

Зозуля І. С.<sup>1</sup>, Дорошенко О. М.<sup>1</sup>, Волосовець А. О.<sup>1</sup>, Волосовець Т. М.<sup>1</sup>, Тростянський Я. В.<sup>2</sup>

# Нейростоматологія: деякі стоматологічні симптоми в клініці неврології та кардіології. Надання невідкладної допомоги

<sup>1</sup> Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,

<sup>2</sup> Вроцлавський мед університет, Польща.

**Резюме.** Нейростоматологія — наука, яка розглядає ураження різних відділів нервової системи (центральної і периферичної) симптоматика яких проявляється у порожнині рота. Інколи ці захворювання розпізнавати надто важко навіть досвідченим спеціалістам. Стаття ґрунтується на великому клінічному матеріалі з досвідом авторів, даних вітчизняної й закордонної літератури.

Ми вже розглядали питання нейростоматологічних захворювань і синдромів при ураженні системи черепних нервів, вегетативної нервової системи [2]. У цій роботі ми заклали ціллю розглянути стоматологічні симптоми та синдроми при захворюваннях нервової системи.

**Матеріал та методи дослідження.** Ми обстежили та пролікували 270 хворих в неврологічній стоматологічній та кардіологічній клініках. Було 170 жінок і 100 чоловіків віком від 30 до 74 років, різних професій. Проводились клінічне обстеження (кардіологом, стоматологом, неврологом), лабораторні методи (загальний аналіз крові, С-реактивний білок, біохімічні дослідження крові, цукор крові та інші), нейровізуалізаційні методи (КТ, МРТ, рентгенографія, УЗД). Проведено порівняльну характеристику, статистичну обробку дослідження.

**Ключові слова:** нейростоматологія, нейровізуалізаційні методи, КТ, МРТ, рентгенографія, УЗД, гіпертензія, атеросклероз, невралгія, лейкоз.

## Вступ

Захворювання нервової системи можуть призводити до розвитку змін у порожнині рота і в ділянці обличчя. Серед них частіше зустрічаються больові й вегетативні синдроми, рідше трофічні та дегенеративні зміни. Часто спостерігаються больові синдроми у ділянці обличчя та порожнині рота [1–4].

## Матеріал та методи дослідження

Нами обстежено та проліковано 270 хворих у неврологічній стоматологічній та кардіологічній клініках. Було 170 жінок і 100 чоловіків віком від 30 до 74 років, різних професій. Проводились: клінічне обстеження (кардіологом, стоматологом, неврологом), лабораторні методи (загальний аналіз крові, С-реактивний білок, біохімічні дослідження крові, цукор крові та інші), нейровізуалізаційні методи (КТ, МРТ, рентгенографія, УЗД). Проведено порівняльну характеристику, статистичну обробку дослідження.

Все наведене дало можливість об'єктивно оцінити нейростоматологічні синдроми й синдромокомплекси при кардіологічних захворюваннях і хворобах нервової системи, дати їм оцінку та

визначитися із наданням невідкладної медичної допомоги.

**Нейростоматологічні синдроми при кардіологічних захворюваннях.** Артеріальна гіпертензія. Біль у ділянці обличчя може проявлятися вже на початку гіпертонічної хвороби й бути частиною цефалгічного синдрому. Біль часто носить непостійний пульсуючий характер, дифузний без чіткої локалізації. На пізніших стадіях больовий синдром охоплює лобну ділянку, верхню щелепу, скронево-тім'яну, потиличну ділянки та найчастіше пов'язаний із підйомом артеріального тиску. При зниженні артеріального тиску біль зменшується і зникає. Цей больовий синдром може підсилюватися при фізичному перевантаженні, перебуванні у спекотному приміщенні, довгому стоянні, зловживанні деякими продуктами (алкоголь, кава).

Діагностика цього больового синдрому будується на чітко зібраному анамнезі, об'єктивному огляді (кардіолога та невролога), контролі артеріального тиску. Вже на більш виражених стадіях ми можемо визначити зміни в нервовій системі у вигляді анізорефлексії, порушенні чутливості, координації.

Під час виникнення гіпертонічних кризів, синкопальних станів у хворих з'являються зони гіперестезії в лобних ділянках, щелепі. Під час кризи можуть бути больові відчуття навколо очей, у зубах верхньої щелепи, а якщо болі локалізуються у потиличній ділянці — і в зубах нижньої щелепи [8].

