
ІНТЕГРАЦІЯ КЛІНІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ОСВІТІ: ПІДГОТОВКА ДО ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Семенов Д. М.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-693-5-8>

ВСТУП

Сучасний розвиток стоматологічної освіти дедалі виразніше демонструє, що професійна підготовка майбутнього лікаря-стоматолога не може обмежуватися лише засвоєнням теоретичних знань і стандартних клінічних алгоритмів. Реальна клінічна практика значно складніша, оскільки вимагає від фахівця не тільки технічної точності та обізнаності в лікувальних протоколах, а й здатності працювати в умовах різноманіття клінічних ситуацій, індивідуальних потреб пацієнта, супутньої патології, психоемоційних особливостей та комунікативних бар'єрів.

Особливо гостро ці вимоги постають у роботі з пацієнтами з інвалідністю, які потребують не формально доступної, а справді адаптованої, чутливої та клінічно обґрунтованої стоматологічної допомоги.

Проблематика надання стоматологічної допомоги особам з інвалідністю сьогодні виходить далеко за межі вузько медичного питання. Вона стосується одночасно якості професійної освіти, рівня сформованості клінічного мислення, етичної зрілості майбутнього лікаря, так і загального стану інклюзивності медичного середовища¹. Пацієнти з інвалідністю часто стикаються з труднощами на різних етапах отримання стоматологічної допомоги: від фізичного доступу до закладу охорони здоров'я до складнощів комунікації з медичним персоналом, недостатньої гнучкості клінічного підходу та неврахування особливостей основного чи супутнього стану. Усе це вказує на те, що проблема полягає не лише

¹ Литовченко В., Литовченко С. Доступність стоматологічних послуг для людей з порушеннями слуху: комунікація лікаря та пацієнта. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2021. № 3. С. 52-63. DOI 10.32345/USMJ.3(125).2021.52-63

в організації медичної допомоги, а й у характері професійної підготовки майбутнього стоматолога.

На практиці саме стоматологічна допомога є однією з тих сфер, де недостатня готовність фахівця до роботи з пацієнтами з інвалідністю проявляється особливо відчутно². Це пов'язано з тим, що стоматологічне обстеження і лікування потребують тісного контакту з пацієнтом, співпраці, можливості підтримувати комунікацію, контролювати поведінкові реакції, враховувати больову чутливість, сенсорне навантаження, рухові обмеження, вплив медикаментозної терапії, а інколи й особливості когнітивного або емоційного реагування³.

У таких умовах клінічна компетентність стоматолога набуває значно ширшого змісту, ніж просто знання нозологій і володіння мануальними навичками. Вона включає здатність до диференціальної діагностики, клінічного аналізу нетипових симптомів, адаптації лікувальної тактики, ефективної комунікації з пацієнтом та його близьким оточенням, а також уміння діяти професійно в нестандартних і психологічно напружених ситуаціях.

У зв'язку з цим дедалі більшого значення набуває питання інтеграції клінічної компетентності у зміст стоматологічної освіти саме в контексті інклюзивного підходу. Йдеться не про введення окремих фрагментарних тем, присвячених роботі з пацієнтами з інвалідністю, а про системне переосмислення самої логіки професійної підготовки.

Майбутній лікар-стоматолог повинен навчатися не лише «лікувати зуб», а й бачити перед собою людину з конкретними фізичними, психологічними, соціальними та комунікативними особливостями. Такий підхід вимагає поєднання клінічної підготовки з елементами соціально-психологічної чутливості, розвитку емпатії, навичок міжособистісної взаємодії, а також уміння працювати в міждисциплінарному просторі.

Особливої актуальності ця проблема набуває ще й тому, що пацієнти з інвалідністю є неоднорідною групою⁴. До неї належать особи з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними порушеннями, розладами інтелектуального розвитку, нейроп'язовими захворюваннями, розладами аутистичного спектра, тяжкими соматичними станами та

² Takeshita L, Srinivasan M. Survey on the attitudes and perceptions of Swiss dental practitioners and dental students toward treating patients with disabilities and sensory impairments. *Spec Care Dentist*. 2024. Vol. 44(4). P1260-1272. doi: 10.1111/scd.12988.

³ Al-Beltagi M, Al Zahrani AA, Mani BS. Challenges and solutions in managing dental problems in children with autism. *World J Clin Pediatr*. 2025. Vol. 14(3) P106778. doi: 10.5409/wjcp.v14.i3.106778.

⁴ Achieving health equity through disability inclusion in the health sector. URL.: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>

поєднаними формами функціональних обмежень. Кожна з цих категорій пацієнтів має свої клінічні та поведінкові особливості, які можуть суттєво впливати як на перебіг стоматологічного захворювання, так і на саму можливість проведення повноцінної діагностики і терапії.

Саме тому стоматологічна освіта повинна формувати у здобувача не шаблонне, а гнучке клінічне мислення, здатне до індивідуалізації рішень і професійної адаптації.

1. Теоретико-методологічні засади інтеграції клінічної компетентності в стоматологічній освіті в умовах інклюзивного підходу

Сучасна стоматологічна освіта перебуває на тому етапі розвитку, коли вже недостатньо готувати майбутнього лікаря лише до виконання стандартних клінічних маніпуляцій у прогнозованих умовах. Практика переконливо показує, що професійна діяльність стоматолога дедалі більше вимагає здатності працювати в ситуаціях клінічної складності, коморбідності, обмеженої комунікації, психоемоційної напруги, а також у контакті з пацієнтами, чий потреби не вписуються у звичні освітні моделі⁵.

Саме тому поняття клінічної компетентності сьогодні слід розглядати не вузько, як сукупність спеціальних знань і технічних навичок, а значно ширше – як інтегровану професійну здатність, що поєднує клінічне мислення, аналітичність, адаптивність, комунікативну зрілість, етичну відповідальність та готовність до роботи в інклюзивному медичному середовищі.

У традиційному розумінні стоматологічної підготовки домінував акцент на засвоєнні анатомо-фізіологічних знань, клінічних протоколів, алгоритмів діагностики та лікування стоматологічних захворювань. Безумовно, цей фундамент залишається визначальним⁶.

Водночас сучасна клінічна реальність свідчить про те, що навіть високий рівень теоретичної підготовки не гарантує професійної готовності до роботи з пацієнтами, які мають функціональні обмеження, особливості поведінки, сенсорні порушення, супутні неврологічні чи психічні стани, труднощі у сприйнятті інформації або обмежені можливості до кооперації під час стоматологічного втручання. Саме в такому контексті

⁵ DI World Dental Federation. Oral Health and Special Care Dentistry. *Int Dent J.* 2025. Vol.75(1) P.13-14. doi: 10.1016/j.identj.2024.12.009.

⁶ Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 221 «Стоматологія» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ Міністерства освіти і науки від 24.06.2019 р. № 879. URL.: https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/65042/ (дата звернення 15.04.2026)

стає очевидним, що клінічна компетентність повинна формуватися як багаторівнева якість особистості майбутнього лікаря, а не як набір дисциплінарно роз'єднаних знань.

