

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2026-3-PSDN-1>

УДК 613.6:614.253.1/.2:616.31-051]:614.893(045)

*Ірина Рижова<sup>1</sup>, Вадим Скібіцький<sup>2</sup>*<sup>1</sup> Кафедра офтальмології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна<sup>2</sup> Кафедра ортопедичної стоматології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

# Поширеність уражень органу зору у професійній практиці лікаря-стоматолога та їх профілактика

## Частина 2<sup>1</sup>

▷ **Актуальність.** Ураження передньої поверхні ока у лікарів-стоматологів можуть проявлятися у вигляді сторонніх тіл кон'юнктиви та рогівки, травматичних ерозій, кон'юнктивітів, кератитів та інших патологічних станів [7–9]. Заслуговує на увагу також проблема ушкодження очей лікарів-стоматологів під час препарування бічної групи зубів під незнімні ортопедичні конструкції. Саме цей етап стоматологічного втручання супроводжується тривалим і глибоким препаруванням, значним обсягом видалення твердих тканин зубів, інтенсивним утворенням аерозольної хмари та поширенням дрібнодисперсних частинок у робочій зоні. За таких умов є висока ймовірність потрапляння сторонніх тіл та інфікованого матеріалу на передню поверхню ока [10–12].

Метою нашої роботи було проаналізувати особливості ураження передньої поверхні очей у лікарів-стоматологів під час препарування бічної групи зубів під незнімні ортопедичні конструкції залежно від засобів захисту очей, що використовувалися, та ергономіки.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося у період з січня 2024 року до січня 2026 року на кафедрі ортопедичної стоматології та кафедрі офтальмології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, (м. Київ).

У дослідженні взяли участь 48 лікарів-стоматологів, під час проведення препарування зубів бічної групи під незнімні ортопедичні конструкції. Залежно від типу засобу захисту органу зору, всі лікарі були розділені на три групи:

група I — 16 лікарів, засіб захисту — захисні окуляри звичайні;

група II — 16 лікарів, засіб захисту — захисні окуляри з бічним захистом та регульованою довжиною дужки для забезпечення оптимального прилягання;

група III — 16 лікарів, засіб захисту — щиток стоматологічний.

**Результати.** У лікарів-стоматологів, які проводили тривале глибоке препарування бічної групи зубів, було виявлено травматичні ушкодження сторонніми тілами (твердими тканинами зубів) кон'юнктиви та рогівки, інфікування очей м'якими зубними відкладеннями, біологічно активними рідинами та аерозолями. Загалом патологію діагностовано у 9 лікарів (12 очей), що становить 18,75 % від загальної кількості обстежених (у трьох клініцистів було уражено обидва ока). У першій групі ураження передньої поверхні очей виявлено у 4 лікарів (25,0 %), у другій — у 2 (12,5 %), а в третій — у 3 (18,8 %). Ураження очей у лікарів-стоматологів, які брали участь у дослідженні, при препаруванні бічної групи зубів склало 18,75 %, а при роботі з фронтальною групою — 20,4 % [15]. Ця різниця зумовлена положенням голови пацієнта відносно лікаря, об'ємом дрібнодисперсних частинок тканин зубів, що препаруються, та меншим кутом поширення аерозолію, ніж при препаруванні фронтальної групи зубів.

**Висновки.** Прості захисні окуляри без бічного захисту, що їх використовували лікарі першої групи в нашому дослідженні, недостатньо захищають очі про що свідчить висока частота їх ушкоджень (25,0 %) порів-

<sup>1</sup> Частина I статті «Поширеність уражень органу зору у професійній практиці лікаря-стоматолога та їх профілактика» див.: «Сучасна стоматологія», 2025, № 1, с. 55–59. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-1-55>.

няно з застосуванням захисних щитків (18,75 %) та окулярів з бічним захистом та регульованою довжиною дужок (12,5 %) відповідно.

**Ключові слова:** препарування бічної групи зубів, ушкодження очей, засоби індивідуального захисту органу зору.

Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.uk>



## Вступ

Професійна діяльність лікаря-стоматолога завжди пов'язана з впливом комплексу несприятливих виробничих чинників, серед яких важливе місце посідають травматичні та запальні ураження передньої поверхні очей. У стоматологічній практиці ризик ушкодження очей зумовлений поєднаною дією механічних, фізичних, хімічних та біологічних агентів, що виникають під час виконання лікувально-діагностичних маніпуляцій [1–3].

