

DOI <https://doi.org/10.32782/3041-1394.2024-2.9>

УДК 616.31

Б.М. Мірчук, доктор медичних наук, професор, кафедра ортодонції, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010

ОРТОДОНТИЧНА ДОПОМОГА ТРАНЗИТНИМ ПАЦІЄНТАМ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

В.М. Mirchuk, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Orthodontics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska str, Lviv, Ukraine, postal code 79010

ORTHODONTIC AID FOR TRANSIT PATIENTS DURING MARTIAL LAW

З 24 лютого 2022 року життя в Україні кардинально змінилось. Війна принесла смерть і руйнування. Мільйони людей, рятуючи своє життя і життя дітей, змушені були покинути домівки і переїхати у більш безпечні міста і селища в Україні і за кордоном. Так, за інформацією голови Львівської ОВА (обласна військова адміністрація) у березні 2022 року на території Львівської області перебувало до 400 тисяч внутрішньо переміщених осіб, із них у Львові – понад 200 тисяч, понад 1 млн українців перетнули кордон із Польщею у Львівській області. Головне завдання тоді полягало в тому, щоб дати людям прихисток і можливість поїсти, надати медичну допомогу з урахуванням кількості людей, що прибули.

Стоматологи України активно долучились до надання допомоги біженцям і внутрішньо переміщеними особам. Доцільно звернути увагу на організаційну роботу АОУ (Асоціація ортодонтів України). У соціальних мережах і на сайті АОУ була розміщена інформація («Невідкладна ортодонтична допомога пацієнтам України») про клініки з прізвищами ортодонтів і їх контактними даними, щоб транзитні пацієнти мали можливість звернутись за допомогою. Так, за період воєнного стану в Україні лише з лютого 2022 року до листопада 2023 року в стоматологічну клініку звернулось понад 100 ортодонтичних пацієнтів, які рятувались від воєнної агресії.

Перший місяць війни у зв'язку з організаційними проблемами (повітряні тривоги, загроза обстрілів і обстріли, стрес і психологічний стан як пацієнтів, так і лікарів) ортодонтична допомога біженцям і тимчасово переміщеним особам надавалась переважно у разі травмування м'яких тканин елементами ортодонтичних апаратів, а документація належним чином не велась (запис в журналі прізвища пацієнта і що зроблено). Лише через місяць вдалося відновити звичну організацію роботи. Повноцінне клінічне обстеження було проведене 63 ортодонтичним пацієнтам, які розпочали лікування в регіонах активних воєнних дій.

Із 63 пацієнтів, які звернулись за допомогою, 59 осіб (93,6%) мали незнімні ортодонтичні апарати, 4 особи (6,3%) – знімні. Найбільше звернень припадало на період з квітня до вересня 2022 р – 44 особи (69,8%).

Більшість пацієнтів із незнімними ортодонтичними апаратами мала брекет-системи на верхній і нижній щелепі – 56 осіб (88,8%), 6 осіб (9,5%) – лише на верхній щелепі, 1 особа (1,5%) – апарат Хайрекс.

За словами пацієнтів, брекет-системи були встановлені протягом 3 місяців у 11 осіб (17,7%), від 6 місяців до 12 місяців – у 34 осіб (54,8%), від 16 місяців до 24 місяців – у 17 осіб (27,4%). Лігатурні брекет-системи були у 57 (91,9%) пацієнтів, у 5 пацієнтів (8,0%) – самолігуючі брекет-системи.



Причини звернень (зі слів пацієнтів):

- травмування м'яких тканин ротової порожнини – 15 (24,1%) пацієнтів;
- заміна лігатури – 14 (22,5%) пацієнтів;
- заміна дуги – 10 (16,1%) пацієнтів;
- втрата частини брекетів – 4 (6,4%) пацієнтів;
- активування апарату (еластики, пружини тощо) – 7 (11,3%) пацієнтів;
- продовження/завершення ортодонтичного лікування – 5 (8,0%) пацієнтів;
- відмова від подальшого лікування і зняття ортодонтичної апаратури – 3 (4,8%) пацієнта.

У пацієнтів, які звернулись із скаргами про травмування м'яких тканин, найчастіше спостерігалось зміщення дуги (66,6%) і втрата частини брекетів і ортодонтичних замочків на молярах (33,3%).

У пацієнтів із втратою брекетів або замочків на молярах проведено фіксацію нових і закріплено дугу за допомогою еластичних або металевих лігатур. Такі пацієнти були транзитними і більше у клініку не звертались.

Замінити лігатури просили пацієнти з еластичними лігатурами, які втратили колір або були відсутніми. Такі пацієнти, як правило, планували продовжити лікування за місцем основного проживання або після визначення довготривалого перебування. Проводилась заміна еластичних лігатур без заміни дуги. Для повторної заміни лігатур звернулись лише 3 пацієнти.

Пацієнти, які звертались із проханням замінити дугу, вказували, що протягом 3–4 місяців вони не були в ортодонта і, на їх думку, необхідно змінити дугу. Кожного разу ми просили пацієнтів зв'язатись з лікуючим ортодонтом для коректної заміни дуги згідно з раніше складеним планом лікування. Лише у 3 (30,0%) випадках ортодонт, які починали лікування, надали рекомендації щодо встановлення нових дуг. Ортодонту надсилався фотопротокол, після узгодження пацієнту встановлювалась запропонована дуга. У випадках, коли не вдалось отримати інформацію від лікуючого

ортодонта і пацієнти не планували продовжити лікування в клініці, дуга не змінювалась.