Інтеграція клінічної компетентності в стоматологічній освіті передбачає передусім переосмислення самої природи професійної підготовки. Вона має будуватися не тільки навколо засвоєння окремих тем чи клінічних модулів, а навколо формування здатності бачити пацієнта цілісно⁷. Для стоматолога це означає вміння аналізувати не лише локальний патологічний процес у порожнині рота, а й загальний соматичний стан людини, її поведінкові реакції, психоемоційні особливості, соціальний контекст, труднощі комунікації та індивідуальні бар'єри, що можуть впливати на хід обстеження, точність діагностики і результат лікування. У випадку пацієнтів з інвалідністю така здатність набуває принципового значення, оскільки саме вони найбільш чутливо реагують на професійні обмеження лікаря, недосконалість організації прийому, жорсткість стандартних клінічних схем і нестачу адаптивності у взаємодії.

У цьому сенсі інклюзивний підхід не варто розуміти спрощено – лише як забезпечення формального доступу пацієнта до стоматологічного кабінету чи медичного закладу. У контексті стоматологічної освіти інклюзія означає більш глибоку зміну професійної оптики. Йдеться про формування такого типу клінічного мислення, за якого майбутній лікар здатний не лише виявити патологію, а й вибудувати лікувально-діагностичну стратегію з урахуванням реальних можливостей і потреб конкретної людини⁸.

Інклюзія в професійній підготовці стоматолога – це не окремий гуманітарний додаток до клінічних дисциплін, а принцип організації освітнього процесу, що інтегрує медичну, психологічну, педагогічну та етичну складові.

Однією з ключових теоретичних проблем є те, що в освітньому середовищі клінічна компетентність нерідко трактується як результат накопичення знань і відпрацювання мануальних навичок. Проте у клінічній практиці стоматолога цього виявляється недостатньо. Фахівець повинен уміти працювати в умовах неповної інформації, обмеженого часу, складного контакту з пацієнтом, необхідності швидкого клінічного вибору, а також у ситуаціях, коли стандартний підхід не дає очікуваного результату. Це особливо характерно для пацієнтів з інвалідністю,

⁷ Elangovan S, Venugopalan SR, Srinivasan S, Integration of Basic-Clinical Sciences, PBL, CBL, and IPE in U.S. Dental Schools' Curricula and a Proposed Integrated Curriculum Model for the Future. *J Dent Educ.* 2016 Vol.80(3) P.281-90.

⁸ Литовченко В. До питання формування професійної комунікації лікаря та пацієнта з порушенням слуху (презентація авторського telegram чат-боту). *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.* 2022. № 1(24), С. 120-148. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i24.244>

в роботі з якими значно зростає роль диференціальної діагностики, клінічної інтуїції, прогнозування ризиків, емоційної врівноваженості й уміння гнучко модифікувати терапевтичну тактику. Отже, клінічна компетентність повинна формуватися не лише через передачу знань, а через поступове входження здобувача у складний простір реальних професійних рішень. Теоретико-методологічне осмислення цієї проблеми дає підстави розглядати клінічну компетентність стоматолога як синтез кількох взаємопов'язаних компонентів. Перший з них – когнітивний, який охоплює систему знань про етіологію, патогенез, клініку, діагностику і лікування стоматологічних захворювань, а також розуміння супутніх соматичних і психоневрологічних станів, що можуть визначати особливості стоматологічного втручання. Другий – клініко-аналітичний, пов'язаний із здатністю оцінювати клінічну ситуацію в її складності, проводити диференціальну діагностику, співвідносити симптоми, прогнозувати ускладнення і приймати професійно виважені рішення. Третій – операційно-практичний, що включає безпосереднє володіння методами огляду, лікування, профілактики та адаптації маніпуляцій до потреб пацієнта. Четвертий – комунікативний, який у стоматологічній практиці є надзвичайно важливим, оскільки саме через спілкування лікар встановлює довіру, знижує тривожність, отримує необхідну інформацію та забезпечує кооперацію. Нарешті, окреме місце належить ціннісно-етичному компоненту, що виявляється у повазі до гідності пацієнта, недискримінаційному ставленні, здатності зберігати професійну рівновагу й гуманістичний підхід навіть у складних клінічних обставинах.

У системі підготовки стоматолога ці компоненти не повинні існувати ізольовано. Їхня інтеграція є передумовою того, щоб майбутній фахівець був готовий не лише до академічно описаного клінічного випадку, а до реального пацієнта, поведінка, скарги, анамнез та клінічна картина якого можуть бути нетиповими, фрагментарними або ускладненими низкою супутніх факторів.

Саме тому методологічно важливо розглядати стоматологічну освіту як процес формування професійної здатності діяти в умовах варіативності. Іншими словами, майбутній лікар повинен навчатися не стільки відтворювати алгоритм, скільки мислити клінічно, адаптувати його та обґрунтовано змінювати відповідно до конкретної ситуації⁹. В умовах інклюзивного підходу це положення набуває особливої ваги. Пацієнти

⁹ Казаков Ю.М., Петров С.С., Треумова С.І. Компетентнісний підхід як засіб підвищення якості вищої медичної освіти. / *Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах* : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 24 берез. 2016 р. Полтава : ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», 2016. С. 82.

з інвалідністю становлять неоднорідну групу, і саме ця неоднорідність робить неможливим універсальний, однаковий для всіх формат клінічної взаємодії. Один пацієнт потребує адаптації простору і позиціонування у кріслі, інший – зміни комунікативної стратегії, третій – поетапного введення у процедуру через виражену тривогу, четвертий – врахування фармакологічного фону чи високого ризику супутніх ускладнень. Тому підготовка майбутнього стоматолога повинна бути орієнтована не на формування «готових відповідей», а на розвиток професійної гнучкості та здатності працювати в полі клінічної індивідуалізації.

Не менш важливим є й те, що сама категорія інвалідності в сучасному науковому дискурсі дедалі частіше розглядається не лише в медичному, а й у соціальному та біопсихосоціальному вимірі. Це означає, що труднощі, з якими стикається пацієнт, не можуть пояснюватися виключно наявністю певного захворювання чи порушення функцій¹⁰.

Значною мірою вони визначаються також тим, наскільки медичне середовище, у тому числі стоматологічне, здатне або не здатне адаптуватися до цих особливостей. Для освіти це має принципове значення, адже формує новий акцент: майбутній лікар повинен навчитися не сприймати інвалідність як сукупність обмежень, що автоматично ускладнюють лікування, а бачити професійне завдання у пошуку тих клінічних, комунікативних і організаційних рішень, які зроблять допомогу реально доступною й ефективною. З методологічної точки зору це вимагає міждисциплінарного підходу. Підготовка стоматолога до роботи з пацієнтами з інвалідністю не може здійснюватися виключно в межах вузької клінічної логіки. Вона потребує залучення знань із психології, спеціальної педагогіки, неврології, поведінкової медицини, медичної етики, реабілітології та комунікативних практик. Саме на перетині цих знань і формується той тип професійної компетентності, який дозволяє майбутньому лікарю не втрачати клінічної точності, але водночас діяти делікатно, гнучко й індивідуалізовано.

У цьому і полягає сутність інтеграції: не у механічному додаванні нових тем до навчального плану, а у створенні цілісного освітнього середовища, де кожен компонент підготовки працює на формування фахівця, здатного до інклюзивної клінічної практики.

Особливе значення в такій моделі має формування диференційно-діагностичного мислення. Для стоматолога це не просто одна з професійних навичок, а одна з базових ознак клінічної зрілості. У роботі

¹⁰ Goering S. Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2015. Vol. 8(2). P34-8. doi: 10.1007/s12178-015-9273-z.

