

ЗМІНИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ У ДИНАМІЦІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Н.Ю. Ємельянова

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків, Україна

Ключові слова:

хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, пародонт, профілактика.

Буковинський медичний вісник. Т.22, № 3 (87). С. 14-19.

DOI:

10.24061/2413-0737.XXII.3.87.2018.57

E-mail: natadenta@gmail.com

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічна хвороба серця (ІХС), а також лікарські засоби, що призначаються як базисна терапія цих захворювань, безпосередньо впливають на стоматологічний стан пацієнтів.

Мета дослідження — вивчення ефективності дії профілактичних заходів на клінічні стоматологічні прояви у пацієнтів із ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Матеріал і методи. Проведений стоматологічний огляд 49 пацієнтів із верифікованим діагнозом ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, що приймають призначену базисну терапію від одного до трьох років. Усі пацієнти методом випадкової вибірки були розподілені на дві групи: 1 А — ті особи, яким призначена схема профілактики, та 2 А — ті, яким не призначали спеціальної профілактичної програми. Стоматологічне обстежування проводили за загальноприйнятими параметрами. Схема профілактики складалася: з аплікації розчином Енкад з метою усунення сухості в роті; — Лізобакт — по 2 таблетки 3 рази на добу; підбору засобів місцевої гігієни порожнини рота. Повторний огляд через 6 місяців. Статистична обробка виконувалася за допомогою програми "SPSS 13".

Результати. Сухість у роті, неприємний запах з рота, печія язика, спотворення смаку та болісна чутливість зубів зафіксовані як основні стоматологічні скарги даної категорії хворих. Характерними клінічними проявами є зміни слизової оболонки порожнини рота (набряк, підвищення кератинізація, десквамативний глосит). Суттєвих деструктивних змін зазнають тканини пародонта (висока глибина пародонтальних кишень, наявність рецесій), проте активність запальних процесів у них дуже низька, що ймовірно пов'язане із застосуванням інгаляційних кортикостероїдів.

Висновок. Аналіз показників стоматологічного статусу та основних індексів у динаміці через 6 місяців продемонстрував статистично значуще покращення у пацієнтів, що виконували призначені профілактичні заходи.

Ключевые слова:

хронические обструктивные заболевания легких, ишемическая болезнь сердца, пародонт, профилактика.

Буковинский медицинский вестник. Т.22, № 3 (87). С. 14-19.

ИЗМЕНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В ДИНАМИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Н.Ю. Емельянова

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), а также лекарственные препараты, которые назначают в качестве базисной терапии этих заболеваний, непосредственно оказывают влияние на стоматологический статус пациентов.

Цель исследования — изучение эффективности действия профилактических мероприятий на клинические стоматологические проявления у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. Проведен стоматологический осмотр 49 пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ в сочетании с ИБС, принимающих назначенную терапию длительностью от одного до трёх лет. Все пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы: 1 А — те пациенты, которым была назначена схема профилактики, и 2 А — без назначения специальной профилактической программы. Стоматологическое обследование проводили по общепринятым параметрам. Схема профилактики состояла: из аппликаций раствора Энкад с целью устранения сухости во рту; — Лизобакт — по 2 таблетки 3 раза в сутки; подбора средств для местной гигиены полости рта. Повторный осмотр через 6 месяцев. Статистическая обработка выполнялась с помощью программы "SPSS 13".

Результаты. Сухость во рту, неприятный запах изо рта, жжение языка, искажение вкуса и болезненная чувствительность зубов зафиксированы как основные стоматологические жалобы данной категории больных. Характерными клиническими проявлениями являются изменения слизистой оболочки полости рта (отек, повышенная кератинизация, десквамативный глоссит). Существенные деструктивные изменения испытывают ткани пародонта (высокая глубина пародонтальных карманов, наличие рецессий), однако активность воспалительных процессов в них очень низкая, что вероятно связано с применением ингаляционных кортикостероидов.

