

**Міністерство охорони здоров'я України  
Українська медична стоматологічна академія  
Польське товариство публічного здоров'я  
Департамент охорони здоров'я  
Полтавської обласної державної адміністрації**

**ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ:  
РЕАЛІЇ, ТЕНДЕНЦІЇ ТА  
ПЕРСПЕКТИВИ**

**Колективна монографія за загальною редакцією  
проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А.**

**PUBLIC HEALTH IN UKRAINE:  
REALITIES, TRENDS AND  
PROSPECTS**

**Collective monograph general edited by  
prof. Zhdan V.M. and prof. Holovanova I.A.**

**Полтава 2020**

Затверджено до друку Вченою Радою Української медичної стоматологічної академії, протокол № 9 від 13.05.2020 р.

**Рецензенти:**

**Сміянов В. А.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Медичного інституту Сумського державного університету

**Ковтун М. І.** – доктор медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету

**Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи:** колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – 279 с.

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування.

Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування первинної та вторинної медичної допомоги, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія розрахована на науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку громадського здоров'я в Україні.

8. Msall M., Batshaw M.L., Suss R. Neurologic outcome in children with inborn errors of urea synthesis: outcome of urea-cycle enzymopathies // N. Engl. J. Med. 1984. Vol. 310. P. 1500–1505.

9. M. Machado, F. da Silva. Hyperammonemia due to urea cycle disorders: a potentially fatal condition in the intensive care setting. Published online 2014 Mar 13. doi: [10.1186/2052-0492-2-22](https://doi.org/10.1186/2052-0492-2-22).

10. Banta-Wright S.A., Steiner R.D. Not so rare: errors of metabolism during the neonatal period. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2013; 3 (4): 143–55.

11. Znamenska TK, Vorobyova OV, Antipkin YG, Kirilova LG, Yuzva OO, Kuznetsov IE, Antsupova AV, Lastivka IV, Golota T .V., Krivosheeva VV, Kremezna AV, Kaspruk OV. Modern approaches to the diagnosis and treatment of acute metabolic decompensated conditions in newborns with hereditary metabolic diseases. *Neonatology, surgery and perinatal medicine.* 2019. Т. 9, № 3 (33). p. 64-73.

### **Стоматологічний статус у дітей при патології щитоподібної залози (огляд літератури)**

Поліщук Т.В, Шешукова О.В., Труфанова В.П.

*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

**Актуальність.** Згідно даних ВООЗ патологічні стани, спричинені патологією щитоподібних залоз та як наслідок дефіциту йоду, мають третє місце у списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань. Близько 30% усіх жителів планети піддаються ризику розвитку захворювань, спричинених дефіцитом йоду. Різні форми хвороб щитоподібних залоз реєструють у близько 300 мільйонів осіб [1,2].

Висока поширеність захворювань щитоподібної залози є також актуальною проблемою для України, яка пов'язана з радіаційним впливом на щитоподібну залозу внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС на тлі дефіциту стабільного йоду. Встановлено, що частота захворювань щитоподібної залози серед дітей не зменшується, а продовжує займати провідне місце серед усіх ендокринопатій [3,4,5].

Згідно даних ендокринологічної служби України за останні роки спостерігається тенденція до збільшення поширеності захворювань ендокринної системи серед дитячого населення.

Відсоток хворих дітей лише за останні десять років зріс утричі [3,4,5], внаслідок цього відмічається зростання стоматологічної захворюваності дітей. Згідно офіційних статистичних даних МОЗ України ендокринопатологія займає 4 місце в структурі загальної захворюваності дитячого населення, в першу чергу за рахунок патології щитоподібної залози [3,6].

Так, в 2015 році в структурі всіх зареєстрованих захворювань залоз внутрішньої секреції традиційно домінувала тиреоїдна патологія: дифузний зоб I ступеня становив 38,2%, дифузний зоб II-III ступеня - 2,64%. Інші захворювання щитовидної залози (гіпотиреоз, вузловий зоб, тиреотоксикоз, тиреоїдит, післяопераційний гіпотиреоз) реєструвалися рідше [4,5].

Важливою функцією щитоподібної залози є регулювання білкового, вуглеводного та ліпідного обміну, участь у підтримці гомеостазу кальцію і фосфору в організмі, що забезпечує відповідний перебіг процесів мінералізації твердих тканин зубів, рівень карієсрезистентності емалі і активність каріозного процесу після прорізування зубів. З огляду на високі показники поширеності та захворюваності тиреопатій, вивчення стоматологічного статусу при дисфункціях щитовидної залози привертає увагу багатьох учених в Україні та поза її межами [7,8,9,10,11,12,13].

