



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вищий державний навчальний заклад України
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

95
РОКІВ
ВДНЗУ «УМСА»

УДОСКОНАЛЕННЯ **ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ** **У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ



Полтава – 2016

УДК 378.001.1

Друкується за рішенням
вченої ради ВДНЗУ «УМСА»
від 24 червня 2015 р., протокол № 9

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій та Реєстру медичних виставок на 2016 рік (лист Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи від 04.02.2016 р. № 30)

Редакційна колегія:

- | | |
|-----------------------------|---|
| проф. Ждан В.М. | – ректор академії, головний редактор |
| проф. Бобирьов В.М. | – перший проректор з науково-педагогічної роботи, відповідальний редактор |
| проф. Білаш С.М. | – начальник відділу з науково-педагогічної роботи та організації навчально-наукового процесу |
| доц. Лещенко Т.О. | – зав. кафедри українознавства та гуманітарної підготовки |
| доц. Бєляєва О.М. | – зав. кафедри іноземних мов з латинською мовою та медичною термінологією |
| доц. Карпенко О.О. | – доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань |
| доц. Панькевич А.І. | – доцент кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології |
| доц. Саргош О.Д. | – доцент кафедри гігієни, екології та охорони праці в галузі |
| доц. Свінцицька Н.Л. | – доцент кафедри анатомії людини |
| доц. Чорна І.О. | – доцент кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими |
| доц. Ярмола Т.І. | – доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами |
| Нетудихата О.М. | – зав. навчально-методичного кабінету |

льно перевести всі маніпуляції в ігрову форму.

Аби забезпечити якісне лікування і встановити психологічний контакт із дитиною, лікарю-стоматологу необхідно враховувати низку факторів:

- вік дитини;
- стадію інтелектуального розвитку дитини;
- тип емоційного розвитку дитини;
- темперамент дитини;
- тип поведінки дитини під час стоматологічного прийому;
- тип батьківського ставлення.

Отже, лікар-стоматолог дитячий має володіти особистісними якостями, головними з яких є морально-етичні та комунікативні. Наявність цих якостей допоможе знайти спільну мову з маленькими пацієнтами та їхніми батьками, спрогнозувати реакцію дитини перед стоматологічним втручанням і підібрати індивідуальний підхід до кожної дитини.

Список використаної літератури

1. Банних С.В. Биозитические аспекты становления личности врача в системе высшего медицинского образования / С.В. Банних, А.Я. Евтушенко // *Фундаментальные исследования*. – 2006. – № 6. – С. 64-64.
2. Ткаченко П.І. Стоматологічний статус і стан вегетативної нервової системи в дітей перед хірургічним стоматологічним втручанням / П.І. Ткаченко, Н.І. Задоя // *Український стоматологічний альманах*. – 2003. – № 6. – С. 35-39.
3. Філоненко М.М. Психологія спілкування: підручник / М.М. Філоненко. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 224 с.
4. Шешукова О.В. Клінічне мислення у викладанні дитячої стоматології на післядипломному етапі освіти / О.В. Шешукова // *Світ біології та медицини*. – 2015. – № 3. – С. 198-202.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ БАЗИ ДАНИХ ІЗ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Шинкевич В.І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У статті наведено приклади з бази даних доказової медицини в стоматології і пародонтології зокрема. Відображено еволюцію клінічних поглядів у цьому підрозділі на основі накопичених результатів досліджень. Показано, що важливим завданням викладача є навчити майбутнього лікаря користуватися базою даних із доказової медицини.

Ключові слова: доказова медицина, професійне вдосконалення.

«Evidence-Based Dentistry-BDJ» – додаток до журналу «British Dental Journal» зустрічає на своєму сайті [<http://www.nature.com/ebd/index.html>] привітанням: «Долаючи розрив між науковими дослідженнями і стоматологічною практикою, Evidence-Based Dentistry забезпечує єдине джерело новаторських питань у стоматології. Ми відфільтрували кращий асортимент доказів з широкого діапазону джерел і наводимо їх ясно, всебічно і в легко засвоєних резюме».

До баз даних подібної інформації з доказової медицини, зокрема в стоматології, належать такі журнали: «Wiley Online Library», «Home – PubMed – NCBI» (систематичні огляди і метааналізи); «Home – PMC – NCBI (повнотекстові статті)»; «Embase», «Cochrane Library» (www.thecochranelibrary.com), the World Health Organization (<http://www.who.int/trialsearch>) and Clinical Trials.gov (<http://www.ClinicalTrials.gov>) та ін., які публікують структуровані тези, узагальнюючі найбільш якісні й корисні в клініці останні наукові дослідження. Постійно оновлювані метааналізи дозволяють істотно скоротити час між науковим відкриттям і широким впровадженням його результатів у практику охорони здоров'я. І практичному лікареві не рекомендується звертатися до джерел первинної наукової інформації – спеціалізованих журналів, оскільки на засвоєння матеріалу буде витрачено занадто багато часу [1].

