



СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ

ACTUAL DENTISTRY



ISSN 1992-576X
(print)

ISSN 2786-7641
(online)

УДК 616.31(05)=00

КЕТАНОВ®

кеторолаку трометамін
ЗНЕБОЛЮЮЧИЙ ПРЕПАРАТ

КЕТАНОВ 30 мг/мл
Кеторолаку трометамін розчин для ін'єкцій
Кеторолаку трометамін розтвор для ін'єкцій
10 x 1 мл ампул

ВИТЯГ З ІНСТРУКЦІЇ для медичного застосування лікарського засобу КЕТАНОВ(1)
Склад: діюча речовина: ketorolac tromethamine; 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить кеторолаку трометаміну 10 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкрита оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні і протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B15.
Фармакологічні властивості. Фармакокінетика. Знеболювальний засіб кеторолаку трометамін – ненаркотичний анальгетик. Це нестероїдний протизапальний засіб, що проявляє сильну анальгетичну, протизапальну та слабку жарознижувальну активність. **Клінічні характеристики.**
Показання. Короткочасне лікування болю помірної інтенсивності, включаючи післяопераційний біль. Максимальна тривалість лікування – 5 днів.
Спосіб застосування та дози. **Дорослі.** Звичайна рекомендована доза становить 10 мг кожні 4 або 6 годин. Не рекомендується вводити кількість, що перевищує 40 мг на добу. **Побічні реакції:** з боку травного тракту, з боку системи крові та лімфатичної системи, з боку імунної системи (гіперчутливість, анафілактичні реакції можуть мати летальний наслідок), метаболічні порушення та розлади харчування, з боку центральної нервової системи та психіатричні розлади, з боку органів зору, з боку органів слуху, з боку серцево-судинної системи, з боку органів дихання, з боку гепатобіліарної системи, з боку шкіри, розлади опорно-рухового апарату та сполучної тканини, з боку сечовидільної системи, з боку репродуктивної системи та інше.
Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** Терапія АТ, Румунія. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Вул. Фабриції, 124, 400632, м. Клуж-Напока, округ Клуж, Румунія.
Р.П.№ UA2596/01/01.
1. Інструкція для медичного застосування препарату Кетанов. Не є рекламою. Дана інформація призначена винятково для дипломованих фахівців медичної сфери та для використання на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Увага! Є протипоказання та побічні ефекти. Перед застосуванням необхідно ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування препарату, включаючи повний перелік побічних реакцій, протипоказань, особливості застосування та проконсультуватися з лікарем! Для повідомлення про побічну дію або при виникненні питань щодо якості препарату Ви можете зателефонувати за тел. в Україні: +380443717721 (вартість дзвінків відповідно до тарифу Вашого оператора).
ТОВ «Ранбакс Фармасьютикалс Україна» (група компаній «САН ФАРМА»), 02121, м.Київ, Харківське шосе, 175, оф.14.



5 (116) 2023

Філоненко В.В., Канюра О.А., Біденко Н.В., Єфименко В.П., Шпак Д.Ю.

Проблеми комплексної реабілітації дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння у період пандемії COVID-19 та запровадження воєнного стану, їх вплив на формування зубощелепних деформацій

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність. Пандемія COVID-19 та запровадження воєнного стану суттєво вплинули на надання медичної допомоги населенню України.

Мета дослідження: аналіз впливу пандемії COVID-19 та запровадження воєнного стану на формування стійких зубощелепних деформацій у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Матеріали та методи. Проведено порівняльний аналіз кількості відвідувань лікарів-стоматологів, які спеціалізуються на дитячому прийомі, в період з січня 2018 року по травень 2023 року, оцінено можливість проведення лікування за відповідними протоколами, наявність ускладнень та порушення плану лікування дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Результати. Проаналізовано проблеми надання стоматологічної допомоги, які вплинули на відвідуваність клінік. З метою комплексної реабілітації дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння, запобігання формування стійких форм зубощелепних деформацій окреслено шляхи їх вирішення.

Висновки. З метою запобігання формування стійких форм зубощелепних деформацій та досягнення оптимальних результатів комплексної реабілітації найбільш ефективним є створення єдиного реєстру дітей з вродженими вадами, уніфікованого клінічного протоколу ортодонтичного лікування, запровадження і розвиток стоматологічного напрямку телемедицини, підвищення значущості роботи психологів.

Ключові слова: пандемія COVID-19, військовий стан, організація стоматологічної допомоги, невідкладна ортодонтична допомога, незрощення губи та піднебіння, стійкі форми зубощелепних деформацій.

Актуальність

Наприкінці 2019 року система охорони здоров'я у всьому світі стикнулася з проблемою пандемії коронавірусної хвороби. В Україні перший випадок зафіксовано 3 березня 2020 року, а станом на 12.06.2023 р. в країні налічувалося 5556030 занедужавших, з них померлих – 112394. Серед інфікованих було 60,0% жінок та 40% чоловіків. Відповідно до вікових категорій розподіл хворих був наступний: до 18 років – 5%, від 18 до 29 років – 11%, від 30 до 49 років – 37%, від 50 до 69 років – 38%, 70 років і старші – 9% [1, 2].

