітала стоматологів Ірина Мартинишин. А на завершення побажала миру і перемоги українцям співачка Жанна Лтавська з піснею «З нами віра».

Не обійшлося без подарунків, адже вже стало традицією вітати активних учасників подарунками від партнера Асоціації стоматологів України.

Висновки

Протягом 2023 року відбувались процеси трансформації системи охорони здоров'я, законодавчої бази України, змінювалися вимоги до практичної діяльності лікарів. ГО «Асоціація стоматологів України» протягом 2023 року співпрацювала зі стоматологічною спільнотою шляхом організації і проведення освітніх заходів, опитування й моніторингу основних показників стоматологічної галузі, інформаційного й нормативно-законодавчого забезпечення стоматологічної допомоги. Протягом цього року українські вчені адаптували й подали на затвердження МОЗ України низку медико-технологічних документів, що регулюють практичну роботу лікаря-стоматолога в нашій державі. Ці документи дозволяють стандартизувати стоматологічну допомогу незалежно від місця проведення медичної практики, захищають як лікаря, так і пацієнта. Стоматологічна спільнота через освітні заходи отримувала оперативну інформацію про зміни, що відбувалися в системі охорони здоров'я України, законодавчої бази. За ініціатииви ГО «Асоціація стоматологів України» проведено низку навчальних тренінгів щодо запровадження в закладах охорони здоров'я інфекційного контролю, медико-технологічних документів (клінічних настанов і уніфікованих протоколів).

Для зручності перегляду цікавих і змістовних лекцій ГО «Асоціація стоматологів України» виклала інформацію для вільного перегляду на сайті <http://www.udenta.org.ua> і створеному youtube-каналі (<https://www.youtube.com/@user-wr1nt6vp4s/featured>).

Список літератури

1. Mazur I., Hasiuk N., Radchuk V., Stadnyk M. Aspects of continuing professional development of dentists in wartime conditions through the prism of self-education and self-improvement. *Oral and General Health*. 2022. 3(4). 61-8. <https://doi.org/10.22141/ogh.3.4.2022.141>.
2. Khlyebas S., Slobodyanik-Kolomojets M. Через освіту і безперервний професійний розвиток — до нових професійних звершень і здобутків. *Oral and General Health*. 2023. 4(2). 41-48. <https://doi.org/10.22141/ogh.4.2.2023.162>.
3. Mazur I., Hasiuk N., Suprunovych I., Radchuk V., Mazur P. Issues of self-education in the continuous professional development of dentists of Ukraine in the conditions of the Covid-19 pandemic. *Acta Stomatologica Naissi*. 2022. 38(85). 2370-80. doi: 10.5937/asn2285370M.
4. Mazur I.P., Lekhan V.N., Rybachuk A.V. Transformations of the dental industry during the period of independence of Ukraine and their impact on the availability of dental care. *Medicni perspektivi*. 2022. 27(1). 184-192. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.1.254470>.

Отримано/Received 10.09.2023

Рецензовано/Revised 16.10.2023

Прийнято до друку/Accepted 19.10.2023 ■

Information about authors

Maryana Slobodyanik-Kolomojets, PhD, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: maryana.slobodyanik@gmail.com
Svitlana Khlyebas, PhD, Department of Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: khlyebassv@ukr.net

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

M.V. Slobodyanik-Kolomojets, S.V. Khlyebas
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Interdisciplinary approaches to the diagnosis and treatment of dental diseases in the continuous professional development of a dentist

Abstract. The transformation of the health care system of Ukraine introduces changes to the organization of dental care. Under the auspices of the NGO “Ukrainian Dental Association”, a series of informational and educational events were organized in the framework of which the new Laws of Ukraine, Orders of the Ministry of Health of Ukraine on the quality and standardization of medical dental care, infection control in dental institutions and medical practices of FOP were reviewed.

In collaboration with experts in dentistry from the Ministry of Health of Ukraine, issues were addressed related to modern methods of diagnosis, treatment, and prevention of major dental diseases, prescription of pharmacological agents in the practice of a dentist in accordance with new medical-technological and legislative documents.

Keywords: Ukrainian Dental Association; continuous professional development

Міжнародна участь ГО «Асоціація стоматологів України» у Світовому стоматологічному конгресі в Австралії

Резюме. Під егідою Всесвітньої федерації стоматологів з 24 по 27 вересня 2023 року в місті Сідней (Австралія) організовано й проведено Світовий стоматологічний конгрес, що зібрав понад 8000 представників стоматологічної галузі з 200 країн світу. Головне гасло Світового стоматологічного конгресу — «Освіта для професійної майстерності стоматологів». Українську делегацію на цьому форумі представляли президент ГО «Асоціація стоматологів України» професор Ірина Мазур і генеральний секретар цієї організації доцент Ірина Скрипник. У рамках конгресу відбувся Світовий парламент стоматологів, на якому було затверджено низку документів, важливих для практичної діяльності стоматологічної галузі.

Ключові слова: Всесвітня федерація стоматологів; Світовий стоматологічний конгрес; Асоціація стоматологів України

Уперше з часів пандемії Всесвітня федерація стоматологів (FDI) відновила проведення Світового стоматологічного конгресу, головного заходу з безперервної освіти стоматологів, в офлайн-форматі. Конгрес відбувався з 24 по 27 вересня 2023 року в місті Сідней (Австралія) під гаслом «Освіта для професійної майстерності стоматологів» і зібрав понад 8000 представників стоматологічної галузі з 200 країн світу.

FDI є глобальним голосом стоматології у світі і завдяки національним стоматологічним організаціям є величезною мережею, яка забезпечує платформу для міжкультурної співпраці, обміну інформацією та колективних дій для вирішення глобальних проблем здоров'я порожнини рота. Членство в спільноті FDI дає відчуття причетності до світової стоматологічної родини. FDI є центром знань, що збирає і поширює останні дослідження, рекомендації та передовий досвід у галузі стоматології через конференції, семінари, вебінари, публікації, програму безперервного професійного розвитку (БПР) тощо. На світових стоматологічних конгресах, організованих FDI, лікарі мають змогу не тільки отримувати нові знання, але й ділитися науковими здобутками й найкращими практиками.

Україну на цьому форумі представляли президент ГО «Асоціація стоматологів України», професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика Ірина Мазур і генеральний секретар цієї організації, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Ірина Скрипник.

Делегати Світового конгресу мали змогу ознайомитися з науковою програмою, взяти участь в інтерактивних заходах, дискусіях і виставці інноваційних стоматологічних і медичних технологій. Повернення до звичних лекцій від провідних науковців, цікавих наукових і практичних дискусій, професійного спілкування в ошатних залах — це те, чого так бракувало під час пандемії COVID-19, а для українських лікарів — і під час воєнного стану.

У рамках світових конгресів стоматологічна спільнота збирається на Генеральній асамблеї Всесвітньої федерації стоматологів — Світовому стоматологічному парламенті, який є вищим законодавчим і керівним органом FDI. Всесвітній стоматологічний парламент збирається раз на рік для затвердження політики FDI, окреслення місії і цілей, визначення стратегічно-

го плану роботи Всесвітньої федерації стоматологів. Важливим аспектом роботи ГО «Асоціація стоматологів України» на Світовому конгресі була участь у засіданні Світового стоматологічного парламенту разом із представниками національних асоціацій, професійних об'єднань. На засіданні Генеральної асамблеї Світового стоматологічного парламенту, що відбулось 26 вересня, члени з правом голосу прийняли важливі рішення щодо призначення нових членів ради й комітетів, обговорення політичних заяв 2023 року, затвердження організаційної стратегії FDI. Протягом п'яти днів роботи стоматологи світу обговорили стратегічну мету своєї діяльності й намітили план розвитку галузі до 2030 року.

Українська делегація взяла участь в обговоренні й голосуванні щодо політичних заяв FDI з питань, що становлять інтерес для стоматологічної спільноти, а саме здоров'я ротової порожнини. Генеральна асамблея Світового стоматологічного парламенту розглянула й ухвалила Глобальний план розвитку стоматології до 2030 року, стратегічно-політичні декларації, зокрема щодо шкідливості вживання цукру, наявності його та спирту в складі стоматологічних гігієнічних засобів, запровадження універсального охоплення стоматологічною допомогою, надання стоматологічної допомоги літнім людям, матерям і немовлятам з метою поліпшення їхнього здоров'я і зменшення розбіжності в доступі до медичної допомоги. Було також затверджено низку важливих документів для впровадження в практичну діяльність лікарів. На Генеральній асамблеї Світового стоматологічного парламенту провідними стоматологічними експертами з усього світу було затверджено такі політичні заяви:

1. Співпраця між фахівцями зі здоров'я порожнини рота та іншими фахівцями в галузі охорони здоров'я.

2. Психічне здоров'я та благополуччя для спеціалістів з гігієни порожнини рота і студентів-стоматологів.



Президент ГО «Асоціація стоматологів України» професор І.П. Мазур і генеральний секретар ГО «Асоціація стоматологів України» доцент І.Л. Скрипник на засіданні Всесвітнього парламенту стоматологів

3. Прямі реставраційні матеріали, альтернативні зубній амальгамі.

4. Стирання твердих тканин зубів.

5. Алкоголь як ризик для здоров'я ротової порожнини.

6. Догляд за ротовою порожниною в перинатальний період і в немовлят.

7. Соціальні й комерційні детермінанти здоров'я порожнини рота.

8. Здоров'я порожнини рота для здорового старіння.

Потрібно наголосити на питанні правонаступництва у Всесвітній федерації стоматологів. Учасники Світового стоматологічного парламенту і конгресу вітали наступного президента FDI Dr Greg Chadwick. А на Генеральній асамблеї Світового стоматологічного парламенту обрано президентом Nikolai Sharkov з Болгарії.