Орган зору має виняткове значення для професійної діяльності лікаря-стоматолога, оскільки саме високий рівень візуального контролю забезпечує точність маніпуляцій, безпеку втручання та якість стоматологічного лікування. Водночас під час стоматологічного прийому виникають умови для постійного контакту поверхні ока лікаря з мікрочастинками твердих тканин зубів, водно-повітряним спреєм, аерозолями, біологічними рідинами та компонентами стоматологічних матеріалів [3, 4].

Найбільш уразливими анатомічними структурами при цьому є кон'юнктива та рогівка ока, які безпосередньо контактують із зовнішнім середовищем і першими зазнають впливу ушкоджувальних чинників.

Ураження передньої поверхні ока у лікарів-стоматологів можуть проявлятися у вигляді сторонніх тіл кон'юнктиви та рогівки, травматичних ерозій, кон'юнктивітів, кератитів та інших патологічних станів. Такі ушкодження не лише погіршують самопочуття та працездатність лікаря, а й, за відсутності своєчасної допомоги, можуть призводити до розвитку ускладнень з боку органу зору [1, 5, 6]. Відомо, що запальні захворювання очей займають одне з провідних місць у структурі офтальмологічної патології, а серед них найбільш поширеними є кон'юнктивіти, блефарити та запальні ураження рогівки [7–9].

Препарування бічної групи зубів під незнімні ортопедичні конструкції супроводжується тривалим і глибоким препаруванням, видаленням значного обсягу твердих тканин зубів, інтенсивним утворенням аерозольної хмари та поширенням дрібнодисперсних частинок у робочій зоні. За таких умов є висока ймовірність потрапляння сторонніх тіл та інфікованого матеріалу на пере-

дню поверхню ока, тому ця проблема заслуговує на увагу [10–12].

Водночас ступінь ризику ураження органу зору визначається не тільки характером стоматологічної маніпуляції, а й ефективністю профілактичних заходів. Важливу роль відіграє використання індивідуального захисту очей, однак їх профілактична ефективність може залежати від конструктивних особливостей, наявності бічного захисту, щільності прилягання та зручності застосування. Не менш значущим чинником є ергономіка роботи лікаря-стоматолога, зокрема положення пацієнта у стоматологічному кріслі, яке може впливати на напрямок поширення аерозолів і частинок у зоні виконання маніпуляції [12–14].

Отже, вивчення особливостей ураження кон'юнктиви та рогівки у лікарів-стоматологів під час препарування бічної групи зубів під незнімні ортопедичні конструкції, а також оцінка ролі засобів індивідуального захисту та ергономічних чинників є актуальним і практично значущим напрямом сучасних досліджень у стоматології та офтальмології.

**Метою** нашої роботи було проаналізувати особливості ураження передньої поверхні очей у лікарів-стоматологів під час препарування бічної групи зубів під незнімні ортопедичні конструкції залежно від засобів захисту очей, що використовувалися, та ергономіки.

## Матеріал та методи

Дослідження проводилося у період із січня 2024 року до січня 2026 року на кафедрі ортопедичної стоматології та кафедрі офтальмології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ).

У дослідженні взяли участь 48 лікарів-стоматологів під час проведення препарування зубів бічної групи під незнімні ортопедичні конструкції. Залежно від типу засобу захисту органу зору, всі лікарі були розділені на три групи:

- група I — 16 лікарів, засіб захисту — захисні окуляри звичайні (рис. 1);
- група II — 16 лікарів, засіб захисту — захисні окуляри з бічним захистом та регульованою довжиною дужок для забезпечення оптимального прилягання (рис. 2);



Рис. 1. Окуляри захисні, звичайні



Рис. 2. Захисні окуляри з регульованою довжиною дужок



Рис. 2. Захисні окуляри з регульованою довжиною дужок

(адаптовано за матеріалами інтернет-джерела zub.in.ua)

• група III — 16 лікарів, засіб захисту — щиток стоматологічний (рис. 3).

Для отримання максимально об'єктивних результатів дослідження проводили з дотриманням таких критеріїв:

- професійний стаж лікарів-стоматологів 10 років (робоча рука — права);
- матеріальне-технічне забезпечення абсолютно ідентичне (стоматологічна установка, наконечники, бори, аспіраційна система тощо), а засоби захисту органу зору відповідали зазначеній групі;
- робота із асистентом стоматолога у 4 руки;
- стандартизована тривалість препарування.