Через пандемію коронавірусної хвороби медичні заклади були змушені перейти на лікування лише хворих, які потребували невідкладної допомоги, та пацієнтів з COVID-19. За постановою МОЗ України №19 від 09.05.2020 р. закладам охорони здоров'я на період карантину заборонялося проведення планових заходів з госпіталізації та планових операцій. Винятками були: надання медичної допомоги на території областей та м. Києва закладами, в яких заповненість ліжок, визначених для госпіталізації пацієнтів з підтвердженим випадком

COVID-19, становила менше за 50%; надання медичної допомоги внаслідок ускладненого перебігу вагітності та пологів; надання медичної допомоги вагітним, породіллям, новонародженим; надання медичної допомоги у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я пацієнтам з онкологічними захворюваннями; надання паліативної медичної допомоги у стаціонарних умовах; проведення інших невідкладних і термінових заходів з госпіталізації та планових операцій, якщо внаслідок їх перенесення (відтермінування) існує значний ризик для життя [3].

За умов пандемії COVID-19 визначено суттєві негативні впливи на забезпечення стоматологічної допомоги: скорочення первинних відвідувань на 38,2%, зменшення на 1/3 обсягів планової санації та у 2 рази – кількості планових оглядів; зниження обсягів лікування патології пародонту і слизових оболонок ротової порожнини відповідно на 33,2% і 33,5%; зменшення на 1/3 кількості пломбованих зубів, зростання питомої ваги пролікованих зубів з ускладненим карієсом до 29,3%; зниження відносної кількості амбулаторних і стаціонарних оперативних втручань, скорочення кількості госпіталізації на 26,5% [4, 5].

24 лютого 2022 року розпочалось повномасштабне вторгнення російського агресора в Україну, що також значно вплинуло на надання медичної допомоги населенню. Зважаючи на те, що стоматологічна допомога є одним з високоспеціалізованих видів медичної допомоги, епідемія та військові дії суттєво на ній відобразились. Фахівці галузі, а також пацієнти, в тому числі діти, зіткнулися з низкою різноманітних проблем. Оскільки, військова агресія Росії на нашу країну триває з 2014 року, в Донецькій та Луганській областях з проблемами стоматологічної допомоги доводиться стикатись вже протягом 9 років, але в масштабі всієї країни така проблема виникла вперше фактично з часу закінчення Другої світової війни [6].

В українських і світових фахових джерелах є недостатньо інформації щодо надання стоматологічної допомоги населенню в екстремальних умовах та про їх вплив на формування і розвиток патологічних станів щелепно-лицевої ділянки. Зустрічаються роботи з аналізом впливу на стоматологічний статус віддалених наслідків техногенних катастроф, епідемій, воєн [7–9].

Так, Osamah M. Aldagher та ін. зробили висновок про різке збільшення на півдні Іраку частоти розвитку вад губи й піднебіння та появу пов'язаних

з ними аномалій, що зумовлювалось прямим впливом війни та використанням токсичних бомб; наведені в дослідженні дані свідчать про багатоплановий вплив чинників воєнного конфлікту на перебіг і результати вагітності [7].

Водночас лікування і реабілітація дітей з вродженими вадами вимагає дотриманням чітких протокільних термінів, а при невчасній допомозі та недотриманні протоколів можуть розвиватись ускладнення з боку інших органів і систем, підвищуватись ризик формування стійких зубощелепних деформацій [10–13].

Мета дослідження: аналіз впливу пандемії COVID-19 та запровадження воєнного стану на формування стійких зубощелепних деформацій у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Матеріали та методи дослідження.

Предметом аналізу є дані щодо кількості відвідувань пацієнтами Стоматологічного медичного центру (СМЦ) НМУ імені О.О. Богомольця протягом 65 місяців в період з січня 2018 року по травень 2023 року. Проаналізовано кількість відвідувань пацієнтами дитячого віку лікарів і співробітників кафедр ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології (ОД), хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку (ДХСТ), дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань (ДТСТ) НМУ імені О.О. Богомольця, відділень ортодонції, дитячої стоматології та хірургічної стоматології СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця. За весь розглянутий період загальна кількість прийомів пацієнтів за напрямком ОД склала 66421, за напрямком ДХСТ – 19334 та за напрямком ДТСТ – 63055.

Враховуючи особливості обставин, які двічі кардинально змінювались з січня 2018 року по травень 2023 року у зв'язку із пандемією COVID-19 та війною, було умовно виділено три часові періоди для подальшого аналізу відповідних змін показників відвідуваності: період без впливу особливих обставин (ПБВ) – з березня 2018 року по березень 2020 року (n = 26 місяців); період впливу COVID-19 (ПВК) – з квітня 2020 року по лютий 2020 року (n = 24 місяці); період впливу війни (ПВВ) – з березня 2022 року по травень 2023 року (n = 15 місяців). Вплив війни, на жаль, продовжується.