Президент ГО «Асоціація стоматологів України» проф. І.П. Мазур біля прапора України на Всесвітньому конгресі стоматологів



На засіданні Європейської комісії Всесвітньої федерації стоматологів

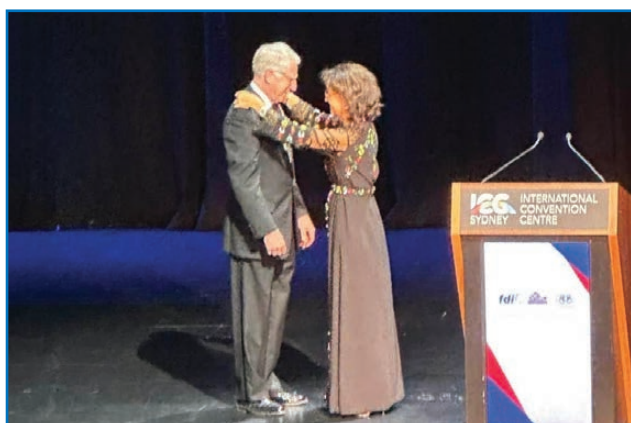
У рамках Світового стоматологічного конгресу відбулося засідання жінок-стоматологів світу — Women dentists Worldwide. Українська делегація взяла участь у роботі засідання, де жіноча частина світової стоматологічної спільноти планували напрямки розвитку стоматології з погляду жінок. За результатами засідання було прийнято низку документів, які згодом ухвалено на Генеральній асамблеї Світового стоматологічного парламенту.

ГО «Асоціація стоматологів України» надає щорічні звіти до Всесвітньої федерації стоматологів про стоматологічну діяльність у нашій країні, питання безперервного професійного розвитку, кількість стоматологів, особливості їхньої професійної підготовки. З метою більш тісного обговорення основних тем, що так турбують національні стоматологічні асоціації, у рамках Світового стоматологічного конгресу представники всіх країн збираються на форум NLO. Цьогоріч на форумі звітували про основну співпрацю секретаріату FDI

з національними стоматологічними організаціями й обговорювали перспективи подальшої співпраці, допомоги в організації та проведенні БПР для стоматологів за участю провідних науковців світу.

Через національних офіцерів — представників національної стоматологічної організації у FDI відбувається тісна комунікація та співпраця із секретаріатом Всесвітньої федерації стоматологів. Це полегшує обмін інформацією та гарантує своєчасне інформування стоматологічної спільноти про пріоритети, політику FDI, а проблеми національних стоматологічних асоціацій розглядаються на форумах NLO.

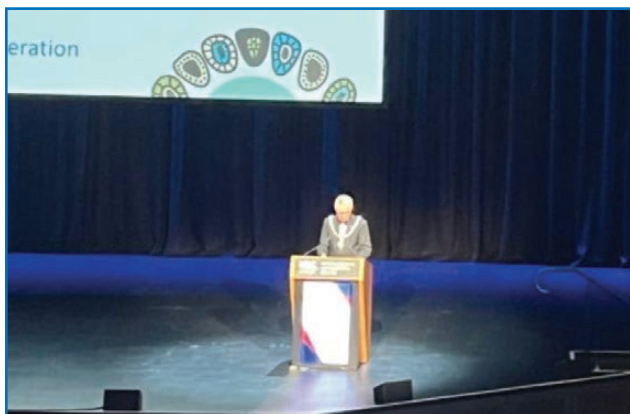
Україна є членом Європейського регіонального об'єднання ERO FDI та сплачує щорічні внески до цієї організації. На засіданні ERO FDI, що відбулося в рамках Світового стоматологічного парламенту, розглядали проблеми стоматології європейських країн, питання міграції медичних кадрів у країнах ЄС, нострифікації дипломів та уніфікованих підходів до БПР.



Передача повноважень від президента FDI prof. Ihsane Ben Yahya новообраному президенту Dr Greg Chadwik



Два президенти FDI — чинний і наступний: prof. Ihsane Ben Yahya і Dr Greg Chadwik



Новообраний президент Dr Greg Chadwick виступає з промовою на урочистому засіданні FDI



Засідання NLO представників національних стоматологічних асоціацій у рамках Світового парламенту стоматологів



Загальне фото після засідання NLO представників національних стоматологічних асоціацій у рамках Світового парламенту стоматологів



На засіданні Всесвітнього парламенту стоматологів



Президент ГО «Асоціація стоматологів України» професор І.П. Мазур, президент FDI Dr Greg Chadwick із дружиною, генеральний секретар ГО «Асоціація стоматологів України» доцент І.Л. Скрипник



**Колишній президент FDI
prof. Ihsane Ben Yahya, президент ГО «Асоціація
стоматологів України проф. Ірина Мазур,
президент FDI Dr Greg Chadwik**



**На засіданні Жіночого комітету
Всесвітньої федерації стоматологів**



Учасниці засідання Жіночого комітету Всесвітньої федерації стоматологів



Говорячи про участь у Світовому стоматологічному конгресі, потрібно наголосити на неординарності й вагомості заходу. «Попри важкі для нашої країни часи випробувань українські стоматологи прагнуть бути в курсі всіх найновіших досягнень і винаходів у своїй галузі. Багато нового і цікавого ми привезли з цієї події. Нам є чим поділитися з професійною спільнотою. Ми знаємо, до чого нам прагнути як у практичній роботі лікаря, так і в наукових розробках та освітніх програмах», — підсумували результати свого наукового відрядження до Австралії українські лікарі.

Список літератури

1. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. *Современная стоматология*. 2017. № 3(87). С. 100-103.

2. Кульбашина Я.А. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців із стоматології: теоретичні й методичні основи. Київ: Компас, 2014. 415 с.

3. Скрыпник І. Світовий стоматологічний парламент у Женеві. *Oral and General Health*. 2022. 3(4). 52-55. <https://doi.org/10.22141/ogh.3.4.2022.139>.

4. Kulbashna Y., Skrypnik I. The structure of master's in dentistry praxeological competence. *Continuing Professional Education: Theory and Practice*. 2020. 3(64). 1-7. DOI: 10.28925/1609-8595.2020.3.8.

5. Мазур І.П., Вахненко О.М. Сторіччя української стоматології: здобутки та сучасні виклики. *Українські медичні вісті*. 2020. Т. 13. № 1(84). С. 70-76.

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

Отримано/Received 04.10.2023

Рецензовано/Revised 06.11.2023

Прийнято до друку/Accepted 09.11.2023 ■

Information about author

Iryna Skrypnik, 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.L. Skrypnik

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

International participation of the NGO “Ukrainian Dental Association” in the World Dental Congress in Australia

Abstract. Under the auspices of the World Dental Federation, from September 24 to 27, 2023, the World Dental Congress was organized and held in the city of Sydney (Australia). It gathered more than 8,000 representatives of the dental industry from 200 countries of the world. The main slogan of the World Dental Congress was “Educating for dental excellence”. The Ukrainian delegation at this forum was represented by the resident of the NGO “Ukrainian

Dental Association” professor Iryna Mazur and the general secretary of this organization Iryna Skrypnik. As part of the congress, the World Dental Parliament was held, at which a number of documents important for the practical activity of the dental industry were approved.

Keywords: World Dental Federation; World Dental Congress; Ukrainian Dental Association



УДК 681.3:651.863

DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.173>Скрипник І.², Жачко Н.^{1,2}¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна²ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ, Україна

Головні тренди розвитку світової стоматології на найближчі роки: програмні документи Світового стоматологічного конгресу в Австралії

Резюме. У статті подані основні нормативно-правові документи, що регулюють діяльність лікарів-стоматологів. Ці документи були переглянуті та затверджені Світовим стоматологічним парламентом, засідання якого проходило у рамках Світового стоматологічного конгресу в м. Сідней, Австралія, з 24 по 27 вересня 2023 року. Українські фахівці взяли участь у роботі Генеральної асамблеї Всесвітньої федерації стоматологів та ухваленні рішень Світового стоматологічного парламенту.

Ключові слова: Світовий стоматологічний парламент; Генеральна асамблея Всесвітньої федерації стоматологів; Асоціація стоматологів України; нормативно-правові документи, що регулюють діяльність стоматолога

Участь національної асоціації стоматологів будь-якої країни, що входить до складу Всесвітньої федерації стоматологів, у Світовому конгресі спеціалістів цієї галузі медицини є не лише важливою сходинкою у професійному зростанні, а й можливістю ознайомити колег з вітчизняними винаходами, новими підходами у лікуванні та обмінятися думками з фахових питань. Не варто й говорити про важливість участі у форумах такого високого рівня України, на території якої зараз точиться повномасштабна війна. Така участь демонструє світу не лише нашу незламність, прагнення вистояти і перемогти, але й доводить, що навіть у таких жаклих умовах стоматологічна галузь країни здатна розвиватися, безперервно навчатися, займатися наукою, виховувати майбутніх стоматологів та продовжувати надавати стоматологічну допомогу нашим громадянам.

Нагадаємо, що Світовий конгрес стоматологів відбувся наприкінці вересня 2023 року у місті Сідней (Австралія) під гаслом «Освіта для професійної майстер-

ності стоматологів». Україну представляли президент ГО «Асоціація стоматологів України», професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика Ірина Мазур та генеральний секретар цієї організації, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Ірина Скрипник.

Варто зауважити, що кожний Всесвітній конгрес стоматологів відзначається ухваленням низки програмних документів, які визначають головні тренди розвитку стоматології у світі на найближчі роки. Не став винятком і форум стоматологів в Австралії. Так, делегати взяли безпосередню участь в обговоренні та ухваленні Глобального плану розвитку стоматології до 2030 року. Складно переоцінити значення прийнятого документа, в основу якого покладено програму збереження здоров'я порожнини рота, що стало пріоритетом у формуванні стратегії розвитку стоматології, адже щороку на планеті збільшується тривалість життя, а на-

© «Oral and General Health», 2023

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Скрипник Ірина, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, бульв. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 02000, Україна; e-mail: irynaskrypnyk@gmail.com
For correspondence: Iryna Skrypnyk, Bogomolets National Medical University, T. Shevchenko boulevard, 13, Kyiv, 02000, Ukraine; e-mail: irynaskrypnyk@gmail.com

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

явність здорових зубів є однією зі складових його якості. Тож Глобальний план розвитку стоматології до 2030 року стане мейнстрімом, яким керуватимуться у своїй роботі стоматологи світу.

