



УДК 614.2:616.31

В. В. Журавель

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Одеський державний медичний університет

Отримання громадянином доступної і якісної стоматологічної, як і медичної, допомоги гарантовано основним Законом України — Конституцією, згідно з якою держава визначає і формує політику охорони здоров'я, забезпечує її реалізацію. Інтенсивні демократичні перетворення, що відбуваються сьогодні в Україні, істотно змінюють роль держави, її функції та зумовлюють кардинальне реформування соціально-політичної сфери, до якої належить і система охорони здоров'я. Найбільш масовий вид цієї системи — стоматологічна допомога населенню.

Нині стоматологічна допомога посідає одне із провідних місць у загальній системі заходів, спрямованих на збереження і відновлення здоров'я населення [1], про що свідчить те, що питома вага «...стоматологічної захворюваності серед загальної захворюваності населення за зверненням населення досягає 20,0–25,0 %, становлячи 345–550 випадків на 1000 жителів; звернення по стоматологічну допомогу посідає друге місце після звернень до лікарів-терапевтів. У системі охорони здоров'я фахівці-стоматологи й зубні лікарі за чисельністю посідають друге місце після терапевтів...» [2].

В Україні продовжує діяти модель інфраструктури державної стоматологічної служби з функцією й організацією, як вказувалося на Колегії Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.04 р., на візирець «соціалістичної» системи охорони здоров'я (СОЗ), основними організаційними принципами-характеристиками якої були централізоване фінансування й управління; надання пріоритетів і створення медичних закладів для забезпечення першочергового медичного обслуговування окремих контингентів населення; механізми нормованого розподілу ресурсів при формуванні інфраструктури охорони здоров'я. Такий підхід дозволив за короткий історичний період в умовах адміністративно-командної системи створити передову для свого часу модель охорони здоров'я, яка забезпечила економічно та фізично доступне медичне обслуговування, в тому числі і стоматологічне, для всього населення.

Після обрання нашою державою ринкового шляху, з метою розв'язання існуючих проблем у галузі стоматологічного здоров'я населення України, соціально-економічні трансформації потребують обґрунтування нової концепції функціо-

нування стоматологічної служби. Потрібна організація такої системи, яка б відповідала світовим зразкам, визначила пріоритетні напрямки розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я і забезпечила якість, перш за все, первинної стоматологічної допомоги населенню за встановленим обсягом та технологіями [1; 8; 10], але й організувала своїм пацієнтам вторинно-третинну допомогу на договірній основі. Такий підхід відповідає відомчим стандартам акредитації, вимогам наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22.11.2000 р. № 305 і є основою ціноутворення на стоматологічні послуги, контролю якості діяльності та медичного страхування.

Теоретичним аспектам організаційно-управлінських проблем системи стоматологічної допомоги населенню (ССДН), епідеміології та методичі вивчення стоматологічної захворюваності, основних показників стану діяльності, фінансового і кадрового забезпечення та надання гарантованого обсягу послуг у відповідності до стандарту в сучасних умовах присвячені роботи багатьох вітчизняних та іноземних вчених. Проте задіяння ефективних і науко-



во обґрунтованих механізмів реструктуризації й управління в практиці чинної міської амбулаторної ССДН, як і відпрацювання системи управління якістю, незважаючи на їх очевидну організаційну, економічну і соціальну доцільність, залишається проблемним і малодослідженим завданням.

Метою роботи було обґрунтування основних шляхів реструктуризації міської системи стоматологічної допомоги населенню на засадах принципу системності, сімейної медицини і стандарту ISO 9001.

Матеріали та методи дослідження

За даними аналізу літературних джерел вивчалися організаційно-управлінські аспекти діяльності державної системи стоматологічної допомоги міському населенню та напрями її реформування. Під час дослідження використані методи історичного, функціонально-структурного, порівняльного і статистичного аналізу та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Стоматологічна служба України має свої традиції й деякі особливості історичного розвитку. Наприкінці 90-х рр. ХХ–початку ХХІ ст. у стоматології почали використовувати нові іноземні технології для лікування. Безумовно, це сприяло підвищенню якості надання стоматологічної допомоги пацієнтам, проте не розв'язувало проблему стоматологічної допомоги в широкому її розумінні. Причини цього лежать у площині організаційних прорахунків — неадекватність моделі та її непристосованість до евристично-безсистемних, державно-відомчих та економічних трансформаційних процесів, які відбувалися протягом останнього десятиріччя. Цьому сприяло і зниження кількості профілактичних заходів, і відсутність адекватної систе-

ми управління, у тому числі і якістю стоматологічної допомоги у контексті чинних вимог відомчо-професійних стандартів.