У випадку ушкодження органу зору лікарю-стоматологу надавалась допомога та призначалось лікування згідно з відповідним протоколом.

Також досліджували ураження очей залежно від ергономіки — положення пацієнта в стоматологічному кріслі. Зокрема, 24 лікарі працювали з

пацієнтами, які перебували в положенні лежачи, а ще 24 лікарі — в положенні сидючи.

### Результати та обговорення

Під час проведення дослідження отримано такі результати: у лікарів-стоматологів, які проводили тривале глибоке препарування бічної групи зубів було виявлено травматичні ушкодження сторонніми тілами (твердими тканинами зубів) кон'юнктиви та рогівки, а також інфікування очей зубними відкладеннями, біологічно активними рідинами й аерозолями у 9 лікарів (12 очей) що становить 18,75 % від загальної кількості обстежених (у трьох клініцистів було уражено обидва ока). У першій групі ураження передньої поверхні очей виявлено у 4 лікарів (25,0 %), у другій — у 2 (12,5 %), а в третій — у 3 (18,75 %). Сторонні тіла передньої поверхні очей представлені на рис. 4–5. Види ушкоджень очей наведено в таблиці 1.

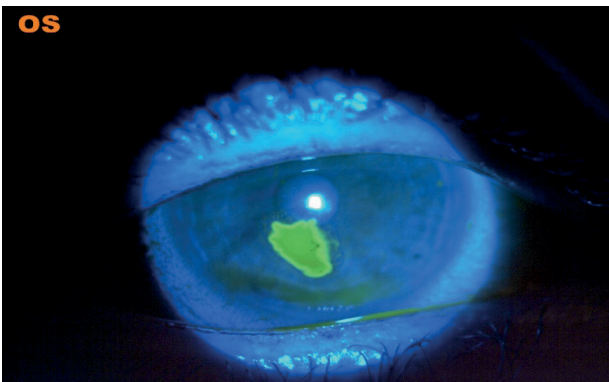


Рис. 4. Травматичний кератит після потрапляння частинок твердих тканин зубів (власне фото).

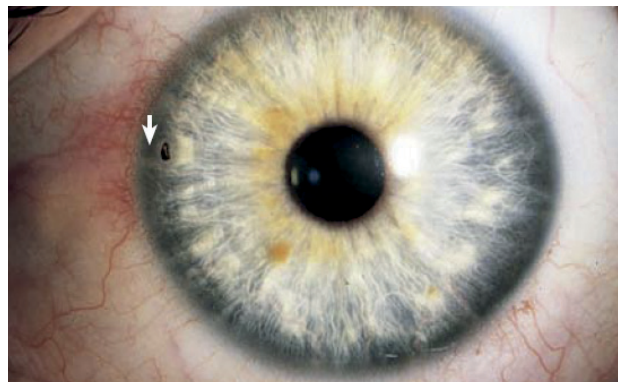


Рис. 5. Стороннє тіло рогівки на 9 годинах (власне фото).

Таблиця 1.

#### Загальний розподіл ушкоджень органу зору у лікарів 3-х груп

Вид ушкодження	Кількість очей	Тип ушкоджувального агента
Сторонні тіла кон'юнктиви	7 (58,33 %)	М'які зубні відкладення, тверді тканини зубів
Сторонні тіла рогівки	2 (16,67 %)	Тверді тканини зубів
Кон'юнктивіт	3 (25,00 %)	Аерозолі, біологічні рідини, м'які зубні відкладення, ротова рідина
<b>Всього</b>	<b>12</b>	

Частота ушкоджень очей у лікарів-стоматологів, які брали участь у дослідженні, також безпосередньо залежала від чинників ергономіки. Так, за умови перебування пацієнта в кріслі в положенні лежачи кількість ушкоджень органу зору у клініцистів була втричі нижчою, ніж за роботи з пацієнтами в положенні сидячи — 2 (8,33 %) та 7 (29,17 %) випадків відповідно.

Загалом рівень ураження очей у лікарів-стоматологів під час препарування бічної групи зубів становив 18,75 %, тоді як при роботі з фронтальною групою цей показник, за даними літератури, сягав 20,4 % [15]. Таке розходження обумовлене положенням голови пацієнта відносно лікаря, обсягом частинок тканин зубів, які препаруються, а також меншим кутом поширення аерозольної хмари під час обробки саме дистальних ділянок порівняно з фронтальними.

