

- рижанівська [та ін.] /Тези доповідей V Нац. конгресу: Людина та ліки - Україна.- 2012.- С.88.
- Осипенко І.П. Колагеностимулююча дія комплексної терапії препаратами магнію та гліцином у чоловіків із ідіопатичним пролапсом мітрального клапану /І.П.Осипенко // Biomedical and Biosocial Anthropol.- 2012.- №19.- С.171-175.
- Осипенко І.П. Особливості амінокислотного складу сироватки крові у пацієнтів із ідіопатичним пролапсом мітрального клапану /І.П.Осипенко //Вісник Вінницького нац. мед. унів.- 2012.- Т.16, №2.- С.358-361.
- Яковлев В.М. Нарушения ритма и проводимости при соединительнотканной дисплазии сердца /В.М.Яковлев, Р.С.Карпов, Ю.Б.Белан.- Омск: Узд-во ОГМА, 2001.- 160с.

**Черных М.А.**

**ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ОТ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ ДО ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ**

**Резюме.** Клинико-биохимическое, антропометрическое и инструментальное обследование в полном объеме проведено 120 пациентам (60 - с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и 60 - без НДСТ) с хроническими формами ишемической болезни сердца (ХИБС). Среди фенотипических предикторов неблагоприятного течения ХИБС на фоне НДСТ выявлены следующие диспластические стигмы как: радиально-лакунарная радужка глаза и диагональная складка мочки уха, а также симптом "голубых склер" и аномалии развития зубочелюстной системы. Особенностью нарушений внутрисердечной гемодинамики у пациентов с ХИБС на фоне НДСТ являются преимущественно II тип диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛШ) - псевдонормализация. Прямые корреляционные связи средней силы обнаружены у пациентов с НДСТ между числом фенотипических маркеров НДСТ и частотой выявления ДДЛШ по II типу ( $r=+0,57$ ;  $p<0,05$ ), пароксизмальной наджелудочковой тахикардией ( $r=+0,48$ ;  $p<0,05$ ), фибрилляцией предсердий ( $r=+0,51$ ;  $p<0,05$ ). Особенностью течения ХИБС у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом на фоне НДСТ является снижение качества репаративного фиброза в виде хронической постинфарктной аневризмы сердца, тяжелых нарушений ритма (пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий), ДДЛШ по II типу, которые, однако, ассоциировались с меньшим уровнем общего холестерина сыворотки крови. Выявленные нами нарушения диастолической функции левого желудочка у пациентов с ХИБС и постинфарктным кардиосклерозом на фоне НДСТ могут рассматриваться как одно из звеньев механизма адаптации при постинфарктном ремоделировании левого желудочка при дальнейшем исследовании особенностей организации соединительно-тканевого каркаса сердца у данной категории лиц.

**Ключевые слова:** хроническая ишемическая болезнь сердца, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, диастолическая дисфункция.

**Chernykh M.O.**

**CHRONIC ISCHEMIC ARTERY DISEASE ON THE BACKGROUND OF NON-DIFFERENTIATED DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE: FROM PHENOTYPIC PREDICTORS TO HEMODYNAMIC PECULIARITIES**

**Summary.** Clinical and biochemical, anthropometric, and instrumental examination conducted in full for 120 patients (60 - with the syndrome of non-differentiated dysplasia of connective tissue (NDCT) and 60 - without NDCT) with chronic forms of coronary artery disease (CCAD). Dysplastic stigmas such as radial-lacunar iris of the eye, diagonal earlobe crease, "blue sclera" symptom and anomalies of the dentition have been identified as phenotypic predictors of unfavorable CCAD course on the background of NDCT. Predominant grade II left ventricular diastolic dysfunction (LVDD) - pseudonormal - have been found as a peculiarity of intracardiac hemodynamics violations in patients with CCAD on the background of NDCT. Medium strength direct correlation found in patients with NDCT between the number of NDCT phenotypic markers and frequency of detection of grade II LVDD ( $r=+0,57$ ;  $p<0,05$ ), paroxysmal supraventricular tachycardia ( $r=+0,48$ ;  $p<0,05$ ), atrial fibrillation ( $r=+0,51$ ;  $p<0,05$ ). The peculiarity of CCAD course in patients with postinfarction cardiosclerosis on the background of NDCT is reducing of the reparative fibrosis quality, as chronic postinfarction heart aneurysm, severe arrhythmias (paroxysmal supraventricular tachycardia, atrial fibrillation), grade II LVDD, which, however, were associated with lower total cholesterol serum. Found violations of left ventricular diastolic function in patients with CCAD and postinfarction cardiosclerosis on the background of NDCT can be considered as one of the links in the mechanism of adaptation in postinfarction left ventricular remodeling in the further study of peculiarities of connective tissue skeleton of the heart in this category of people.