з пацієнтами з інвалідністю саме диференціальна діагностика нерідко стає тим інтелектуальним інструментом, який дозволяє уникнути помилки, правильно інтерпретувати симптом, відокремити стоматологічну проблему від проявів супутнього захворювання чи побічної дії медикаментів, обрати безпечну і водночас ефективну тактику лікування¹¹.

Отже, інтеграція клінічної компетентності в освітній процес повинна передбачати систематичний розвиток здатності аналізувати складні клінічні випадки, співставляти альтернативні діагностичні версії, оцінювати ризики та аргументовано приймати рішення.

Разом із цим не можна ігнорувати соціально-психологічний вимір проблеми. У клінічній практиці стоматолога недостатньо лише правильно визначити діагноз і спланувати лікування. Не менш важливо забезпечити контакт із пацієнтом, зменшити страх, уникнути травматичного досвіду, врахувати особливості сприйняття, побудувати співпрацю з батьками, родичами або опікунами, якщо це необхідно¹². Все це свідчить про те, що клінічна компетентність не є суто медичною категорією. Вона формується в точці перетину клінічної точності та людяності, професійної дисципліни та емпатії, стандартизованого знання й індивідуального підходу. Саме тому в сучасній стоматологічній освіті професійна підготовка повинна включати досвід роботи з нестандартними комунікативними ситуаціями, розвиток рефлексії, подолання власної невпевненості та формування навичок етично чутливої взаємодії.

Таким чином, теоретико-методологічні засади інтеграції клінічної компетентності в стоматологічній освіті в умовах інклюзивного підходу ґрунтуються на кількох принципових положеннях. По-перше, клінічна компетентність стоматолога є багатовимірною і не може зводитися лише до технічної вправності чи теоретичної обізнаності. По-друге, інклюзивний підхід є не факультативним доповненням до професійної підготовки, а необхідною умовою її сучасності та практичної адекватності. По-третє, формування готовності до роботи з пацієнтами з інвалідністю потребує інтеграції клінічних, комунікативних, психологічних та етичних складових. По-четверте, якісна стоматологічна освіта повинна розвивати у майбутнього фахівця здатність до диференціальної діагностики, професійної гнучкості та індивідуалізованого клінічного мислення. Саме

¹¹ Junglim C., Re-Mee D. Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *J Dent Anesth Pain Med.* 2021. Vol. 21(2). P.87-98 DOI: <https://doi.org/10.17245/jdapm.2021.21.2.87>

¹² Литовченко В.П., Литовченко С.В. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* 2022. № 1. С. 131-139. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.25>

за таких умов можна говорити про справжню підготовку стоматолога до роботи в інклюзивному медичному середовищі, де пацієнт з інвалідністю сприймається не як складний виняток, а як повноцінний суб'єкт професійної уваги, лікування і поваги.

2. Клінічні особливості диференціальної діагностики та терапії стоматологічних захворювань у пацієнтів з інвалідністю

Клінічна стоматологія у роботі з пацієнтами з інвалідністю потребує від лікаря значно ширшої професійної готовності, ніж та, яка формується в межах стандартного алгоритму “скарга – огляд – діагноз – лікування”¹³. У таких клінічних ситуаціях стоматолог часто працює в умовах зміненої або неповної комунікації, обмеженого контакту з пацієнтом, ускладненого збору анамнезу, вираженої коморбідності, підвищеної тривожності або сенсорної чутливості. Саме тому клінічне мислення лікаря тут повинно спиратися не лише на знання окремих нозологій, а й на вміння оцінити загальний контекст стану пацієнта, розпізнати фактори, що впливають на перебіг стоматологічної патології, та адаптувати діагностично-лікувальну тактику відповідно до індивідуальних потреб. Пацієнти з інвалідністю не є однорідною клінічною групою. До неї належать особи з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними порушеннями, інтелектуальними порушеннями, розладами аутистичного спектра, тяжкими неврологічними захворюваннями, нейром'язовими розладами, психоемоційними порушеннями, а також пацієнти з поєднаними формами обмежень. У кожній з цих груп є свої особливості щодо можливості самообслуговування, рівня гігієни порожнини рота, здатності повідомити про біль чи дискомфорт, толерантності до стоматологічних процедур, реакції на нове середовище, рівня втомлюваності та чутливості до втручань. Відповідно і стоматологічна патологія, і спосіб її клінічного прояву можуть мати нетиповий або змінений характер.

Однією з найпоширеніших проблем у пацієнтів з інвалідністю є високий ризик погіршення стоматологічного статусу внаслідок недостатньої або нерегулярної гігієни порожнини рота¹⁴. Це може бути пов'язано як із моторними труднощами, так і з когнітивними або поведінковими обмеженнями, які ускладнюють самостійний догляд за зубами та яснами.

¹³ Tirupathi SP, Afnan L. Effect of Sensory Adapted Dental Environment (SADE) on physiological and behavioral parameters related to stress and anxiety in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) undergoing dental treatment: A systematic review and meta-analysis. *Spec Care Dentist*. 2024. Vol 44 (5) P1346-1358. doi: 10.1111/scd.13003.

¹⁴ Деньга О. В., Шпак С. В. Комплексна профілактика основних стоматологічних захворювань у сліпих дітей. *Вісник стоматології*. 2014. № 4. С. 75-80.

У багатьох випадках пацієнт повністю або частково залежить від сторонньої допомоги, а якість цієї допомоги залежить від поінформованості та навичок батьків, опікунів чи інших супровідних осіб. Наслідком стає підвищена поширеність карієсу, ускладнених форм каріозного процесу, захворювань пародонта, хронічного запалення слизової оболонки порожнини рота, порушень оклюзії, травматичних уражень зубів і м'яких тканин, а також хронічних вогнищ інфекції, які тривалий час можуть залишатися недіагностованими.

Суттєвий вплив на стоматологічний статус мають і супутні соматичні та неврологічні стани. У пацієнтів із дитячим церебральним паралічем, м'язовою слабкістю, епілепсією, генетичними синдромами або тяжкими системними захворюваннями нерідко спостерігаються труднощі ковтання, порушення жування, зміни м'язового тону, бруксизм, патологічне стирання зубів, травматизація слизової оболонки, сухість у порожнині рота або, навпаки, гіперсаливація. Тривалий прийом медикаментів також може позначатися на стані порожнини рота: деякі препарати знижують слиновиділення, інші провокують гіперплазію ясен, змінюють мікробний баланс, впливають на ризик кровоточивості або на загальну реактивність організму¹⁵.

Саме тому в роботі з пацієнтами з інвалідністю клінічна оцінка завжди повинна бути розширеною і включати аналіз не лише локальної стоматологічної картини, а й загального медичного фону.