З метою унормування та подальшого порівняння описових статистичних характеристик мір центральної тенденції визначених груп даних у три часові періоди (ПБВ, ПБК та ПБВ) було охарактеризовано середньомісячні показники відвідуваності СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця за напрямком ОД, ДХСТ та ДТСТ, оцінено можливість проведення лікування за відповідними протоколами, наявність ускладнень та порушення плану лікування з причини пандемії або воєнного стану.

Для оцінки ортодонтичного прогнозу лікування у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння використано клінічну шкалу за Friede et al. (1991).

Статистичний аналіз наявних даних здійснювався за допомогою спеціалізованого статистичного програмного забезпечення MedStat v. 5.2 (Україна) та Jamovi v. 2.3 (The Jamovi Project (2023)). Перевірка розподілу на нормальність усіх кількісних даних була здійснена із застосуванням критерію Шапіро-Уїлка. В залежності від результатів перевірки, для подальшого аналізу, застосовувалися параметричні критерії (у разі прийняття гіпотези про нормальність розподілу) або непараметричні критерії (у випадку відмінності розподілу від нормального). Для представлення описових статистичних характеристик мір центральної тенденції та мір розсіяння варіаційних рядів даних, у разі відхилення гіпотези про нормальність розподілу, – дані наводяться із зазначенням величини медіани (Me), міжквартильного розмаху між першим квартилем (Q_1 , 25-й процентіль) та третім квартилем (Q_3 , 75-й процентіль), тобто $Me (Q_1-Q_3)$. Із врахуванням міркувань доцільності, у деяких випадках, наводяться мінімальні та максимальні значення певних характеристик об'єктів статистичного спостереження та 95% довірчий інтервал (95% ДІ). Для визначення статистичної значущості відмінностей у випадках порівняння двох незалежних груп засто-

совувався U-критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні, а при множинних порівняннях трьох вибірок (у випадку відмінності розподілу від нормального) застосовувався ранговий однофакторний аналіз Краскела-Уолліса або критерій Данна. Перед проведенням порівнянь проводилася перевірка гіпотези про рівність дисперсій у відповідних групах із використанням F-критерія Фішера (для нормального закону розподілу) та критерія Краскела-Уолліса (у випадку відмінності розподілу від нормального). Статистично значущими вважатимемо відмінності характеристик об'єктів статистичного спостереження при рівні значущості $p < 0,05$ (приймається, що критичне значення рівня статистичної значущості дорівнює 0,05).

Результати дослідження та їх обговорення.

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД для всіх періодів ПБВ, ПБК та ПБВ відрізняється на рівні значимості $p \leq 0,01$, тому наводяться медіанні значення середньомісячної відвідуваності та міжквартильний розмах (табл. 1).

Діаграму розмаху (англ. *box-and-whiskers diagram*) кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД у періоди ПБВ, ПБК та ПБВ представлено на рис. 1.

За результатами статистичного аналізу наявних даних, при проведенні множинного порівняння, виявлено відмінності кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД у періоди ПБВ, ПБК та ПБВ на рівні значимості $p < 0,01$. Статистично значущою відмінністю відвідуваності в ПБК та ПБВ не виявлено ($p > 0,05$). Середньомісячна відвідуваність у період ПБВ передбачувано виявилася найбільшою. Відносне зниження середньомісячної відвідуваності ($(N_{ПБВ} - N_{ПБК}) / N_{ПБВ} \times 100\%$ (ВЗСВ) за напрямком ОД під впливом пандемії COVID-19

Таблиця 1

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД

Період	Кількість місяців	Всього відвідувань	Середньомісячна відвідуваність, $Me (Q_1-Q_3)$	Min	Max
ПБВ	26	33033	1410 (1288–1488)	109	1702
ПБК	24	20915	954 (734–1177)	76	1281
ПБВ	15	12473	1095 (380–1186)	35	1357

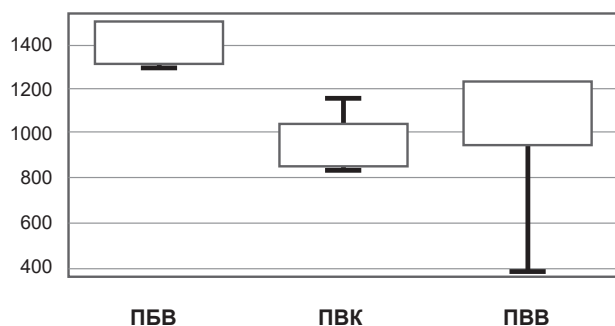


Рис. 1. Діаграма розмаху кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ.

склало 32,4%. ВЗСВ продовжує спостерігатися і в період впливу війни та наразі складає 22,3% у порівнянні із періодом без впливу особливих обставин.

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДХСТ для двох періодів ПБВ та ПВК відрізняється від нормального на відповідних рівнях значимості $p \leq 0,01$ та $p = 0,03$, тому наводяться медіанні значення середньомісячної відвідуваності та міжквартильний розмах (табл. 2).