**Key words:** chronic coronary artery disease, non-differentiated dysplasia of connective tissue, diastolic dysfunction.

**Рецензент:** д. мед. н., профессор Солейко О.В.

Стаття надійшла до редакції 8.04.2015 р.

Черних Марія Олександрівна - аспірант кафедри внутрішньої медицини №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; masha-chernykh29@rambler.ua

© Брехлічук П.П.

УДК: 616-01/-099:31

**Брехлічук П.П.**

Ужгородський національний університет (вул. Університетська, 16а, м.Ужгород, 88000, Україна)

**СУДОВО-СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ТРАВМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД**

**Резюме.** Враховуючи факти поширеності травм щелепно-лицевої ділянки в результаті дорожньо-транспортних пригод актуальною є необхідність аналізу комплексу причинно-наслідкових зв'язків взаємопов'язаних процесуальних медичних та

клінічних аспектів з урахуванням нового, фрагментованого та адаптованого підходу до оцінки об'єктивних критеріїв втрати стоматологічного здоров'я та перспектив повної або часткової реабілітації із застосування різних підходів до лікування. Дані аспекти є ключовими у формулюванні експертних висновків при визначенні суми страхової компенсації, оскільки тільки комплексна реєстрація первинного стану стоматологічного статусу та його ятрогенних змін в залежності від обраного методу лікування, оперативності надання першої медичної допомоги, та адекватності планових ортопедичних та хірургічних втручань може виступати критерієм для прогностичної оцінки довгострокових результатів реабілітації.

**Ключові слова:** дорожньо-транспортна пригода, травми щелепно-лицевої ділянки, судова стоматологія.

## Вступ

За останні роки в судово-медичній та судово-стоматологічній практиці суттєво збільшилась кількість випадків комплексних судово-медичних експертиз оцінки важкості травм щелепно-лицевої ділянки отриманих внаслідок дорожньо-транспортних пригод [Мішалов, 2010; Плевинскис, 2013; Михайличенко, 2015].

За даними Г.А. Пашинян, Е.С. Тучик і Е.Ю. Колбіної [2000] та К. Oikarinen [2004] поширеність причин пошкодження щелепно-лицевої ділянки мала наступний характер розподілу: побутова травма - 64,4-95,5%, транспортна - 3,7-13,3%, спортивна - 1,6-3,3%, проте у 2003 році в результаті повторного деталізованого аналізу проведеного Г.А. Пашинян і І.В. Івшин [2009] та Г.А. Пашинян, Е.С. Тучик і Е.Ю. Колбіної [2000] було встановлено, що частка транспортних травм постійно зростає, в той час як поширеність інших причин травмування тканин максилло-фацилярної області залишається відносно незмінною. Згідно інших даних [Бабанин, Соколова, Беловицкий, 2002] кількість випадків ДТП з ізольованою чи поєднаною травмою твердих та м'яких тканин ЩЛД за 2002 рік становила 7342 випадки, що в загальному складає близько 13,3% серед інших можливих травматичних причин пошкодження зубів та кісток лицевого скелета. Однак, за офіційними даними МВС України кількість ДТП у 2013-2014 роках збільшилась втричі, а частка таких з ізольованими чи поєднаними травмами тканин ЩЛД становить 11576, що складає майже 42-47% від загальної кількості ДТП. Паралельно з цим зросла і кількість судових позовів щодо забезпечення відповідної якості лікування та реабілітації потерпілих з ушкодженнями окремих зубів, тканин пародонту, кісток щелеп, що за даними європейських судово-стоматологічних асоціацій збільшилась на 67,4% в порівнянні з попередніми роками [Adams, Sarabott, ?Evans, 2013]. Така тенденція зумовлена уніфікацією стандартів надання стоматологічної допомоги згідно загальноприйнятих протоколів та врахуванням рівня страхових відшкодувань у кожній індивідуальній ситуації в залежності від сукупності факторів, які зумовили та супроводжували травму.