Крім того, конгрес затвердив стратегічно-політичні декларації та низку документів для впровадження в практичну діяльність лікарів. З огляду на їхню важливість і практичну значимість вважаємо за необхідне ознайомити стоматологічну спільноту і всіх зацікавлених осіб з їхнім змістом.

Таким чином, тісна співпраця ГО «Асоціація стоматологів України» із Всесвітньою федерацією стоматологів сприяє широкому інформуванню стоматологів України про сучасні тренди та нововведення стоматології світу, а також забезпечує високу якість надання стоматологічної допомоги.

Декларація FDI

Алкоголь як ризик для здоров'я порожнини рота

Ухвалено Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Контекст

Алкоголь є психоактивною речовиною (впливає на розумові процеси, як-от настрої, емоції та сприйняття) з властивостями звикання. Шкідливе вживання алкоголю сприяє приблизно 3 мільйонам смертей щорічно [1]. Надмірне вживання алкоголю пов'язане з ризиком розвитку злоякісних новоутворень, як-от рак грудей, колоректальний рак і рак ротової порожнини, ротоглотки, гортані та стравоходу [2], а також хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних захворювань і цирозу печінки [1]. Крім того, це може вплинути на здоров'я порожнини рота, включно з підвищеною ймовірністю виникнення карієсу зубів, захворювань пародонта, зносу зубів, забарвлення, неприємного запаху з рота та травми [3]. Надмірне вживання алкоголю збільшує ризик травм обличчя та порожнини рота внаслідок падінь, дорожньо-транспортних пригод і насильницьких зіткнень. Неінфекційні захворювання або їх лікування можуть вплинути на стоматологічну допомогу пацієнтам. Незначні медичні втручання можуть зменшити споживання алкоголю серед тих, хто ним зловживає [4]; зазначено важливу роль усіх лікарів-практиків у проведенні цих освітніх заходів і втручань.

Сфера застосування

Ця Декларація має на меті висвітлити вплив вживання алкоголю на здоров'я порожнини рота і підкреслити важливу роль лікарів-практиків у наданні медичної допомоги.

Визначення

Алкогольна залежність: поєднання поведінкових, когнітивних і фізіологічних факторів, які часто включають виражене бажання вживати алкоголь і труднощі

контролю за його вживанням. Хтось із алкогольною залежністю може продовжувати пити, незважаючи на шкідливі наслідки. Такі особи також надають алкоголю вищий пріоритет, ніж іншим видам діяльності та зобов'язанням.

Шкідливе вживання алкоголю: модель споживання алкоголю, яка спричиняє психічні розлади та тілесні ушкодження.

Надмірне вживання алкоголю: рівень споживання, який мінімізує втрату здоров'я, дорівнює нулю. Незважаючи на те, що споживачка звичка вже встановлена, споживання більше за 15–40 грамів на день вважається надмірним для дорослої здорової людини.

Шкідливе вживання алкоголю: модель споживання алкоголю, яка збільшує ризик заподіяння шкоди. Дехто обмежив би це визначення наслідками для фізичного чи психічного здоров'я (як при шкідливому вживанні). Інші включають соціальні наслідки.

Коротке втручання: коротка та структурована сесія порад, спрямована на допомогу, щоб хтось або зменшив споживання алкоголю, або утримався від нього.

Принципи

Алкоголь є одним із найпоширеніших у світі засобів, що викликають залежність [5]. Існує потрійний вплив алкоголю на здоров'я порожнини рота:

— безпосередній вплив на тканини порожнини рота: можливе збільшення карієсу зубів, захворювання пародонта, втрата поверхонь зуба, імовірно, через діуретичний вплив алкоголю та подальше зменшення вироблення слини, а також вміст цукру та кислоти в багатьох алкогольних напоях і рак порожнини рота;

— вплив на надання стоматологічної допомоги пацієнтам з алкоголь-асоційованими системними захворюваннями, як-от цироз печінки, колоректальний рак та злоякісні новоутворення молочної залози, а також на патологію плода;

— соціальний вплив може бути шкідливим, наприклад, у випадку побутового насильства (травми обличчя та зубів), і можуть бути економічні наслідки зловживання алкоголем, включно з нехтуванням собою та втратою зайнятості [7].

Політика

FDI рекомендує:

— підвищення обізнаності пацієнтів і стоматологічної спільноти про негативний вплив вживання алкоголю на стан порожнини рота та загальний стан здоров'я [3];

— встановлення споживання та облік рівня вживання алкоголю всіма пацієнтами;

— сприяння ранньому виявленню та запобіганню негативному впливу, пов'язаному з вживанням алкоголю, на здоров'я з моніторингом результатів у всьому світі [6].

FDI підтримує:

— інтеграцію здоров'я порожнини рота та профілактику неінфекційних захворювань;

— висловлюючи занепокоєння щодо впливу промисловості, вимагаючи додаткових ресурсів, моні-

торинг планів дій з використанням підходу щодо загального фактора ризику, а також посилення політики оподаткування алкоголю та транскордонного маркетингу;

— навчання стоматологічної команди проведенню коротких алкогольних інтервенцій-співбесід;

— співпрацю з іншими медичними працівниками, як-от сімейні лікарі та психологи, для забезпечення комплексної допомоги.

Ключові слова

Алкоголь, консультування, рак, здоров'я порожнини рота, реабілітація.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Психічне здоров'я для фахівців із гігієни порожнини рота та студентів-стоматологів

Ухвалено Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Контекст

Багато міжнародних і національних досліджень показали, що стоматологи належать до постачальників медичних послуг, особливо схильних до синдрому вигорання та проблем психічного здоров'я у своїй щоденній роботі [8]. Пандемія COVID-19 посилила це занепокоєння як тренд [9]. Якщо не лікувати або не розпізнати у постраждалих практиків стан, пов'язаний зі виснаженням різного ступеня тяжкості, це може призвести до хронічної депресії і навіть суїцидальних думок [8].

Незалежно від можливої генетичної схильності індивіда різні стресові фактори у стоматологічній професії можуть призвести до синдрому вигорання практикуючого лікаря та стоматологічного колективу. Дослідження останніх років також змогли довести, що стрес, особливо психосоціальний стрес, депресія, синдром професійного вигорання, тривожність і деперсоналізація вже викликають занепокоєння під час вивчення стоматології [8]. Психосоціальний стрес впливає на індивідуальне здоров'я студентів-стоматологів, стоматологів і стоматологічної команди.

Сфера застосування

Ця Декларація целеспрямовує відповідні національні органи влади, університети, національні стоматологічні асоціації, національні асоціації студентів-стоматологів і гігієністів порожнини рота, а також інші колективи стоматологів на підвищення обізнаності про психічне здоров'я в стоматологічній спільноті.

Визначення

Психічне здоров'я: стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися з життєвими стресами, реалізовувати свої здібності, навчатися і добре працювати, а також робити свій внесок у суспільство. Це невід'ємний компонент здоров'я та добробуту, який лежить в основі індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо [10].

Детермінанти психічного здоров'я: протягом життя численні індивідуальні, соціальні та структурні детермінанти можуть поєднуватися, щоб захистити чи підірвати психічне здоров'я. Індивідуальні психологічні та біологічні фактори, як-от емоційні навики, особливості організму та генетика, можуть зробити людину більш вразливою до проблем психічного здоров'я. У несприятливих соціальних, економічних, геополітичних та екологічних обставинах також підвищується ризик виникнення проблем із психічним здоров'ям [10].

Вигорання: синдром концептуалізований як результат хронічного стресу на робочому місці, яким не вдається керувати. Він характеризується трьома вимірами:

- відчуття виснаження енергії та/або виснаження;
- збільшення розумової дистанції від роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язане з життєдіяльністю;
- зниження особистої та професійної ефективності.

Вигорання стосується конкретно явищ у професійному контексті [11].

Принципи

Психічне здоров'я є важливим аспектом загального благополуччя студентів-фахівців та стоматологів. Фахівці з охорони здоров'я ротової порожнини також мають етичні та юридичні зобов'язання бути придатними до практики, що включає психічне здоров'я. Захист психічного здоров'я фахівців із гігієни порожнини рота та студентів-стоматологів включає профілактичний підхід у контексті робочого місця та має бути дуже важливим для всіх задіяних. Ресурси підтримки та благополуччя психічного здоров'я мають бути легкодоступними та недорогими.

Політика

FDI наголошує на важливості хорошого психічного здоров'я для спеціалістів-стоматологів та студентів-стоматологів. Лише таким чином спеціалісти з охорони здоров'я порожнини рота можуть служити громаді та забезпечувати належний догляд за порожниною рота тим, хто цього потребує. Необхідно запобігати психічним хворобам, а також обговорювати їх на робочому місці.

FDI заохочує національні стоматологічні асоціації у співпраці з іншими зацікавленими сторонами:

- постійно та періодично підвищувати обізнаність про важливість психічного здоров'я спеціалістів охорони здоров'я порожнини рота та студентів-стоматологів;

— створити ресурси підтримки та зробити допомогу легкодоступною для спеціалістів з охорони здоров'я порожнини рота і студентів, які мають проблеми з психічним здоров'ям (через віртуальну консультацію, гарячі лінії, підтримку добробуту, форуми спільноти);

— мати проактивний підхід до дискусії про психічне здоров'я стоматологічної команди через різні платформи (онлайн, соціальні мережі, друковані ЗМІ);

— пропонувати курсове навчання, семінари, стоматологічні конгреси та вебінари з психічного здоров'я для всіх членів стоматологічної команди, піклуватися про власне психічне здоров'я і знати, як допомогти колегам у біді.

FDI заохочує стоматологічні навчальні заклади:

— створити ресурси підтримки (наприклад, онлайн-консультації, телефони довіри) для стоматологів, що піклуються про психічне здоров'я, і зробити їх легкодоступними та анонімними;

— надати студентам необхідні знання та навички для захисту свого психічного здоров'я під час навчання та в майбутньому робочому середовищі.

FDI заохочує дослідницькі установи просувати дослідження синдрому вигорання та охорону психічного здоров'я у зв'язку з роботою лікаря-стоматолога.