Швидкість, з якою частинки тканин ротової порожнини відлітають від стоматологічних інструментів, може сягати 96 км/год, а утворювані біоактивні речовини поширюються в просторі та можуть перебувати в повітрі в зваженому стані до 30 хвилин. Поширеність травм, пов'язаних зі сторонніми тілами, серед працівників стоматологічної галузі, за даними літератури, становить до 42,3 % [1, 10]; за нашими результатами, сторонні тіла рогівки склали 16,67 %, а сторонні тіла кон'юнктиви — 58,33 % від усіх виявлених ушкоджень органу зору.

Другою причиною ушкодження передньої поверхні очей є наявність мікроорганізмів у ротовій рідині та зубних відкладеннях, які заносяться на кон'юнктиву під час поширення аерозольної хмари, що генерується внаслідок роботи стоматологічних наконечників. За даними літератури, частота виникнення кон'юнктивітів серед стоматологів становить від 7,1 % до 42,8 % [2, 12], тоді як у нашому дослідженні цей показник склав

25,00 % серед усіх зафіксованих офтальмопатологій.

## Висновки

1. Звичайні захисні окуляри без бічного захисту, які використовували лікарі першої групи, незадовільно захищають орган зору: у цій групі зафіксовано найвищу частоту ушкоджень очей — 25,00 %, порівняно із застосуванням стоматологічних щитків (18,75 %) та окулярів з бічним захистом і регульованою довжиною дужок (12,50 %).

2. Лікарям-стоматологам під час препарування зубів бічної групи під незнімні ортопедичні конструкції слід віддавати перевагу окулярам із бічним захистом і регульованою довжиною дужок, а також захисним стоматологічним щиткам.

3. Виготовлення незнімних ортопедичних конструкцій потребує від лікаря-стоматолога зішліфування великого об'єму твердих тканин опорних зубів і значних витрат робочого часу. Це призводить до тривалого контакту поверхні органу зору з біоактивними рідинами порожнини рота та мікрочастинками тканин зубів. Систематичне використання засобів індивідуального захисту очей у поєднанні з дотриманням правил ергономіки суттєво знижує ризик виникнення професійно обумовлених офтальмопатологій у лікарів-стоматологів.

## Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Згода на публікацію

Автори ознайомлені з результатами і схвалили остаточний варіант рукопису.

## Використання штучного інтелекту

Автори стверджують, що під час написання статті штучний інтелект не використовувався.

## ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Howe S. (2015). Use of personal protective equipment in dental practices. *Dental Nursing*, 8(7), 41. DOI: <https://doi.org/10.12968/denn.2012.8.7.426>
2. Arvind R., Bakhshi G., Shenoy R., Patil A., Jain A., & Roma M. (2024). Knowledge of ocular infections among the dental practitioners across India: a cross sectional survey. *BMC Res Notes*, 17(1), 41. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06656-w>
3. Jordi A. S., & Chávez Méndez M. A. (2023). Associated factors and types of eye injuries occurring in dentistry practice: systematic review. *Cient Odontol (Lima)*, 11(3), e169. DOI: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1103-2023-169>
4. Aydil B. A., Benlidayi M. E., Kocaelli H., Dogancali G. E., Genc A. (2021). Ocular injuries among oral and maxillofacial surgeons: Have high risk or not? An overview of a two-centered experience. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*, 122(3), 289–292. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2020.06.001>
5. Al-Zoughool M., & Al-Shehri Z. (2018). Injury and infection in dental clinics: Risk factors and prevention. *Toxicol Ind Health*, 34(9), 609–619. DOI: <https://doi.org/10.1177/0748233718769553>