**Невідкладна допомога.** В першу чергу — це контроль артеріального тиску, застосування антигіпертензивних препаратів під контролем артеріального тиску (АТ). При больовому синдромі застосування анальгетиків (кеторолак, декскетопрофен тощо), седативних засобів (гідазепам), провести санацію порожнини рота.

**Нейростоматологічні синдроми при церебральному атеросклерозі.** Болі обличчя подібні до таких при гіпертонічній хворобі. Проте при атеросклеротичному ураженні судин головного мозку або порушенні мозкового кровообігу може виявлятися недостатність функції черепних нервів, головним чином лицевого і під'язичного, трійчастого нерва (його гілок). Виражений больовий симптомокомплекс в області обличчя розвивається при порушенні кровообігу в області ядра трійчастого нерва. У хворих з'являються болі, які нагадують невралгію трійчастого нерва, і вони мало піддаються лікуванню карбомазепіном. При виражених атеросклеротичних змінах судин у порожнині рота можуть виникати трофічні зміни слизової оболонки. Об'єктивно це проявляється чітким малюнком судин м'якого піднебіння, передніх піднебінних дужок, розширення вен язика. Змінюється колір язика [5, 6, 9].

**Невідкладна допомога.** Показані протисклеротичні препарати, зокрема статини, спазмолітики, еуфілін, папаверин, антиагреганти (клопідогрель).

**Нейростоматологічні симптоми й синдроми при захворюваннях серця та аорти.** Так, при перикардиті може розвинути стеноз верхньої порожнинної вени, що супроводжується набряком обличчя, розширенням підшкірних вен. Виникають головні болі, запаморочення, ністагм, нудота. Можуть бути парези окремих черепних нервів. При ендокардитах можуть спостерігатися гіперкінези м'язів обличчя, язика, гортані, жувальної мускулатури.

При ураженні дуги аорти може виникнути осиплість голосу, кашель в результаті компресії *n. recurrens*. Може проявитися симптом Горнера [8].

**Нейростоматологічні синдроми при деяких неврологічних захворюваннях.** Найчастіше нейростоматологічні синдроми виникають при мігрені. Захворювання проявляється пароксизмальними нападами гемікранії (скронево-очна

ділянка) зазвичай на тому самому боці. Часто спостерігаються передвісники у вигляді звукових або зорових галюцинацій. Пацієнти можуть бути роздратовані. Турбують болі не тільки в скроневої ділянці, але може бути іррадіація у верхню щелепу, зуби. Спостерігається закладеність носа, нудота, блювання. У деяких випадках спостерігається периорбітальний набряк, звуження очної щілини. Біль зазвичай інтенсивний, може тривати 2–3 доби. Може розвинути мігренозний статус. У неврологічній практиці також спостерігається офтальмічна мігрень, для якої характерна аура у вигляді зорових галюцинацій, «зигзагів» в очах або «мідних дротів» (ззовні очного дна), рідше — монокулярні скотоми. Можуть спостерігатися геміпарестезії, дисфагія, диспепсія. Біль може бути максимальним 1,5–2 години й охоплює половину голови. В окремих випадках біль двобічний, супроводжується нудотою і блюванням. Хворі відчують різні неприємні відчуття у ділянці серця, подразливість. Часто напад закінчується блюванням. Напад може закінчитися під час сну.

**Лицьова форма мігрені.** Вона подібна до невралгії трійчастого нерва. Захворювання частіше зустрічається у жінок 20–30 років, може мати сімейний характер. Часто напади спостерігаються на тлі гіпотонії. Напад починається з лицевого болю з одного боку, але може бути і з обох боків. Зазвичай це трапляється 1–2 рази на місяць. Напади продовжуються від години до 2–3 діб. Біль має пульсуючий характер. Максимальний біль спостерігається в лобній та скроневої ділянках. Біль іррадіює у потиличну ділянку, верхню і нижню щелепу, вухо. На висоті болю він розповсюджується на все обличчя, особливо у зуби, шию. Провокаційними факторами є перегрівання, перевантаження, нервово-психічні стани. В основі розвитку захворювання лежить спадковість [4, 5].