Ключові слова

Синдром вигорання, стоматологічна команда, стоматологи, загальний стан здоров'я, зміцнення здоров'я, психічне здоров'я, національна політика охорони здоров'я, практики, профілактика, стійкість, робоча сила.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Матеріали для прямих реставрацій як альтернатива зубній амальгамі

Ухвалено Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Контекст

Використання зубної амальгами в усьому світі скорочується. Конвенція Мінамата має напрямок щодо поступового скорочення її використання як реставраційного матеріалу для усунення надходження ртуті в навколишнє середовище. Матеріали для альтернативної прямої стоматологічної реставрації поліпшилися з часом, але все ще мають деякі обмеження. Адекватні знання про ці обмеження є вирішальними для відповідного вибору матеріалу та оптимального догляду за порожниною рота пацієнта. Легкість і вартість використання, збереження тканин зуба, висока резистентність зон стресу, зон ризику карієсу, побічні реакції на

матеріал, а також актуальність вивільнення іонів такими матеріалами є важливими питаннями, які слід мати на увазі при виборі з-поміж них альтернативи зубній амальгамі.

Існуючі альтернативні матеріали мають низку фізичних і хімічних властивостей, які впливають на їх застосування та довговічність. Матеріали, що містять смолу, потребують суворого контролю вологості та є технічно вимогливішими і дорожчими, ніж застосування зубної амальгами [12]. Крім того, ці матеріали потенційно містять молекули бісфенолу-А та інші, які можуть вимиватися з матеріалу реставрації і будуть пов'язані з побічними ефектами у пацієнтів. Основними механізмами руйнування матеріалів, що містять смолу, є деформація і вторинний карієс [12]. Для запобігання останньому важлива оптимальна гігієна порожнини рота. Використання склоіономеру технічно менш вимогливе і дешеве [13]. Біосумісність склоіономеру порівняно висока [14].

Неспроможність цих матеріалів значною мірою пов'язана з їх обмеженою стійкістю до деформації, коли реставрації сколюються або стираються. Було виявлено, що склоіомери вивільняють певну кількість іонів фториду, які мінімізують випадки вторинного карієсу в контакт з матеріалом [14]. Нещодавно на ринку були представлені інші реставраційні матеріали, що вивільняють інші іони, але клінічні дані щодо їх використання невірогідні.

Сфера застосування

Ця Декларація має на меті забезпечити базове розуміння важливих питань щодо прямих реставраційних матеріалів, крім зубної амальгами, переважно смоловмісних композитів, склоіономерів або комбінації смоловмісних композитів і склоіономерів.

Визначення

Реставраційний матеріал: матеріал (медична композиція), призначений для відновлення або корекції форми та функції втрачених тканин зуба.

Принципи

Клінічний успіх прямих реставрацій залежить від індивідуальних факторів, наприклад розташування та ступеня дефекту, кількості залучених поверхонь, взаємодії між матеріалом і тканинами зуба, індивідуальних факторів ризику карієсу (гігієна ротової порожнини, харчові фактори, споживання фтору, зменшення виділення слини та певні захворювання), поведінкових аспектів (зокрема, бруксизм) та гігієнічних навичок. Препарування каріозних порожнин, що підлягають реставрації матеріалами прямим методом, повинно бути мінімально інвазивним. Є кілька альтернативних матеріалів стоматологічній амальгамі, але жоден окремий матеріал не може замінити амальгаму для всіх клінічних ситуацій.

Використання альтернативних матеріалів впливає на вартість лікування та потребує більш складних методик лікування.

Політика

FDI рекомендує:

- використання пацієнт-орієнтованого підходу замість підходу, суто орієнтованого на матеріал, а саме при підборі реставраційного матеріалу до уваги беруться індивідуальні фактори і фактори матеріалу, зокрема:
 - локалізація та розмір запланованої реставрації, оскільки вони впливають на необхідні фізико-біологічні властивості матеріалу;
 - індивідуальний ризик карієсу, оскільки в осіб з високим ризиком можливо використовувати фторовмісні матеріали;
 - системний ризик і захворювання, включно з алергією, оскільки використання альтернативних матеріалів (зокрема, смоловмісних) може викликати алергічну реакцію;
 - використання суворої безконтактної техніки при роботі з матеріалами на основі смоли, а також відповідних фізичних, хімічних та біологічних засобів індивідуального захисту та заходів, зокрема захисту від синього світла, що випромінюється під час полімерізації композитів;
 - використання рясного зрошення водою під час корекції або видалення реставраційного матеріалу для достатнього охолодження та пом'якшення за наявності наночастинок;
 - вартість і політика відшкодування (реімбурсації) за використання різних матеріалів у різних країнах;
 - очікування та вимоги пацієнтів до матеріалу, що буде вибраний, в результаті спільного прийняття рішень;
 - необхідність отримання інформованої згоди на використання конкретного матеріалу;
- проводити подальші дослідження для поліпшення загальних властивостей матеріалів та, зрештою, їх клінічної і економічної ефективності;
- фахівцям з охорони здоров'я порожнини рота бути в курсі останніх досліджень.

Ключові слова

Мінімальне втручання, композит на основі смоли, склоіономерний цемент, дентальна амальгама.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI Зношення зубів

**Ухвалено Генеральною асамблеєю FDI:
вересень 2023 р., Сідней, Австралія**

Контекст

Зношення зубів може бути наслідком кількох механізмів, включно з ерозією зубів, виснаженням зубів (атракцією), стиранням зубів (абразією) і потенційною абфракцією зубів, що відбуваються незалежно або в асоціації одне з одним. Ці механізми можуть виникати

внаслідок впливу кислот (небактеріального походження) і нефізіологічних механічних сил при чищенні зубів, неправильному прикусі і парафункціональній активності. Низька швидкість виділення слини і буферна ємність можуть бути важливими модифікуючими факторами. Ерозійне стирання зубів (дентальна ерозія) також може бути симптомом основної загальної патології, наприклад гастроєзофагеального рефлюксного розладу (ГЕРП) або розладів харчової поведінки, як-от булімія (нервова хвороба). Повідомляється, що поширеність зношеності зубів пов'язана з географією і досягає 80 %. Успішне лікування залежить від точного діагнозу та розуміння етіологічних факторів.

Сфера застосування

Ця Декларація має на меті надати вказівки щодо лікування втрати поверхні зуба та структури зуба через некаріозні фактори. Здатність гігієністів до розпізнавання цих механізмів, особливо на ранніх стадіях, може мати прямий вплив на збереження природного зубного ряду.

Визначення (19)

Зношення зуба: кумулятивна поверхнева втрата мінералізованої речовини зуба внаслідок фізичних або хіміко-фізичних процесів, які не пов'язані з карієсом зубів.

Стирання зубів: фізична втрата мінералізованої речовини зуба, викликана предметами, крім зубів. У пришийковій ділянці це може проявлятися у вигляді насічок зубів.

Стирання зубів: фізична втрата мінералізованої речовини зуба, спричинена процесом міжзубних контактів.

Абфракція зуба: цервікальний надріз, спричинений хронічними травматичними оклюзійними силами. (Використання цього терміна було поставлене під сумнів, з огляду на рівень поточних підтверджуючих клінічних доказів, щоб розглядати його як окремий процес.)

Ерозійне зношення зуба: хіміко-механічний процес, що призводить до поступової втрати твердих зубних тканин, не викликаній бактеріями.

Зовнішня кислота: кислота, отримана з харчових продуктів, навколишнього середовища та/або ліків.

Внутрішня кислота: кислота, отримана зі шлункових рідин.

Принципи

Прогресування зношення зубів можна контролювати або запобігти йому, якщо є визнана етіологія та вжито відповідних заходів. Такі профілактичні заходи включають зосередження на місцевій ситуації в ротовій порожнині, зміну поведінки (наприклад, звички їсти, пити та чистити зуби) і співпрацю з іншими медичними спеціалістами для лікування випадків ГЕРП або розладів харчової поведінки, зокрема частого блювання (наприклад, неврологічна булімія). Зрештою, після встановлення основної етіології, належне відновлювальне втручання може мати вирішальне значення в довгостроковій перспективі збереження структури зуба.

Політика

FDI рекомендує:

— усі пацієнти повинні регулярно проходити огляд у лікаря-стоматолога на предмет зношення зубів, яке бажано належним чином задокументувати, включно з клінічними зображеннями;

— навчання пацієнтів має вирішальне значення для контролю прогресування наявного зносу зуба;

— профілактичні рекомендації на основі діагнозу включають:

- ідентифікацію та вивчення або усунення джерела зовнішніх або власних кислот, включно з направленням до відповідних спеціалістів;

- використання неагресивної техніки чищення зубів із зубною пастою з низькими абразивними властивостями [20];

- використання нейтралізуючого/ремінералізуючого/профілактичного засобу до або після кислотного виклику (наприклад, молоко, йогурт, продукти з умістом фтору або олова, продукти на основі фтору/хлориду);

- стимуляцію виділення слини;

- оцінку оклюзійної функції та надання спеціального оклюзійного апарату за показаннями;

— моделі пролонгованих клінічних досліджень можна використовувати для моніторингу прогресування ураження;

— можна розглянути відновне втручання, щоб зменшити або зупинити прогресування динамічних уражень, гіперчутливості дентину та болю або для відновлення естетики й функції після усунення основного етіологічного фактора.

Ключові слова

Зношення зубів, ерозійне зношення зубів, стирання зубів, ерозія зубів, абфракція зуба.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Співпраця між фахівцями зі здоров'я порожнини рота та іншими фахівцями в галузі охорони здоров'я

Ухвалено Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Контекст

Інтеграція здоров'я порожнини рота в загальну програму охорони здоров'я та розвитку є одним із трьох постулатів програми FDI Vision 2030 [21]. Мета полягає в тому, щоб стоматологічна та загальноспрямована охорона здоров'я до 2030 року була інтегрована, що призведе до більш ефективної профілактики та лікування захворювань порожнини рота та поліпшення загального здоров'я і самопочуття [21].