Встановлено високу поширеність основних стоматологічних захворювань, в тому числі карієсу у дітей із патологією щитовидної залози [13]. Тенденція до більш активного перебігу карієсу зубів у дітей з захворюваннями щитоподібної залози через можливі порушення мінерального обміну в порівнянні з дітьми без ендокринної патології диктує необхідність проведення ефективної профілактичної роботи стоматологами в цій групі дітей. Хвороби щитоподібної залози мають пероральні прояви, які слід враховувати до, під час та після будь-якого стоматологічного лікування. Все вищеперераховане вказує на актуальність проблеми, яку ми розглядаємо та потребує подальшого більш детального вивчення.

**Мета роботи** – проаналізувати наукові джерела з питань поширеності стоматологічної патології у дітей із хворобами щитоподібної залози щоб визначити лікувально-профілактичні заходи для проведення профілактики, які будуть попереджати розвиток уражень твердих тканин зубів у дітей.

**Основна частина.** У сучасній науковій літературі є відомості, що гормональні порушення щитоподібної залози є фактором ризику

розвитку осередкової демінералізації емалі, некаріозних уражень твердих тканин зубів, запальних процесів в тканинах пародонту, призводять до затримки розсмоктування коренів тимчасових зубів, затримки прорізування як тимчасових, так і постійних зубів, а також порушення їх послідовності, затримки росту кореня у довжину, зубо-щелепних аномалій, аномалій прикусу, кореневої резорбції, дигесценції і фенестрації альвеолярної кістки та ін. [14,15, 16,17,18,19].

У своїй роботі Новікова Н.П., 2011, навела дані, згідно яких залежно від ступеня тяжкості і тривалості перебігу гіпофункції щитовидної залози синхронно змінюються показники поширеності та тяжкості перебігу хвороб твердих тканин зубів. Рівень поширеності захворювань зубів у хворих з гіпофункцією щитовидної залози в середньому на 17,4% вище, ніж у здорових пацієнтів. У хворих з гіпофункцією щитовидної залози встановлено вибіркоче ураження карієсом і його ускладненнями жувальних зубів, що приводить у 86,9 - 98,9% до їх видалення. У хворих з гіпофункцією щитоподібної залози відбувається зниження у 3 рази показників кислотної розчинності емалі і швидкості її ремінералізації [20].

В роботі Jessica Raymond Allbritten, 2019, наведено дані, які свідчать, що при гіпотиреозі у порожнині рота відмічаються збільшення слинних залоз, макроглосія та глосит, дисгевзія (спотворення смаку), затримка прорізування зубів, гіпоплазія емалі в тимчасовому та постійному прикусі, фронтальний відкритий прикус, пародонтит. А при гіпертиреозі автор відмічає підвищений ризик карієсу та пародонтозу, остеопороз верхньої та нижньої щелепи, прискорену зміну зубів, системний червоний вовчак, збільшення підшлункової залози, синдром палаючого рота, синдром Шегрена [21].

Науковець Charan Kamal Kaur Dharmani, 2017, також у своїй науковій праці відзначає у дітей із патологією щитоподібної залози погану гігієну ротової порожнини та підвищену поширеність карієсу та захворювань тканин пародонту [22].

Значну роботу із вивчення поширеності та інтенсивності ураження твердих тканин зуба та тканин пародонта в дітей із дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) провели Кузняк Н.Б., Годованець О.І., 2013 [14]. Автори зазначили, що каріозні ураження зареєстрували у 88,9% випадків серед дітей із ДНЗ, поширеність карієсу склала 80%, що інтерпретується як висока та масова,

інтенсивність карієсу зубів була високою та коливалася в межах 3,1–4,2 ураженого зуба на одного обстеженого і корелювала із ступенем тяжкості захворювання. Відмічалася значна поширеність ускладнених форм карієсу постійних зубів, що сягала 71% дітей. Також було встановлено високий рівень кровоточивості, а результати визначення гігієнічних індексів показали незадовільний рівень догляду за порожниною рота в усіх дітей.