Втім, слід урахувувати, що впровадження нових стоматологічних технологій потребувало більш дорогих матеріалів й обладнання, переважно іноземного виробництва. За цих обставин державні стоматологічні заклади не мали можливості використовувати ці технології в повному обсязі та дотримуватися всіх вимог щодо їх запровадження.

Моніторинг української стоматологічної служби протягом останніх 10 років (з 1994 до 2004 рр.) переконливо свідчить про скорочення майже на 21,0 % штатних посад, зниження кількості відвідувань лікарів-стоматологів районних поліклінік (тобто скорочення попиту на стоматологічні послуги в державних закладах) при високому рівні захворюваності населення на стоматологічні захворювання. За даними А. І. Антонечко і співавторів (1977) і Ю. М. Бахуринського (1999) відмічено зростання приватного сектора (збільшення кількості кабінетів і установ недержавної форми власності) та зростання дефіциту обсягу бюджетних асигнувань на мережу державних стоматологічних установ. Докорінні зміни в організації постачання стоматологічних закладів обладнанням, матеріалами, апаратами, інструментами та медикаментами стали вельми проблемними, як і підвищення вимог до рівня надання стоматологічної допомоги.

Щоб ввести в дію нові закони, прийняті Верховною Радою України, Укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України і накази Міністерства охорони здоров'я України, організаторам охорони стоматологічного здоров'я потрібно розробити і запровадити нові економічні важелі для стабілізації та покращан-

ня лікувально-діагностичного процесу [3–5].

Однак, окрім обмеженого фінансування, недоліки в чинній ССДН зумовлені труднощами через нестачу нормативно-правових документів, відсутність системи моніторингу якості стоматологічної допомоги, недостатню кваліфікацію фахівців і неефективність підготовки управлінського персоналу та керівників стоматологічних закладів до роботи в умовах ринкової економіки за стандартами ISO-9000 [6].

В основу сучасної ССДН слід покласти нові організаційні схеми-моделі та механізми системи управління якістю. При цьому головною дійовою особою у наданні стоматологічної допомоги населенню має бути лікар загальної стоматологічної практики (на взірець сімейного лікаря — за будь-якою формою роботи — індивідуальною чи бригадною, у складі лікарів сімейної амбулаторії тощо), який не тільки надаватиме первинну кваліфіковану лікувально-профілактичну стоматологічну допомогу населенню за визначеним обсягом і гарантованим стандартом медичної технології, але й організуватиме своїм пацієнтам вторинну–третинну допомогу на довгостроковій основі. Такий підхід відповідає відомчим стандартам акредитації та вимогам наказу МОЗ України від 22.11.2000 р. № 305 і затверджує Критерії медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях [5; 7].

Впровадження уніфікованих галузевих медико-економічних стандартів надання стоматологічної допомоги дозволить визначити ступінь складності та якості надання стоматологічних послуг, сприяє гарантії отримання населенням якісної стоматологічної допомоги у повному обсязі, а також послужить основою для розробки системи ціноутворення на медичні послуги, контролю



госпрозрахункової діяльності та системи медичного страхування [8].

Однак у чинній СОЗ України не існує чіткого поділу на служби первинної та вторинної стоматологічної допомоги як відносно самостійних підсистем. Залишаються невідпрацьованими, недостатньо впровадженими на практиці механізми та підходи управління на науковій основі (менеджменту) взагалі, системи управління якістю, наприклад, за українським варіантом міжнародного стандарту ISO-9001 зразка 2000 [9]. А тому в наданні стоматологічної допомоги головним продовжує бути дільничний стоматолог стоматологічної поліклініки. За такої моделі діяльності амбулаторної стоматологічної допомоги, як і медичної допомоги [10], пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-стоматологів, як і до вузьких лікарів-спеціалістів, медичних закладів вищих етапів самостійно, без направлення дільничного лікаря-стоматолога. Така практика порушує єдність і послідовність стоматологічного медико-діагностичного маршруту пацієнта, призводить до недоцільного використання системних ресурсів, етапів та видів стоматологічної допомоги і не забезпечує її якості, технологічності тощо.

