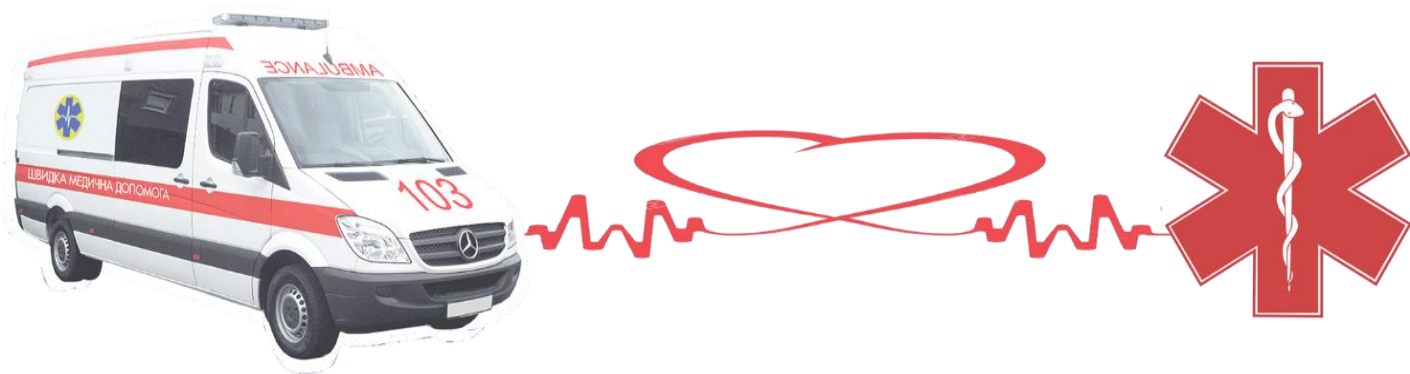


**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**V Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
28 лютого 2025 року**



ПОЛТАВА

2025

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Лавренко Д. О.**

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 28 лютого 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2025. – 189 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

7. Gralnek, I. M., et al. (2008). Diagnosis and management of small bowel bleeding. American Journal of Gastroenterology, 103(3), 574-580.
8. Laine, L., et al. (2011). ACG clinical guideline: management of patients with ulcer bleeding. American Journal of Gastroenterology, 106(5), 899-910.
9. Hsu, C. M., et al. (2009). Angiodysplasia as a cause of gastrointestinal bleeding in the elderly. World Journal of Gastroenterology, 15(10), 1238-1242.
10. Yoon, W., et al. (2006). Acute massive gastrointestinal bleeding: detection and localization with arterial phase multi-detector row helical CT. Radiology, 239(1), 160-167.
11. Zaman, A., et al. (1999). Intraoperative enteroscopy: a useful tool in the management of obscure gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal Endoscopy, 50(5), 656-660.

СИСТЕМНІ ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС: АСПЕКТИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Гаджула Н.Г., Швець Л.В., Повшенюк А.В.

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

Вступ. Ревматологічні захворювання, зокрема ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, хвороба Бехчета та інші системні ураження сполучної тканини, безпосередньо впливають на стан зубощелепної системи [1]. Особливості імунного статусу таких хворих, порушення мікроциркуляції, хронічний запальний процес та медикаментозна терапія негативно впливають на стоматологічне здоров'я, спричиняючи ураження тканин пародонта, слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Це значно погіршує якість життя, підвищує ризик ускладнень і часто потребує невідкладної стоматологічної допомоги.

Мета роботи: проаналізувати літературні дані щодо стоматологічного статусу пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини та

особливостей надання невідкладної стоматологічної допомоги таким хворим для мінімізації ускладнень.