Діаграму розмаху кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДХСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ представлено на рис. 2.

За результатами статистичного аналізу наявних даних, при проведенні множинного порівняння, виявлено відмінності кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДХСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ на рівні значимості $p < 0,01$. Статистично значущої відмінності відвідуваності в ПВК та ПВВ не виявлено ($p > 0,05$). Середньомісячна відвідуваність у період ПБВ передбачувано виявилася найбільшою. ВЗСВ за напрямком ДХСТ під впливом пандемії COVID-19 склало 26,7%, в період впливу війни та наразі складає 24,0% у порівнянні із періодом без впливу особливих обставин.

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДТСТ для періоду ПБВ відрізняється від нормального на рівні значимості $p \leq 0,01$, тому наводяться медіанні значення середньомісячної відвідуваності та міжквартильний розмах (табл. 3).

Діаграму розмаху кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДТСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ представлено на рис. 3.

За результатами статистичного аналізу наявних даних, при проведенні множинного порівняння, виявлено відмінності кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДТСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ на рівні значимості $p < 0,01$. Статистично значущої відмінності відвідуваності в ПВК та ПВВ не виявлено ($p > 0,05$). Середньомісячна відвідуваність у період ПБВ передбачувано виявилася найбільшою. ВЗСВ за напрямком ДТСТ під впливом пандемії COVID-19 склало 40,2%. ВЗСВ продовжує спостерігатися і в період впливу війни та наразі складає 42,0% у порівнянні із періодом без впливу особливих обставин.

Незважаючи на те, що зниження кількості відвідувань у періоди ПВК і ПВВ має подібні риси, проблеми, що його зумовили, мають суттєві відмінності.

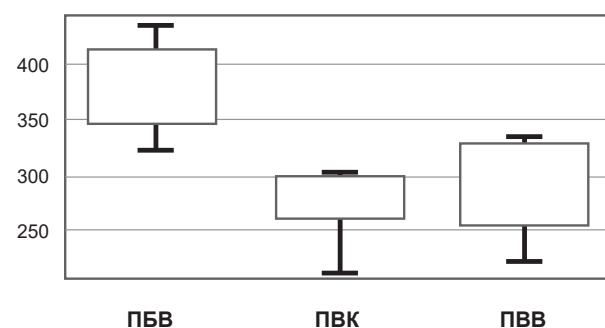


Рис. 2. Діаграма розмаху кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДХСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ.

Таблиця 1

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ОД

Період	Кількість місяців	Всього відвідувань	Середньомісячна відвідуваність, Ме (Q1–Q3)	Min	Max
ПБВ	26	9443	381 (324–450)	23	574
ПВК	24	6039	279 (200–310)	46	376
ПВВ	15	3852	289 (221–332)	20	401

Розподіл кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДТСТ

Період	Кількість місяців	Всього відвідувань	Середньомісячна відвідуваність, Ме (Q1–Q3)	Min	Max
ПБВ	26	32891	1377 (1206–1524)	433	1784
ПВК	24	18792	824 (485–1024)	161	1409
ПВВ	15	11372	798 (569–1009)	84	1153

Під час виконання стоматологічних процедур через значне поширення у світі коронавірусної хвороби COVID-19 і вкрай високий ризик передачі SARS-CoV-2 особливу актуальність набуло питання організації протиепідемічних заходів. Пацієнти, діти в тому числі, стикнулись з цілим рядом проблем. Від початку пандемії у більшості змінився стиль життя. Досить часто при виникненні зубного болю саме в період розпаду карантину та пандемії COVID-19 пацієнти змушені були нехтувати лікуванням та залишатись вдома або неконтрольовано приймати фармакологічні препарати симптоматичної дії. Ще більш складна ситуація виникала при загостренні стоматологічних захворювань у час, коли людина хворіла на коронавірус. Список симптомів, які частіше виникали у такий час: втома, неможливість сконцентруватися, відчуття тривоги та/або депресії, загальна слабкість, головні болі, панічні атаки, відчуття задухи. Під час пандемії часто спостерігались симптоми психічних розладів або загострення вже наявних. Ортодонтичне лікування в таких випадках також відходило на другий план. Знімною апаратурою діти переставали користуватись взагалі, незнімну не активували та в кращому випадку лише підтримували у належному гігієнічному стані.

Від часу оголошення воєнного стану в Україні лікарі та пацієнти, діти в тому числі, знову ж таки стикнулись з цілою низкою проблем. У першу чергу це колапс транспортної системи: зупинка пасажирського транспорту, обмежені можливості пересування містом за допомогою особистого транспорту, запровадження комендантської години. Пацієнти, що проживали за межами м. Києва, взагалі не мали можливості відвідати стоматологічний центр. У місті часто оголошувались повітряні тривоги, що вимагало призупиняти роботу задля безпеки лікарів і пацієнтів. На фоні стресу та паніки у пацієнтів спостерігались загострення хронічних та соматичних хвороб.