Окрему складність становить етап первинного клінічного обстеження. У звичайній стоматологічній практиці значна частина інформації надходить від самого пацієнта у вигляді скарг, опису характеру болю, його локалізації, тривалості, зв'язку з прийомом їжі, температурними подразниками чи іншими чинниками. У пацієнтів з інвалідністю цей механізм нерідко працює не повністю або істотно обмежено. Частина пацієнтів не може чітко вербалізувати свої відчуття, частина повідомляє про них фрагментарно, а в деяких випадках поведінкові реакції взагалі замінюють словесний опис болю. Через це стоматолог вимушений опиратися не лише на анамнез, а й на уважне клінічне спостереження, непрямі ознаки дискомфорту, дані від супровідних осіб та результати об'єктивного огляду. Саме тут особливого значення набуває диференціальна діагностика. Її роль у роботі з пацієнтами з інвалідністю є принципово більшою, ніж у типових клінічних випадках, оскільки симптом може мати неочевидне походження або маскуватися під інший стан. Наприклад, підвищена дратівливість,

¹⁵ Mingarro-de-León A, Chaveli-López B, Gavaldá-Esteve C. Dental management of patients receiving anticoagulant and/or antiplatelet treatment. *J Clin Exp Dent*. 2014. Vol. 6(2) P.155-61. doi: 10.4317/jced.51215.

відмова від їжі, порушення сну, агресивні реакції чи уникнення контакту не завжди є ознакою лише поведінкової особливості або неврологічного стану. У багатьох випадках це може бути відображенням стоматологічного болю, який пацієнт не здатний пояснити вербально. Водночас локалізація такого болю також може бути складною для оцінки, а виражені реакції пацієнта на дотик чи маніпуляцію не завжди прямо вказують на джерело патології.

У клінічній практиці лікареві часто доводиться проводити розмежування між одонтогенним болем, запальними захворюваннями слизової оболонки, проявами травми, невралгічними симптомами, наслідками медикаментозної терапії, соматичними станами або функціональними розладами¹⁶. Так, скарги на біль у ділянці обличчя чи відмову від жування не можна автоматично трактувати як прояв карієсу чи пульпіту.

Необхідно враховувати можливість патології скронево-нижньощелепного суглоба, нейром'язових порушень, м'язового спазму, травматичної оклюзії, запальних уражень слизової оболонки, герпетичних або грибкових процесів, а також вторинних змін, пов'язаних із тривалим медикаментозним лікуванням. У пацієнтів зі складним неврологічним або психічним статусом помилка на етапі інтерпретації симптомів може призводити не лише до затримки лікування, а й до поглиблення загального соматичного та поведінкового навантаження.

Ще однією клінічно важливою проблемою є те, що стоматологічна патологія у пацієнтів з інвалідністю досить часто діагностується пізно¹⁷. Це пояснюється як труднощами раннього виявлення симптомів, так і відкладанням звернення по допомогу через страх перед лікуванням, складність організації візиту, недостатню кількість адаптованих клінік або негативний попередній досвід. У результаті лікар нерідко стикається вже не з ранніми проявами захворювання, а з ускладненими формами, що потребують складнішого лікування, довшого часу, ретельнішої підготовки та вищого рівня координації між усіма учасниками процесу. Це, своєю чергою, ще раз підкреслює значення клінічної компетентності саме як здатності працювати у складному клінічному полі, а не лише виконувати стандартні процедури.

Лікувальна тактика у пацієнтів з інвалідністю повинна будуватися на принципі індивідуалізації. Один і той самий діагноз у двох різних

¹⁶ Renton T. Dental (Odontogenic) Pain. *Rev Pain*. 2011. Vol. 5(1) P. 2-7. doi: 10.1177/204946371100500102.

¹⁷ Гонта З.М., Немеш О.М., Слаба О.М., Особливості надання стоматологічної допомоги людям з порушенням психіки. Міжнародний досвід наукових досліджень. зб. Матеріалів доп. 2-ї міжнар. наук.-практ. конф. Чикаго: 2025. С.15-16.

пацієнтів може потребувати різного підходу не через відмінності самої патології, а через відмінності у можливості контакту, рівні тривожності, витривалості, здатності зберігати стабільне положення тіла, супутніх захворюваннях, ризику судомних станів, необхідності участі опікуна чи ймовірності відмови від маніпуляцій.

Саме тому лікування у таких пацієнтів не може зводитися лише до технічно правильно виконаного втручання. Воно має включати ретельне планування маршруту візиту, прогнозування поведінкових реакцій, визначення оптимальної тривалості прийому, оцінку доцільності поділу лікування на етапи, підбір безпечного знеболення і врахування того, наскільки сам пацієнт або його супровід здатні підтримати подальший догляд.

Особливу увагу слід приділити терапевтичним втручанням, які у звичайній практиці вважаються рутинними, але в роботі з пацієнтами з інвалідністю можуть набувати додаткової складності. Навіть професійна гігієна, рентгенологічне обстеження, накладання кофердама, проведення анестезії чи ізоляція робочого поля інколи потребують суттєвої адаптації¹⁸. У частини пацієнтів можуть виникати різкі негативні реакції на звук, світло, смак матеріалів, тактильні подразники або зміну звичного простору. У таких ситуаціях стоматолог повинен уміти змінювати послідовність дій, скорочувати окремі етапи, працювати короткими підходами, поступово формуючи толерантність до стоматологічної процедури. Іноді професійно правильним рішенням стає не максимальний обсяг втручання за один раз, а мінімально достатнє, але безпечне і прийнятне для конкретного пацієнта лікування.

Важливо також враховувати, що частина пацієнтів з інвалідністю має підвищений анестезіологічний ризик або потребує додаткової підготовки до інвазивних втручань. У таких випадках стоматолог повинен не лише оцінити локальну клінічну картину, а й співвіднести обсяг маніпуляції з соматичним статусом, консультаціями суміжних спеціалістів, необхідністю премедикації, особливостями поточної медикаментозної терапії та потенційними протипоказаннями. Це стосується, зокрема, пацієнтів із серцево-судинною патологією, епілепсією, тяжкими неврологічними станами, розладами дихання, порушеннями згортання крові або складними метаболічними порушеннями. Таким чином, стоматологічне лікування в цій категорії пацієнтів нерідко виходить за рамки суто стоматологічного рішення і потребує ширшого клінічного бачення.

¹⁸ Prynda M, Pawlik AA, Niemczyk W, Wiench R. Dental Adaptation Strategies for Children with Autism Spectrum Disorder-A Systematic Review of Randomized Trials. *J Clin Med*. 2024. Vol. 13(23). P. 7144. doi: 10.3390/jcm13237144.

Окремий аспект становить профілактичний напрям. Саме в роботі з пацієнтами з інвалідністю профілактика набуває не другорядного, а центрального значення, оскільки раннє попередження стоматологічних проблем часто є більш реалістичним і безпечним шляхом, ніж лікування вже сформованої складної патології¹⁹. Проте ефективна профілактика тут теж має свої особливості. Вона повинна бути не формальною, а адаптованою до реальних можливостей пацієнта та його родини.

Лікареві недостатньо просто рекомендувати регулярне чищення зубів чи контроль харчування. Необхідно оцінити, хто саме здійснює гігієнічний догляд, чи володіє ця особа практичними навичками, які засоби гігієни є доступними і прийнятними, чи здатен пацієнт переносити певні маніпуляції, як можна спростити або структурувати цей догляд. Тобто профілактична робота теж вимагає клінічного мислення, педагогічної тактовності та індивідуального підходу.