Основна частина. За результатами стоматологічного обстеження пацієнтів із ревматологічними хворобами, патологія пародонту мала найвищі показники поширеності – 83,6%, порівняно з іншими загально-соматичними захворюваннями [2]. Так, серед хворих на ревматоїдний артрит (РА), частота пародонтиту у 2-4 рази вища, ніж у загальній популяції, з більш агресивним перебігом обох захворювань [3]. У пацієнтів із РА поширеність запальних і запально-дистрофічних хвороб пародонта становить 65%, тоді як у соматично здорових осіб цей показник складає 28% [4].

У клінічному дослідженні О.В. Синяченко та співавт. [3] хронічний генералізований пародонтит діагностували у 46% хворих на РА. В іншому дослідженні, проведеному М. Gosset et al. [5], встановлено, що серед 453 пацієнтів із РА 41,6% мали високий ризик розвитку пародонтиту, тоді як у загальній національній вибірці дорослих цей показник становив 19,6%. Ризик розвитку пародонтальної патології корелював із активністю та тяжкістю РА, а також із такими відомими факторами ризику, як куріння та вживання алкоголю.

При вивченні стану СОПР у хворих на РА [6], хронічний катаральний стоматит виявлено у 36% обстежених, десквамативний глосит – у 25%, атрофічний глосит – у 19%. Крім того, у 60% пацієнтів із РА спостерігається ураження СНЩС, що спричиняє орофасціальний біль незубного походження [7].

У пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ) також спостерігається висока частота хвороб пародонта – до 85%, зокрема гінгівіту та пародонтиту [8]. Дослідники зазначають, що у 42% пацієнтів із СЧВ виявлено каріозні ураження зубів, у 15% – виразково-некротичний стоматит.

Клінічні прояви в порожнині рота можуть бути важливими діагностичними критеріями аутоімунних захворювань, що підкреслює значення міждисциплінарного підходу. Вчасна діагностика дозволяє своєчасно направити пацієнта до ревматолога, що сприяє покращенню прогнозу.

У дослідженні B. Sojod et al. [9] встановлено, що у хворих на СЧВ стан тканин пародонта характеризується поліморфним поєднанням гінгівіту та пародонтиту гіпертрофічного, катарального й атрофічного характеру. Гіпертрофічний і катаральний типи запалення були більш притаманні гострій і підгострій стадіям хвороби, тоді як катарально-атрофічні зміни частіше спостерігалися при хронічному перебігу. Клінічну картину доповнювали набряк, гіперемія та кровоточивість міжзубних сосочків і маргінальної частини ясен, а також грануляції, що кровоточили з пародонтальних кишень. Ці зміни супроводжувалися вираженим судинним малюнком і васкулітом, характерним для вовчакової мікроангіопатії. При рентгенологічному дослідженні виявляли прогресуючий дифузний остеопороз та стоншення вершин міжальвеолярних перегородок, переважно компактної кісткової пластинки [8].

Системні захворювання сполучної тканини мають виражені прояви на СОПР. Основними патогенетичними механізмами є аутоімунне запалення, що призводить до виразково-атрофічних змін; мікроангіопатії, які спричиняють ішемію слизової оболонки та її витончення; порушення регенерації тканин, що продовжує загоєння ерозій та виразок; а також гіпосалівація, що сприяє розвитку множинного карієсу, кандидозу та інших вторинних інфекцій [10].

Ураження СОПР при СЧВ можуть проявлятися трьома формами: гіперемія з гіперкератозом, гіперемія з ексудацією та ерозивно-виразкова форма. Часто виявляють гіперемовані ерозії або виразки з білим ореолом і променистими лініями, відомі як дискоїдні ураження. Вони здебільшого локалізуються на слизовій щік, твердому піднебінні та нижній губі. Крім того, у пацієнтів із СЧВ часто спостерігається ураження СНЩС. Встановлено, що серед 50 обстежених хворих у 24 були наявні скарги з боку СНЩС, а у 35 – різні клінічні симптоми, зокрема глосит, люпус-хейліт, глосодинія [8]. Також у таких пацієнтів нерідко діагностують множинний карієс зубів, що характеризується активним перебігом, імовірно, зумовленим імунологічною активністю захворювання.