Вывод. Анализ стоматологического статуса и основных индексов в динамике 6 месяцев продемонстрировал статистически значимое улучшение у пациентов, выполняющих назначенные им профилактические мероприятия.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, periodontal disease, prophylaxis.

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 3 (87). P. 14-19.

CHANGES OF THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES IN THE DYNAMICS OF CLINICAL SUPERVISION

N.Yu. Emelyanova

Abstract. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and coronary heart disease (CHD), likewise drugs prescribed as a background therapy for these diseases, have a direct impact on the dental status of patients.

Aim: To investigate the effectiveness of preventive measures for clinical dental manifestations in patients with COPD in combination with CHD.

Material and methods. In 49 patients with a verified diagnosis of COPD in combination with CHD, who received a baseline therapy during 1–3 years a dental examination has been performed. All patients were selected into two groups by the method of randomization: 1A — patients for whom a scheme of prophylaxis was prescribed, and 2A — patients without indication of a specific program of prevention. The scheme of prophylaxis consisted of the following measures: application of the Encad solution was used to relieve a dry mouth; — Lizobact — 2 tablets 3 times daily; and the local oral hygiene products selection. It has been performed the second oral checkups in 6 months. Statistical processing was carried out using the SPSS 13 program.

Results. Dry mouth, halitosis, burning tongue, taste disturbances and painful sensation of teeth have been recorded as the main dental complaints of this category of patients. The typical clinical manifestations are changes in the oral mucosa (swelling, increased keratinization, desquamative glossitis). Significant destructive changes are common in periodontal tissues (very deep periodontal pockets, the presence of recessions), but the activity of in-

Оригінальні дослідження

flammatory processes in them is very low, which is probably due to the use of inhaled corticosteroids.

Conclusion. *The analysis of the dental status and main indexes in the dynamics in 6 months showed a statistically significant improvement in patients who performed the prescribed preventive measures.*

Вступ. Вивчення мультифакторності захворювань пародонта займає одну з провідних позицій у сучасній стоматології [1]. Підвищена увага до цієї проблеми пов'язана зі складнощами та тривалістю лікування, а також із частими рецидивами. У більшості випадків така реакція пародонта зумовлена проявами системної патології, а також безпосередньою та опосередкованою дією тих лікарських засобів, що призначаються як базова терапія соматичних захворювань [2,3]. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, більш ніж 75% дорослого населення постійно приймають не менш одного лікарського препарату [4]. Одними з таких соматичних захворювань, що мають яскраві клінічні прояви в порожнині рота та потребують особливої уваги у зв'язку зі взаємообтяжуючою з патологією пародонта дією, є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та часто поєднана з нею ішемічна хвороба серця (ІХС). Відомо, що як базову терапію ХОЗЛ та ІХС застосовують препарати (інгаляційні кортикостероїди, бета-2 агоністи, бета-блокатори та інші), побічна дія яких має прояви в порожнині рота [5,6]. Вказані явища потребують розробки адекватних профілактичних заходів з метою запобігання виникненню цих проявів або корекції вже існуючих.

Мета дослідження. Вивчити ефективність дії профілактичних заходів на клінічні стоматологічні прояви у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Матеріал і методи. Оглянуто та анкетовано 49 пацієнтів з верифікованим діагнозом ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, що приймають призначену базисну терапію цих захворювань терміном від одного до трьох років. Верифікація діагнозу та призначення лікування проводилася лікарем-інтерністом у відповідності з вітчизняними та закордонними рекомендаціями та стандартами [7].

У процесі первинного стоматологічного огляду, усі пацієнти методом випадкової вибірки були розподілені на дві групи: 1 А — 25 осіб, яким була призначена нами схема профілактичних заходів, та 2 А (24 хворих) — ті, яким після проведення професійної чистки зубів (за бажанням) запропоновано зменшити або виключити шкідливі звички (паління) без призначення спеціальної лікувально-профілактичної програми.