У клінічному сенсі вкрай важливим є також питання взаємодії зі супровідними особами. У багатьох випадках саме батьки, родичі, асистенти чи опікуни стають основним джерелом інформації про поведінку пацієнта, зміни апетиту, порушення сну, реакцію на біль, попередній стоматологічний досвід, медикаментозний режим, алергічні анамнези та фактори, які можуть або полегшити, або ускладнити проведення лікування. Водночас стоматолог повинен зберігати професійний баланс: враховувати цю інформацію, але не підміняти нею власну клінічну оцінку. Ефективна взаємодія з супроводом має ґрунтуватися на чіткому поясненні плану лікування, реалістичних очікуваннях, обговоренні поведінкових труднощів, а також спільному формуванні післяпроцедурного догляду.

Ще одним важливим клінічним викликом є питання меж терапевтичної доцільності. У роботі з пацієнтами з інвалідністю лікар неодноразово стикається з ситуацією, коли ідеальний з позиції протоколу план лікування не є оптимальним з позиції конкретної клінічної ситуації. Наприклад, технічно можливе, але надмірно тривале або психологічно виснажливе втручання не завжди є найкращим рішенням²⁰. І навпаки, більш стримана, поетапна або модифікована тактика може виявитися клінічно обґрунтованішою, якщо вона забезпечує безпеку, прийнятність для пацієнта і реальну можливість доведення лікування до завершення.

¹⁹ Сухомейло Д. О., Рейзвіх О. Є., Шнайдер С. А., Сучасні тенденції профілактики та лікування стоматологічних захворювань у дітей з патологією опорно-рухового апарату. *Вісник стоматології*. 2024. № 2. С. 132–139. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-52-2.19>

²⁰ Geddis-Regan AR, Gray D, Buckingham S, Misra U, Boyle C. British Society for Disability and Oral Health. The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. *Spec Care Dentist*. 2022. Vol. 42(S1) P.3-32. doi: 10.1111/scd.12652.

Саме в таких ситуаціях і проявляється справжня клінічна зрілість стоматолога – у здатності поєднати наукову коректність із практичною доцільністю та людяністю.

Отже, клінічні особливості диференціальної діагностики та терапії стоматологічних захворювань у пацієнтів з інвалідністю визначаються поєднанням кількох чинників: неоднорідністю цієї групи пацієнтів, високою частотою супутньої патології, труднощами збору анамнезу, можливістю нетипового прояву стоматологічних симптомів, потребою в адаптації діагностичних і лікувальних процедур, а також необхідністю постійного врахування загального функціонального стану людини. Усе це робить стоматологічну допомогу в цій сфері не просто спеціалізованою, а глибоко індивідуалізованою. Саме тому професійна підготовка майбутнього стоматолога повинна включати не лише знання про окремі захворювання, а й розвиток клінічного мислення, здатності до диференціальної діагностики, вміння оцінювати ризики, адаптувати лікування та працювати в умовах реальної, а не умовно “ідеальної” клінічної ситуації. Лише за таких умов можна говорити про справді якісну стоматологічну допомогу пацієнтам з інвалідністю, яка базується не на формальному доступі до лікування, а на професійно зрілому, обґрунтованому та людяному клінічному підході.

3. Соціально-психологічні та освітні механізми підготовки майбутнього стоматолога до роботи з пацієнтами з інвалідністю

Підготовка майбутнього лікаря-стоматолога до роботи з пацієнтами з інвалідністю не може розглядатися виключно як питання розширення клінічних знань або накопичення практичного досвіду в лікуванні складних випадків²¹. Її зміст є значно ширшим, оскільки в реальній практиці якість стоматологічної допомоги визначається не лише правильністю діагнозу чи технічно бездоганним виконанням маніпуляції, а й тим, наскільки лікар здатний увійти в контакт із пацієнтом, зрозуміти його поведінку, знизити рівень тривоги, адаптувати власну комунікацію, зберегти професійну врівноваженість і діяти без дискримінаційних упереджень. Саме тому соціально-психологічний та освітній аспекти професійної підготовки у цій сфері мають не допоміжний, а системоутворювальний характер.

У сучасній стоматологічній освіті все більш очевидною стає потреба у формуванні такого типу професійної ідентичності, в основі якої лежить не лише компетентність у клінічному сенсі, а й здатність до

²¹ Pani SC, Dong CS, Faulks D. Intersection of the iADH undergraduate curriculum in special care dentistry and the association of Canadian faculties of dentistry competencies framework. *Spec Care Dentist*. 2023. Vol.43(6) P785-794. doi: 10.1111/scd.12822

гуманної, гнучкої та етично виваженої взаємодії з різними категоріями пацієнтів²². Для майбутнього стоматолога це особливо важливо, оскільки стоматологічне втручання майже завжди пов'язане з безпосереднім вторгненням у зону підвищеної індивідуальної чутливості. Пацієнт перебуває в ситуації фізичного дискомфорту, обмеження контролю над власним тілом, очікування болю або неприємних відчуттів. Якщо до цього додаються сенсорні порушення, інтелектуальні обмеження, труднощі мовлення, тривожні розлади, аутистичні особливості або попередній негативний досвід лікування, звичні комунікативні моделі стоматолога можуть виявитися недостатніми або навіть травматичними. Отже, освітній процес повинен навчити майбутнього лікаря не лише “що робити”, а й “як бути” в таких клінічних ситуаціях.

Однією з центральних проблем у підготовці студентів є те, що контакт із пацієнтами з інвалідністю часто сприймається ними як професійно напружена зона. Джерелом цього напруження зазвичай є не байдужість чи відсутність мотивації, а невпевненість, страх помилитися, побоювання спровокувати негативну реакцію, нерозуміння того, як правильно побудувати спілкування, а також недостатній досвід взаємодії з людьми, які мають інші комунікативні або поведінкові моделі²³. Саме тому майбутній стоматолог потребує спеціальної підготовки до зустрічі з клінічно і психологічно складним пацієнтом. Якщо така підготовка відсутня, студент навіть за наявності добрих теоретичних знань може демонструвати внутрішню скутість, надмірну поспішність, уникнення ініціативи або, навпаки, механічне дотримання процедур без справжнього контакту з пацієнтом.

У цьому контексті особливого значення набуває формування комунікативної компетентності. Для стоматолога вона є не просто приємним додатком до клінічної майстерності, а реальною умовою ефективного лікування. У роботі з пацієнтами з інвалідністю лікареві часто доводиться змінювати темп мовлення, спрощувати формулювання, використовувати короткі інструкції, вдаватися до невербальної підтримки, працювати через етапне пояснення дій, повторювати інформацію, зважати на реакцію супровідної особи, а інколи – майже повністю вибудовувати комунікацію через жест, погляд, міміку, інтонацію та послідовність дій. Це вимагає не лише технічного знання комунікативних прийомів, а й внутрішньої

²² Dougall A, Thompson SA, Faulks D, Guidance for the core content of a Curriculum in Special Care Dentistry at the undergraduate level. Eur J Dent Educ. 2014 Feb;18(1):39-43. doi: 10.1111/eje.12054.

²³ Канюра, О. А. Особливості формування комунікативної компетентності у студентів-стоматологів та її корекція у інтернів. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. № 4. С. 42–47. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-4-7>

чутливості до іншої людини, вміння спостерігати, витримувати паузу, не тиснути, не поспішати й не сприймати складнощі спілкування як прояв “непокори” чи “незручності” пацієнта ²⁴.