За даними вітчизняної та іноземної наукової літератури простежується вплив на структуру зубів патології щитоподібної залози, гормони якої впливають на диференціювання мезенхіми зачатків зуба (дентиногенез) і епітелію (амелогенез) [12,23,24,25]. Становлення функції щитоподібної залози відбувається раніше за інші в ембріогенезі людини та збігається з періодом формування зачатків тимчасових зубів: на 10-му тижні утворюються амелобласти; на 12-му - утворюються одонтобласти; на 16-му - починається період дентино- та амелогенезу; на 17-му тижні розпочинається розвиток постійних зубів.

При гіпофункції щитоподібної залози у матері в другій половині вагітності спостерігається затримка прорізування зубів у дитини; аномалії розвитку емалі, виникає системна гіпоплазія – недостатнє утворення елементів тканини зубів. Вроджена гіпофункція щитоподібної залози у дитини може бути також наслідком нестачі йоду у матері та утворення антитіл до тиреоїдних рецепторів у плода.

Підтверджено вплив тиреоїдних гормонів при дисфункціях щитоподібної залози у дітей на обмінні процеси, що є фактом ризику виникнення різноманітних некаріозних уражень твердих тканин зуба. Найбільше відома клінічна аномалія структури емалі – системна гіпоплазія, яку відмічають при окремих формах гіпофункції щитоподібної залози (мікседема, кретинізм, ендемічний зоб). Різна етіологія гіпотиреозу (знижена функція щитоподібної залози в одних випадках і йодна недостатність - у інших) на емалі проявляється поперечними борознами, хвилястістю, штрихами, ямками, білими та жовтими плямами [22,24,25].

Оцінка локалізації гіпоплазії на різних рівнях коронок зубів, дозволяє досить точно визначити на якому етапі розвитку зубів дія патогенетичного фактору було найбільш значною, дозволяє визначити ступінь тяжкості та форму гіпоплазії. Зазвичай такі зуби називають «рифлені», «решітчасті», «потворні» [22,24,25].

Venkatesh Babu NS, Purna V. Patel, 2016, відмічають дефекти емалі у пацієнтів із дисфункція щитовидної залози. Ці дефекти емалі можуть бути різними - від невеликих білих плям до дифузних або обмеженої непрозорості. На наявність дефектів емалі впливає зміна рівня гормонів щитоподібної залози під час мінералізації зуби. Дефекти емалі спостерігалися як в тимчасових, так і в постійних зубах. Крім підвищеної сприйнятливості до карієсу твердих тканин зубів та ознак запалення тканин пародонту у цих дітей теж були найбільш поширеними інші прояви у порожнині рота, такі як макроглюсія (46%), відкритий прикус (23%) і зміна строків прорізування зубів у більшості випадках - затримка (33%) [9].

Цій темі присвячені також праці Павлова Т.В. та співавторів (2012). Згідно даних авторів у хворих з гіпотиреозом відзначається підвищення індексу ОНІ-S та індексу гігієни. При гіпотиреозі змінюється функція слинних залоз - слина стає більш в'язкою, внаслідок цього порушується самоочищення ротової порожнини і, відповідно, індекс гігієни збільшується. Це доводить взаємозв'язок між наявністю захворювання та збільшенням кількості зубних нашарувань [23].

За дослідженнями Артеменко Т.В., Сахарук Н.А., 2014, у пацієнтів з ендокринною патологією (гіпотиреозом) зареєстровані достовірно вищі показники, що характеризують стан тканин пародонту (індекси GІ і КПІ) та інтенсивності карієсу (індекс КПУ), більш низькі показники рівня гігієни порожнини рота (індекс ОНІ-S). Виявлено взаємозв'язок між ступенем тяжкості ендокринного захворювання і стоматологічним статусом. При порівнянні тяжкості ендокринної патології з індексом КПУ встановлено високий ступінь кореляції, з індексом ОНІ-S, GІ і КПІ - помірний ступінь кореляції [26].

У своїй роботі Ковач І.В. та Воляк Л.М., 2012, відмічають у 50% хворих на ендемічний зоб декомпенсовану форму карієсу, 31% хворих дітей виявлені ознаки системної та вогнищевої гіпоплазії зубів, а 23% – карієс та гіпоплазія одночасно. Із всього загалу системна гіпоплазія емалі спостерігалась у 93% хворих, що свідчить про глибокі обмінні порушення при епідемічному зобі. Проаналізувавши отримані дані автори стверджують, що серед клінічних форм системної гіпоплазії емалі зубів у дітей, що хворіють на ендемічний зоб, встановлена плямиста або крейдоподібно-крапчаста форми у 43% хворих, у 24% дітей – борозенчаста та

штрихова і лише у 8% - найтяжче ураження твердих тканин у вигляді деструктивної форми. За результатами денситометрії виявлено 25% випадків остеопенії, які супроводжувались грубими симптомами щелепно-лицевих деформацій [24,23].