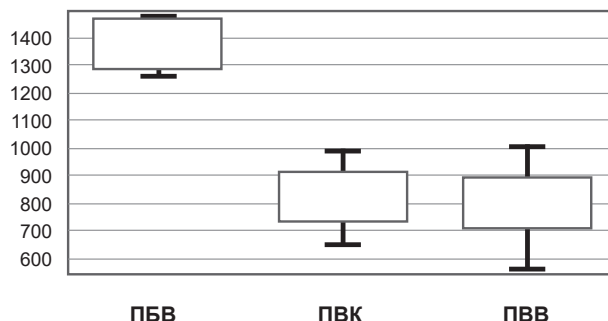


Рис. 3. Діаграма розмаху кількості відвідувань по місяцях за напрямком ДТСТ у періоди ПБВ, ПВК та ПВВ.

Роботу СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця було відновлено практично з перших днів оголошення воєнного стану в Україні. Зважаючи на обставини, що склались, лікарям різних відділень доводилось надавати різнопланову допомогу. За перші два місяці війни у відділенні дитячої терапевтичної стоматології було прийнято 293 пацієнти різного віку (з них 20 військовослужбовців ЗСУ та бійців ТО), у відділенні ортодонції –468 (з них тільки 142 – діти), у відділенні хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку –138 пацієнтів (з них 15 військовослужбовців ЗСУ та бійців ТО). Значна кількість дитячого населення Києва була вивезена з міста на початку бойових дій, тому плановий прийом дітей проводився мінімально. Стоматологічну допомогу намагались максимально надавати за одне відвідування, оскільки не можна було передбачити, чи зможуть пацієнти з'явитись на повторний прийом, зважаючи на військові дії. У всіх дітей, які звертались по допомогу, діагностовано карієс зубів, проте скарги здебільшого стосувались його ускладнених форм – пульпіту й апікального періодонтиту. У переважній кількості пацієнтів виявлявся незадовільний стан індивідуальної гігієни порожнини рота, що зрозуміло з огляду на

зниження уваги батьків до даного питання на тлі турбот військового часу. У хірургічне відділення найчастіше звертались із приводу видалення зубів.

Співробітники відділення ортодонції головним чином надавали невідкладну ортодонтичну допомогу. Зважаючи на те, що більшість клінік тимчасово призупинили роботу, пацієнти, які проходили ортодонтичне лікування в різних медичних закладах, почали стикатися з проблемами поломки та розцементування незнімної апаратури, зафіксованої в порожнині рота, зміщенням ортодонтичної дуги при лікуванні брекет-апаратурою, порушенням адгезії брекетів тощо. Такі проблеми викликали незручності, призводили до травмування слизової оболонки щік, язика, губ, суттєво знижували ефективність ортодонтичного лікування. За неможливості необхідної корекції знімних ортодонтичних апаратів пацієнти переставали ними користуватись, що негативно позначалось на ефективності лікування та спричиняло розвиток ускладнень.

Після деокупації територій, прилеглих до м. Києва, ситуація з відвідуваннями стоматолога у більшій мірі стабілізувалась. Середньомісячна відвідуваність дитячих відділень у березні 2023 року суттєво зросла. Одним з факторів, що привів до цього, стало прибуття до м. Києва великої кількості внутрішньо переміщених осіб, чий міста було зруйновано, або дітей, вивезених з регіонів, де точаться бойові дії.

В табл. 4 представлена узагальнена інформація щодо впливу пандемії COVID-19 та війни на ВЗСВ лікарів-стоматологів за напрямками ОД, ДХСТ та ДТСТ у порівнянні із періодом без впливу особливих обставин.

Загальною проблемою пацієнтів дитячих відділень, зокрема дітей з вродженими незрошеннями губи та піднебіння на етапі ортодонтичного лікування, під час пандемії та військового стану, окрім вище згаданих, є зростання інтенсивності карієсу, що пояснюється відсутністю профілактичних захо-

дів, погіршенням якості гігієни порожнини рота, змінами у раціоні харчування зі збільшенням кількості вуглеводів як найбільш доступного джерела енергії, впливом загальних захворювань на місцеві захисні чинники порожнини рота, зокрема у складі ротової рідини, зміщенням акцентів по догляду за порожниною рота на інші більш нагальні проблеми.

З початком військових дій на території України діти, що були вивезені за кордон, стикнулись з проблемою невчасної корекції ортодонтичних апаратів. В інших країнах непросто було знайти клініку, де лікування можливо було продовжити відповідно до прописаного плану. Причиною цього є неспівпадіння протоколів лікування або порядку маніпуляцій, адже ортодонтичний план лікування дітей за наявності незрошень губи та піднебіння зазвичай розробляється індивідуально для кожного пацієнта. При цьому враховується вік дитини, вид незрошення, ступінь вираженості морфологічних і функціональних порушень щелепно-лицевої ділянки, наявність супутніх захворювань, порушення носового дихання, психоемоційний стан дитини та її батьків. Важливою особливістю ортодонтичного лікування є необхідність врахування планових операцій, їх етапність та методики, що також можуть бути різними. Прогноз лікування дітей з незрошеннями напряму залежить від вибору методики первинних хірургічних втручань на губі та піднебінні та етапності їх виконання.