Враховуючи ці факти, необхідність в аналізі комплексу причинно-наслідкових зв'язків взаємопов'язаних процесуальних медичних та клінічних аспектів є аргументованою з урахуванням нового, фрагментованого та адаптованого підходу до оцінки об'єктивних критеріїв втрати стоматологічного здоров'я та перспектив повної або часткової реабілітації із застосування різних підходів до лікування. Дані аспекти є ключовими у формулю-

ванні експертних висновків при визначенні суми страхової компенсації, оскільки тільки комплексна реєстрація первинного стану стоматологічного статусу та його ятрогенних змін в залежності від обраного методу лікування, оперативності надання першої медичної допомоги, та адекватності планових ортопедичних та хірургічних втручань може виступати критерієм для прогностичної оцінки довгострокових результатів реабілітації.

Якщо ж врахувати, що за даними В.О. Маланчука [2012], досі не розроблено чіткої послідовності проведення діагностично-лікувальних заходів потерпілим у ДТП з травмами максилло-фацилярної області, то питання етапності та обсягу оперативних втручань з їх подальшою експертною оцінкою досі залишається відкритим та дискусійним.

Саме тому, висока поширеність випадків ДТП, зростання кількості судових позовів щодо якості надання стоматологічної допомоги в ході комплексної реабілітації потерпілих, необхідність розробки нових критеріїв прогностичної оцінки змін одонтологічного статусу та ефективності безпосередніх та віддалених результатів надання першої медичної допомоги та планових реконструктивних заходів обумовлюють доцільність дослідження клінічних та юридичних аспектів проведення комплексних судово-медичних та судово-стоматологічних експертиз осіб з травмами ЩЛД.

Метадослідження - провести ретроспективний аналіз літературних вітчизняних та зарубіжних джерел з використанням методів контент-аналізу для аргументації основних пріоритетів судово-стоматологічної експертизи травм щелепно-лицевої ділянки та систематизації актуальних наукових проблем, пов'язаних із розробкою критеріїв експертної оцінки комплексної стоматологічної реабілітації постраждалих у дорожньо-транспортних пригодах з використанням сучасних методів діагностики патологій зубо-щелепового апарата.

## Матеріали та методи

Шляхом використання пошукових системи Google та контент аналізу бази наукових публікацій PubMed з використанням ключових слів "injury", "maxillofacial region", "road traffic accident", "dental status", "forensic evaluation", та їхніх аналогів українською та російською мовами, було реалізовано ретроспективне дослідження 143 вітчизняних та зарубіжних літературних джерел. Систематизація даних проводилась з використанням методів статистичної обробки інформації для типологічного, структурного та аналітичного групування резуль-

татів (Predictive Analytics SoftWare Statistics, PASWS 18.0.2, SPSS).

### Результати. Обговорення

Згідно даних О.В. Дунаєва, С.М. Григорова та Л.В. Черкашина [2013] навіть не зважаючи на прогресивний розвиток сучасних методів діагностики та лікування травм щелепно-лищевої ділянки, рівень ускладнень після комплексної реабілітації сягає 36,5%. Автори, окреслюючи пріоритети вдосконалення судово-медичної (в тому числі і судово-стоматологічної) оцінки ступеня важкості тілесних ушкоджень лищевого скелету, звернув увагу, що на сьогодні відсутні єдині уніфіковані критерії оцінки травм щелепно-лищевої ділянки та шийного відділу хребта, а серед методів клінічної діагностики і клініко-морфологічної верифікації перспективними являються підходи до оцінки церебрального гемодинаміки, реактивності організму та змін функціонального стану травмованих систем та органів. Таким чином, питання щодо оцінки саме об'єму необхідних реабілітаційних заходів у розрізі їх часткової чи повної компенсації та адекватності у відповідності до вихідних умов клінічної ситуації та прогресуючих змін залишаються відкритим та актуальним, особливо за умов добровільного чи обов'язкового медичного страхування.

Механізм виникнення пошкодження тканин щелепно-лищевої ділянки визначається за морфологічними ознаками, що характеризують прояв травмуючої дії факторів зовнішнього середовища, а давнину виникнення пошкодження визначають за наявністю реактивних та репаративних процесів в області пошкоджень із врахування віку та стану здоров'я потерпілого.