Для усунення диспропорцій між видами стоматологічної допомоги і підвищення структурної ефективності стоматологічної служби потрібна негайна медико-нормативна зміна маршруту просування пацієнта за видами та рівнями систем стоматологічної і медичної допомоги, а також взаємних стосунків між лікарями-стоматологами, лікарями, стоматологічними закладами, установами, органами управління і т. п.

На практиці залишаються архаїчними механізми реального фінансового супроводження й оплати стоматологіч-

ної допомоги за фактом її отримання. У схемах та механізмах оплати праці медичних працівників, які надають стоматологічну допомогу, не використовуються форми і підходи, найбільш притаманні ринковому середовищу економічних стосунків. Бюджетне фінансування за принципом «для стоматологічної допомоги» позбавляє як пацієнтів, так і медичних працівників можливості контролю за цільовим використанням коштів посадовими особами та прозорості як на рівні органів управління, так і стоматологічного закладу. Отже, фінансування повинне передбачати принцип оплати «за стоматологічну допомогу» та первинне фондоутворення на рівні лікаря-стоматолога первинної стоматологічної допомоги.

Можливість вибору і зміни лікаря-стоматолога, якої не існує при територіальному закріпленні населення за стоматологічним закладом, слід розглядати в демократичній площині — це невід'ємне право пацієнта й обов'язкова передумова для переорієнтації ССДН із потреб стоматологічних організацій на потреби населення. Вибір повинен оформлятися документально і як своєрідний договір між пацієнтом і лікарем-стоматологом. І це також слід закріпити законодавчо у відповідності до принципу первинного фондоутримання [10; 11].

Відсутність договірних взаємовідношень між пацієнтами як споживачами стоматологічної допомоги чи послуг, стоматологічними закладами або іншими медичними працівниками не дозволяє активно включати дійові механізми контролю за повнотою, якістю та доступністю стоматологічної допомоги, як і відповідність її до стандартів медичних технологій та системи управління якістю.

Як стверджують деякі автори, «...вивчення стану державної системи охорони здоров'я

свідчить, що малозабезпечені прошарки громадян все менше і менше мають шанс одержати якісну і своєчасну медичну допомогу. Стало вже звичним спостерігати відсутність найнеобхіднішого у медичних закладах (ліків, кисню, інструментарію й ін.), тобто того, без чого лікування взагалі неможливе. Але і забезпечені громадяни, навіть сплативши за медичну допомогу чи послугу, не завжди одержують те, на що вони сподівалися...» [12].

Практично відсутні відомчі механізми, процедура і можливості поскаржитися на низьку якість лікування і перевірити відповідність якості до ціни стоматологічної послуги. Реальною залишається і проблема притягнення до відповідальності лікаря через недосконалі організаційно-правові механізми контролю за професійною діяльністю або притягнення до суду за скоєні правопорушення.

Проблема надання/отримання стоматологічної допомоги перебуває в прямій залежності від адекватності заробітної платні лікарів-стоматологів, медичних працівників, зайнятих в організації та наданні стоматологічної допомоги чи стоматологічних послуг. З цього приводу до медичного працівника, який працює за умов ринкової економіки, слід підходити як до вільного суб'єкта ринкових відносин, що, без сумніву, сприятиме його морально-матеріальній зацікавленості від своєї професійної діяльності, буде стимулом для освоєння новітніх стоматологічних технологій, надання якісної стоматологічної допомоги та послуг пацієнтам. Це також є потужним механізмом до справедливого і раціонального розподілу існуючих і наступних системних ресурсів ССДН [13; 14].

Виходячи з ситуації, що склалася у галузі фінансування системи медичної допомоги населенню, після прийняття Конс-



титуційним Судом України відомого рішення у справі про платні медичні послуги, вкрай актуальною проблемою постає удосконалення понятійного апарату Основ законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актів, що стосуються надання медичної допомоги та її фінансування. Перш за все, мова йде про необхідність чіткого визначення у законодавстві таких понять, як «медична/стоматологічна послуга» та «медична/стоматологічна допомога».