Фахівці з охорони здоров'я порожнини рота співпрацюють з іншими службами охорони здоров'я та соціального забезпечення, професіоналами, які мають майже невикористаний потенціал, щоб бути важливими захисниками факторів і посередників для здоров'я порожнини рота [21]. З урахуванням зв'язку загальних факторів ризику неінфекційних захворювань, як-от діабет, серцево-судинні захворювання, з пародонтитом поліпшення співпраці має потенціал для загального поліпшення здоров'я та благополуччя [22]. Щоб догляд за ротовою порожниною був належним чином інтегрований із охороною здоров'я загалом, також важливо, щоб усі спеціалісти зі здоров'я ротової порожнини розуміли важливість соціальних детермінант здоров'я порожнини рота і щоб їх діяльність була об'єднана з іншими медичними працівниками [21].

Проактивна співпраця між фахівцями з охорони здоров'я порожнини рота та іншими медичними працівниками із соціальної допомоги є ключем до поліпшення догляду, орієнтованого на пацієнта.

Сфера застосування

Ця Декларація підкреслює важливість проактивної співпраці між фахівцями з охорони здоров'я порожнини рота й іншими спеціалістами у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги для забезпечення високої якості допомоги, орієнтованої на пацієнта.

Але вона не має на меті розробити систему для забезпечення такої співпраці або охопити кожне захворювання порожнини рота чи втручання.

Визначення

Співпраця: медичні та соціальні працівники різних спеціальностей активно допомагають разом надавати комплексні послуги, працюють з пацієнтами, їхніми родинами, особами, які за ними доглядають, і спільнотами, щоб досягти найвищого рівня якості обслуговування в різних умовах [21].

Принципи

Співпраця в охороні здоров'я на рівні індивідуального здоров'я вимагає дій професіоналів та організацій — постачальників медичних послуг на вищих рівнях, на місцевому рівні і на рівні національних урядів.

Політика

— FDI сприяє міжпрофесійній співпраці та особистісно-цілеспрямованій допомозі для поліпшення стану порожнини рота та загального здоров'я пацієнтів;

— FDI підтримує освіту спеціалістів із охорони здоров'я ротової порожнини та професійну медичну і соціальну допомогу, співпрацю й лікування, орієнтоване на пацієнта, включно з управлінням загальними факторами ризику, розумінням проявів захворювань порожнини рота та системних захворювань та впливу будь-якого наданого лікування;

— FDI заохочує участь пацієнтів у співпраці, коли це доречно, щодо гігієни порожнини рота та інших медичних проблем;

— FDI підкреслює роль, яку відіграють у співпраці медичні працівники та інші організації у підтримці здоров'я ротової порожнини. Цьому значно сприяло б забезпечення систем для своєчасної та безпечної взаємодії між професіоналами та використання записів щодо стану здоров'я, доступних між службами, особливо якщо вони зберігаються в електронному вигляді;

— FDI рекомендує включення принципу співпраці на найвищому рівні під час розробки політики та обслуговування.

Ключові слова

Співробітництво, охорона здоров'я порожнини рота та медичні і соціальні працівники, електронна медична книжка, особистісно-цілеспрямована допомога.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Здоров'я порожнини рота для здорового старіння

Прийнято Генеральною асамблеєю FDI у вересні 2009 року в Сінгапурі, Сінгапур
Переглянуто Генеральною асамблеєю FDI у вересні 2015 р. у Бангкоку, Таїланд
Переглянуто Генеральною асамблеєю FDI у вересні 2023 р. у Сідней, Австралія

Контекст

Оскільки населення світу старіє, сукупний вплив здоров'я порожнини рота на здорове старіння стає більш значущим. Оскільки здоровий і функціональний зубний ряд є основною частиною загального здоров'я та благополуччя, спеціалісти зі здоров'я порожнини рота повинні сприяти і забезпечувати кращу інтеграцію догляду за порожниною рота в загальну систему охорони здоров'я як підхід до життєвого спрямування на підтримку Десятиліття здорового старіння, 2021–2030.

Сфера застосування

Метою цієї Декларації є підвищення обізнаності про фундаментальну роль лікарів-стоматологів у скринінгу, профілактичному лікуванні, реабілітації та відповідних напрямленнях, наданих як компонент інтегрованої медичної допомоги в системі громадського здоров'я. Ці послуги також мають вирішальне значення для профілактики та лікування захворювань порожнини рота щодо сприяння функціям, як-от вживання їжі, розмова та взаємодія з іншими, які пов'язані із затримкою старіння та запобіганням йому. Ці послуги також важливі як внесок у запобігання або стабілізацію певних загальних станів здоров'я, наприклад неінфекційних та інфекційних хвороб.

Визначення

Здорове старіння: відновлення та підтримка функціональної здатності, що сприяє благополуччю з віком.

Принципи

Ця Декларація закликає спеціалістів із охорони здоров'я порожнини рота та організацій йти далі, ніж профілактика та лікування захворювань порожнини рота, а також працювати в партнерстві з місцевими спільнотами для розробки відповідних і послідовних методів оцінювання та скринінгу функцій порожнини рота на всіх рівнях охорони здоров'я. Лікарі, що займаються гігієною ротової порожнини, повинні визначати та контролювати погіршення функцій порожнини рота. Лікарі, що займаються гігієною ротової порожнини, повинні намагатися виміряти та задокументувати навіть незначне зниження таких функцій, як функція язика, функція губ, вироблення слини й функція прийому їжі та ковтання. Крім того, з використанням скринінгових програм, як, наприклад, чек-лист Kihon [26], може розширитися традиційна стоматологічна оцінка. Це буде спрямовано на вимірювання та документування навіть незначного зниження компонентів ротової функції, як-от функція язика, функція губ, вироблення слини та жувальна й ковтальна функції.

Політика

Доступ до адекватного догляду за ротовою порожниною є фундаментальним на всіх етапах життя, особливо в людей похилого віку, з метою встановлення та підтримки здорового старіння та поліпшення якості життя. FDI рекомендує такі дії:

Лікарі, що займаються гігієною ротової порожнини, повинні:

— розуміти та оцінювати вплив старіння на здатність до такої щоденної діяльності, як гігієна порожнини рота;

— виявляти та контролювати погане здоров'я порожнини рота у людей похилого віку, щоб запобігти слабкості;

— докладати спільних зусиль зі своїми місцевими громадами, які зосереджені на централізованому оцінюванні, скринінгу функцій ротової порожнини та оцінці здоров'я порожнини рота, пов'язаних з якістю життя;

— забезпечити освіту для підтримки здоров'я ротової порожнини та функцій, які вона забезпечує: прийому їжі, розмови та посмішки, а також загального стану здоров'я;

— бути інтегрованими як частина мультидисциплінарної команди з догляду за літніми особами в закладах охорони здоров'я усіх рівнів.

Кваліфіковані постачальники освіти з питань здоров'я порожнини рота повинні:

— навчати студентів компетенціям, пов'язаним із практикою догляду за ротовою порожниною в літньому віці.

Національні стоматологічні асоціації та споріднені організації повинні:

— закликати політиків прийняти стратегію, зосереджену на оцінці та моніторингу функції порожнини рота людей похилого віку, якості життя, здоров'я порожнини рота та подальшій мультидисциплінарній реакції (включно з направленнями та профілактичними втручаннями тощо), як перехід до персоналізованої стратегії, побудованої на міжпрофесійній співпраці;

— заохочувати політиків до розуміння того, що поліпшення здоров'я людей похилого віку має включати переорієнтацію та політику стійкого здорового старіння, щоб більше зосередитися на впливі на здоров'я порожнини рота;

— закликати політиків планувати національні послуги з охорони здоров'я порожнини рота для людей похилого віку та поліпшувати інтеграцію медичних послуг щодо порожнини рота в первинну медичну допомогу як частину загального охоплення медичним обслуговуванням;

— підтримувати підготовку та освіту спеціалістів, які не займаються гігієною порожнини рота (наприклад, лікарів, медсестер і дієтологів) у сфері здоров'я порожнини рота для людей похилого віку для поліпшення інтеграції в первинну допомогу.

Ключові слова

Люди похилого віку, здорове старіння, функції порожнини рота, спеціалісти зі здоров'я порожнини рота.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Соціальні та комерційні детермінанти здоров'я порожнини рота

Переглянуту версію ухвалено Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Оригінальна версія, прийнята Генеральною асамблеєю FDI: липень 2013 р., Стамбул, Туреччина

Контекст

За останні десять років з'явилися нові докази та розуміння зв'язків між соціальною і комерційною детермінантами, і вивчення здоров'я ротової порожнини згенерувало значну кількість публікацій і заяв-декларцій політики професійних асоціацій у всьому світі. Ці важливі для FDI висновки задекларовані в вигляді пунктів Декларації, які охоплюють екологічні, соціально-економічні і політичні зміни, що впливають на захворювання порожнини рота.

Сфера застосування

Ця Декларація охоплює екологічні та соціальні фактори ризику захворювань ротової порожнини, які зазвичай поєднані з іншими неінфекційними захворюваннями.

Це підкреслює важливість політики втручання щодо впливу на загальні фактори ризику для зменшення поширеності захворювань порожнини рота, а також поліпшення здоров'я порожнини рота. Крім того, у заяві визнається, що кілька корпоративних стратегій збільшують вплив цих неінфекційних захворювань і, отже, заява спрямована на зменшення цього негативного впливу.

Визначення

Соціальні детермінанти здоров'я: немедичні фактори, що впливають на результат здоров'я. Це умови, у яких люди народжуються, ростуть, працюють, живуть і старіють, системи, запроваджені для боротьби з хворобою, і ширший набір сил і систем, що формують умови повсякденного життя. Ці сили та системи включають економічну політику та системи, програми розвитку, соціальні норми, соціальну політику і політичні системи [27].

Комерційні детермінанти здоров'я порожнини рота: є ключовою соціальною детермінантою і посилюються на умови, дії чи бездіяльність комерційних суб'єктів, які впливають на охорону здоров'я. Комерційні детермінанти виникають у контексті надання платних товарів або послуг і включають комерційну діяльність, а також середовище, у якому ця комерція має місце. Вони можуть мати корисний або шкідливий вплив на охорону здоров'я [28].