Опитування пацієнтів починали з деталізації скарг на неприємні відчуття в роті (їх тривалість, початок перших проявів), особливу увагу приділяючи відчуттю сухості в роті, оскільки більшість препаратів мають ксерогенні властивості. Уточнювали дисциплінованість пацієнта у відношенні до індивідуальної гігієни порожнини рота, та наявність шкідливих звичок. Проводили огляд слизової оболонки порожнини рота,

визначали стан зубних рядів, якість пломб та коронок, та співвідношення їх з ясенним краєм, наявність карієсних та некарієсних уражень зубів. Оцінювали стан пародонта клінічно та за допомогою індексів (УІГ за Greene-Vermillion (OHI-S), індекс кровоточивості SBI (Mühlemann and Son, 1971), пародонтальний індекс КПП, та індекс РМА) [8,9].

На цьому ж етапі пацієнтам групи 1 А після проведення професійної гігієни порожнини рота призначався алгоритм профілактичних заходів для домашнього застосування, а саме: — аплікації розчином Енкад (при сухості в порожнині рота) — місцево, протягом 15–20 хвилин після розведення у 3,5 раза в розчині натрію хлориду 3 рази на добу після їжі. Курс застосування — 12 днів (курс — 1 раз у півроку); — Лізо-бакт — по 2 таблетки 3 рази на добу упродовж 8 днів (курс — 1 раз у півроку); використання лікувально-профілактичної зубної пасти Splat-Биокалекс на основі кальцию, гідрокси апатиту, омега-3-жирних кислот (віт Д3) у поєднанні папаїну з полідоном; — після чищення зубів — самомасаж ясен м'якою зубною щіткою; — використання ополіскувача для порожнини рота з екстрактами лікарських трав або екстрактом насіння льону; — після використання інабулайзерів обов'язково застосовувати пінки для порожнини рота з метою нормалізації рН.

Повторний огляд призначали через 6 місяців. Критеріями для оцінювання ефективності призначених заходів були: відсутність скарг або їх зменшення за частотою та інтенсивністю згідно з анкетуванням, відсутність негативної динаміки об'єктивних клінічних проявів у порожнині рота.

Статистична обробка виконувалася за допомогою програми "SPSS 13". Закон розподілу даних не відповідав нормальному (відповідно до критерію Колмогорова-Смирнова), розраховували медіану і інтерквартильний розмах. Для порівняння якісних показників використовували — критерій χ -квадрат, а для кількісних показників використовували критерій Манна-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення. Важливо, що більшість хворих обох груп основною скаргою визнавали відчуття сухості в порожнині рота, що змушувало їх прокидатися уночі, негативно впливало на якість їхнього життя, викликало страх, погіршувало переживання та ковтання їжі. Усі хворі пов'язували початок сухості з початком приймання базисної терапії з приводу ХОЗЛ та ІХС. Також пацієнти визначали спотворення смаку при прийомі їжі, майже постійне відчуття неприємного запаху з рота (галітозу), печію язика, сухість губ, підвищену чутливість зубів і як

наслідок — неможливість чистити зуби та їсти овочі і фрукти. Кровоточивість ясен турбувала менш ніж половину опитуваних. З тих, хто її відмічав більшість страждала на кровоточивість при чищенні зубів (тобто першого ступеня), інші — при прийомі грубої їжі (яблука, моркви та ін). Слід зазначити, що жоден з опитуваних не відзначав самочинну кровоточивість ясен.

Вивчення скарг у спостереженні продемонструвало те, що практично усі пацієнти групи 1 А визначали позитивну динаміку у стані свого стоматологічного здоров'я. Здійснення запропонованої нами програми профілактичних заходів у 1,75 раза знизило частоту зустрічальності та інтенсивність відчуття сухості в роті порівняно з негативною динамікою групи 2 А, де ми зареєстрували її збільшення не тільки порівняно з попереднім візитом (в 1,1 раза), а й порівняно з групою 1 А (у 2,8 раза).