Однак, при аналізі медичної документації, який провів Г.А. Пашинян [2006] було виявлено, що у більшості випадків при огляді потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах лікарі не проводять детальний опис ліній перелому та не деталізують важливі судово-медичні аспекти. В результаті цього судово-медичним та судово-стоматологічним експертам важче визначити механізм виникнення пошкодження цілісності щелеп, оскільки детальний первинний опис травми відсутній у медичній документації хворого. У подібних випадках для оцінки ступеня важкості порушення здоров'я відштовхуються від терміну розладу здоров'я: якщо у межах 3 тижнів - легке порушення стану здоров'я, якщо ж більше 3 тижнів - середній ступінь порушення стану здоров'я. Важку ступінь порушення стану здоров'я визначають з врахування критерію небезпеки для життя. Проте за даними автора більше ніж у 53% випадків оцінка ступеню порушення стану здоров'я проводиться по даним лише медичної документації, яка повністю не висвітлює процес лікування та одужання потерпілого. Проблеми ведення та зберігання медичної документації стоматологічних хворих детально оцінили Є.Я.Костенко [2013а]. У ході проведеного аналізу було встановлено, медичні карти були наявні лише у 21,2% сто-

матологічних хворих, тоді як 54,3 % опитуваних не мали медичної документації, а 24,5% не знали точне місце її знаходження. Внаслідок проведеної ретроспективної оцінки достовірності заповнення наявних медичних карт стоматологічних хворих із експериментально створеної вибірки у державних стоматологічних поліклініках м.Ужгорода та Університетській стоматологічній поліклініці виявилось, що у 62,7% дані медичної документації не відповідають дійсному стану стоматологічного статусу, що було підтверджено додатковим клінічним оглядом та рентгенологічними дослідженнями. Найчастішими помилками при заповненні медичної документації виявились: відсутність даних про перенесені чи супутні захворювання (93%), відсутність даних про локалізацію патологічного вогнища чи глибину ураження (76%), невідповідність діагнозу опису клініки захворювання (35%), відсутність даних про проведення рентгенологічного контролю (46,5%), не заповнена зубна формула (54,7%), скорочення в записах (43,9%).

Як відмічає Г.А.Пашинян [2000] судово-медична експертиза потерпілих дорожньо-транспортних пригод з травмами окремих зубів, м'яких тканин та кісток лищевого скелету у випадках встановлення важкості шкоди здоров'ю та механізму виникнення травми найчастіше проводиться без залучення спеціаліста-стоматолога, а часто і при відсутності відповідної медичної документації. Дані фактори значно знижують об'єктивність і обґрунтованість експертних висновків, а часом призводять до формулювання помилкових висновків, що потребують не тільки уточнення, а й перегляду.

Тобто, вищенаведені дані свідчать про те, що об'єктивна оцінка ступеню порушення стану здоров'я згідно даних медичної документації із врахуванням її низької поширеності серед населення та неповним і недостовірним заповненням є у повній мірі неможливою, і не забезпечує відповідних судово-стоматологічних критеріїв, що потребують оцінки в ході проведення експертизи.

Для об'єктивізації змін стоматологічного статусу Є.Я.Костенко [2013б] рекомендує проводити детальний математичний аналіз цифрових рентгенограм трьохвімірних реформатів, які відображають дійсну картину змін твердих тканин зубо-щелепового апарата.

Роль рентгенодіагностики травм кісток лищевого скелету у ході судово-стоматологічних експертних відомих ще з радянських часів. Однак, навіть з врахуванням можливостей сучасної рентген-діагностики досі чітко та у повній мірі не опрацьовані критерії клінічної та судово-медичної діагностики механізмів травм переломів кісток верхньої та нижньої щелеп, не встановлені морфологічні ознаки даних переломів, їх характер та локалізація. Сукупність даних невирішених питань викликає деякі ускладнення при проведенні комплексних судово-медичних експертиз, тому уточнення обставин і біомеханізму травми, як і уніфікований підхід до оцінки морфо-функціональних змін щелепно-лищевої ділянки в результаті

пошкодження значно оптимізує процес експертної оцінки необхідних ятрогенних втручань запланованих для забезпечення комплексної реабілітації пацієнтів пост-раждалих у дорожньо-транспортних пригодах.