Додаткові стоматологічні прояви аутоімунних хвороб включають ксеростомію, яка може розвиватися при синдромі Шегрена або при прийомі певних лікарських засобів, що спричиняє множинний карієс та ерозивні ураження слизової оболонки [11]. У хворих на хворобу Бехчета діагностують рецидивуючі афтозні виразки СОПР [10].

Отже, пацієнти з аутоімунними захворюваннями мають підвищений ризик розвитку патологій твердих тканин зубів, пародонта, СОПР і СНЩС. Це потребує тісної взаємодії стоматологів і ревматологів для раннього виявлення системних хвороб та оптимізації лікування.

Лікування пацієнтів із поєднаною патологією має включати контроль основного захворювання, корекцію остеопорозу та комплексну стоматологічну терапію. Для зменшення запалення та болю, пов'язаних із ревматологічною патологією, застосовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та глюкокортикостероїди. Враховуючи їхній потенційний вплив на тканини пародонта та СОПР, необхідно контролювати стан пацієнтів і коригувати дозування. У випадках тяжких форм РА чи СЧВ, коли традиційне лікування є недостатньо ефективним, застосовують біологічні препарати. Вони володіють потужною протизапальною дією, проте потребують моніторингу через можливий вплив на імунну відповідь та ризик інфекційних ускладнень.

Остеопороз є поширеним ускладненням ревматологічних хвороб, що спричинює втрату кісткової маси, включно з кістковою структурою альвеолярного відростка. Для його корекції використовують біфосфонати, деносумаб, препарати кальцію, вітамін D, які сприяють ремоделюванню кістки. Водночас тривале застосування біфосфонатів може викликати медикаментозний остеонекроз щелепи, що потребує ретельного стоматологічного контролю [12].

Пародонтологічне лікування включає професійну гігієну та санацію порожнини рота, усунення пародонтальних кишень і травматичної оклюзії, місцеву медикаментозну терапію тканин пародонта та фізіотерапію. Лазерні технології застосовують для стимуляції процесів регенерації та ремоделювання

кістки. Стоматологам необхідно враховувати вплив болю та функціональних порушень, пов'язаних із РА, для адаптації рекомендацій щодо догляду за порожниною рота та індивідуальної гігієни відповідно до потреб пацієнта.

Лікування пацієнтів із захворюваннями СОПР на фоні супутньої патології потребує комплексного підходу з інтеграцією стоматологічних і ревматологічних аспектів, що сприятиме максимальній ефективності терапії та покращенню якості життя [13]. Необхідно мінімізувати травмуючі фактори: виключити подразнюючу, гарячу та кислу їжу, контролювати рівень глюкокортикостероїдів, імунодепресантів та НПЗП, які можуть провокувати стоматологічні ускладнення; здійснювати регулярний стоматологічний огляд для профілактики та раннього виявлення патологічних змін слизової оболонки.

Ревматологічні пацієнти мають високий ризик ускладнень після стоматологічних втручань через порушення імунної відповіді, прийом імуносупресивних препаратів та супутні системні зміни, тому їм потребують ретельного збору анамнезу перед стоматологічним лікуванням для запобігання ускладненням [14]. Основними факторами ризику ускладнень є: - порушення процесів регенерації тканин через знижену васкуляризацію і дію глюкокортикоїдів, що ускладнює загоєння уражень слизової; - зміни в кістковій тканині при остеопорозі чи остеонекрозі щелепи, що ускладнює відновлення після видалення зубів або імплантації; - підвищений ризик інфекційних ускладнень через імуносупресивну терапію, що сприяє розвитку вторинних інфекцій; - обмежене відкривання рота при ураженні СНЩС, що ускладнює проведення стоматологічних маніпуляцій; - висока ймовірність медикаментозних ускладнень, зокрема при взаємодії НПЗП з антикоагулянтами.