За нашою думкою та згідно з відміченим побічним ефектом лікарських засобів, відчуття сухості може спостерігатися при застосуванні бета-2-адреноблокаторів, що блокують β_2 -адренорецептори, та інгібіторами АПФ, що також призводять до зменшення кількості виділення слини у зв'язку з гальмуванням активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, а також із побічною дією інгалаційних кортикостероїдів та агоністами β -адренорецепторів.

Згідно з отриманими даними групи 1 А, спостерігалася чітка тенденція до зменшення спотворення смаку при прийомі їжі (у 2,5 раза), печії язика (у 2,2 раза), та майже в 4 рази рідше фіксувалися явища неприємного запаху з рота.

Негативні результати були отримані при аналізі скарг групи 2 А, де зафіксовано збільшення основних скарг не тільки порівняно з групою 1 А, а й порівняно з попереднім візитом. Слід зазначити, що хворі групи 2 А майже у 3 рази частіше, ніж особи протилежної групи згадували про печію язика.

Засвідчена тенденція до зменшення (в 1,7 раза) гіперестезії зубів у групі, яка виконувала наші рекомендації, тоді як у групі 2 А дана скарга збільшилася у 2,6 раза порівняно з попереднім візитом. Можливо, явища гіперестезії пов'язані зі зміною ремінералізуючих властивостей ротової рідини внаслідок виходу мінеральних компонентів із твердих тканин зубів під дією інгалаційних кортикостероїдів, а також з оголенням пришийкової зони зубів у зв'язку з рецесією ясен.

Порівняння між візитами демонструє, що у 5 хворих, які страждали кровоточивістю першого ступеня, вона зникла зовсім, а ще у двох кровоточивість із другого ступеня стала першою. Кожен з опитуваних цієї групи заперечував самочинну кровоточивість. Проте в пацієнтів з групи 2 А інтенсивність кровоточивості не тільки не зменшилася, а й збільшилася майже у 2 рази. Також один хворий вказував на виникнення самочинної кровоточивості.

При порівнянні частоти уражень слизової оболонки порожнини рота між групами не було статистично значимої різниці (76,0 та 79,0% відповідно). Через півроку у групі, що виконувала наші рекомендації, спостерігалася зменшення частоти набряку та підвищеної кератинізації слизової оболонки щік, проте відбулося збільшення у 2 рази проявів екзофліативного хейліту та в 1,3 раза частоти десквамативного глоситу. Але значне погіршення зафіксовано в іншій групі, де частота усіх патологічних змін, що турбували хворих у перший візит, збільшилася.

Порівняльна характеристика зафіксувала вірогідне збільшення індексу КПВ та некарієсного ураження зубів порівняно з попередніми візитами, але без статистично значимої різниці між групами. Збільшення некарієсних уражень супроводжувало зростання частоти виникнення рецесії ясен у хворих.

Згідно з отриманими нами даними, стан гігієни ротової порожнини у пацієнтів обох груп був на початку спостереження незадовільний. І хоча після проведеної профілактичної програми у групі 1 А рівень гігієни був на рівні між середнім та незадовільним, відзначено покращення зі статистично значущою різницею ($p=0,010$). Вивчення показника індексу гігієни протилежної групи показало негативну динаміку. У групі 2 А зареєстроване збільшення ГІ порівняно з першим візитом ($p=0,008$) та оцінили його як незадовільний — 2,250 (2,025; 2,575). Нами з'ясована причина такого погіршення стану гігієни — отже, 71,0% хворих даної групи проводили домашні гігієнічні процедури (чищення зубів) нерегулярно (1–2 рази на добу), а 29,0% іноді зовсім забували почистити зуби, що свідчить про низьку мотивацію стоматологічного здоров'я.