Пацієнтам, які втратили брекет, були встановлені інші, які візуально були подібними до попередньо встановлених, оскільки інформація про встановлені була відсутня. Як правило, встановлювалась нова дуга, яка, на думку ортодонта, відповідала етапу лікування на момент обстеження.

Заміну пружин (відкриваючих або закриваючих), еластиків проводили після аналіз клінічної ситуації на момент обстеження.

П'ять пацієнтів, які визначились з місцем проживання, висловили бажання продовжити лікування. У двох випадках була надана усна інформація ортодонтами, які починали лікування, з первинним діагнозом, планом лікування і проведеним лікуванням. Лікування продовжено відповідно до попередньо складеного плану з певними корекціями.

Трьом пацієнтам інформацію про попереднє проведене лікування не вдалось отримати, тому було проведене розширене ортодонтичне обстеження. Зібрано анамнез захворювання до початку ортодонтичного лікування, встановлено діагноз на момент обстеження і складено план лікування. Лікування продовжено без зміни брекет-системи відповідно до клінічної ситуації і скорегованого плану.

Троє пацієнтів, які перебували на ортодонтичному лікуванні в інших клініках, у зв'язку переїздом за кордон України вирішили не продовжувати лікування і зняти апаратуру. Пацієнтам була надана інформація про ризики розвитку рецидивів. Знято ортодонтичну апаратуру. Проведено професійну гігієну порожнини рота. Виготовлено знімні ретенційні капи з метою закріплення результатів проведеного ортодонтичного лікування.

Апарат Хайрекс, за словами мами пацієнта, був встановлений 5 місяців тому, активація проводилась протягом перших 2–3 тижнів користування. Причина звернення – розцементування кільця на молярі. Мама пацієнта відмовилася від подальшого ортодонтичного лікування у зв'язку з переїздом на тимчасове/



постійне проживання в іншу країну. Апарат було знято, пацієнту проведено професійну гігієну порожнини рота.

Серед 4-х пацієнтів знімні апарати на верхній щелепі були у 3 осіб (75,0%), у 1 пацієнта (25%) – на нижній щелепі. 2 пацієнти (50,0%) проводили активацію ортодонтичного гвинта протягом 2–3 місяців, 2 пацієнта (50,0%) користувались апаратами без активації і корекції. Пацієнтам було рекомендовано визначитись з можливістю щомісячного ортодонтичного контролю і в разі неможливості своєчасного відвідування ортодонта відмовитись від користування знімними пластинками.

У клініку звернулись 7 військовослужбовців, які мали незнімну ортодонтичну апаратуру (брекет-системи) з проханням її зняти. Проведено дебондинг брекет-систем, професійну гігієну порожнини рота і запропоновано виготовити ретейнери. Пацієнти відмовились від ретейнерів.

Перший досвід надання ортодонтичної допомоги біженцям і внутрішньо переміщеним особам під час воєнного стану свідчить про наявність серйозних викликів, з якими стикається як ортодонт, так і пацієнт.

Якщо характеризувати пацієнтів, то найбільш помітними є стрес і пригнічення. Певна частина пацієнтів була готова припинити лікування і позбутись ортодонтичної апаратури. Деякі пацієнти з упередженням ставились до проведення будь-яких маніпуляцій ортодонтом, дозволяючи лише провести огляд. Окремі пацієнти вимагали негайно провести активацію апаратури, тоді як іншим було байдуже, що робить ортодонт.

Що стосується ортодонтів, то варто відзначити, що іноді тяжко було прийняти оптимальне рішення – продовжити лікування, надати лише ургентну допомогу чи рекомендувати припинити лікування.

Таким чином, оцінюючи можливості надання транзитним ортодонтичним пацієнтам допомоги під час воєнного стану, можна запропонувати певні рекомендації як для лікарів, так і для пацієнтів:

– ортодонтичним пацієнтам доцільно мати інформацію (і не тільки під час воєнного стану) про діагноз, план лікування й ортодонтичну апаратуру (особливо у разі лікування незнімними апаратами, характеристику брекетів і дуг, які встановлені). Оптимально, якби пацієнти мали фотопротокол до початку лікування і ортопантомограму;

– лікарям-ортодонтам важливо оцінити клінічну ситуацію на момент звернення транзитного пацієнта, отримати інформацію від пацієнта, а за можливості і від лікуючого ортодонта про те, де саме він планує продовжити лікування, і прийняти рішення за згодою пацієнта про те, яку надати допомогу – ургентну, активацію ортодонтичного апарату, стабілізацію результатів отриманого попереднього лікування – або рекомендувати тимчасово відмовитись від подальшого лікування.

Частина ортодонтичних пацієнтів клініки також змінила місце проживання і не має можливості регулярно проходити контрольні огляди. Таким пацієнтам ми надали виписки з медичної картки ортодонтичного пацієнта, рентгенограми і фотопротоколи (у тому числі і фото діагностичних гіпсових моделей).