Підхід до загальних факторів ризику: такий підхід спрямований на загальні фактори ризику для багатьох хронічних станів у контексті ширшого соціального, екологічного середовища. На здоров'я порожнини рота впливають дієта, гігієна, куріння, вживання алкоголю, стрес і травма [29].

Принципи

Ця Декларація стосується викликів, представлених у Глобальному звіті ВООЗ 2022, Звіті про стан охорони здоров'я [30], а також бачення FDI 2030 [31].

Політика

FDI підтримує:

— підвищення значення соціальних і комерційних детермінант здоров'я порожнини рота шляхом створення здорових звичок у цілих популяціях, особливо малозабезпечених;

— взаємодію з ключовими зацікавленими сторонами у межах стоматологічної професії та поза нею, розробку інтегрованого підходу до зменшення несправедливості щодо здоров'я порожнини рота і в усьому світі виступає за включення здоров'я порожнини рота в усі політики;

— прийняття загального підходу до факторів ризику та створення зв'язків між загальними дисциплінами охорони здоров'я, які можна вивчати на досвіді, максимізувавши обізнаність;

— застосування цілеспрямованих, економічно ефективних заходів на першому етапі або на рівні громади, як-от фторування води, які мають найбільшу користь для населення та впливають на зменшення нерівності у доступі до охорони здоров'я;

— заклик до національних стоматологічних асоціацій виступати за популяризацію знань про зміцнення здоров'я та профілактику на практиці;

— впровадження втручань в охорону здоров'я ротової порожнини, які включають спільну сприяючу політику та дослідження, які стосуються деяких основних детермінант захворювань порожнини рота, зокрема це надмірно обмежений доступ до догляду, споживання цукру, вживання тютюну, надмірне вживання алкоголю, погана гігієна порожнини рота, стрес і соціально-економічні диспропорції;

— забезпечення більшої обізнаності всіх спеціалістів із гігієни ротової порожнини щодо оцінки соціальної і комерційної детермінанти здоров'я, комплексне планування охорони здоров'я та зміну поведінки;

— засновані на фактах політичні заходи, як-от податки на охорону здоров'я, які зменшують негативний вплив комерційних детермінант;

— забезпечення того, щоб у межах загального охоплення медичним обслуговуванням медичне обслуговування порожнини рота було доступним і прийнятним, послідовним і усвідомленим.

Ключові слова

Соціальні детермінанти, комерційні детермінанти, політика FDI.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Декларація FDI

Догляд за ротовою порожниною в перинатальний період та у немовлят

Переглянуту версію ухвалено Генеральною асамблеєю FDI:

вересень 2023 р., Сідней, Австралія

Оригінальна версія прийнята Генеральною асамблеєю FDI: вересень 2014 р., Нью-Делі, Індія

Контекст

Перинатальний догляд за порожниною рота стосується догляду за порожниною рота під час вагітності та на ранніх термінах дитинства. Вагітні жінки з нелікованими проблемами стану здоров'я порожнини рота можуть мати підвищений рівень ризику передчасних пологів, народження дітей з низькою масою та інші негативні наслідки для здоров'я. Гормональні зміни під час вагітності у майбутніх матерів можуть впливати на проблеми зі здоров'ям порожнини рота, яким можна запобігти, наприклад гінгівіт і карієс. Немовлята отримують оральні бактерії з ротової порожнини своєї матері, що може сприяти розвитку раннього дитячого карієсу (РДК). РДК є одним з найпоширеніших хронічних захворювань дитинства та може мати негативний вплив

на фізичний, емоційний та соціальний стан дітей. Інші вірусні та грибкові захворювання можуть також передаватися від опікуна дитини, що призводить до запальних станів м'яких тканин. Погане здоров'я порожнини рота матері, неправильне харчування та вплив факторів навколишнього середовища та певних ліків під час вагітності можуть призвести до затримки розвитку/важливих етапів формування і порушення структури емалі та утворення дентину, що може спричинити РДК.

Сфера застосування

Ця Декларація має на меті забезпечити алгоритми для надання всебічного та доступного догляду за ротовою порожниною для майбутніх матерів та їхніх немовлят, щоб поліпшити здоров'я матері та дитини та зменшити розбіжності в доступі до медичної допомоги.

Принципи

Перинатальний догляд за порожниною рота має бути включений до всіх стратегій, які сприяють здоров'ю матері та здоров'ю і благополуччю дитини. Догляд за порожниною рота слід починати якомога раніше у жінок дітородного віку для виявлення та усунення потенційних факторів ризику шляхом навчання, профілактики та ранніх стоматологічних втручань як для матері, так і для дитини.

Політика

Догляд за ротовою порожниною для майбутніх матерів та їхніх немовлят має бути:

— комплексним, що стосується не лише здоров'я порожнини рота майбутніх мам, але й немовлят, а також їхнього загального здоров'я та самопочуття;

— заснованим на доказовій медицині, керівних принципах та рекомендаціях, розроблених професійними організаціями на основі найкращих наявних наукових даних;

— орієнтованим на пацієнта, адаптованим до індивідуальних потреб майбутніх матерів та немовлят з огляду на їхні особливі обставини та вподобання;

— спільним та інтегрованим, за участю стоматологів, акушерів, педіатрів та інших постачальників медичної і соціальної допомоги, якщо це необхідно;

— доступним та прийнятним для всіх майбутніх мам і немовлят незалежно від їхнього соціально-економічного статусу, з дотриманням принципу загально-го охоплення медичним обслуговуванням (УНС);

— послідовним, культурно та лінгвістично відповідним, орієнтованим на вагітних жінок та їхніх немовлят, особливо з уразливих груп населення.

Тому FDI заохочує:

— освіту матерів, сімей і осіб, які здійснюють догляд, щодо того, як підтримувати здоров'я порожнини рота та запобігати захворюванням ротової порожнини за допомогою попереднього керівництва та мотиваційної співбесіди й інших стратегій, заснованих на доказовій медицині. Повідомлення має бути зосереджене на важливості догляду за порожниною рота для майбутньої матері, ранньому початку охорони здоров'я рото-

вої порожнини дітей, практиці здорового харчування, зокрема акцент на грудному вигодовуванні, обмеженні споживання цукру, впливі фтору шляхом використання зубної пасти зі фтором та/або питної води, яка містить фтор, і звичайної зубної пасти; оглядів, як правило, починаючи з 1 року або коли видно перший молочний зуб;

— включення перинатального та дитячого здоров'я порожнини рота в стоматологічну та іншу медичну допомогу на етапах додипломної та професійної освіти;

— дослідження, які стосуються наступного:

- визначення факторів ризику проблем зі здоров'ям порожнини рота у вагітних жінок та немовлят, включно з соціальними детермінантами здоров'я;

- перевірки ефективності, рентабельності та стабільності результатів різних втручань для поліпшення перинатального здоров'я та здоров'я порожнини рота немовлят;

- вивчення бар'єрів і факторів, які сприяють доступу до медичної допомоги, спрямованої на порожнину рота, вагітних та немовлят.

— Урядам:

- забезпечити фінансування програм і послуг, які підтримують перинатальний догляд і догляд за порожниною рота немовлят, включно з пропагандою, профілактикою та доступом до послуг;

- розробити політику та нормативні акти, які сприятимуть перинатальному здоров'ю та здоров'ю порожнини рота немовлят, впровадити обов'язковий огляд зубів для майбутніх матерів та немовлят;

- вимагати включення стоматологічного страхування до планів державного та приватного медичного страхування.

— Національним стоматологічним асоціаціям:

- розробляти та просувати настанови та стандарти перинатального догляду та здоров'я порожнини рота немовлят;

- забезпечувати освіту та навчання для стоматологів та інших медичних працівників охорони здоров'я порожнини рота в перинатальний період і у немовлят;

- виступати за зміну політики на місцевому та національному рівнях;

- підвищувати обізнаність громадськості про важливість перинатальної та дитячої охорони здоров'я порожнини рота;

- співпрацювати з іншими постачальниками медичних послуг для надання мультидисциплінарних послуг, комплексної допомоги вагітним мамам і немовлятам.

Ключові слова

Ранній дитячий карієс, загальне охоплення медичним обслуговуванням, первинна медична допомога, перинатальний догляд.

Відмова від відповідальності

Інформація в цій Декларації ґрунтується на найкращих доступних наукових дослідженнях сучасності. Їх треба інтерпретувати, зв'язуючи з культурними особливостями та соціально-економічними факторами.

Список літератури

1. World Health Organisation. Alcohol. World Health Organisation. 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

2. American Cancer Society. Alcohol Use and Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html#:~:text=with%20the%20fetus.-What%20does%20the%20American%20Cancer%20Society%20recommend%3F,drink%20a%20day%20for%20women>.

3. Khairnar M.R., Wadgave U., Khairnar S.M. Effect of alcoholism on Oral health: A Review. *J. Alcohol Drug Depend.* 2017. 5(3). 1-4. https://www.researchgate.net/publication/318251538_Effect_of_Alcoholism_on_Oral_Health_A_Review

4. Kaner E.F., Beyer F.R., Muirhead C., Campbell F., Pienaar E.D., Bertholet N., Daepfen J.B., Saunders J.B., Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018 Feb 24. 2(2). CD004148. doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub4 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29476653/>

5. Saunders J.B., Degenhardt L., Reed G.M., Poznyak V. Alcohol Use Disorders in 106 ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2019 Aug. 43(8). 1617-1631. doi: 10.1111/acer.14128. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31194891.

6. International Alliance for Responsible Drinking (IARD). Drinking 110 guidelines: General population. 2022. Retrieved from <https://iard.org/science-111/resources/detail/Drinking-Guidelines-General-Population>; <https://iard.org/science-resources/detail/Drinking-Guidelines-GeneralPopulation/>

7. Collins S.E. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol 116 Outcomes. *Alcohol Res.* 2016. 38(1). 83-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872618/>

8. Plessas A. et al. Mental Health and Wellbeing in Dentistry: A Rapid Evidence Assessment. Study commissioned by the General Dental Council. 2021. Available from https://www.gdc-uk.org/docs/default-source/research/mental-health-and-well-being-in-dentistry/27973e06-eb0f-4ee2-b92f-7fee3d2baf5b.pdf?sfvrsn=511f2ef9_5 [Accessed 31 January 2023].