Аналіз змін у структурі та тяжкості захворювань пародонта в динаміці у групі 1 А показав покращення, що проявлялося зниженням наявності катарального гінгівіту у два рази. Спостерігалася повне ліквідування симптомів хронічного гіпертрофічного гінгівіту, яке турбувало одного хворого на момент першого обстеження. Зафіксовані зміни в тих пацієнтів, що страждали на хронічний пародонтит, де після проведення лікування нами в перший візит діагностували стійку стабілізацію процесу. Слід відзначити, що не виявлено жодного випадку появи нових епізодів незапальної деструкції пародонта в даній групі. Усі зміни у тканинах пародонта були підтверджені індексними показниками. У групі, яка не виконувала профілактичних рекомендацій, також спостерігалися зміни, зокрема проявлялося зменшення з 37,5% до 21,0% випадків хронічного гінгівіту. Проте відзначена чітка тенденція до росту частоти виникнення хронічного генералізованого пародонтиту, але без ознак загострення. Важливо, що траплялися нові випадки незапальної деструкції тканин пародонта у хворих 2А групи.

Оригінальні дослідження

Таблиця

Порівняльна характеристика індексного оцінювання стану пародонта в обстежених хворих у динаміці, (Me, q25–q75)

Індекси	1А		2А	
	Перший візит (n=25)	Через 6 місяців (n=25)	Перший візит (n=24)	Через 6 місяців (n=24)
ГІ, бали	1,900 1,550; 2,400	1,700 1,500; 1,90 P1=0,010	1,950 (1,475; 2,200)	2,250 (2,025; 2,575) P=0,001 P1=0,008
РМА, %	34,000 21,500; 41,650	21,500 15,500; 29,800 P1=0,001	22,200 (11,250; 33,250)	22,800 (10,100; 32,775)
КПІ, бали	3,200 2,000; 3,350	1,800 1,550; 2,400 P1=0,001	2,100 (0,850; 2,450) P=0,001	1,700 (1,100; 2,100)
SBI, бали	2,300 1,600; 2,600	1,700 1,500; 2,100 P1=0,001	1,250 (0,800; 2,400) P=0,015	1,300 (0,300; 2,375)
Втрата прикріплення, мм	2,200 0,000; 3,750	2,400 0,500; 3,750	0,600 (0,000; 1,950)	1,350 (0,250; 2,950) p1=0,001
Глибина кишені, мм	2,700 0,000; 4,200	2,700 1,400; 4,200 P1=0,017	0,000 (0,000; 2,175) P=0,016	0,000 (0,000; 4,000) p1=0,005

Примітки: р-різниця порівняно з групою 1А, p1-різниця порівняно з першим візитом.

Висновки. Усі пацієнти з хронічним обструктивним захворюванням легень та ішемічною хворобою серця мають характерні скарги та клінічні прояви в порожнині рота. Скаргами, що найбільш часто згадуються, є відчуття сухості в роті, печія язика та пов'язане з ним спотворення смаку, галітоз, виражена болісна чутливість зубів. Гіпосалівація викликає зміни слизової оболонки порожнини рота у вигляді набряку, підвищеної кератинізації, змін сосочкового апарату язика. Суттєвих деструктивних змін зазнають тканини пародонта (висока глибина пародонтальних кишень, наявність рецесій), проте активність запальних процесів у них дуже низька, що ймовірно пов'язане із застосуванням інгаляційних кортикостероїдів. Запропонована програма профілактичних заходів продемонструвала статистично значущу ефективність у динаміці клінічних спостережень.

Перспектива подальшого дослідження. Подальше вивчення та розширення впровадженої нами програми профілактики дозволить запобігти виникненню або знизити розповсюдженість та інтенсивність основних стоматологічних скарг та клінічних проявів у даній категорії пацієнтів.

Конфлікту інтересів немає.

Список літератури

- Хайбуллина РР, Герасимова ЛП, Кабірова МФ, и др. Современные технологии при лечении пациентов с генера-

лизованным пародонтитом и бруксизмом. Российский журнал биомеханики. 2016; 20 (4): 316–25.