Специфіка травм щелепно-лицевої ділянки потерпілих у ДТП аргументована також аспектом характерного розподілу ушкоджень у відсотковому співвідношенні та особливостями окремих топографо-анатомічних уражень. Частота переломів кісток лицевого скелету внаслідок ДТП має наступний розподіл: нижня щелепа - 60-82%, верхня щелепа - 3,3-15%, вилична кістка і вилична дуга - 3,3-19,4%, кістки носа - 8,0-42,9% [Пашинян, 2000; Пашинян, Тучик, Колбина, 2000]. Дані аналізу А.А.Лімберга [2002] свідчать про аналогічну тенденцію розподілу травм: 16,2% - вилична дуга, 7,6% - верхня щелепа, 15,6% - кістки носа. Аналіз травм 250 пацієнтів потерпілих ДТП проведений аватором демонструє, що серед ізолюваних травм найчастіше зустрічаються травми нижньої щелепи (50%), вилично-максиллярного комплексу (24%), верхньої щелепи (20%). При ураженні одночасно декількох анатомічних ділянок найчастіше зустрічаються травми нижньої та верхньої щелеп (50%) та травми нижньої, верхньої щелеп та вилично-максиллярного комплексу (31%), при цьому нижня щелепа найчастіше ламається в області парасимфізу, тіла, кута та кондиллярного відростку (8-34%), а переломи верхньої щелепи відбуваються майже з однаковою частотою (відповідно до класифікації Ле Фор 1 - Лефор 3 - 21-36%). Виличний комплекс найчастіше ушкоджується з латеральною (17,35%) та медіальною (41,18%) ротацією, проте близько в 12% зустрічається і ізолюваний перелом виличної кістки. Слід звернути увагу, що особливості анатомічної будови верхньої щелепи обумовлюють високу поширеність поєднаних переломів даної кістки з пошкодженнями інших кісток лицевого скелету. При цьому відмічається також значна варіабельність клінічних проявів подібних переломів, а відповідно і важкості морфо-функціональних порушень при їх різних формах. Все це затрудняє процес прогнозу реабілітації та визначення відносної перспективної успішності лікування.

У більшості вітчизняних підходів до експертної оцінки травм та переломів щелепно-лицевих кісток критеріями важкості пошкодження виступає тривалість розладу здоров'я, яка залежить від топографії, виду перелому і розвитку ускладнень. Проте завжди слід враховувати той факт, що тривалість і результат лікування переломів щелепно-лицевих кісток залежить і від часу надання першої медичної допомоги, строків поступлення потерпілого у спеціалізоване стоматологічне відділення, а також від якості надання медичної допомоги як в умовах стаціонару, так і в умовах лабораторії. Дефекти діагностики і неадекватна репозиція уламків, пізня госпіталізація, відсутність контролю хворого лікарем-хірургом на етапах амбулаторного лікування є причинами численного підвищення кількості ускладнень, що про-вокують анато-мо-функціональні зміни різного ступеня

важкості, з можливою необоротною деформацією обличчя. У подібних випадках значно збільшується термін стійкого порушення здоров'я, збільшується відсоток втрати працездатності, а експертна оцінка кваліфікації травми вже визначається не характером пошкодження, а саме якістю надання медичної допомоги, що є вузькоспецифічним напрямком судової стоматології.

Асоціація сприяння розвитку автомобільної медицини (Association for the Advancement of Automotive Medicine) у свою чергу запропонувала Абревіаційну шкалу пошкоджень, виділивши 6 ступенів важкості отриманих травм та основних 6 анатомічних областей (серед яких окремо обличчя, голова та шия) [Olayemi, 2013]. Для обрахунку оцінки важкості травми використовують рівняння:

$$ISS = A^2 + B^2 + C^2$$

де, ISS - Injury Severity Score - оцінка важкості травми; А, В, С - ступінь важкості травми трьох найбільш уражених анатомічних областей згідно категоризації Association for the Advancement of Automotive Medicine.