9. Plessas A. et al. Using the Mental Health Framework in Dental Practice. *Nature BDJ Team.* 2022. 9(10-12): <https://doi.org/10.1038/s41407-022-1678-0>.

10. World Health Organization Mental Health: Strengthening Our Response. 2022. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Accessed 31 January 2023].

11. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. Available from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [Accessed 31 January 2023].

12. Worthington H.V., Khangura S., Seal K. et al. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent posterior teeth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021. 13. 8(8). CD005620.

13. Rodriguez-Farre E., Testai E., Bruzell E., De Jong W., Schmalz G., Thomsen M., et al. The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users. *Regul. Toxicol. Pharmacol.* 2016. 79. 108-9.

14. Schwendicke F., Basso M., Markovic D., Turkun L.S., Miletić I. Long-term cost-effectiveness of glass hybrid versus composite in permanent molars. *J. Dent.* 2021. 112. 103751.

15. Vieira A.R. *The Overlooked Individual: Susceptibility to Dental Caries, Erosive Tooth Wear and Amelogenesis Monographs in Oral Science*, Vol. 30. Basel, Karger, 2022. DOI: 10.1159/isbn.978-3-318-06913-6.
16. Stefanac S.J., Nesbit S.P. *Diagnosis and Treatment Planning in Dentistry*. 3rd Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2017.
17. Carvalho T.S., Colon P., Ganss C., Huysmans M.C., Lusi A., Schlueter N., Schmalz G., Shellis R.P., Tveit A.B., Wiegand A. *Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear — diagnosis and management*. *Clin. Oral Invest.* 2015. 19. 1557-1561.
18. Okunseri C., Wong M.C., Yau D.T., McGrath C., Szabo A. *The relationship between consumption of beverages and tooth wear among adults in the United States*. *J. Public Health Dent.* 2015 Fall. 75(4). 274-81. doi: 10.1111/jphd.12096.
19. Schlueter N., Amaechi B.T., Bartlett D., Buzalaf M.A.R., Carvalho T.S., Ganss C., et al. *Terminology of Erosive Tooth Wear: Consensus Report of a Workshop Organized by the ORCA and the Cariology Research Group of the IADR*. *Caries Res.* 2020. 54(1). 2-6.
20. ISO 11609:2017 — *Dentistry — Detritrices — Requirements, test methods and marking*. 102 International Standards Organization, Geneva, Switzerland.
21. Glick M., Williams D.M., Ben Yahya I., et al. *Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All*. Geneva: FDI World Dental Federation, 2021.
22. Resolution EB148.R1. *Oral Health*. In: 148th session of the WHO Executive Board, Geneva, 18–26 January 2021. *Resolutions and decisions, and annexes*. Geneva, World Health Organization, 2021 (EB148/2021/REC/1), Resolution 69 EB146.R1: 1–5.
23. *UN Decade of Healthy Ageing*. World Health Organization, 2020. 73rd World Health Assembly. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.
24. Fukai K., Dartevelle S., Jones J., *Oral health for healthy ageing: a people-centred and function-focused approach*. *International Dental Journal*. 2022. 72. S2-4.
25. Patel J., Wallace J., Doshi M., Gadanya M., Ben Yahya I., Roseman J., Srisilapanan P. *Oral health for healthy ageing*. *Lancet Healthy Longev.* 2021. 2. e521-27.
26. Satake S., Senda K., Hong Y.J., Miura H., Endo H., Sakurai T., Kondo I., Toba K. *Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status*. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2016. 16(6). 709-15.
27. World Health Assembly, 62. *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. World Health Organization, 2009.
28. World Health Organisation; *Commercial determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>.
29. Sheiham A., Watt R.G. *The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health*. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2000 Dec. 28(6). 399-406. doi: 10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x. PMID: 11106011.
30. *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
31. *FDI Vision 2030*: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-02/Vision-2030-Delivering%20Optimal-Oral-Health-for-All_0.pdf.
32. American Academy of Pediatric Dentistry. *Perinatal and Infant Oral Health Care*. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, IL; 2021. P. 85, 262-6.
33. American Academy of Pediatrics. *Policy Statement: Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home*. *Pediatrics*. 2015. 136(3). e737-e746.
34. World Health Organization. *Oral Health and Pregnancy*. https://www.who.int/oral_health/publications/oral_health_pregnancy/en/. Published 2013. Accessed September 2021.
35. World Health Organization. *Ending childhood dental caries: WHO implementation manual*. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330643?show=full>. Published 2019. Accessed November 26, 2021.
36. *Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration*. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2019 May. 29(3). 384-386. doi: 10.1111/ipd.12490.
37. World Health Organization. *Exclusive breastfeeding for optimal growth, development, and health of infants*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/elena/titles/exclusive-breastfeeding/en/>. Accessed August 19, 2022.

Отримано/Received 04.10.2023

Рецензовано/Revised 08.11.2023

Прийнято до друку/Accepted 09.11.2023 ■

Information about authors

Iryna Skrypnyk, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
 Nataliia Zhachko, 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. Skrypnyk², N. Zhachko^{1,2}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²NGO "Ukrainian Dental Association", Kyiv, Ukraine

Main trends in the development of world dentistry for the coming years: program documents of the World Dental Congress in Australia

Abstract. The article presents the main regulatory and legal documents regulating the activities of dentists. These documents were reviewed and approved by the World Dental Parliament held as part of the World Dental Congress in Sydney, Australia from September 24 to 27, 2023. Ukrainian specialists took part in the work of the

General Assembly of the World Dental Federation and the adoption of decisions by the World Dental Parliament.

Keywords: World Dental Parliament; General Assembly of the World Dental Federation; Ukrainian Dental Association; regulatory and legal documents regulating the activity of a dentist

Українські лікарі-стоматологи у країнах Європейського Союзу

Резюме. 17 грудня 2023 року в режимі он-лайн у Парижі (Франція) відбулась I Міжнародна науково-практична конференція «Шлях омолодження українського диплома лікаря-стоматолога у Європі. Міфи та реальність», організована ГО «Європейська асоціація українських лікарів-стоматологів» за підтримки ГО «Асоціація стоматологів України» і ГО «Українська асоціація стоматологічної освіти». Особливе значення такої конференції пов'язано з вимушеним переміщенням українських лікарів-стоматологів на тлі повномасштабної війни України проти російського вторгнення. У рамках конференції був проведений аналіз покрокового алгоритму на шляху підтвердження українського диплома лікаря-стоматолога у країнах Євросоюзу і Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток; Association Européenne des Médecins Dentistes Ukrainiens (AEMDU); Європейська асоціація українських лікарів-стоматологів; ГО «Асоціація стоматологів України»; ГО «Українська асоціація стоматологічної освіти»; об'єднання українських лікарів-стоматологів на території Євросоюзу

Події останніх років суттєво вплинули на життя українців, багато лікарів виїхало за межі України. Наші колеги працевлаштовуються у країнах як Європи, так і світу. Разом з тим українські стоматологи залишаються єдиною професійною сім'єю і докладають зусиль щодо підтримки один одного у скрутні часи випробування.

За ініціативою українських лікарів-стоматологів, які працюють у європейських країнах та проходять навчання в університетах Євросоюзу та за підтримки Асоціації стоматологів України і Української асоціації стоматологічної освіти під час проведення FDI конгресу у Женеві у вересні 2022 року була обговорена потреба у започаткуванні асоціації українських лікарів-стоматологів у Європі.

На початку 2023 року була створена громадська організація «Європейська асоціація українських лікарів-стоматологів»/Association Européenne des Médecins Dentistes Ukrainiens (AEMDU) та зареєстрована як провайдер науково-практичних та навчальних заходів (БПР) (конгресів, конференцій, майстер-класів) у галузі стоматології, який відповідає всім вимогам декларування громадської асоціації у Французькій Республіці від 14 січня 2023 р. з набуттям офіційного статусу під № W751268482 від 06.02.2023 р.

Ідеєю створення асоціації було згуртування українських лікарів-стоматологів різних спеціальностей,

вимушено працюючих поза межами України, в єдину професійну спільноту. Принципова мета асоціації полягає в інформуванні та акумуляції професійного досвіду українських лікарів-стоматологів, отриманого в Україні, та винайдення шляхів його використання в країнах Європейського Союзу. Поєднання знань та практичних навичок, отриманих в українській науковій стоматологічній школі, з найсучаснішими європейськими протоколами надання стоматологічної допомоги дає певні переваги українським фахівцям, а створення спільного майданчика у вигляді науково-практичних конференцій є чудовою можливістю для обговорення та обміну набутим досвідом.

Асоціація спрямована на розвиток усіх аспектів стоматологічної галузі та її зв'язків з мистецтвом і супутніми науками для суспільного блага і прагнення до розвитку у вищезазначеній галузі серед працюючих у приватних клініках, шпиталях та університетах країн Євросоюзу. А також на організацію конгресів, конференцій і наукових заходів з освітньою метою самостійно або у співпраці з іншими асоціаціями чи науковими організаціями в тій же галузі.

Гаслом асоціації є вислів «L'EUROPE est ma maison maintenant, mais L'UKRAINE est dans mon sang», що в перекладі означає «Європа наразі є моєю домівкою, але Україна у моїй крові».