Наступним прикладом підбору даних щодо лікування хронічного пародонтиту за ключовими словами «periodontitis therapy» в базі «Evidence-Based Dentistry-BDJ» за останні 15 років показано метааналізи актуальних наукових досліджень щодо методів і додаткових засобів у лікуванні хронічного пародонтиту та рівні їх доказовості переважно простою мовою. Клінічний досвід свідчить, що механічна нехірургічна терапія при пародонтиті – це найкращий варіант лікування серед доступних. Та необхідно продовжувати використовувати висновки клінічних досліджень разом із найкращими клінічними оцінками (з усіма притаманними упередженнями) про те, коли, де і в кого потрібна механічна терапія [7].

Близько 10 років тому увагу при лікуванні хронічного пародонтиту приділяли місцевій антибактеріальній терапії. Аналіз ефективності та безпеки періодичного використання мазі та гелю 25% міноцикліну, які повільно його вивільняють, як доповнення до зняття під'ясенних відкладень при нехірургічному лікуванні хронічного пародонтиту дорослих протягом тривалого періоду, показав статистично достовірне покращення (протягом 15 місяців) пародонтального клінічного статусу та значне зменшення пародонтопатогенів при застосуванні обох форм препарату [14].

У 9-місячних багатоцентрових контрольованих дослідженнях узяли участь 748 пацієнтів із середнім і тяжким пародонтитом, яких було рандомізовано на 3 паралельні групи: (1) контрольна група (тільки скейлінг), (2) скейлінг плюс додаткові пристрої та (3) скейлінг плюс мікросфери міноцикліну. Перевіряли гіпотезу, що в пацієнтів із тяжкими формами пародонтиту (глибина пародонтальних кишень 5 мм і більше) скейлінг у сполученні з міноцикліном матиме вищу терапевтичну ефективність, ніж тільки скейлінг. Висновок за отриманими результатами статистично підтвердив покращення за використання міноциклінових сфер (чи гранул), але подальші дослідження необхідні, щоб переконливо довести ці результати [6].

15 років тому шляхом метааналізу була з'ясована неефективність системного та місцевого додаткового застосування метронідазолу в лікуванні хронічного пародонтиту по зменшенню глибини пародонтальних кишень [13].

Пізніше вивчали доксициклін, тетрациклін і хлоргексидин. При з'ясуванні питання, чи в пацієнтів із діабетом 1-го типу нехірургічне лікування пародонта з додатковим застосуванням доксицикліну більш ефективне, ніж просто нехірургічне, було зроблено такий висновок: незважаючи на те, що обидві схеми лікування пародонтиту ефективні при 1 типі діабету, додаткове використання доксицикліну може мати більш визначні результати за умов надійного контролю зубної бляшки. Простою мовою: при пародонтиті в пацієнтів із 1-м типом діабету додаткове застосування доксицикліну до скейлінгу й обробки коренів має обмежену додаткову клінічну перевагу [3].

Щодо місцевого застосування тетрацикліну результати метааналізу показали статистично достовірне, але клінічно неістотне поліпшення при застосуванні тетрацикліну місцево, додатково до стандартних скейлінгу з обробкою коренів [4].

Щодо хлоргексидину, то є ряд доказів, що полоскання хлоргексидином додатково до звичайної терапії пародонта посилюють позитивний ефект у ділянках тяжчого ураження. Ці дані можна взяти до відома, однак традиційне лікування пародонта має відповідати стандартам, а віддалені впливи хлоргексидину залишаються невизначеними [11].

Приблизно в цей же час беззаперечно визнано переваги додаткового системного використання антибіотиків у лікуванні пародонтиту порівняно із тільки скейлінгом і обробкою коренів [15], а також і певні схеми системних антимікробних засобів при агресивних формах пародонтиту [10].

Серед фізіотерапії в доказовій базі згадується лише ербієвий лазер, однак ці дані в клініці рекомендовано застосовувати з обережністю. Подальші рандомізовані тривалі дослідження необхідні для оцінки ербієвого лазера як альтернативи стандартного скейлінгу й обробки коренів [12].

Що ж до сучасних методик хірургічного втручання, то лазерне витинання епітелію пародонтальної кишені не є альтернативою ретельного очищення і детоксикації коренів, у цьому плані відкритий юретаж має більше переваг [2].

Щодо нещодавнього передового методу – фотодинамічної терапії, який упроваджували у всіх галузях стоматології (пародонтологія, ендодонтія, карієсологія, профілактика), накопичена доказова база недостатньо доводить, що цей захід у ролі самостійного лікування або як доповнення до стандартного скейлінгу й обробки коренів перевершує результати монопідходу «скейлінг плюс обробка коренів» [5].