6. Zdelova A. S. (2023). Ophthalmological care in Ukraine. Status and perspectives of improvement (literature review). *Clinical and Preventive Medicine*, 1(23), 78–85. [Зделова Г. С. (2023). Офтальмологічна допомога в Україні: стан та перспективи удосконалення (огляд літератури). *Клінічна та профілактична медицина*, 1(23), 78–85]. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.11) [in Ukrainian].
7. Revankar, V. D., Chakravarthy, Y., Naveen, S. et al. (2019). Prevalence of ocular injuries, conjunctivitis and musculoskeletal disorders-related issues as occupational hazards among dental practitioners in the city of salem: A randomized cross-sectional study. *J Pharm Bioallied Sci*, 11(2), 335–337. DOI: [https://doi.org/10.4103/JPBS.JPBS\\_25\\_19](https://doi.org/10.4103/JPBS.JPBS_25_19)
8. Deogade, S. C., Suresan, V., Galav, A. et al. (2018). Awareness, knowledge, and attitude of dental students toward infection control in prosthodontic clinic of a dental school in India. *Niger. J Clin Pract*, 21(5), 553–559. DOI: [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_81\\_17](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_81_17)
9. Holubchikov, M. V., Rykov, S. O., Vitovs'ka O. P. et al. (2020). *Ophthalmological care in Ukraine for 2005–2019: analytical and statistical guide*. Kyiv. [М. В. Голубчиков С. О. Риков, О. П. Вітовська та ін. (2020). *Офтальмологічна допомога в Україні за 2005–2019 роки*. Аналітично-статистичний довідник. Київ, [in Ukrainian].
10. Drozhzhyna H. I., Sereda Ye. V., Haidamaka T. B., Molodaia A. L. (2017). Effectiveness of the antimicrobial drug fusidic acid in the case of "red eye" syndrome. *Ukrainian Journal of Ophthalmology*, 1(474), 34–38. [Дрожжина Г. І., Середя Е. В., Гайдамака Е. Б., Молода А. Л. (2017). Ефективність застосування антимікробного препарату фузидієвої кислоти у пацієнтів з синдромом «червоного ока». *Офтальмологічний журнал*, 1(474), 34–38]. URL: <https://www.ozhurnal.com/sites/default/files/2017-1-7.pdf>
11. Dzhamalova, Sh. A., Yanhieva, N. R., Kuriazova, Z. Kh. (2021). Cytological examination of the conjunctiva in the treatment of infectious eye diseases. *Ophthalmological Journal*, 2(499), 3–9. [Джамалова Ш. А., Янгієва Н. Р., Курязова З. Х. (2021). Цитологічне дослідження стану кон'юнктиви при лікуванні інфекційних захворювань очей. *Офтальмологічний журнал*, 2(499), 3–9]. URL: <https://www.ozhurnal.com/sites/default/files/uk2021-2-1.pdf>. [in Ukrainian].
12. Drozhzhyna, G., Khramenko, N., Sereda, K., Riazanova, L., & Velychko, L. (2023). Tear lactoferrin concentration in patients with recurrent herpetic stromal keratitis and therapeutic effect of Lacto eyedrops in the multicomponent treatment for this disorder. *Ukrainian Journal of Ophthalmology*, (6), 20–27. [Дрожжина Г., Храменко Н. І., Середя К. В., Рязанова Л. Ю., & Величко Л. М. (2023). Рівень лактоферину в сльозі хворих із рецидивуючим стромальним герпетичним кератитом і терапевтичний ефект очних крапель «Лакто» в комплексному лікуванні. *Офтальмологічний журнал*, (6), 20–27]. DOI: <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh202362027> [in Ukrainian].
13. Guzenko B. V., Guzenko N. V., Trunova M. I. (2017). Peculiarities of treatment of infectious conjunctivitis in outpatient settings. XVII International Scientific and Practical Conference "Science in the Modern World." *Multidisciplinary Scientific Journal Archivarius*, 5–8. [Гузенко Б. В., Гузенко Н. В., Трунова М. І. (2017). Особливості лікування інфекційного кон'юнктивиту в умовах амбулаторії. XVII Міжнародна науково-практична конференція «Наука в сучасному світі». *Мультидисциплінарний науковий журнал «Архіваріус»*, 5–8]. URL: [https://archivarius.org.ua/Archive/new/Arkhivarius\\_20\\_02\\_2017\\_1.pdf](https://archivarius.org.ua/Archive/new/Arkhivarius_20_02_2017_1.pdf).
14. Myronenko, V. V., Martoplias, K. V., Pirohova, I. A., Derykit, H. M. (2016). *Comparative analysis of the increase in the incidence of sclera, corneal and conjunctivitis diseases in the adult population of Ukraine in 2011 and 2015*. Materials of the Scientific and Practical Conference of Ophthalmologists (October 5-6, 2016), Poltava, Ukraine, pp. 112–113. [Мироненко В. В., Мартопляс К. В., Пирогова І. А., Дерикіт Г. М. (2016). *Порівняльний аналіз підвищеності захворювання склери, рогової оболонки та кон'юнктивитів у дорослому населенні України за 2011 та 2015 рр.* Матеріали науково-практичної конференції офтальмологів (5—6 жовтня 2016 р.), Полтава, Україна, с. 112–113].
15. Skibitskyi V. S., & Ryzhova I. P. (2025). Prevalence of Eye Injuries in the Professional Practice of a Dentist and Their Prevention. Part 1. *Actual Dentistry*, (1), 55–59. [Скібіцький В. С., & Рижова, І. П. (2025). Поширеність уражень органа зору у професійній практиці лікаря-стоматолога та їх профілактика. Частина 1. *Сучасна стоматологія*, (1), 55–59]. [in Ukrainian]. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-1-55>