За дослідженнями Колесник К.О., 2012, 2014, при захворюваннях щитовидної залози визначається висока частота зубощелепних аномалій та деформацій із дифузним зобом 1-3 ступеня, аутоімунним тиреоїдитом, вродженим гіпотиреозом. При цьому найбільш виражені порушення в зубо-щелепній системі виявляються у дітей з вродженим гіпотиреозом у всіх вікових групах ( у віці 6-7 літ – 90,6%, у віці 12 літ-93,5%, у віці 15 літ - 90,33%) [28,29].

Згідно даних Колесник К.О., 2013, 2014, у дітей з аутоімунним тиреоїдитом, вродженим гіпотиреозом і дифузним нетоксичним зобом реєструвався низький рівень гігієнічного стану ротової порожнини, а також виражений ступінь і інтенсивність запалення в тканинах пародонту, а також у дітей з дифузним нетоксичним зобом відзначали найбільш високі значення індексу кровоточивості. На підставі біохімічних досліджень визначено, що у дітей з зубощелепними аномаліями і дифузним нетоксичним зобом спостерігається посилення метаболічної активності остеокластів і кісткової резорбції на тлі пригнічення функції остеобластів і кісткового формування, а також зниження локального і системного рівня адаптаційно-компенсаторних реакцій. Також встановлено, що ортодонтичне переміщення зубів на тлі експериментального зоба провокує різке збільшення процесів резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка, демінералізації твердих тканин зуба. [29,30].

### **Висновок.**

В статті наведено аналіз даних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, які висвітлюють актуальність проблеми зв'язку захворювань щитоподібної залози з формуванням захворювань твердих та м'яких тканин порожнини рота у дітей. На підставі вивчених даних спеціалізованої літератури досліджено залежність між ураженням слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту та захворюваннями щитоподібних залоз у дітей.

Проведений аналіз літературних даних дає можливість визначити, що при різних видах зобу виникає вогнищева та системна гіпоплазія в тимчасовому та постійному прикусах, макроглюсія та



глосит, дисгевзія, збільшення слинних залоз, зміна строків прорізування зубів, зубощелепні аномалії та деформації. У дітей також визначаються вищі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і його ускладнень, більший відсоток ураження тканин пародонту, що вказує на необхідність подальшого детального вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Актуальними є подальші поглиблені дослідження для розробки діагностичних алгоритмів і стратегії комплексного лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із захворюваннями щитоподібної залози. Тому співпраця стоматолога і ендокринолога є важливою складовою оптимального та безпечного лікування стоматологічних захворювань на фоні тиреопатій.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота є фрагментом ініціативної пошукової науково-дослідної роботи кафедри педіатрії № 2 спільно з кафедрою дитячої стоматології Української медичної стоматологічної академії «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізація діагностики та лікування» 0117U004683.

#### **Використана література**

1. Zimmermann MB, Andersson M Prevalence of iodine deficiency in Europe in 2010. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2011. Vol.72. P. 164.
2. Rose NR, Bonita R, Burek CL Iodine: an environmental trigger of thyroiditis *Autoimmunity Reviews*. 2002. Vol.1(№ 1-2). P. 97–103.
3. Зелінська Н.Б., Осташко С.І., Руденко Н.Г. Стан надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2010 році. *Международный эндокринологический журнал*. 2011. №3(35). С. 19-25.
4. Зелінська Н.Б., Руденко Н.Г. Стан надання медичної допомоги дітям з ендокринною патологією в Україні у 2014 році. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2015. № 2. С. 5–13.
5. Зелінська Н.Б., Ларін О.С. Патологія щитоподібної залози у дитячого населення України. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2016. № 3(55). С. 76-81.
6. Кравченко В.І., Постол С.В. Динаміка захворюваності на патологію щитоподібної залози в Україні. *Международный эндокринологический журнал*. 2011. № 3(35). С. 26-32.