Стаття 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я проголошує, що фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів і будь-яких інших незаборонених джерел, отже, визначає можливість багатоканального фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Принципово також не заперечує використання інших, аніж бюджетні, механізмів фінансування системи охорони здоров'я і стаття 49 Конституції України, в якій йдеться про те, що громадяни мають право в тому числі й на медичне страхування. Проте питома вага позабюджетних джерел у фінансуванні системи охорони здоров'я, як і стоматологічної допомоги, незначна.

Відомчі нормативні акти повинні реалізувати належним чином законодавство з проблем охорони здоров'я взагалі, в т. ч. і ССДН, проте слід зазначити, що досі більшість питань регламентована наказами давно неіснуючих країн і республік (СРСР, УРСР). У зв'язку з цим потребують опрацювання зазначені відомчі нормативні акти, існуюча законодавча база галузі, яка має забезпечити еволюційний перехід до нових форм і методів державної політики у сфері охорони здоров'я.

Свого часу Верховна Рада України не прийняла закон України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» на тій підставі, що в проекті не були враховані норми Конвенції МОП 1952 р. № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» та Конвенції МОП «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку з захворюванням». Водночас з прийняттям цього закону необхідно було б провести процедуру ратифікації цих конвенцій Верховною Радою України. Згідно з міжнародним правом, громадяни кожної країни, що ратифікували Конвенцію (№ 130, 1969 р.), повинні отримувати (стаття 13), наприклад, стоматологічну допомогу, якщо це не передбачено національним законодавством. Проте, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» від 11 липня 2002 р. № 955, державними та комунальними закладами охорони здоров'я надається безоплатна невідкладна стоматологічна допомога у повному обсязі — дітям, інвалідам, пенсіонерам, студентам, вагітним, а також жінкам, які мають дітей до 3 років.

Пріоритетність розвитку української СОЗ на засадах первинної (сімейної) медицини стосується і залучення ССДН у цей реорганізаційний процес, який в Україні ще не набув широкого впровадження, як того вимагають «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України», затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, п. 16; доручення Президента України від 05.01.04 р. за № 1-1/22 і Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», через наявність організаційно-

управлінських прорахунків.

На думку В. М. Лехана (2002), розробка стратегії переходу до СОЗ на засадах сімейної медицини не повинна обмежуватися розв'язанням медико-технологічних проблем. Відповідно до конкурентного середовища потрібна адекватна підготовка лікарів-стоматологів, у т. ч. загальної практики. Вони повинні бути не тільки клініцистами, а й організаторами-управлінцями стоматологічної допомоги для своїх пацієнтів.

Визначення ідеології та механізмів планування, підготовки та шляхів здійснення реструктуризаційних або реорганізаційних заходів, удосконалення моделей і схем діяльності будь-якої керованої системи, наприклад первинної ССДН чи роботи стоматологічних закладів, може здійснюватися більш ефективно при вивченні думки безпосередніх учасників (посадових осіб, медичних працівників і населення) як суб'єктів цих процесів. Особливої актуальності це набуває в державній соціальній керованій системі, тому що далеко не завжди концепції та реформи знаходять розуміння і підтримку, перш за все, медичних працівників й управлінського персоналу, а також громадськості, про що свідчать дані соціологічного дослідження.

Так, 72,5 % респондентів лікарів-стоматологів не вважають за доцільне надалі залишати без тих чи інших перетворень чинну ССДН. При цьому причиною необхідності реорганізаційних процесів респонденти вважають такі наявні її організаційні вади, як-от: нецільність штатної структури стоматологічної служби (31,1 % при $m \pm 2,7$); неадекватність амбулаторної (41,1 % при $m \pm 2,8$) і стаціонарної (36,1 % при $m \pm 2,8$) СД; неефективність управління (54,6 % при $m \pm 2,9$) через невикористання на практиці основ менеджменту (52,0 % при $m \pm 2,9$), а також браку



відповідної професійної підготовки керівного та лікарського складу тощо.

Подальше функціонування ССДН, як вважають опитувані громадяни, потребує відповідного реформування чинної стоматологічної служби (рисунок).

Як показують результати соціологічного дослідження, більшість (60,0 %) респондентів є прихильниками реформації міської системи стоматологічної допомоги населенню, з яких 29,8 % вважають за необхідне проведення всебічних реорганізаційних змін, а 30,2 % — лише незначних трансформацій. Тільки 15,1 % респондентів не є опонентами можливих реформ у стоматології, а 24,9 % — ще не склали остаточної думки, тобто вагалися з відповіддю.