За відсутності в Україні єдиного реєстру дітей з вродженими вадами губи та піднебіння інформація про виконані маніпуляції, результати додаткових методів обстеження (антропометрія, фотограмметрична оцінка, комп'ютерна томографія, тощо), план подальшого лікування зазвичай зберігається в клініках, де вони проводились. За виникнення нештатної ситуації інформація про результати консультування та роботу суміжних спеціалістів (педіатр, психолог, логопед, отоларинголог та ін.) не є доступною в порядку її проведення, значущості та відповідності плану реабілітації. У кращому випадку в батьків

Таблиця 4

Інформація щодо впливу пандемії COVID-19 та війни на ВЗСВ у порівнянні із періодом без впливу особливих обставин

	ВЗСВ за напрямком ОД, %	ВЗСВ за напрямком ДХСТ, %	ВЗСВ за напрямком ДТСТ, %
ПВК	32,4	26,7	40,2
ПВВ	22,3	24,0	42,0

зберігаються виписки з клінік. При зверненні до спеціалістів в іншій країні або навіть в іншому місті фактично потрібно проводити збір анамнезу заново. Як корегувати ортодонтичні конструкції і що планується досягти по завершенню їх використання ортодонт має виключно здогадуватись згідно з власним досвідом.

При евакуації з місць бойових зіткнень частину знімних апаратів пацієнтами було втрачено. На якість виконання вимог ортодонта вплинули стрес та стан, пов'язаний з ним.

У період з 03.2022 р. по 06.2023 р. на ортодонтичне лікування до СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця було прийнято 26 дітей віком від 3 до 17 років з вродженими незрощеннями губи та піднебіння на етапі передопераційної ортодонтичної підготовки до хірургічного усунення залишкових або вторинних дефектів у ділянці твердого піднебіння. Відповідно до клінічної шкали для оцінки ортодонтичного прогнозу лікування за Friede et al. (1991) до групи I з позитивним оверджетом, нормальним торком різців, без перехресного прикусу та з відповідною нормі формою верхньої щелепи та піднебіння не включено жодної дитини. Лише 4 дитини віднесено до групи II, що відповідає хорошему прогнозу (позитивний оверджет із середньо нахиленими або ретроінклінованими різцями, односторонній перехресний прикус). Задовільний прогноз, що відповідає групі III, із прямим контактом різців при нормальному торку або протрузії, одностороннім перехресним прикусом встановлено у 2 дітей. У 20 відмічено зворотне різцеве перекриття, односторонній перехресний прикус, мезіальний прикус з вираженою сагітальною щільною від 1 до 7 мм, незадовільну форму верхньої зубної дуги за наявності аномалій положення зубів, ретенції, адентії та ін., що віднесено до III та IV груп з незадовільним, досить складним прогнозом.

З 20 дітей III та IV груп у 11 батьки зазначили в анамнезі припинене раніше ортодонтичне лікування, батьки 18 вказали на наявність бажання, але неможливість звернутись до ортодонта раніше саме з причин, пов'язаних з коронавірусною хворобою або війною.

Отже, епідемія та війна окреслили цілу низку проблем надання стоматологічної допомоги, вплинули на відвідуваність клінік, що призвело до порушення плану лікування. Найглибше зазначені проблеми стосуються категорії пацієнтів, що потребують комплексного підходу та злагодженої роботи

команди спеціалістів. З метою комплексної реабілітації дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння, запобігання формування стійких форм зубощелепних деформацій окреслено шляхи їх вирішення.

В перше чергу це – створення єдиного реєстру дітей з вродженими незрощеннями, що дозволить максимально просто їх відстежувати. Аналогом успішного функціонування подібного проекту може бути національний веб-реєстр для пацієнтів з аномаліями обличчя Медичного університету Пловдива та кафедри пластичної та черепно-лицевої хірургії (Болгарія) [14]. Долучитись до нього отримали запрошення оперуючі хірурги. Дотримуючись правил конфіденційності та зберігання персональних даних, пацієнт (батьки, опікун) може долучати інших спеціалістів, а ті, у свою чергу, брати участь у лікуванні та реєструванні. Окрім хірургів, у реєстраторі беруть участь логопеди, ортоднти, отоларингологи та інші спеціалісти. Вся інформація про лікування пацієнта представлена на сторінці пацієнта, в якій можна вписати дані про консультації або лікування. Вся інформація може бути доступна з будь-якої точки світу як для самого пацієнта, так і для обраних ним або його родиною спеціалістів.

Важливим критерієм успішної реабілітації є обізнаність пацієнтів стосовно принципів збереження та відновлення стоматологічного здоров'я. В період відсутності доступу до клінік шляхом вирішення проблеми може бути розвиток стоматологічного напрямку телемедицини. Посилена увага має надаватись профілактиці захворювань. До пацієнтів має бути донесений алгоритм дій у екстремальних ситуаціях. Комунікація може підтримуватись через створення живої сітки груп.