**Невідкладна допомога.** Медикаментозна терапія краще допомагає, якщо її розпочати на початку нападу. З препаратів кращими є похідні дигідроерготаміна (2–4 мг), таблетовані або ін'єкції (1 мл підшкірно). Існують комбінації ерготаміну із кофеїном (номігрэн). Можна застосовувати анальгетики, ацетилсаліцилову кислоту, нестероїдні протизапальні препарати. Призначають препарати беладоїни, валеріани (болгарська валеріана). При сильному больовому синдромі вводять галоперидол 0,5 % 0,5–1 мл внутрішньом'язово. Застосовують протиблювотні препарати, транквілізатори (гідазепам 0,02, діазепам 0,5 % — 2 мг).

**Періодична мігренозна невралгія.** Захворювання зустрічається частіше в чоловіків до 40 років. Відзначається значним больовим синдромом

мом. Добре знімають напад транквілізатори, такі як діазепам 0,02 1 табл. 2 рази на добу або 2 мл 5 % розчин внутрішньом'язово.

**Періодична мігренозна невралгія (хвороба Хортон-Гаррісона).** Частіше хворіють чоловіки віком до 40 років. Напади болю в обличчі виникають гостро, без будь-яких причин. Болі локалізуються у ділянці скроні й у глибині очної щілини. Часто біль іррадіює у щелепи (скоріше у верхню), вухо, шию, інколи потилицю. Болі довго не змінюють своєї локалізації, мають тиснучий, пульсуючий характер. Відмічається гіперемія, кон'юнктиви, слезотеча, слинотеча, набряк обличчя. Напад супроводжується психомоторним збудженням. Перебіг нападу від 5–10 хв до 1 години. Для цієї хвороби характерна циклічність. Загострення спостерігається 1–2 рази на рік в той самий час доби. Вважають, що загострення пов'язані з підвищенням в організмі гістаміну [7].

**Невідкладна допомога.** Призначають ерготаміну гідротартрат 1 табл. 2–3 рази на добу, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП).

**Скроневий артеріїт.** Захворювання проявляється у віці 60 років. Біль, який локалізується у скроневій області з одного боку. Біль збільшується при жуванні, розмові, кашлі. Частіше хворіють жінки. З часом спостерігається розширення артерій у скроневій зоні. Під час нападу відмічається пульсація цих артерій, підіймається температура до субфебрильних цифр і лейкоцитоз. У цих хворих частіше спостерігається порушення мозкового або коронарного кровообігу. Скроневий артеріїт розглядається деякими авторами як доброякісна форма колагенози (гігантсько-клітинний артеріїт) [8].

**Невідкладна допомога.** Призначають НПЗП, солу-медрол, преднізолон по 20–40 мг на добу, глюкокортикоїди в підтримуючих дозах, бо при їх скасуванні можуть бути рецидиви захворювання.

**Нейростоматологічні синдроми при захворюваннях хребта.** Йдеться скоріше про патологію шийного відділу хребта (остеохондроз, травма), які супроводжуються болем, порушенням чутливості у ділянці обличчя і рота. Часто зустрічають цілий симптомокомплекс при захворюваннях хребта: задній шийний симпатичний синдром, синдром хребтового нерва, синдром симпатичного сплетіння хребтової артерії, шийна мігрень, синдром Барре-Льєу. Захворювання характеризується цілим симптомокомплексом: поєднання порушень чутливості із зоровими, кохлео-вестибулярними й вегетативно-судинними розладами. Виникають болі й парестезії у потиличній ділянці голови, шії, іррадіюють у скроневу, виличноскроневу ділянку, можуть розповсюджуватись на всю половину обличчя, верхню й нижню щелепу, зуби, орбіту,

вухо. Біль може, навпаки, починатися з обличчя і переходити у потиличну область шії. Характер болю може бути найрізноманітніший, від тупого до печучого, інколи пульсуючого характеру. Ба більше, можуть турбувати запаморочення, нудота, блювання, шум і дзвін у вухах. Часто хворим ставлять діагноз «невралгія трійчастого нерва». У механізмі формування симптомокомплексу мають значення дегенеративні зміни у шийному відділі хребта (остеохондроз, деформуючий спондиліоз). Вони призводять до венозного застою, набряку, стиснення хребтових артерій з їх симпатичними сплетеннями.