Відмічена закономірність: кількість прихильників реформ у ССДН, як і її противників, є, фактично, аналогічною серед чоловіків і жінок, на що вказують незначні розбіжності між цими групами за величиною питомої ваги: серед чоловічого населення прибічниками реформ були 50,7 %, а серед жіночого — 61,6 %.

Отже, системний аналіз опрацьованих літературних джерел дає підстави ствержувати, що сьогодні ще не одержали наукового обґрунтування напрямки діяльності розвитку та системи стоматологічної допомоги населенню на засадах управління якістю, сімейної медицини та менеджменту, як і чіткого визначення понятійного апарату, адекватного законодавчо-нормативного і фінансового супроводження в її функціонуванні тощо.

Висновки

1. Історико-логічний аналіз опрацьованих літературних джерел дозволяє ствержувати, що протягом останніх 10–15 років проблеми реструктуризації чинної міської амбулаторної системи стоматологічної служби міському населенню, організації стоматологічної допомоги населенню і послуг на засадах сімейної медицини і системи управління якістю відповідно до стандарту ISO 9001 та наукових основ управління комплексно не розглядалися. При цьому в системі стоматологічної допомоги населенню достатньо ґрунтовно

досліджувалися такі питання: формування національної організаційної моделі з використанням історичного аспекту; механізми організації системи стоматологічної допомоги; епідеміологія стоматологічних захворювань, методика їх дослідження, вивчення основних показників діяльності, фінансового і кадрового забезпечення та надання гарантованого її обсягу у відповідності до відомчих критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях тощо.

2. Як можливі напрямки перспективного розвитку амбулаторної стоматологічної допомоги міському населенню слід визначити такі:

а) вивчення сучасного стану управління всіма складовими системи стоматологічної допомоги населенню України;

б) обґрунтування моделей оптимізованих схем організації функціонування складових інфраструктури стоматологічної служби, системи управління якістю відповідно до стандарту ISO 9001:2000 та управлінської діяльності на засадах підходів державного управління, сучасного менеджменту й принципів сімейної медицини.

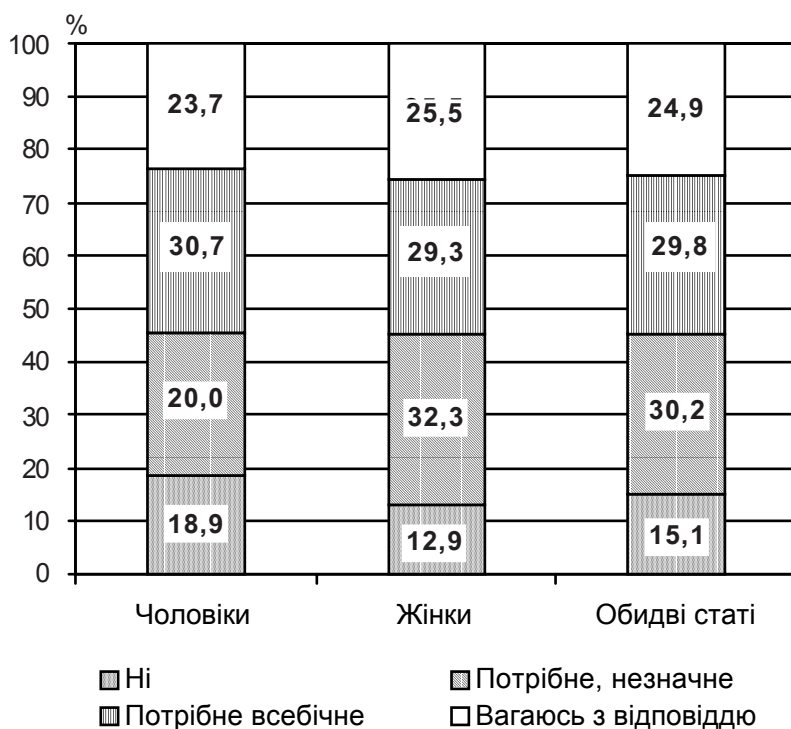


Рисунок. Ставлення населення до реформування стоматологічної служби м. Одеси, %

ЛІТЕРАТУРА

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Посібник // За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 680 с.