Алгоритми ведення пацієнтів з незрощеннями розроблені та впроваджені в клінічну практику, доведено їх ефективність [15–17]. Створення уніфікованого клінічного протоколу ортодонтичного лікування, розробленого на основі сучасних принципів доказової медицини, дозволить дотримуватись єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги.

З метою покращення рівня комплексної реабілітації пацієнтів з незрощеннями до команди спеціалістів має бути долучений психолог. Прогнозувати стихійні лиха, епідемії та війни неможливо, але можливо і необхідно підвищувати

рівень стресостійкості та знижувати панічні настрої що певною мірою може запобігти загостренню хронічних та соматичних хвороб і забезпечити покращення комунікації між лікарем та пацієнтом.

Багатоплановий вплив чинників воєнного конфлікту на перебіг і результати вагітності слід враховувати при розробці програм профілактики розвитку вад губи й піднебіння та прояву пов'язаних з ними аномалій.

Висновки

Екстремальні умови, такі, як пандемія та запровадження воєнного стану, суттєво впливають на здійснення та організацію стоматологічної допомоги і результати стоматологічного лікування, що проявляється зокрема зменшенням кількості планових та профілактичних відвідувань дітьми спеціалістів стоматологічного профілю. Такі умови чинять особливо виразний вплив на стоматологічне здоров'я дітей, що мають отримувати тривалий і заздалегідь спланований курс лікування, до яких зокрема належать пацієнти з вродженими незрощеннями губи та

піднебіння. Різноманіття клінічних проявів патологічного прикусу у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння вимагає чітко спланованої роботи команди фахівців. При цьому має дотримуватись послідовність оперативних втручань, час і етапність ортодонтичної корекції, вчасна допомога суміжних спеціалістів. Зволікання або недотримання протоколу лікування, що відмічено під час пандемії коронавірусної хвороби та воєнного стану, призводить до негативних наслідків і є одним з факторів розвитку стійких форм зубощелепних деформацій. З метою запобігання їх формування для досягнення оптимальних результатів комплексної реабілітації важливим є пошук шляхів вирішення проблем, найбільш ефективними з яких є створення єдиного реєстру дітей з вродженими вадами, уніфікованого клінічного протоколу ортодонтичного лікування зазначеної категорії пацієнтів, запровадження і розвиток стоматологічного напрямку телемедицини, підвищення значущості роботи психологів у команді спеціалістів, що беруть участь у комплексній реабілітації даного контингенту пацієнтів.

ПОСИЛАННЯ

1. MOZ Ukrainy. Available at: <https://moz.gov.ua/>
2. Ukraine COVID – Coronavirus Statistics –Worldometers. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/ukraine/>
3. Постанова MOZ Ukrainy №19 від 09.05.2020 р. «Pro zatverdzhennia Tymchasovykh rekomendatsii shchodo orhanizatsii protyepidemichnykh zakhodiv pry nadanni stomatolohichnoi dopomohy na period karantynu u zviyazku z poshyrenniam koronavirusnoi khvoroby». Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0019488-20#Text>
4. Lysenko O.S. Stan khirurhichnoi stomatolohichnoi dopomohy v Ukraini za umov pandemii COVID-19. *Ukraina / O.S. Lysenko, T.A. Vezhnovets // Zdorovia natsii. – 2021. – Т. 1, №3 (65). – S. 81–96.* Available at: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/240801> (Ukraine)
5. Potokii N.I. Koronavirusna khvoroba (COVID-19): novi vyklyky dlia stomatolohichnoi praktyky / N.I. Potokii, V.V. Brych, A.M. Potapchuk, Ye.Ia. Kostenko, V.M. Almashi, O.O. Tsutskov, Ye.L. Onipko // *Suchasna stomatolohiia. – 2022. – №1-2. – S. 14–19.* Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ss_2022_1-2_4 (Ukraine)
6. Kaniura O.A. Dosvid nadannia stomatolohichnoi dopomohy v umovakh viiskovoho stanu / O.A. Kaniura, N.V. Bidenko, Yu.H. Kolenko, V.V. Filonenko, N.S. Khrol, D.Iu. Shpak // *Suchasna stomatolohiia. – 2022. – № 3–4. – S. 38–44.* DOI: 10.33295/1992-576X-2022-3-38 (Ukraine)
7. Osamah M. Aldaghir. War in the Middle East and the Incidence of Cleft Lip and Palate / Osamah M. Aldaghir, Hassani A. Aljumaily, Yassir R. Alkhannaq // *J Craniofac Surg. – 2020. – Vol. 31 (5). – P. 486–488.* Available at: <https://10.1097/SCS.0000000000006495>
8. Easter Joury. Syria Profile of the Epidemiology and Management of Early Childhood Caries Before and During the Time of Crisis / Easter Joury // *Front Public Health. – 2019. – Vol. 24 (7). – P. 271–279.* Available at: <https://10.3389/fpubh.2019.00271>
9. Nibras A.M. Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: a post-war survey / Nibras A.M. Ahmed, Anne N. Astrum, Nils Skaug, Poul Erik Petersen // *Int. Dent. Journal. – 2007. –Vol. 57 (1). – P. 36–44.* Available at: <https://10.1111/j.1875-595x.2007.tb00116.x>
10. Khirurhichna stomatolohiia ta shchelepno-lytseva khirurhiia dytiachoho viku: nats. pidruchnyk / L.M. Yakovenko, I.L. Chekhova, V.P. Yefimenko ta in.; za red. Yakovenko L.M. – Kyiv: Medytsyna, 2022. – 496 s. (Ukraine)
11. Sharma G. Orthodontic management of cleft lip and palate patients: Chapter. In: Ayşe G, editor. *Current Treatment of Cleft Lip and Palate. – 2020.* Available at: <https://www.intechopen.com/books/current-treatment-of-cleft-lip-and-palate>
12. Melnyk A., Filonenko V. Clinical and Phonetic Features of Dentognathic Deformations, Their Orthodontic Treatment: Chapter. In: Lavinia Cosmina Ardelean, Laura-Cristina Cristina Rusu, editors. *Human Teeth – From Function to Esthetics. – 2023.* Available at: <https://www.intechopen.com/online-first/85551>