Результати можуть коливатися від 3 до 75, але якщо хоча б один орган пошкоджений до ступеню 6 (критично небезпечний рівень), автоматично формується кінцевий результат - 75. Відповідно до цього вибудовується алгоритм надання допомоги та план комплексної реабілітації потерпілого у дорожньо-транспортній катастрофі. Дана градація також є прийнятною у більшості країн світу під час страхових компенсацій чи повного фінансового покриття реабілітації страховою компанією для уточнення необхідності відповідних витрат та цілей їх використання.

Таким чином, виходячи з вищенаведених даних поширеності ДТП та травм щелепно-лицевої ділянки отриманих в ході їх інцидентів, можна стверджувати, що подальший розвиток підходів до експертної оцінки зубо-щелепового апарату відповідно до специфічності механізмів їх виникнення є аргументованим, а пошук об'єктивних критеріїв для проведення аналізу травм м'яких тканин та кісток лицевого скелету залишається відкритим науково-практичним питанням. Проблема адекватної медичної реєстрації у картах стоматологічних хворих відповідно до особливостей ушкоджень, отриманих в ході ДТП, обґрунтовує необхідність розробки адаптованої форми для ілюстрації та наочного відображення топографії, важкості, ускладнень морфо-функціональних порушень у такому вигляді, щоб вони повністю відповідали потребам комплексних судово-стоматологічних та судово-медичних експертиз та вимогам страхових компаній з метою аргументації рівня фінансової компенсації чи повного покриття лікувально-профілактичних заходів при комплексній реабілітації потерпілого. Для судово-медичної експертизи важливим є встановлення механізму виникнення травми, саме з цієї причини лікарям також необхідно обов'язково занотовувати умови формування пошкоджень м'яких чи твердих тканин ЦЛД. Крім того, біомеханічні та клінічні прояви переломів кісток лицевого скелету

в результаті ДТП є доволі специфічними і їх частка серед поширеності переломів відповідно до причини виникнення складає згідно даних різних дослідників близько 50-54%, при цьому тенденція таких неухильно збільшується. Подібні травми викликають не тільки тривалий розлад здоров'я, а й втрату працездатності, тобто є актуальними об'єктами дослідження не тільки з медичної, а й соціально-економічної точки зору. Проте уніфікованих критерії комплексної оцінки травм голови та шиї внаслідок ДТП, які були б адаптовані до вимог судово-медичної експертизи, оцінки результатів клінічної та параклінічної діагностики, алгоритмів комплексної реабілітації та покрокової реалізації лікувально-профілактичних заходів поки що не розроблено. Існуючі критерії базуються на характеристиках тривалості розладу здоров'я, відсотку втрати працездатності, ступені пошкодження, клінічних проявах не враховують необхідність обґрунтування об'єму реабілітації у конкретних специфічних ситуаціях (вибір повного знімного протезу чи імплантації, обсяг хірургічної та ортопедичної/ортодонтичної підготовки, виникнення незворотних морфо-функціональних деформацій) виходячи з концепцій максимально можливого відновлення здоров'я, функціональних можливостей, психологічної задоволеності. Майбутні критерії повинні враховувати і вихідну специфіку клінічної ситуації: стан м'яких та твердих тканин до ДТП, наявність вогнищ хронічної інфекції, попередня історія лікування. Відкритим залишається аспект характеру та кількості пошкоджень окремих зубів, в залежності від рівня їх функціональної цінності, посттравматичних естетичних пору-

шень, потреби у видаленні в ході підготовки до подальшого лікування.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Резюмуючи результати аналізу вивченої літератури, можна дійти до висновку, що на сучасному етапі в Україні має місце недостатній рівень можливостей експертної оцінки травм щелепно-лицевої ділянки отриманих в ДТП у відповідності до вимог судово-медичної експертизи та критеріїв аргументації об'єму лікувально-профілактичних заходів у розрізі їх фінансової компенсації інстанціями добровільного медичного страхування.

2. Актуальний аналіз поширеності та специфіки травм отриманих в ДТП з врахуванням модифікацій сучасних транспортних засобів та тенденцій технократичного суспільства, розробка та обґрунтування підходів до оцінки важкості пошкоджень щелепно-лицевого апарату, а також якості надання допомоги потерпілим з точки зору профілактики необоротних морфо-функціональних порушень, нейрогенних та судинних ускладнень та стійких дефектів в області голови є своєчасним науковим завданням, що потребує комплексного інтегрального підходу до вирішення.