Соціально-психологічна готовність стоматолога до такої взаємодії значною мірою пов'язана з рівнем його емпатії. Проте й тут важливо уникати спрощеного підходу. У професійній підготовці емпатія не повинна зводитися до абстрактного заклик “бути добрим” або “співчувати пацієнту”. Для лікаря вона має набувати професійно зрілої форми, коли розуміння емоційного стану людини поєднується зі здатністю зберігати клінічну ясність, межі професійної ролі, внутрішню стабільність і виваженість рішень. Майбутній стоматолог повинен навчитися бачити за поведінковою реакцією пацієнта не проблему дисципліни, а можливий страх, біль, дезорієнтацію, сенсорне перевантаження або втрату контролю. Лише тоді комунікація з пацієнтом з інвалідністю перестав бути “випробуванням” для лікаря і стає частиною його природної професійної діяльності.

Важливим механізмом підготовки у цій сфері є подолання стереотипів. На жаль, у професійному середовищі ще зберігаються уявлення про пацієнтів з інвалідністю як про завідомо “дуже складних”, “майже недоступних для контакту” або таких, чия присутність автоматично ускладнює лікувальний процес. Подібні настанови можуть не усвідомлюватися прямо, але вони впливають на поведінку студента, його впевненість, готовність брати на себе відповідальність та відкритість до клінічного досвіду. Освітнє середовище має цілеспрямовано руйнувати ці уявлення, замінюючи їх професійно обґрунтованим баченням: пацієнт з інвалідністю – це не “особлива проблема”, а людина з конкретними потребами, для роботи з якою лікар повинен мати належну підготовку, гнучкість і досвід. Коли така зміна професійної оптики відбувається ще на етапі навчання, стоматолог входить у практику вже не з позиції страху або дистанціювання, а з позиції готовності шукати рішення.

Значну роль у підготовці відіграє і розвиток психологічної стійкості. Робота з пацієнтами з інвалідністю нерідко потребує більше часу, спокою, терпіння та емоційних ресурсів, ніж стандартний клінічний прийом. Лікар може зіткнутися з непередбачуваними реакціями, відмовою від співпраці, плачем, агресією, швидкою втомлюваністю пацієнта, необхідністю змінювати план прямо в процесі лікування. Якщо студент не має досвіду безпечного проживання таких ситуацій у навчанні, у майбутній практиці

²⁴ Гуменюк В. Комунікативна компетентність майбутніх лікарів-стоматологів як основа ефективної професійної взаємодії в дитячій стоматології. *Молодь і ринок*. 2025. № 5–6. С. 22–27. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2025.332820>

вони можуть викликати професійне виснаження, внутрішній опір або прагнення уникати роботи з такою категорією пацієнтів. Саме тому стоматологічна освіта повинна включати не лише клінічну, а й рефлексивну підготовку – уміння аналізувати власні емоції, розуміти свої труднощі, не соромитися професійної невпевненості й поступово перетворювати її на досвід.

У структурі освітніх механізмів одним із найбільш ефективних підходів є кейс-орієнтоване навчання. Воно дозволяє перенести акцент із абстрактного викладу матеріалу на реальні клінічні ситуації, у яких поєднуються діагностичні, терапевтичні, комунікативні та етичні виклики²⁵. Для майбутнього стоматолога робота з клінічними кейсами є особливо корисною тоді, коли випадок не має єдиного “правильного” рішення, а вимагає зіставлення кількох можливих тактик, оцінки ризиків, прогнозування поведінки пацієнта та врахування його функціональних особливостей. Таке навчання формує не механічне відтворення алгоритму, а професійне мислення, що є критично важливим у роботі з пацієнтами з інвалідністю.

Не менш вагомим є симуляційне навчання. Традиційна стоматологічна освіта тривалий час спиралася переважно на лекційно-семінарську модель і відпрацювання технічних маніпуляцій на фантомах. Проте для формування готовності до інклюзивної практики цього недостатньо. Студент повинен мати змогу тренувати не тільки мануальну техніку, а й комунікацію, реакцію на нестандартну поведінку, уміння зберігати спокій, вибудовувати поступовий контакт, адаптувати послідовність дій.

Саме тому особливу цінність мають симуляційні сценарії, у яких відтворюються не лише клінічні параметри випадку, а й психологічна атмосфера прийому. Це можуть бути моделі із залученням стандартизованих пацієнтів, рольових ігор, міждисциплінарних тренінгів, клінічних розборів, де оцінюється не тільки правильність діагнозу, а й стиль взаємодії з пацієнтом.

Важливим освітнім механізмом є і раннє включення інклюзивної проблематики в систему професійної підготовки. Якщо тема роботи з пацієнтами з інвалідністю з'являється лише на старших курсах або як додатковий епізодичний модуль, студент сприймає її як щось периферійне, факультативне, не пов'язане з “основною” стоматологією²⁶. Насправді

²⁵ Дрок, В.А. Кейс-метод в процессе обучения врачей-интернов по специальности «Стоматология». *Научные труды SWorld*. 2017. № 46. С. 99-103. DOI: 10.21893/2410-6720.2017-46.1.108

²⁶ Біденко Н., Остапко О., Коваль О. Формування комунікативних навичок майбутніх лікарів-стоматологів на додипломному етапі навчання. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*. 2018. № 79. С.223-231.

ж інклюзивний підхід має проходити крізь увесь освітній маршрут майбутнього лікаря – від базових дисциплін до клінічної практики.

Уже на ранніх етапах навчання здобувач повинен звикати до думки, що пацієнти різні, що універсального клінічного шаблону не існує, що комунікація є частиною лікування, а професійна повага до людської гідності не менш важлива, ніж точність діагнозу. Тільки за такої умови інклюзивність стає не зовнішньою вимогою, а внутрішнім принципом професійного мислення.

Окреме місце посідає міждисциплінарна підготовка. Робота з пацієнтами з інвалідністю природно виходить за межі вузької стоматологічної спеціалізації. Майбутньому лікарю потрібні елементарні, але змістовні знання про особливості розвитку дитини з порушеннями, психоемоційні реакції при аутистичному спектрі, поведінкові феномени при інтелектуальних порушеннях, принципи супроводу пацієнтів із неврологічною патологією, роль медикаментозного фону та значення реабілітаційної підтримки. Це не означає, що стоматолог повинен замінити собою психолога, невролога чи спеціального педагога. Однак він повинен достатньо розуміти суміжний контекст, щоб його власні клінічні дії були безпечними, доречними та професійно зрілими. Саме тому до освітнього процесу доцільно залучати міжкафедральну співпрацю, спільні заняття, консультації суміжних фахівців, інтегровані навчальні модулі.

Не можна оминати і питання етичної підготовки. У роботі з пацієнтами з інвалідністю стоматолог постійно перебуває в полі морально чутливих ситуацій: як пояснювати маніпуляцію людині з обмеженим розумінням інформації, як будувати діалог у присутності опікуна, як зберігати суб'єктність пацієнта, коли частина рішень делегована супровідній особі, як уникати принизливого тону, поспіху, роздратування або формального ставлення²⁷.

Етична культура лікаря виявляється тут не в гучних деклараціях, а в дрібних, але дуже важливих деталях професійної поведінки: у тому, чи дивиться він на пацієнта, а не лише на його супровід, чи звертається до людини з повагою, чи пояснює свої дії, чи визнає право пацієнта на страх, дискомфорт і власний темп взаємодії. Таку культуру неможливо сформувати одним курсом з медичної етики. Вона повинна підтримуватися всім стилем освітнього середовища.