7. Desai M.P. Thyroid function in children. *J Assoc Physicians India*. 2011. Vol 59. P. 35-42.
8. Carlos Fabue L., Jiménez Soriano Y., Sarrión Pérez M.G. Dental management of patients with endocrine disorders. *J. Clin. Exp. Dent*. 2010. Vol. 2(4). P. 196-203.
9. Venkatesh Babu N.S., Purna B. Patel Oral health status of children suffering from thyroid disorders. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2016. Vol. 34(2). P. 139-144.
10. Sonal B. Dudhia, Bhavin B. Dudhia. Undetected hypothyroidism: A rare dental diagnosis. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014 May-Aug. Vol. 18(2). P. 315–319.
11. Nagendra J., Srinivasa J. Dental treatment alteration in thyroid disease. *Pak Oral Dent J*. 2011. Vol. 31. P.23–26.
12. Shalu Chandna and Manish Bathla Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011 Jul. Vol.15(Suppl2). P. 113–116.
13. Sulafa k. El-Samarrai, Yamama A. Al-Rubbaey Oral health status and dental treatment needs in relation to salivary constituents and parameters among a group of patients with thyroid dysfunction. *J Bagh Coll Dentistry*. 2010. Vol. 22(1). P. 105-108.
14. Кузняк Н.Б., Годованець О.І., Гаврилюк З.М. Стан тканин пародонту та твердих тканин зуба в дітей із патологією щитоподібної залози. Профілактична та дитяча стоматологія. 2013. №2 (9). С. 30-32.
15. Monea A., Elod N., Sitaru A., Stoica A., Monea M. Can thyroid dysfunction induce periodontal disease? *Eur Sci J*. 2014. Vol. 10. P. 74-83.
16. Chandna S., Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011. Vol.15(2). P. 113-116.
17. Vitalle M.S., Weiler R.M., Niskier S.R., Braga A.J. Delayed tooth eruption in adolescents with hypothyroidism. *Rev Paul Pediatr*. 2012. Vol. 30. P. 613-616.
18. Камиева З.Р., Камиева Н.А., Коробкина Т.В. Состояние зубочелюстной системы и особенности оказания стоматологической помощи детям с патологией щитовидной железы. *Вестник КазНМУ*. 2014. № 5. С. 220-224.
19. Оганян А.В. Клинико-морфологические изменения зубочелюстной системы при гипотиреозе [автореферат]. Ставрополь: ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития». 2010. 22 с.

20. Новикова Н.П. Результаты санации полости рта у больных с гипофункцией щитовидной железы при применении препаратов кальция и холекальциферола [автореферат]. Москва: ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет». 2011. 25 с.
21. Jessica Raymond Allbritten How dental hygienists can help patients with thyroid disease. RDH: Pathology, public health. Jan 1st, 2019. Vol. [39 \(1\)](https://www.rdhmag.com/pathology/16408931/how-dental-hygienists-can-help-patients-with-thyroid-disease). Web. 8 March 2020. URL: <https://www.rdhmag.com/pathology/16408931/how-dental-hygienists-can-help-patients-with-thyroid-disease>.
22. Charan Kamal Kaur Dharmani Management of children with special health care needs (SHCN). Journal of Medical Society. January 2017. Vol. 32(1). P. 1-6 .
23. Павлова Т.В., Пешкова Э.К., Колесников Д.А. Клинические наблюдения и анализ стоматологического статуса пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Фундаментальные исследования. 2012. № 4 (1). С. 97-100.
24. Ковач І.В., Воляк Л.М. Патогенез системної гіоплазії емалі зубів у хворих на ендемічний зоб. Медичні перспективи. 2012. № XVII (2). С. 74-77.
25. Subramanium P., Jagannathan N. Oral Manifestations of Hypothyroidism. International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research. 2014. Vol. 6(4). P. 281-283.
26. Артеменко Т.В., Сахарук Н.А. Анализ стоматологического здоровья у пациентов с эндокринной патологией (гипотиреоз). Вестник ВГМУ. 2014. № 13 (2). С. 124-8.
27. Ковач І.В., Воляк Л.М. Характеристика стоматологічних захворювань у дітей, що хворіють на ендемічний зоб. Медичні перспективи. 2012. № XVII (1). С. 118-121.
28. Колесник К.А. Частота зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями щитовидной железы. Таврический медико-биологический вестник. 2012. № 15 (60). С. 184-186.
29. Колесник К.А. Патогенетические подходы к комплексному лечению зубочелюстных аномалий у детей с диффузным нетоксическим зобом [автореферат]. Симферополь; Крымский медицинский университет им. С. И. Георгиевского. 2014. 43 с.
30. Колесник К.А. Состояние гигиены полости рта и тканей пародонта у детей с заболеваниями щитовидной железы. Вісник стоматології. 2013. № 1. С. 125-129.