**Невідкладна допомога.** Застосовують шийний комірць по 3–4 години на день, нестероїдні протизапальні препарати (кеторолак внутрішньом'язово або у таблетках, декскетопрофен внутрішньом'язово, диклофенак). При стійкому больовому синдромі — глюкокортикоїди (преднізолон). В лікувальний комплекс включають десенсибілізаційні, судинорозширювальні, протинабрякові препарати. Пацієнтам рекомендовано спати на твердому матраці з низькою подушкою.

**Шийний корінцевий синдром та невралгія потиличного нерва.** Ці синдроми зумовлені також шийним остеохондрозом, після перенесеної травми. Біль тупий, з'являється переважно вранці, після сну, іррадіює у потиличну ділянку, обличчя, скроні, плечовий пояс.

**Невралгія великого й малого потиличних нервів.** Великий потиличний нерв являється гілкою задньої гілки другого шийного нерва, а малий потиличний і вушний нерви виходять із шийного сплетення. При цьому може спостерігатися і лицьовий біль, болі у щелепах, зубах, у результаті наявності нейроанастомозів між великим потиличним нервом і трійчастим. Больовий симптомокомплекс виникає зазвичай без видимої причини. Біль тупого характеру з'являється у потиличній ділянці, обличчя, нижній щелепі. Інколи біль поширюється у надключичну ділянку, шию і навіть лопатку. Провокаційними факторами можуть бути переохолодження, травми, інтоксикації, різкі рухи у шийному відділі хребта, рефлекторна напруга потиличних і шийних м'язів. Значний біль виникає і має хронічний перебіг, коли залучається трійчастий нерв (II, III гілки), зокрема в зоні іннервації вушно-скроневого нерва.

**Невідкладна допомога.** Призначають анальгетики, НПЗП, вітаміни групи B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, гідрокортизон 25 мг в 10 мл 0,5 % розчину новокаїну, димедрол. Лікувальна фізкультура (ЛФК), фізіотерапевтичні процедури.

**Синкопальний вертебральний синдром ("drop attacks").** Симптомокомплекс розвива-

ється при шийному остеохондрозі, спондиллозі. Частіше виникає у людей старших вікових груп при судинній недостатності, артеріальній гіпертензії. У хворих з'являються запаморочення, двоїння в очах, шум у вухах, головний біль. При поворотах голови виникає втрата свідомості й хворий може впасти. Після відновлення свідомості у хворих з'являється різка гіпотонія у нижніх кінцівках, що підтверджує залучення в процес стовбура головного мозку на рівні перехрестя пірамід. При поворотах голови може виникати короткочасна слабкість в кінцівках, яка й визначається в англійській літературі, як "drop attacks" – приступи падіння.

**Невідкладна допомога.** Необхідне клінічне обстеження хворих та проведення МРТ або СКТ. При нападах призначають симпатотонічні препарати: ефедрин 0,4 – 1 мл 5 % розчину, мезатон 1 мл 1 % розчину підшкірно, норадреналін. Рекомендована госпіталізація в лікувальний заклад.

**Захворювання внутрішніх органів як фактор ризику нейростоматологічних синдромів.** *Захворювання легень.* Хронічні неспецифічні захворювання легень призводять до хронічної дихальної недостатності, яка своєю чергою призводить до церебральної гіпоксії й ураження нервової системи. Такі захворювання, як бронхіти, пневмонії, пневмосклероз, бронхоектатична хвороба, можуть сприяти виникненню ураження лицьового нерва, під'язичного, призводити до зниження або відсутності корнеального і глоткового рефлексів. З'являються головні болі, інколи судомні напади, особливо при кашлі та навіть втрата свідомості (беталепсія), болі й печія в ротовій порожнині, зубах. Після лікування патології легень ці симптоми зникають.

*Захворювання підшлункової залози.* Це захворювання призводить до цукрового діабету і його загрозливих наслідків. Уражаються рухові нерви, чутливість, вегетативна система, розвивається хронічне порушення мозкового кровообігу. Спостерігається офтальмоплегія, параліч лицьового нерва, тригемінальні невралгії. У 30 % хворих розвиваються катаральні гінгівіти, а у деяких хворих навіть геморагічна форма гінгівіту, дифузний катаральний стоматит.