Також слабкі клінічні докази накопичені для беззаперечної заяви про переваги підтримувальної пародонтальної терапії в запобіганні конкретній втраті зубів, що з'ясовано при пошуку відповіді на запитання «який ефект мають місцеві і системні фактори ризику на втрату зубів під час довгострокового пародонтального підтримання» [9].

І, нарешті, ніні точно відомо, що тільки зняття зубних відкладень недостатнє для того, щоб підтримувати тканини пародонта здоровими [8].

Отже, доказова медицина в стоматології є важливим і необхідним доповненням до академічних знань, отриманих із підручників, і провідним методичним моментом у освіті та самоосвіті лікарів-інтернів, практичних лікарів і викладачів кафедр післядипломної освіти. Навчити майбутнього лікаря користуватися базою даних із доказової медицини - важливе завдання для удосконалення якості підготовки лікарів-інтернів.

Список використаної літератури

1. Доказова медицина у розвитку вищої медичної освіти: матеріали навч.-метод. конф. «Європейський вибір – невід'ємна складова розвитку вищої медичної освіти України» / [Скрипник П.М., Шинкевич В.І., Труфанова В.П., Поліщук Т.В.]. - Полтава, 2013.-С.191-193.
2. Dederich D.N. Little evidence for the use of diode lasers as an adjunct to non-surgical periodontal therapy [електронний ресурс] / D.N. Dederich // Evidence-Based Dentistry.-2015.-Vol.16, N16; doi:10.1038/sj.ebd.6401078.
3. Eickholz P. Systemic doxycycline and nonsurgical periodontal treatment in diabetic patients [електронний ресурс] / P. Eickholz // Evidence-Based Dentistry.-2007.-Vol. 8.-N 14; doi:10.1038/sj.ebd.6400466.
4. Gilbert A. Local tetracycline is an effective adjunct in the treatment of chronic periodontitis [електронний ресурс] / A. Gilbert // Evidence-Based Dentistry.-2004.-Vol.5. N67; doi:10.1038/sj.ebd.6400275.
5. Herrera D. Insufficient evidence for photodynamic therapy use in periodontitis [електронний ресурс] / D. Herrera // Evidence-Based Dentistry.-2011.-Vol. 12, N 46; doi:10.1038/sj.ebd.6400791.
6. Laurrell L. Repeated placement of minocycline microspheres gives small additional probing depth reductions in periodontal therapy [електронний ресурс] / L. Laurrell // Evidence-Based Dentistry.-2003.-Vol. 4, N 5; doi:10.1038/sj.ebd.6400161.
7. Matthews D. Conclusive support for mechanical nonsurgical pocket therapy in the treatment of periodontal disease [електронний ресурс] / D. Matthews // Evidence-Based Dentistry.-2005.-Vol. 6, N 68–69; doi:10.1038/sj.ebd.6400338
8. Matthews D. Professional mechanical plaque removal alone may not be enough to maintain gingival health [електронний ресурс] / D. Matthews // Evidence-Based Dentistry.-2015.-Vol.16, N 74-75; doi:10.1038/sj.ebd.6401112.
9. Matthews D. Weak evidence to support benefit of periodontal maintenance therapy in prevention of tooth loss [електронний ресурс] / Debora Matthews // Evidence-Based Dentistry.-2010.-Vol.11, N 75–76; doi:10.1038/sj.ebd.6400735
10. Matthews D. Adjunctive antibiotics in the treatment of generalized aggressive periodontitis [електронний ресурс] / D. Matthews // Evidence-Based Dentistry.-2006.-Vol. 7, N 67; doi:10.1038/sj.ebd.640004.
11. McCracken G. Chlorhexidine varnish may be useful adjunct to routine periodontal therapy? [електронний ресурс] / G. McCracken // Evidence-Based Dentistry. - 2008.-Vol. 9, N 76; doi:10.1038/sj.ebd.6400595.
12. Niederman R. Are lasers as effective as scaling for chronic periodontitis? [електронний ресурс] / R. Niederman // Evidence-Based Dentistry. - 2011.-Vol.12, N80-81; doi:10.1038/sj.ebd.6400811.
13. Niederman R. Local or systemic metronidazole with scaling and root planing does not increase clinical attachment level [електронний ресурс] / R. Niederman // Evidence-Based Dentistry.-2000.-Vol. 2, N 9; doi:10.1038/sj.ebd.6400005.
14. Niederman R. Minocycline gel gives adjunctive improvement to scale and polish [електронний ресурс] / R. Niederman // Evidence-Based Dentistry.-2000.-Vol. 2, N 65; doi:10.1038/sj.ebd.6400048.
15. Niederman R. Systemic antimicrobials offer an additional benefit over scaling and root planing alone in the treatment of periodontitis [електронний ресурс] / R.Niederman // Evidence-Based Dentistry.-2003.-Vol. 4, N 62; doi:10.1038/sj.ebd.6400197.