overweight and obesity in children and adolescents.....	82
<b>Розділ II. Оцінка якості медичної допомоги.</b>	
<b>Впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги .....</b>	<b>97</b>
<b>Артьомова Н.С., Ковальова О.М., Калюжка О.О.</b>	
Комунікаційні протоколи – якість та безпека життя новонароджених в ранньому неонатальному періоді .....	97
<b>Бласов О.О.</b> Супровід новонароджених з природженими вадами розвитку у Дніпропетровській області України.....	104
<b>Розділ III. Виклики та перспективи реформування первинної та вторинної медичної допомоги.....</b>	<b>113</b>
<b>Глушко О.О., Кривуля Ю.М., Лисенко В.В., Марченко О.О., Тригуб І.М., Гавловський О. Д.</b> Про основні аспекти медичного забезпечення учасників антитерористичної операції із числа працівників правоохоронних органів Полтавської області.....	113
<b>Коломоєць А. В., Михальчук В.М., Толстанов О.К.</b> Модель механізму логістики як метод управління медичним закладом.....	121
<b>Кравченко Н.В.</b> Стан ресурсного забезпечення медичної допомоги на районному рівні.....	130
<b>Стовбан М.П., Толстанов О.К., Васильєв А.Г.</b> Основні зміни в роботі закладів охорони здоров'я у зв'язку з утворенням госпітальних округів.....	136
<b>Чопчик В.Д., Канюра О.А., Орлова Н.М.</b> Концептуальна модель університетської стоматологічної клініки на принципах державно-приватного партнерства.....	147
<b>Шевченко Ю. Й.</b> Впровадження інформаційної системи на рівні комунального підприємства в сфері охорони здоров'я..	156
<b>Розділ IV. Актуальні питання медичного права України.....</b>	<b>162</b>
<b>Ждан В. М., Гавловський О.Д.</b> Правові аспекти медичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій на Сході України.....	162
<b>Муляр Г.В.</b> Конституційні основи забезпечення права людини на здоров'я: порівняльно-правовий аспект.....	170
<b>Терзі О. О., Гладчук І. З., Ляхова Н.О., Плужнікова Т. В.</b> Актуальні питання правового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я України в умовах пандемії коронавірусної інфекції (covid-19) .....	184

<b><i>Розділ V. Питання безперервної освіти лікарів: види освіти, методичні аспекти, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації.....</i></b>	<b>192</b>
<b><i>Гринзовський А.М., Черненко Л.М., Гринзовська В.О.</i></b>	
Підготовка фахівців з лабораторної гігієнічної діагностики в умовах перебудови системи громадського здоров'я України..	192
<b><i>Мунтян Т. В.</i></b> Питання безперервної освіти лікарів: види освіти, методичні аспекти, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації.....	199
<b><i>Розділ VI. Сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні. Розвиток доказової медицини в Україні.....</i></b>	<b>206</b>
<b><i>Воробйова О.В., Голота Т.В., Кремезна А.В.</i></b> Тактика ведення новонароджених в період метаболічної декомпенсації при спадкових хворобах обміну речовин.....	206
<b><i>Голованова І.А., Оксак Г.А., Хорош М.В., Товстяк М.М.</i></b> Визначення факторів ризику, пов'язаних з виникненням ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування.....	214
<b><i>Знаменська Т.К., Воробйова О.В., Кривошеєва В.В.</i></b> Вплив транзиторної гіперамоніємії на стан здоров'я новонароджених (огляд літератури).....	223
<b><i>Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Труфанова В.П.</i></b> Стоматологічний статус у дітей при патології щитоподібної залози (огляд літератури).....	228
<b><i>Похилько В. І., Козакевич В. К., Козакевич О. Б.</i></b> Оцінка ризику значної затримки фізичного розвитку вкрай недоношених дітей в ранньому віці.....	237
<b><i>Похилько В.І., Чернявська Ю.І., Цвіренко С.М.</i></b> Застосування сучасних статистичних методів з метою предикції артеріальної гіпотензії у передчасно народжених дітей з раннім неонатальним сепсисом.....	244
<b><i>Склярєва В., Кишакевич І, Чайківський Р.</i></b> Епідеміологія хронічного ендометриту у жінок.....	251
<b><i>Скубченко Є. Є. Рева В.С.</i></b> Первинна та вторинна профілактика ішемічної хвороби серця.....	257
<b><i>Харченко Н.В.</i></b> Доказова медицина – використання результатів кращих клінічних досліджень.....	263
<b><i>Відомості про авторів.....</i></b>	<b>270</b>