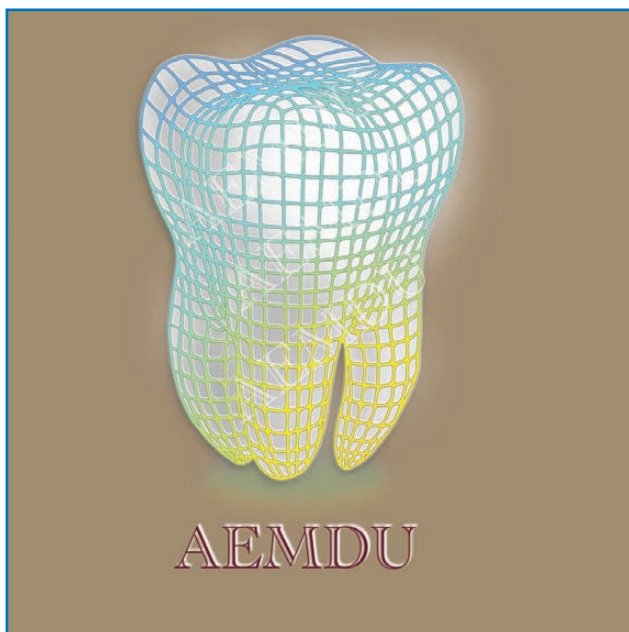
17 грудня 2023 року в Парижі (Франція) у режимі он-лайн відбулась I Міжнародна науково-практична конференція «Шлях омології українського диплома лікаря-стоматолога у Європі. Міфи та реальність», організована ГО «Європейська асоціація українських лікарів-стоматологів» за підтримки ГО «Асоціація стоматологів України» і ГО «Українська асоціація стоматологічної освіти». Науково-практична конференція проклала віртуальні «професійні мости» до України, країн Європейського Союзу та Великої Британії та зв'язала українських лікарів-стоматологів.

З вітальною промовою до учасників конференції звернулись президент Європейської асоціації українських лікарів-стоматологів/Association Européenne des Médecins Dentistes Ukrainiens (AEMDU) доцент Анжеліка Вікторівна Якимець, президент ГО «Асоціація стоматологів України», професор Ірина Петрівна Мазур та президент ГО «Українська асоціація стоматологічної освіти» професор Ярослава Аркадіївна Кульбашна.

Практична частина конференції складалась з доповідей щодо процедур омології українського диплома лікаря-стоматолога у країнах Європейського Союзу та



Проф. І.П. Мазур та доцент І.Л. Скрипник під час конгресу FDI у Женеві, вересень 2022



Логотип Європейської асоціації українських лікарів-стоматологів



Доцент А.В. Якимець та доцент І.Л. Скрипник на конгресі FDI, Женева, 2022

у Сполученому Королівстві Великої Британії та Північній Ірландії.

У рамках освітнього заходу були подані доповіді з різних країн Європейського Союзу.

Франція. Про медичну освіту у Франції, вступ до університету для українських лікарів та відмінності у спеціалізації з інтернатури за фахом «стоматологія»

розповіла у своїй доповіді к.м.н., доцент Анжеліка Вікторівна Якимець. Доповідка висвітлила особливості складання іспитів EVC (іспит з підтвердження диплома лікаря).

Люксембург. Процесу омологації диплома лікаря-стоматолога у Люксембурзі була присвячена доповідь лікаря-стоматолога Катерини Вервейко.



Гасло асоціації



Назва конференції



Доповідь лікаря-стоматолога Іни Ярош, Словаччина



Доповідь лікаря-стоматолога Анни-Марії Горопацької, Польща



Доповідь к.м.н., доцента Є.В. Гризодуба, Польща



Заклучне гасло



Професор І.П. Мазур, доцент І.Л. Скрипник та доцент А.В. Якимець

Бельгія (Льєж-Валлонія). Лікар-стоматолог Вікторія Катаєва розповіла у своїй доповіді про шлях отримання права на роботу для українського лікаря-стоматолога в одній із частин Бельгії.

Бельгія (Фландрія). У змістовній доповіді лікаря-стоматолога Максима Салати основний акцент був зроблений на перешкодах на шляху підтвердження диплома лікаря-стоматолога у Європі.

Австрія. Процедуру нострифікації диплома лікаря-стоматолога в Австрії покроково розтлумачила Ляна Боднар, лікар-стоматолог.

Словаччина. Випробування на шляху становлення українського лікаря-стоматолога у Словаччині були змістовно описані у доповіді лікаря-стоматолога Інни Ярош.

Литва. Найпростіший шлях отримання ліцензії лікаря для українського стоматолога було подано у презентації лікаря-стоматолога Сергія Бабича.

Польща. Отримання тимчасового та постійного права на роботу для лікаря-стоматолога у Польщі, а також особливості працевлаштування для українських стоматологів представила у своїй доповіді лікар-стоматолог Анна-Марія Горобацька.

Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії. Особливості та вимоги до лікаря на шляху підтвердження диплома у Великій Британії докладно описала у своєму виступі к.м.н. Марина Костянтинівна Білоус.

У науковій частині освітнього заходу були представлені доповіді вчених української наукової стоматологічної школи з набутим практичним досвідом у країнах Європейського Союзу. Наукова частина заходу містила цікаві доповіді з демонстрацією клінічних випадків. У доповіді к.м.н., доцента І.Л. Скрипник та д.м.н., професора І.П. Мазур була розглянута специфіка адаптаційно-компенсаторних змін у скронево-нижньощелепному суглобі при зубощелепних деформаціях. Європейський стандарт клінічного протоколу цефалометричного аналізу бокової проєкції був докладно описаний у виступі к.м.н., доцента А.В. Якимець.

Лікар-стоматолог Г.І. Лужковська поділилась своїми клінічними результатами із застосування комплекс-

ного підходу при реабілітації пацієнта з частковою вторинною адентією та зубощелепною патологією. Про синергізм естетичного догляду за обличчям як результат співпраці лікарів-стоматологів та косметологів розповіла у своїй презентації лікар-стоматолог, косметолог, тренер компанії MedSkin (France) Олена Ісаченко.

Про організацію й адаптацію бізнес-процесів, шляхи працевлаштування і масштабування українського медичного бізнесу в Польщі докладно доповів власник і головний лікар міжнародної мережі клінік «Місто-дент» (Польща) к.м.н., доцент Є.В. Гризодуб.

Відгуки, отримані після проведеної нами I Міжнародної науково-практичної конференції «Шлях омолодженню українського диплома лікаря-стоматолога у Європі. Міфи та реальність», надають впевненості щодо своєчасності започаткованої громадської організації та необхідності всебічної підтримки українських стоматологів, що вимушено змінили місце проживання та праці й опинились у країнах Євросоюзу. Українські спеціалісти стикнулися з потужними викликами: нові умови життя, професійної діяльності та надання стоматологічної допомоги за протоколами європейських країн. Разом із тим науково-практична конференція підтвердила бажання українських стоматологів об'єднатися у велику українську родину на європейській землі.

На завершення конференції було підбито підсумки і висловлена одностайна думка про продовження роботи, адже вступ України до ЄС вимагає зміни парадигм щодо медичної освіти, особливостей професійної організації та працевлаштування.

У своєму заключному виступі президент Європейської асоціації українських лікарів-стоматологів/ Association Européenne des Médecins Dentistes Ukrainiens (AEMDU) доцент Анжеліка Вікторівна Якимець висловила вдячність за організаційну підтримку та можливість трансляції конференції як на території країн Євросоюзу, так і на теренах України президенту ГО «Асоціація стоматологів України» професору Ірині Петрівні Мазур та президенту ГО «Українська асоціація стоматологічної освіти», професору Ярославі Аркадійові Кульбашній, а також за чудові та інформативні виступи доповідачів, усіх учасників заходу, за інтерес і підтримку конференції. «Тримаймося свого коріння! Restons fidèle à nos racines!» — під таким гаслом було завершено освітній захід.

Отже, підсумком науково-практичної конференції було створення єдиного професійного простору з можливістю вільного спілкування, висвітлення особливостей медичної освіти і професійних стандартів, обмін досвідом працевлаштування, а головне — відчуття професійного зв'язку з українською науковою стоматологічною школою.

Ми всі — українці, і тільки разом можемо змінити наше життя на краще! Любов до України не має кордонів!

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

Список літератури

1. Mazur I., Hasiuk N., Radchuk V., Stadnyk M. Аспекти безперервного професійного розвитку лікарів-стоматологів в умовах військового часу через призму самоосвіти та самовдосконалення. *Oral and General Health*. 2022. Т. 3(4). С. 61-68. <https://doi.org/10.22141/ogh.3.4.2022.141>; <https://oralhealth.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/141>

2. Kulbashna Y., Skypnyk I. The structure of master's in dentistry praxeological competence. *Continuing Professional Education: Theory and Practice*. 2020. 3(64). 1-7. DOI: 10.28925/1609-8595.2020.3.8.

3. Мазур І.П. Всесвітня федерація стоматологів у формуванні стратегії розвитку стоматології. *Современная стоматология*. 2017. № 3(87). С. 100-103.

4. Мазур І., Трубка І., Мазур П. Трансформація системи безперервної медичної освіти лікарів-стоматологів в Україні. *Українські медичні вісті*. 2023. № 1. С. 24-29. <https://doi.org/10.32782/itm-2023.1.5>.

Отримано/Received 20.12.2023

Рецензовано/Revised 21.12.2023

Прийнято до друку/Accepted 22.12.2023 ■

Information about author

Dr. Anzhelika Yakymets, DDS, MSc, PhD, Master in Medicine on Rare's Oro-Facial Diseases, Dental Faculty, University of Paris, Paris, France; e-mail: dr.ang.yakymets@gmail.com

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.

A.V. Yakymets

University of Paris, Paris, France

Ukrainian dentists in European Union

Abstract. On December 17, 2023, the First International Scientific and Practical Conference “The path to homologation of the Ukrainian diploma of a dentist in Europe. Myths and reality” was held online in Paris (France). The event was organized by the NGO “European Association of Ukrainian Dentists” and with the support of the NGO “Ukrainian Dental Association” and “Ukrainian Association of Dental Education”. The special importance of hosting such a conference is due to the forced displacement of Ukrainian dentists against the background of Ukraine’s full-scale war against the Russian invasion. As part of the conference, an analysis

was carried out of the step-by-step algorithm on the way to validate the Ukrainian diploma of a dentist in the countries of the European Union and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

Keywords: continuous professional development; Association Européenne des Médecins Dentistes Ukrainiens (AEMDU); NGO “European Association of Ukrainian Dentists”; NGO “Ukrainian Dental Association”; NGO “Ukrainian Association of Dental Education”; consolidation of Ukrainian doctors and dentists on the territory of the European Union