Через знижену імунну відповідь та застосування імунодепресантів у ревматологічних пацієнтів можливе загострення хронічного пародонтиту. Його проявами є біль у щелепно-лицевій ділянці, рухомість зубів, пародонтальний абсцес із можливим швидким прогресуванням запально-деструктивного процесу, що потребує невідкладної стоматологічної допомоги – негайного

дренування та антибактеріальної терапії. У пацієнтів, які отримують цитостатики або кортикостероїди, часто розвивається виразковий гінгівіт. Побічні ефекти протиревматичних препаратів, таких як тоцилізумаб при лікуванні РА, можуть бути пов'язані з медикаментозним остеонекрозом щелепи [10]. Запалення СОПР та поява виразок є можливими наслідками прийому метотрексату. Імуносупресивні препарати, які призначають при РА, підвищують ризик розвитку кандидозу СОПР. Інші можливі побічні ефекти лікування РА включають сухість у роті (ксеростомія), зміни смаку (дисгевзія), біль і набряк ясен або язика, неприємний запах з рота (галітоз), відчуття оніміння, поколювання чи печіння губ, а також біль у щелепі.

Доведено взаємозв'язок між тяжкістю запальних і запально-дистрофічних хвороб пародонта й ефективністю певних лікарських засобів, що застосовуються для лікування РА. Тривале запалення слизової оболонки порожнини рота може знижувати ефективність анти-TNF-препаратів, що ускладнює відповідь на терапію. Водночас лікування пародонтиту сприяє покращенню активності РА, що підтверджується лабораторними показниками: зменшенням ШОЕ та рівня С-реактивного білка, а також зниженням рівня фактора некрозу пухлини [5].

Особливості надання невідкладної стоматологічної допомоги у ревматологічних хворих включають наступні аспекти: менеджмент больового синдрому та запалення – використання місцевої анестезії з мінімальним вмістом вазоконстрикторів через ризик серцево-судинних ускладнень, при наявності остеонекрозу щелепи слід уникати інвазивних процедур, а за необхідності – застосовувати антибактеріальну профілактику. У разі розвитку інфекційних ускладнень (абсцеси, флегмони) потрібне швидке дренивання гнійних осередків із супутньою антибактеріальною терапією з урахуванням чутливості патогенних мікроорганізмів. Для пацієнтів із ураженням СНЩС необхідно застосовувати спеціальні методи фіксації щелепи для зручності маніпуляцій та фізіотерапевтичні процедури (теплові компреси, ЛФК для СНЩС).

Рекомендації щодо невідкладної хірургічної допомоги мають включати обов'язкову консультацію з ревматологом перед хірургічними втручаннями; використання антибактеріальної терапії відповідно до ризику інфекційних ускладнень; мінімізацію травматичності маніпуляцій і вибір атравматичних методик лікування; контроль загоєння та проведення повторних оглядів [14].

Післяопераційний контроль передбачає регулярний моніторинг процесу загоєння для раннього виявлення ускладнень та корекцію медикаментозної терапії у співпраці з ревматологом для оптимізації регенерації тканин. Оскільки аутоімунні захворювання можуть супроводжуватися болем і обмеженнями в життєвій активності, важливо забезпечити пацієнтам психологічну підтримку для підвищення якості життя та мотивації до лікування [1].

Таким чином, розуміння взаємозв'язку між загально-соматичним захворюванням і станом порожнини рота сприяє комплексному підходу до діагностики та лікування ревматологічної патології. Пацієнтам, ревматологам і стоматологам потрібні оновлені рекомендації, які відображатимуть поточні стратегії лікування та будуть відповідати індивідуальним потребам хворих. Мультидисциплінарний підхід може бути ефективним для лікування симптомів і запобігання ускладненням.