## Prevalence of Organ of Vision Lesions in the Professional Practice of a Dentist and Their Prevention. Part II

Ryzhova, I.<sup>1</sup>, Skibitskyi, V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Ophthalmology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup> Department of Prosthodontics, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Relevance.** Injuries to the anterior surface of the eye in dentists may present as foreign bodies in the conjunctiva and cornea, traumatic erosions, conjunctivitis, keratitis, and other pathological conditions [7–9]. Particular attention should be paid to the problem of eye injuries in dentists during the preparation of abutment teeth in the posterior

segments for fixed prosthetic restorations. This stage of dental treatment is accompanied by prolonged and deep tooth reduction, significant removal of hard dental tissues, intensive formation of an aerosol cloud, and dissemination of tissue microparticles within the working area. Under such conditions, the probability of foreign bodies and infected material reaching the anterior surface of the eye is significantly increased [10–12].

**The aim of the study** was to analyze the clinical patterns of anterior eye segment injuries in dentists during abutment tooth preparation in the posterior segments for fixed prosthetic restorations, depending on the type of eye protection used and ergonomic factors.

**Materials and Methods.** The study was conducted from January 2024 to January 2026 at the Department of Prosthodontics and the Department of Ophthalmology of Bogomolets National Medical University (Kyiv, Ukraine). The study population comprised 48 dentists performing abutment tooth preparation in the posterior segments for fixed prosthetic restorations. Depending on the type of eye protection used, the participants were divided into three equal groups ( $n = 16$  each):

Group I: standard protective glasses;

Group II: protective glasses with side shields and adjustable temple length to ensure an optimal fit;

Group III: dental face shields.

**Results and Discussion.** The following results were obtained in dentists who performed prolonged deep preparation of abutment teeth in the posterior segments: traumatic injuries caused by foreign bodies (hard dental tissue microparticles) to the conjunctiva and cornea, as well as eye contamination by dental plaque, biologically active fluids, and aerosols, were detected in 9 dentists (12 eyes), accounting for 18.75% of the total cohort; in three clinicians, both eyes were affected. In Group I, eye injuries were observed in 4 dentists (25.00%); in Group II, in 2 dentists (12.50%); and in Group III, in 3 dentists (18.75%).

The overall incidence of eye injuries during posterior tooth preparation amounted to 18.75%, whereas during work with the anterior segment, this indicator reached 20.40% [15]. This variation depended on the position of the patient's head relative to the dentist, the volume of prepared tooth structures, and the reduced angle of aerosol spread compared to the preparation of frontal teeth.

**Conclusions.** Conventional protective glasses without side shields, used by dentists in Group I, fail to provide sufficient eye protection, resulting in the highest injury rate (25.00%) compared to the use of dental face shields (18.75%) and protective glasses with side shields and adjustable temple length (12.50%).

**Keywords:** *abutment tooth preparation, eye injuries, occupational hazards, personal protective equipment, dentist health.*

Стаття: надійшла до редакції 03.03.2026 р.;  
прийнята до друку 13.04.2026 р.,  
опублікована 10.07.2026 р.

**Рижова Ірина Петрівна**

кандидат медичних наук,  
доцент кафедри офтальмології  
Національного медичного університету  
імені О. О. Богомольця

 <https://orcid.org/0009-0004-9897-0263>

**Скібіцький Вадим Станіславович**

кандидат медичних наук,  
доцент кафедри ортопедичної стоматології  
Навчально-наукового інституту стоматології  
Національного медичного університету  
імені О. О. Богомольця

 <https://orcid.org/0009-0006-9424-9166>