Надалі доцільним є розробка конкретних методів до оцінки важкості травм та аргументації необхідного об'єму реабілітації у судово-медичній практиці та при розгляді судових позовів, а також у розрізі перспективи впровадження обов'язкового медичного страхування осіб.

### Список літератури

- Бабанин А.А. Судебно-медицинская оценка поврежденных челюстно-лицевой области (учебное пособие для студентов стоматологического факультета) /А.А.Бабанин, И.Ф.Соколова, О.В.Беловицкий.- Симферополь, 2002.- 99с.
- Дунаев А.В. Приоритеты совершенствования судебно-медицинской оценки степени тяжести телесных повреждений шейного отдела позвоночника и лицевого скелета /А.В.-Дунаев, С.М.Григоров, Л.В.Черкашина //Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім.П.Л.Шупика.- 2013.- №22 (3).- С.375-379.
- Костенко Є.Я. Епідеміологічний аналіз наявності та достовірності стоматологічної документації /Є.Я.Костенко //Інтегративна антропологія.- 2013а.- №2.- С.38-42.
- Костенко Є.Я. Клініко-експериментальне обґрунтування судово-медичної класифікації стоматологічного статусу /Є.Я. Костенко //Вісник проблем біол. і медицини.- 2013б.- №4 (1).- С.361-364.
- Лимберг А.А. Особенности тактики лечения пострадавших с сочетанной черепно-лицевой травмой / А.А.Лимберг //Черепно-мозговая травма. Съезд нейрохирургов России.- 2002.- С.24-32.
- Маланчук В.О. Характеристика переломів вищевого комплексу за архівними даними за 2006-2010 рр. порівняно з попередніми роками / В.О.Маланчук //Новини стоматології.- 2012.- №4.- С.46-51.
- Михайличенко Б.В. Оцінка ступеня тяжкості поєднаних тілесних пошкоджень шийного відділу хребта та лицевого черепа з урахуванням віддалених наслідків травми /Б.В.Михайличенко //Вісник проблем біол. і медицини.- 2015.- №2 (3).- С.387-392.
- Мішалов В.Д. Методологічні питання проектування судово-медичних закономірних зв'язків /В.Д.Мішалов //Вісник морфології.- 2010.- Т.16, №1.- С.221-223.
- Пашинян Г.А. О проблемах правового регулирования судебно-медицинской экспертизы в связи с введением в действие Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, и соответствующих Медицинских критериев /Г.А.Пашинян, И.В.Ившин //Зам. главного врача.- 2009.- Т.2.- С.33.
- Пашинян Г.А. Об экспертной оценке тяжести вреда здоровью при повреждении зубов /Г.А.Пашинян //Суд.-мед. экспертиза.- 2000.- Т.4.- С.7-11.
- Пашинян Г.А. Сравнительная характеристика ангуло-метрических параметров отдельных зубов и зубных рядов применительно к задачам идентификации личности /Г.А.Пашинян //Суд.-мед. экспертиза.- 2006.- Т.49, №6.- С.16-18.
- Пашинян Г.А. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при легкой черепно-мозговой травме в отдаленном периоде /Г.А.Пашинян, Е.С.Тучик, Е.Ю.Колбина //Суд.-мед. экспертиза.- 2000.- №5.- С.13-18.
- Плевинский П.В. Исходные данные и алгоритм работы экспертов при проведении комплексных судебно-медицинских и транспортно-трассологических экспертиз в случаях наез-

- да автомобіля на пешехода / П.В.Плевинскис //Суд.-мед. експертиза.- 2013.- №2.- С.8-11.
- Adams C. Forensic odontology: an essential guide /C.Adams, R.Carabott, S.Evans.- John Wiley & Sons, 2013.- 45p.
- Oikarinen K. Differences in the etiology of mandibular fractures in Kuwait, Canada, and Finland /K.Oikarinen // Dental Traumatology.- 2004.- Vol.20, №5.- С.241-245.
- Olayemi A.B. Pattern, severity, and management of cranio-maxillofacial soft-tissue injuries in Port Harcourt, Nigeria /A.B.Olayemi //J. of emergencies, trauma, and shock.- 2013.- Vol.6, №4.- С.235.