13. Aura Sofia C. Manfio, Austin Chen. Orthodontic interventions in Cleft Lip and Palate Individuals: An Overview of Treatment Protocol. – 2019. Available at: <https://www.oralhealthgroup.com/features/orthodontic-interventions-in-cleft-lip-and-palate-individuals-an-overview-of-treatment-protocol/>
14. Anastasov Yu. Natsyonalen rehyster na patsyentyte s vrodeny lytsevy anomaly. Available at: <https://bulapras.bg/public/books-and-articles/congenital-facial-anomalies-register/>
15. Oberoi S. Team care protocols for individuals with cleft lip and palate and modified protocols for developing countries / S. Oberoi, M. Sinha, D. Devgon, K. Vargervik // J Indian Orthod Soc .– 2018. – Vol.52. – P. 14–22. DOI:10.4103/jios.jios_56_18
16. Anju Sarah Jacob. Treatment Protocols in the management of Cleft Lip and Palate (CLCP) patients – An Orthodontic Perspective. / Anju Sarah Jacob // MAR Dental Sciences. 2021. – Vol. 3, Iss. 6. – 13 p. Available at: https://www.medicalandresearch.com/assets/articles/documents/DOCUMENT_20211025140542.pdf
17. Aura Sofia C. Manfio, Austin Chen. Orthodontic Interventions In Cleft Lip And Palate Individuals: An Overview Of Treatment Protocol. – 2019. Available at: <https://www.oralhealthgroup.com/features/orthodontic-interventions-in-cleft-lip-and-palate-individuals-an-overview-of-treatment-protocol/>

Problems of complex rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate during the COVID-19 pandemic and the introduction of martial law, their impact on the formation of dentognathic deformations

Filonenko V., Kaniura O., Bidenko N., Iefymenko V., Shpak D.

Introduction. The COVID-19 pandemic and the introduction of martial law significantly affected the provision of medical care to the population of Ukraine.

The aim: analysis of the impact of the COVID-19 pandemic and the introduction of martial law on the formation of persistent dentognathic deformations in children with congenital cleft lip and palate.

Materials and methods. A comparative analysis of the number of visits to dentists specializing in children's treatment was carried out in the period from January 2018 to May 2023, the possibility of treatment according to the relevant protocols, the presence of complications and violations of the treatment plan for children with congenital cleft lip and palate was evaluated.

Results and their discussion. The problems of providing dental care, which affected the attendance of clinics, were analyzed. In order to comprehensively rehabilitate children with congenital cleft lip and palate, to prevent the formation of persistent forms of dentognathic deformations, the ways of their solution are outlined.

Conclusions. In order to prevent the formation of persistent forms of dentognathic deformations and to achieve optimal results of complex rehabilitation, the most effective is the creation of a single register of children with congenital defects, a unified clinical protocol for orthodontic treatment, the introduction and development of the dental field of telemedicine, increasing the significance of the work of psychologists.

Key words: the COVID-19 pandemic, martial law, organization of dental care, emergency orthodontic care, cleft lip and palate, persistent forms of dentognathic deformations.

Філоненко Валерій Володимирович – канд. мед. наук, доцент, заступник декана стоматологічного факультету, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Канюра Олександр Андрійович – д-р мед. наук, професор, проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, професор кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Біденко Наталія Василівна – д-р мед. наук, професор, декан стоматологічного факультету,

професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Єфименко Владислав Петрович – канд. мед. наук, доцент, в.о. завідувача кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Шпак Діна Юрївна – канд. мед. наук, доцент, директор Стоматологічного медичного центру

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.

Стаття: надійшла до редакції 09.08.2023 р. – прийнята до друку 20.09.2023 р.