**Невідкладна допомога** полягає в лікуванні цукрового діабету.

**Захворювання нирок.** При нефропатіях (будь-якого генезу) уражається головний мозок, судини, можуть бути епілептичні напади. Зі сторони стоматології завдяки затримці урохрому і наявності анемії з'являється жовта окраска слизової порожнини рота, легкого і твердого піднебіння, щік, губ. Може розвинути «гландулярна форма стоматиту».

Періодично у хворих настає втрата мови, зору, міоклонічні посмикування, ураження лицьового і під'язичного нервів.

**Невідкладна допомога** полягає в лікуванні ниркового захворювання.

**Хвороба крові та кровотворних органів.** Найчастіше це хвороба Адісон-Бірмера –  $V_{12}$  (фолієво)-дефіцитна анемія. Крім ураження нервової системи (наявні рухові та чутливі порушення) до ступеня парезів і паралічів, спостерігаються симптоми зі сторони порожнини рота, і зокрема язика (поколювання, печія). Язик яскраво-червоний. При прогресуванні захворювання настає атрофія сосочків язика, розвиваються явища глоситу (синдром Хантера), язик стає гладеньким, полірованим. У хворих може розвинути атрофія зорових нервів з центральною скотоною.

**Невідкладна допомога.** Лікування анемії. Призначають великі дози вітаміну  $V_{12}$  (500–1000 мкг) внутрішньом'язово, фолієву кислоту по 5 мг в день. Підтримувальна доза вітаміну  $V_{12}$  100–200 мкг протягом декількох місяців. Можна застосовувати ціанокоболамін 50 мкг 1–2 міс. Порожнину рота необхідно обробляти анестезійними розчинами.

**Лейкози.** При лейкозах хворих турбують головні болі, ураження черепних нервів (трійчастого, лицьового, слухового, язико-глоткового, блукаючого). Розвиваються виразково-некротичні процеси в різних місцях слизової оболонки порожнини рота (гінгівіт, глосит). Ясна покриваються темним нальотом, кровоточать. Ведучим симптомом при лейкозах є кровотечі зі слизових оболонок. Відмічається збільшення лімфатичних вузлів, швидка втрата маси тіла, збільшення печінки й селезінки, крововиливи у шкіру й слизові оболонки. Лікування лейкозів проходить у спеціалізованих клініках.

**Лімфогранулематоз.** При цьому захворюванні розвиваються стійкі невралгії й невротії в результаті стиснення нервових стовбурів лімфатичними вузлами. Виникають паралічі окорухових нервів, двобічне ураження лицьового нерва, ураження трійчастого та слухового нервів. Спеціальне лікування проводять в спеціалізованих стаціонарах.

## Висновки

Нейростоматологічні синдроми спостерігаються при різних захворюваннях нервової й соматичної систем. Хворі повинні бути ретельно обстежені клінічно і за допомогою нейровізуалізаційних методів (СКТ, МРТ), необхідна консультація суміжних спеціалістів: невролога, стоматолога, нейрохірурга, окуліста, отоларинголога.

## ПОСИЛАННЯ

1. Zozulya I., Volosovets A., Volosovets T., Trostyanskyi Y. (2023). Some problems of diagnosis and emergency care in neurostomatology. *Ukrainian Medical Journal*, 1(153), Vol. 2, 13–19. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.153.241096>.
2. Zozulya I., Volosovets A., Volosovets T., Doroshenko O., Trostyanskyi Y. (2024). Features of trigeminal nerve damage in dental practice: emergency care. *Actual Dentistry*, 1(118), 119–123. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-1-119>
3. Patel, R. (2024). Neuroscience for Dentistry. *BDJ Student*. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41406-024-1369-8>
4. Giffin, Bruce & Drake, Richard. (2000). Gross anatomy of the head and neck and neuroscience in an integrated first-year medical school curriculum. *The Anatomical Record*, 261. 89–93. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0185\(20000415\)261:2<89::AID-AR9>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0185(20000415)261:2<89::AID-AR9>3.0.CO;2-4).
5. Klueber, Kathleen. (2003). Neuroanatomy for the Dentist in the Twenty-First Century. *Journal of dental education*. 67. 366–9. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2003.67.3.tb03637.x>

### Neurodentistry: Some Dental Symptoms and Emergency Care in Case of Neurological and Cardiological Pathology

Zozulya I.<sup>1</sup>, Doroshenko O.<sup>1</sup>, Volosovets A.<sup>1</sup>, Volosovets T.<sup>1</sup>, Trostyanskyi Y.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Shupyk National University of Healthcare of Ukraine,

<sup>2</sup> Wrocław Medical University, Poland.