Суттєве значення має також клінічне наставництво. Студент навчається не лише з підручника і навіть не лише в ході формального клінічного

²⁷ Ferro de Farisato-Touceda MJ, Marqués-Martínez L, García-Miralles E. Ethical and Legal Aspects of Informed Consent and Assent in Paediatric Dentistry: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)*. 2025 Vol. 18. P.1711. doi: 10.3390/children12121711.

заняття. Він дуже тонко зчитує професійну поведінку викладача, його інтонацію, терпіння, готовність пояснювати, ставлення до пацієнта, реакцію на нестандартні ситуації. Якщо викладач демонструє повагу, гнучкість, спокій, клінічну уважність і професійну людяність, ці моделі стають для студента набагато переконливішими за будь-які декларативні положення²⁸. Якщо ж майбутній стоматолог спостерігає поспішність, дистанціювання, зверхність або приховане роздратування щодо пацієнтів з інвалідністю, саме така модель професійної поведінки може відтворитися у його власній практиці. Отже, підготовка до інклюзивної стоматології значною мірою залежить і від того, яким є клінічний приклад старшого колеги.

Ще одним важливим компонентом є організація самого освітнього простору. Говорячи про інклюзивну стоматологічну освіту, не можна обмежуватися лише змістом навчальних тем. Освітнє середовище повинно створювати у студента відчуття, що робота з різними категоріями пацієнтів є нормальною, професійно очікуваною і ціннісно значущою частиною лікарської діяльності.

Якщо в університетській клініці, на базах практики чи в навчальній комунікації інклюзивна тема постійно перебуває на периферії, студент засвоює саме цю периферійність. Якщо ж вона інтегрована в клінічні розбори, демонстраційні випадки, симуляційні заняття, дискусії про помилки та професійні виклики, тоді формується зовсім інший тип професійного ставлення – спокійний, відповідальний і зрілий.

Таким чином, підготовка майбутнього стоматолога до роботи з пацієнтами з інвалідністю повинна спиратися на поєднання соціально-психологічних та освітніх механізмів, які взаємно доповнюють одне одного. Без розвитку емпатії, комунікативної гнучкості, психологічної стійкості, рефлексії та етичної чутливості клінічні знання залишатимуться неповними. Без сучасних освітніх технологій – кейс-методу, симуляційного навчання, міждисциплінарної інтеграції, раннього включення інклюзивної тематики та якісного наставництва – ця соціально-психологічна готовність не набуде професійно стійкої форми. Саме тому сучасна стоматологічна освіта має формувати не просто фахівця, який уміє лікувати стоматологічне захворювання, а лікаря, здатного бачити в кожному пацієнтові людину зі своїм клінічним, психологічним і соціальним контекстом. Лише за такої умови робота з пацієнтами з інвалідністю перестає бути “особливим випадком” і стає органічною частиною справді зрілої, сучасної та людяної стоматологічної практики.

²⁸ Sebastian T, Prade A, Keis O, Student experiences of professionalism and role models in an oral and maxillofacial surgery internship: A qualitative study. *Eur J Dent Educ*. 2023. Vol. 27(4) P. 849-858. doi: 10.1111/eje.12875.

ВИСНОВКИ

Інтеграція клінічної компетентності в стоматологічній освіті є необхідною умовою якісної підготовки майбутнього лікаря до роботи в сучасному інклюзивному медичному середовищі. Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що професійна готовність стоматолога до надання допомоги пацієнтам з інвалідністю не може зводитися лише до засвоєння клінічних знань і технічних навичок. Вона формується як комплексна здатність, що поєднує клінічне мислення, вміння проводити диференціальну діагностику, адаптувати терапевтичну тактику, ефективно комунікувати з пацієнтом та його оточенням, а також діяти етично, виважено і професійно в умовах нестандартної клінічної ситуації.

Пацієнти з інвалідністю становлять неоднорідну категорію, яка потребує індивідуалізованого стоматологічного підходу з урахуванням соматичних, неврологічних, поведінкових, сенсорних і психоемоційних особливостей. Саме це визначає підвищену роль диференціальної діагностики в структурі професійної підготовки стоматолога, оскільки в багатьох випадках клінічні прояви стоматологічної патології можуть бути нетиповими, прихованими або ускладненими супутніми станами. Ефективне лікування таких пацієнтів вимагає від лікаря не шаблонного застосування стандартних алгоритмів, а гнучкого клінічного аналізу, прогнозування ризиків, поетапного терапевтичного планування та готовності до міждисциплінарної взаємодії.

Важливою складовою підготовки майбутнього стоматолога до роботи з пацієнтами з інвалідністю є соціально-психологічна та комунікативна готовність. Здатність налагоджувати контакт, знижувати тривожність пацієнта, враховувати індивідуальний темп взаємодії, долати власну професійну невпевненість і зберігати повагу до людської гідності є не другорядними, а системоутворювальними елементами клінічної компетентності. У зв'язку з цим обґрунтовано, що сучасна стоматологічна освіта повинна спиратися на інклюзивно орієнтовані освітні механізми, серед яких особливе значення мають кейс-метод, симуляційне навчання, міждисциплінарна підготовка, клінічне наставництво та раннє включення інклюзивної проблематики в освітній процес.

Удосконалення стоматологічної освіти в напрямі інтеграції клінічної компетентності слід розглядати як стратегічний напрям розвитку підготовки фахівців. Такий підхід дозволяє формувати лікаря-стоматолога, який здатний не лише професійно лікувати стоматологічні захворювання, а й працювати в логіці пацієнтоорієнтованості, інклюзії та клінічної відповідальності. Практична цінність запропонованих положень полягає в тому, що вони можуть бути використані для оновлення змісту

стоматологічної освіти, удосконалення клінічної підготовки здобувачів і розвитку такої моделі професійного навчання, у якій пацієнт з інвалідністю розглядається не як виняток, а як повноцінний суб'єкт якісної, доступної та гідної стоматологічної допомоги.

АНОТАЦІЯ

У статті досліджено проблему інтеграції клінічної компетентності в стоматологічній освіті в контексті підготовки майбутніх лікарів до диференціальної діагностики та терапії у пацієнтів з інвалідністю. Обґрунтовано, що сучасна стоматологічна підготовка повинна виходити за межі формування лише клінічних знань і мануальних навичок та включати розвиток клінічного мислення, комунікативної гнучкості, етичної чутливості й готовності до роботи в інклюзивному медичному середовищі. Показано, що пацієнти з інвалідністю становлять неоднорідну клінічну групу, яка потребує індивідуалізованого підходу з урахуванням соматичних, неврологічних, поведінкових і психоемоційних особливостей. Встановлено, що в роботі з такими пацієнтами особливого значення набуває диференціальна діагностика, оскільки стоматологічні симптоми нерідко мають нетиповий, прихований або ускладнений перебіг. Наголошено, що ефективність лікування залежить не лише від правильності клінічного рішення, а й від здатності лікаря адаптувати лікувальну тактику, будувати контакт із пацієнтом і взаємодіяти з його супроводом. Окрему увагу приділено соціально-психологічним та освітнім механізмам підготовки майбутнього стоматолога, серед яких визначено комунікативну підготовку, розвиток емпатії, подолання професійних стереотипів, кейс-орієнтоване та симуляційне навчання, міждисциплінарний підхід і клінічне наставництво. Доведено, що інтеграція клінічної компетентності в освітній процес є необхідною умовою формування стоматолога, здатного до професійно зрілої, інклюзивно орієнтованої та пацієнтоцентричної практики. Практичне значення статті полягає у можливості використання її положень для оновлення змісту стоматологічної освіти та вдосконалення підготовки здобувачів до роботи з пацієнтами з інвалідністю.