Висновки: Системні хвороби сполучної тканини мають тісний взаємозв'язок із патологією зубощелепної системи, що обумовлює необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування. Пацієнти з ревматологічною патологією мають підвищений ризик розвитку ускладнень після стоматологічних втручань, що потребує ретельного планування та персоналізованої стратегії надання невідкладної допомоги. Врахування стоматологічного та ревматологічного статусу пацієнтів дозволяє підвищити ефективність терапії та зменшити ризик ускладнень. Оптимізація алгоритмів невідкладної стоматологічної допомоги пацієнтам з аутоімунними хворобами сприятиме зменшенню ризиків ускладнень та покращенню якості життя. Тісна співпраця між стоматологами та ревматологами є необхідною для ефективного ведення пацієнтів, особливо в умовах екстрених станів.

Список використаної літератури:

1. Oral-Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Rheumatic Diseases—A Systematic Review / G. Schmalz et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2020. Vol. 9, no. 4. P. 1172. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm9041172>.
2. Шевчук М. М. Особливості надання пародонтологічної допомоги хворим із загальносоматичною патологією : дис. ... докт. філософії: 221 Стоматологія. Львів, 2022. 236 с.
3. Ревматоїдний артрит і коморбідний пародонтит: клініко-патогенетичні особливості зв'язків. *Rheumatology*. 2020. Т. 82, № 4. URL: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.82.15656>.
4. Oral Health in Rheumatoid Arthritis: Listening to Patients / J. L. P. Protudjer et al. *JDR Clinical & Translational Research*. 2021. P. 238008442110126. URL: <https://doi.org/10.1177/23800844211012678>(date of access: 24.01.2025).
5. POS0488 Oral health, oral follow-up and infectious risk management of rheumatoid arthritis patients on anti-TNF drugs: A survey of a French E-cohort / M. Gosset et al. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024. Vol. 83. P. 761. URL: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.893>
6. Povsheniuk A., Gadzhula N., Rekun T. Assessing mucosal immunity in patients with oral diseases associated with rheumatoid arthritis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024. Vol. 12, no. 1. P. 99–105. URL: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(1\):99-105](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(1):99-105).
7. Manifestations of systemic connective tissue diseases on the oral mucosa: a literature review / A. V. Povsheniuk et al. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2023. Vol. 27, no. 4. P. 690–695. URL: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(4\)-28](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-28).
8. Лучин І. І. Патологія пародонту при системному червоному вовчаку. *Науковий вісник Ужгородського університету Серія Медицина*. 2023. № 1. С. 101–106. URL: <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2023.67.18>.

9. Systemic Lupus Erythematosus and Periodontal Disease: A Complex Clinical and Biological Interplay / B. Sojod et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. Vol. 10, no. 9. P. 1957. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm10091957>.
10. Main Oral Manifestations in Immune-Mediated and Inflammatory Rheumatic Diseases / R. Gualtierotti et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2018. Vol. 8, no. 1. P. 21. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm8010021>.
11. Fernández-Martínez G., Zamora-Legoff V., Hernández Molina G. Oral health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 2020. Vol. 16, no. 2. P. 92–96. URL: <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2018.04.001>.
12. Combined approach to treatment of advanced stages of medication-related osteonecrosis of the jaw patients / O. Şahin et al. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.04.004>.
13. Efficiency of low-intensity laser irradiation in the management of patients with oral mucosal diseases associated with rheumatoid arthritis by results of Doppler ultrasound / A. Povsheniuk et al. *Acta Balneologica*. 2023. Vol. 65, no. 4. P. 244–248. URL: <https://doi.org/10.36740/abal202304108>.
14. Orofacial manifestations and dental management of systemic lupus erythematosus: A review / M. Benli et al. *Oral Diseases*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1111/odi.13271>.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Анна ГОРОДЕЦЬКА, Анатолій ЛЕВКОВ

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Полтава, Україна

Вступ. Сучасна стоматологія охоплює широкий спектр патологічних станів, серед яких особливе місце займають невідкладні стани. Вони можуть виникати раптово, супроводжуватися сильним болем, запаленням та ускладненнями, що впливають не лише на здоров'я ротової порожнини, а й на загальний стан організму. Несвоєчасна допомога в таких випадках може