- Исмаилов АА, Амуров ГГ. Результаты оценки состояния тканей пародонта у больных с общесоматической патологией. Научно – практический журнал ТИППМК. 2012; 4: 4-12.
- Багишева НВ, Иващук ЕВ, Федотова ОИ. Ингаляционные глюкокортикоиды как фактор риска поражения слизистых полости рта. Справочник врача общей практики. 2015; 8: 7-10.
- Коваленко ВМ, Корнацкий ВМ. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: аналітично-статистичний посібник. К.: Коломіцин. 2014. 278 с.
- Shen TC, Chang PY, Lin CL, et al. Risk of periodontal diseases in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide population-based cohort study. Medicine. 2015; 94: 2047.
- Мазур ИП, Косенко КН. Влияние лекарственных препаратов на состояние здоровья полости рта. Современная стоматология. 2008; 3: 179-87.
- Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): Updated. 2016. 80 p.
- Данилевський НФ, Борисенко АВ. Заболевания пародонта. Київ: Здоров'я, 2010. 462 с.
- Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапевтична стоматологія». Нормативне виробничо-практичне видання. К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ». 2007. 236 с.

References

- Khaybullina RR, Gerasimova LP, Kabirova MF, Kuznetsova

- NS. Sovremennye tekhnologii pri lechenii patsientov s generalizovannym parodontitom i bruksizmom. Rossiyskiy zhurnal biomekhaniki. 2016;20(4):316-25. (in Russian).
2. Ismoilov AA, Amurov GG. Rezul'taty otsenki sostoyaniya tkaney parodonta u bol'nykh s obshchesomaticheskoy patologiy [Results of the evaluation of the condition of periodontal tissues in patients with somatic pathology]. Nauchno – prakticheskiy zhurnal TIPPMK. 2012;4:4-12. (in Russian).
 3. Bagisheva NV, Ivashchuk EV, Fedotova OI. Ingalyatsionnye glyukokortikoidy kak faktor riska porazheniya slizistykh polosti rta [Inhaled glucocorticoids as a risk factor for damage to the oral mucosa]. Spravochnik vracha obshchey praktiki. 2015;8:7-10. (in Russian).
 4. Kovalenko VM, Kornats'kyi VM. Khvoroby systemy krovoobihu yak medyko-sotsial'na i suspil'no-politychna problema: analitychno-statystychni posibnyk [Diseases of the circulatory system as a medical and social and socio-political problem: analytical and statistical manual]. Kiev: Kolomitsyn; 2014. 278 p. (in Ukrainian).
 5. Shen TC, Chang PY, Lin CL, Chen CH, Tu CY, Hsia TC, et al. Risk of periodontal diseases in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide population-based cohort study. Medicine. 2015;94(46):2047.
 6. Mazur IP, Kosenko KN. Vliyanie lekarstvennykh preparatov na sostoyanie zdorov'ya polosti rta [The effect of drugs on the health of the oral cavity]. Sovremennaya stomatologiya. 2008;3:179-87. (in Russian).
 7. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): Updated. 2016. 80 p.
 8. Danylevs'kyi NF, Borysenko AV. Zabolevaniya parodonta [Periodontal disease]. Kiev: Zdorov'ia; 2010. 462 p. (in Russian).
 9. Protokoly nadannia medychnoi dopomohy za spetsial'nistiu «Terapevtychna stomatolohiia» [Protocols of medical aid on the specialty "Therapeutic dentistry"]. Kiev: MNIATs medychnoi statystyky; MVTs «Medinform»; 2007. 236 p. (in Ukrainian).

Відомості про автора:

Ємельянова Н.Ю. — к.мед. н., лікар-стоматолог, старший науковий співробітник відділу комплексного зниження ризику хронічних неінфекційних захворювань ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України, м. Харків, Україна

Сведения об авторе:

Ємельянова Н.Ю. — к. мед. н., врач-стоматолог, старший научный сотрудник отдела комплексного снижения риска хронических неинфекционных заболеваний ДУ «Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой НАМН Украины, Украина, Харьков

Information about the author:

Emelyanova N.Yu. — PhD, dentist, senior research associate of the Department of Complex Reduction of Chronic Non-Communicable Disease GI «L. T. Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkov, Ukraine

Надійшла до редакції 26.06.2018

Рецензент — проф. Кузняк Н.Б.

© Н.Ю. Ємельянова, 2018