Література

1. Литовченко В., Литовченко С. Доступність стоматологічних послуг для людей з порушеннями слуху: комунікація лікаря та пацієнта. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2021.№ 3. С. 52-63. DOI 10.32345/USMYJ.3(125).2021.52-63
2. Takeshita L, Srinivasan M. Survey on the attitudes and perceptions of Swiss dental practitioners and dental students toward treating patients with

disabilities and sensory impairments. *Spec Care Dentist*. 2024. Vol. 44(4). P1260-1272. doi: 10.1111/scd.12988.

3. Al-Beltagi M, Al Zahrani AA, Mani BS, Challenges and solutions in managing dental problems in children with autism. *World J Clin Pediatr*. 2025. Vol. 14(3) P106778. doi: 10.5409/wjcp.v14.i3.106778.

4. Achieving health equity through disability inclusion in the health sector. URL.: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>

5. DI World Dental Federation. Oral Health and Special Care Dentistry. *Int Dent J*. 2025. Vol.75(1) P.13-14. doi: 10.1016/j.identj.2024.12.009.

6. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 221 «Стоматологія» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ Міністерства освіти і науки від 24.06.2019 р. № 879. URL.: https://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/65042/ (дата звернення 15.04.2026)

7. Elangovan S, Venugopalan SR, Srinivasan S, Integration of Basic-Clinical Sciences, PBL, CBL, and IPE in U.S. Dental Schools' Curricula and a Proposed Integrated Curriculum Model for the Future. *J Dent Educ*. 2016 Vol.80(3) P.281-90.

8. Литовченко В. До питання формування професійної комунікації лікаря та пацієнта з порушенням слуху (презентація авторського telegram чат-боту). *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2022. № 1(24), С. 120-148. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i24.244>

9. Казаков Ю.М., Петров Є.Є., Треумова С.І. Компетентнісний підхід як засіб підвищення якості вищої медичної освіти. / Удосконалення якості підготовки лікарів у сучасних умовах : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 24 берез. 2016 р. Полтава : ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», 2016. С. 82.

10. Goering S. Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2015. Vol. 8(2). P34-8. doi: 10.1007/s12178-015-9273-z.

11. Junglim C., Re-Mee D. Dental treatment under general anesthesia for patients with severe disabilities. *J Dent Anesth Pain Med*. 2021. Vol. 21(2). P.87-98 DOI: <https://doi.org/10.17245/jdapm.2021.21.2.87>

12. Литовченко В.П., Литовченко С.В. Безбар'єрність стоматологічної допомоги пацієнтам з особливими комунікативними потребами: організаційний та психологічний аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2022. № 1. С. 131-139. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.25>

13. Tirupathi SP, Afnan L. Effect of Sensory Adapted Dental Environment (SADE) on physiological and behavioral parameters related to stress and anxiety in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) undergoing dental treatment: A systematic review and meta-analysis. *Spec Care Dentist*. 2024. Vol 44 (5) P1346-1358. doi: 10.1111/scd.13003.

14. Деньга О. В., Шпак С. В. Комплексна профілактика основних стоматологічних захворювань у сліпих дітей. *Вісник стоматології*. 2014. № 4. С. 75-80.

15. Mingarro-de-León A, Chaveli-López B, Gavaldá-Esteve C. Dental management of patients receiving anticoagulant and/or antiplatelet treatment. *J Clin Exp Dent*. 2014. Vol. 6(2) P.155-61. doi: 10.4317/jced.51215.

16. Renton T. Dental (Odontogenic) Pain. *Rev Pain*. 2011. Vol. 5(1) P. 2-7. doi: 10.1177/204946371100500102.

17. Гонга З.М., Немеш О.М., Слаба О.М., Особливості надання стоматологічної допомоги людям з порушенням психіки. Міжнародний досвід наукових досліджень. зб. Матеріалів доп. 2-ї міжнар. наук.-практ. конф. Чикаго: 2025. С.15-16.

18. Prynda M, Pawlik AA, Niemczyk W, Wiench R. Dental Adaptation Strategies for Children with Autism Spectrum Disorder-A Systematic Review of Randomized Trials. *J Clin Med*. 2024. Vol. 13(23). P. 7144. doi: 10.3390/jcm13237144.

19. Сухомейло Д. О., Рейзвіх О. Є., Шнайдер С. А., Сучасні тенденції профілактики та лікування стоматологічних захворювань у дітей з патологією опорно-рухового апарату. *Вісник стоматології*. 2024. № 2. С. 132–139. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-52-2.19>

20. Geddis-Regan AR, Gray D, Buckingham S, Misra U, Boyle C. British Society for Disability and Oral Health. The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. *Spec Care Dentist*. 2022. Vol. 42(S1) P.3-32. doi: 10.1111/scd.12652.

21. Pani SC, Dong CS, Faulks D. Intersection of the iADH undergraduate curriculum in special care dentistry and the association of Canadian faculties of dentistry competencies framework. *Spec Care Dentist*. 2023. Vol.43(6) P785-794. doi: 10.1111/scd.12822

22. Dougall A, Thompson SA, Faulks D, Guidance for the core content of a Curriculum in Special Care Dentistry at the undergraduate level. *Eur J Dent Educ*. 2014 Feb;18(1):39-43. doi: 10.1111/eje.12054.

23. Канюра, О. А. Особливості формування комунікативної компетентності у студентів-стоматологів та її корекція у інтернів. *Медицина та фармація: освітні дискурси*. № 4. С. 42–47. <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-4-7>

24. Гуменюк В. Комуникативна компетентність майбутніх лікарів-стоматологів як основа ефективної професійної взаємодії в дитячій стоматології. Молодь і ринок. 2025. № 5–6. С. 22-27. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2025.332820>

25. Дрок, В.А. Кейс-метод в процессе обучения врачей-интернов по специальности «Стоматология». Научные труды SWorld. 2017. № 46. С. 99-103. DOI: 10.21893/2410-6720.2017-46.1.108

26. Біденко Н., Остапко О., Коваль О. Формування комуникативних навичок майбутніх лікарів-стоматологів на додипломному етапі навчання. Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору. 2018. № 79 . С.223-231.

27. Ferro de Farisato-Touceda MJ, Marqués-Martínez L, García-Miralles E, Ethical and Legal Aspects of Informed Consent and Assent in Paediatric Dentistry: A Cross-Sectional Study. Children (Basel). 2025 Vol. 18. P.1711. doi: 10.3390/children12121711.

28. Sebastian T, Prade A, Keis O, Student experiences of professionalism and role models in an oral and maxillofacial surgery internship: A qualitative study. Eur J Dent Educ. 2023. Vol. 27(4) P.

Information about the author:

Semenov Denys Mykhailovych,

Assistant at the Department of surgical and propaedeutic dentistry
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
26, Marii Prymachenko boulevard, Zaporizhzhia, Ukraine