2. Лучкевич В. С. Основи соціальної медицини і управління здравоохранением: Учеб. пособие. — СПб.: СПбГМА, 1997. — 184 с.

3. Про «Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки»: Указ Президента України від 21.05.2002 № 475/2002.

4. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р., № 955 // Стоматолог. — 2002. — № 8 (52). — С. 8-9.

5. Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та



III рівнях (амбулаторна допомога): Наказ МОЗ України від 22 листопада 2000 р., № 305 // *Стоматолог.* — 2001. — № 1–2 (33–34). — С. 11–12.

6. Бирюков В. С., Журавель В. В. Медико-технологические стандарты 3-го поколения: концептуально-методологический подход в свете требований международных стандартов качества ISO 9000 // *Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я: напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров'я (до 80-річчя кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я): Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. 18-19.09., м. Одеса, 2003 р.* — Одеса: ОДМУ, 2003. — С. 209–216.

7. *Стандарти акредитації лікувально-профілактичних закладів Ук-*

раїни. — К.: МОЗ України, 1998. — 100 с.

8. Косенко К. М., Бахуринський Ю. М., Пашківська Л. А. Впровадження медико-економічного стандарту в практику стоматології // *Вісник стоматології.* — 1999. — № 2. — С. 43

9. ДСТУ ISO 9001–2001. Державний стандарт України системи управління якістю. Вимоги / *Quality management systems. Requirements* // Чинний від 2001–10–01. — К.: Стандарти, 2001. — 24 с.

10. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. — К.: Сфера, 2002. — 28 с.

11. Чорномаз В. Ц. Обґрунтування моделі реструктуризації діяльності та механізмів державного уп-

равління системою первинної медико-санітарної допомоги населенню міста // *Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр.* — Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2004. — № 2 (18). — С. 151–165.

12. Журавель В. И. Куроедов Л., Журавель В. В. Договорное медицинское страхование как альтернативная система медицинской помощи гражданам // *Ліки України.* — 2000. — № 9. — С. 9–12.

13. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. — М.: Центр, 1998. — 336 с.

14. *Разработка и использование новых методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи* / А. И. Закиров, Л. Е. Исакова, Р. М. Зелькович и др. — Кемерово: Програма ЗдравРеформ, 1996. — 125 с.

УДК 616.315-007.254-055.7-036.22

Ф. Каринчи¹, Н. Олейник², Ф. Педзетти³, М. Мартинелли⁴,
А. Авантаджиато¹, П. Каринчи³, Э. Падула⁵, У. Бачильеро⁵, Ф. Гомбос⁶,
Г. Лейно⁶, Р. Рулло⁶, Р. Чензи⁷, Ф. Карлс⁸, Л. Скаполи⁴

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сообщение 2

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии, школа медицины университета г. Феррара (Феррара, Италия); ²Кафедра челюстно-лицевой хирургии Одесского государственного медицинского университета (Одесса, Украина); ³Центр молекулярной генетики, Фонд CARISBO, Институт гистологии и общей эмбриологии, школа медицины университета г. Болонья (Болонья, Италия); ⁴Департамент морфологии и эмбриологии, секция гистологии и эмбриологии, Центр биотехнологии университета г. Феррара (Феррара, Италия); ⁵Отдел челюстно-лицевой хирургии, Гражданский госпиталь (г. Виченца, Италия); ⁶Дентальная клиника, Второй университет г. Неаполя, (Неаполь, Италия); ⁷Кафедра челюстно-лицевой хирургии, Гражданский госпиталь г. Ровиго (Ровиго, Италия); ⁸Кафедра челюстно-лицевой хирургии, Госпиталь Джона Редклифа (Оксфорд, Великобритания)

МОДЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЖИВОТНЫХ

Исследования на крысах были предложены для изучения влияния различных препаратов на развитие эмбриональной патологии и намного

позже стали использоваться для получения информации о генах и биохимических процессах. Анализ результатов исследования на животных затруднен тем, что несиндромная расщелина губы у мышей является генетически поли-

морфной и отличается от врожденной расщелины неба [1].

Стероиды

Расщелина губы и расщелина неба индуцируются в потомстве мышей, которым в период беременности вводят