**Брехличук П.П.**

#### СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИШЕСТВИЙ

**Резюме.** Учитывая факты распространенности травм челюстно-лицевой области в результате дорожно-транспортных происшествий актуальной является необходимость анализа комплекса причинно-следственных связей процессуальных медицинских и клинических аспектов с учетом нового, фрагментированного и адаптированного подхода к оценке объективных критериев потери стоматологического здоровья и перспектив полной или частичной реабилитации потерпевших с применением различных подходов лечения. Данные аспекты являются ключевыми в формулировке экспертных выводов для определения суммы страховой компенсации, поскольку только комплексная регистрация первичного состояния стоматологического статуса и его ятрогенных изменений в зависимости от выбранного метода лечения, оперативности оказания первой медицинской помощи, и адекватности плановых ортопедических и хирургических вмешательств может выступать критерием для прогностической оценки долгосрочных результатов реабилитации.

**Ключевые слова:** дорожно-транспортное происшествие, травмы челюстно-лицевой области, судебная стоматология.

**Brehlichuk P.P.**

#### FORENSIC-DENTAL ASPECTS OF MAXILLOFACIAL INJURIES ASSESMENTNS CAUSED IN ROAD TRAFFIC ACCIDENTS

**Summary.** Due to the facts of the prevalence of maxillofacial injuries caused by road traffic accidents it is an urgent need to analyze complex causality of related procedural and clinical aspects with the new fragmented and adapted approach for assessment objective criteria of dental health loss and the prospects for full or partial rehabilitation with the use of variability approaches of treatment. These aspects are crucial in the formulation of expert opinions for determination the amount of insurance compensation, as only comprehensive register of the initial dental status condition and its iatrogenic changes depending on the chosen method of treatment efficiency during first aid provision, and the adequacy of planned orthopedic and surgical interventions may be a criterion for prognostic assessment of long-term results of rehabilitation.

**Key words:** road traffic accident, maxillofacial injury, forensic dentistry.

**Рецензент:** д.мед.н., профессор Гунас І.В.

Стаття надійшла до редакції 17.06.2015 р.

Брехличук Петро Петрович - доцент кафедри ортопедичної стоматології Ужгородського національного університету; +38 098 769-05-59

© Гайко Г.В., Калашніков О.В., Сулима О.М., Нізалов Т.В.

УДК: 616.728.2-001.6-089.843-77

**Гайко Г.В., Калашніков О.В., Сулима О.М., Нізалов Т.В.**

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" (вул. Воровського, 27, м. Київ, 01601, Україна)

## ВИВИХИ ГОЛОВКИ ЕНДОПРОТЕЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА: СТРУКТУРА ТА ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ

**Резюме.** На основі вивчення клініко-анамнестичних та рентгенологічних даних 62 хворих із вивихами головки ендопротезу кульшового суглоба визначено, що частота виникнення вивиху склала 2,2% від загальної кількості тотальних ендопротезувань кульшового суглоба та 15,6% серед післяопераційних ускладнень. Ці дані відповідають найкращим результатам провідних клінік світу. Використання головок великих розмірів та збільшення досвіду оперуючих хірургів дозволило знизити частку виникнення вивихів головки ендопротезу з 2,8% у період з 2003 по 2007 рр. до 1,7% у період 2008-2012 рр. Визначено статистично достовірне переважання хворих похилого та старечого віку у випадках спонтанного вивиху головки ендопротезу, що може бути пов'язано зі зниженням тонуусу м'язів з віком, недотриманням профілактичних післяопераційних рекомендацій. Травматичні вивихи, пов'язані з високоенергетичною травмою, спостерігалися переважно в осіб більш молодого віку, 66,7% склали хворі середнього, працездатного віку. Зниження кута інклінації при імплантації вертлюгової западини нижче 50° знижує частку спонтанних звихів більше ніж у 2,5 рази та може бути рекомендована при ендопротезуванні осіб похилого та старечого віку.

**Ключові слова:** вивихи головки ендопротезу, структура, чинники виникнення.

### Вступ

Звих у кульшовому суглобі - це одне з найбільш частих ускладнень ендопротезування. За частотою він поступається лише пізній асептичній нестабільності компонентів ендопротезу, складає за даними літера-

турних джерел від 0,7 до 11% після первинних операцій та 4-25% після ревізій [Ахтямов, Кузьмин, 2006; Scifert et al., 1998]. Все це доводить медико-соціальне значення цього ускладнення оперативного лікування зах-