**Summary.** Neurodentistry is a science that deals with the lesions of various parts of the nervous system (central and peripheral) and their symptoms in the oral cavity. Sometimes, it is too difficult to recognize these diseases, even for experienced professionals. The article is based on extensive clinical material, including the authors' experience and domestic and foreign literature data.

We have already considered the issue of neurodental diseases and syndromes in the cranial nerves and autonomic nervous system. In this work, we set out to consider dental symptoms and syndromes in nervous system diseases.

**Material and methods of the study.** We examined and treated 270 patients in neurological, dental, and cardiological clinics. 170 women and 100 men aged 30 to 74, of various professions. A clinical examination was performed (by a cardiologist, dentist, or neurologist), laboratory methods (complete blood count, C-reactive protein, biochemical blood tests, blood sugar, etc.), and neuroimaging methods (CT, MRI, X-ray, ultrasound). A comparative characteristic and statistical processing of the study were performed.

**Keywords:** neurostomatology, neuroimaging methods, CT, MRI, radiography, ultrasound, hypertension, atherosclerosis, neuralgia, leukemia.

**Зозуля Іван Савович** — доктор медичних наук, професор, професор кафедри медицини невідкладних станів НУОЗ України імені П. Л. Шупика, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. тел.: +38(067) 211-2020. E-mail: [ivanzozulia2015@gmail.com](mailto:ivanzozulia2015@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8496-9876>

**Дорошенко Олена Миколаївна** — доктор медичних наук, професор, професор кафедри ортопедичної стоматології, цифрових технологій та імплантології НУОЗ України імені П. Л. Шупика, Київ, вул. Пимоненка 10А  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8859-3610>

**Волосовець Антон Олександрович** — доктор медичних наук, професор, зав. кафедри медицини невідкладних станів НУОЗ України імені П. Л. Шупика, Київ, вул. Дорогожицька, 9. тел.: +38(066) 225-5825. E-mail: [ntaro.emergency@gmail.com](mailto:ntaro.emergency@gmail.com). тел.: +38(066)127-6174.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5225-1480>

**Волосовець Тетяна Миколаївна** — доктор медичних наук, професор, професор кафедри стоматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика, Київ, вул. Пимоненка 10А, Тел.: +38(066) 225-5825. E-mail: [tvolosovets@ukr.net](mailto:tvolosovets@ukr.net). тел.: +38(066)225-5825.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9950-3748>

**Тростянський Ярослав Володимирович** — студент Вроцлавського медичного університету, Польща.  
Тел.: +38(067) 261-0771

Стаття: надійшла до редакції 23.10.2024 р. — прийнята до друку 15.11.2024 р.

# Хлопці дуже на нас розраховують! Ми не маємо права їх підвести!

«Ортобаггі» – це спільний проект ортодонтів України з благодійним фондом АЛЕКС ВЕКТОР. Ортобаггі – машини зібрані на кошти ортодонтів та дилерів ортодонтичної продукції. Вагомий внесок зробила почесний президент АОУ М. Дрогомирецька – 70 тис. грн., та АОУ – 100 тис. грн.

Якщо Ви небайдужі до нашого проекту, долучайтеся до збору коштів та продовжуємо разом допомагати нашим бійцям на фронті – приєднуйтеся!  
Перший Ортобаггі вже знищує ворога на передовій!



## ОРТОБАГГІ



Найменування отримувача:  
**БО БФ АЛЕКС ВЕКТОР**

Код отримувача:  
**44685718**

Рахунок отримувача:  
**UA323052990000026006005023733**

Назва банку:  
**АТ КБ "ПРИВАТБАНК"**

Всі бажаючі будуть висвітлені в окремому списку, хто надіслав донати.  
Скрини донатів надсилайте куратору проекту на Viber.  
З повагою, куратор проекту допомоги ортодонтів ЗСУ  
Суздальцев Олег 050 469 40 65

# СУЧАСНА 6(123)2024 СТОМАТОЛОГІЯ

A C T U A L D E N T I S T R Y

[www.dentalexpert.com.ua](http://www.dentalexpert.com.ua)

