

### FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF PHARMACOTHERAPY IN EXPERTISE OF «MEDICAL CASES»

Deviatkin O. E.

**Abstract.** The doctor who made a mistake, is exposed not only to the negative moral and ethical assessment from the surrounding, but also civil, legal, and sometimes criminal liability. An act of a physician is considered to be a criminal act, if he or she by virtue of the circumstances has not foreseen the consequences of his (her) actions, has shown frivolity or negligence. We allocate professional medical crimes; official medical crimes, official crimes in the field of non-medical activity; other crimes in the field of non-medical activity. Professional medical crimes are inextricably related to «medical cases», which remain one of the most difficult commission forensic medical expertises.

*The purpose of the work* is to analyze modern approaches to conducting commission forensic expertises of «medical cases» and, in particular, to assess the correctness of pharmacotherapy.

*Main content.* According to scientific literature, «medical cases» arise when patients, their family members or other interested persons initiate an investigation into the actions of physicians accused of adverse consequences of treatment or death of the patient. According to the current legislation of Ukraine, initially appoint an initial expertise to establish a health disorder or fact of a death, then appoint an additional expertise, which should determine the possibility of any spontaneous harm to the health of the victim. If it is proved that the damage to health could have been provoked by a physician, a commission assessment is made to detect errors in the actions of the physician and establish a causal relationship between these actions and the negative consequences. The provided medical treatment, including pharmacotherapy, is being analyzed in accordance with existing standards of treatment, as the criteria, standards and standards of the structure of the process and the result of medical care are developed and implemented in the health care system of Ukraine. However, the specificity of medicine lies in the fact that on the basis of clinical symptoms, the doctor makes an independent decision, based on his knowledge and experience, when the features of the organism and the pathological process are forced to depart from the protocol. The lawfulness of such deviations, in particular, in pharmacotherapy, should be assessed in the light of the special circumstances and circumstances where accurate protocol follow-up increases the risks to the patient (the principle of the appropriateness of indication). At the same time, the expert specialty «forensic medicine pharmacologist» is especially useful, as it is in other countries. Forensic pharmacology focuses on knowledge of the action and interaction of chemical compounds and drugs in a living organism and their application to legal issues. Usually, problems with the use of drugs in clinical practice are adverse reactions to drugs, drug interactions, systematic medical mistakes, unforeseen deficiencies or problems with drug quality. We know that Pharmacovigilance deals with the adverse effects of drugs. It can be used in forensic medical cases related to injury or death in the form of adverse reactions to drugs caused by counterfeiting, contamination, or falsification of medicinal products.

*Conclusion.* Consequently, the medical error or the criminal actions of medical professionals are considered in forensic medicine by conducting commission expertise, the so-called «medical cases». Such examinations require high professional competence, needs careful study of medical records, and comparisons of performed diagnostic and treatment measures with well-known standards for the provision of medical care. Taking into account the experience of foreign countries, for the proper assessment of pharmacotherapy, one should consider the expediency of creating and listing in the register of experts such as forensic pharmacologists and specialists in forensic pharmacovigilance.

**Key words:** «medical case», medical mistake, professional crime in medicine, pharmacotherapy.

Рецензент – проф. Старченко І. І.

Стаття надійшла 24.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-28-32

УДК 616.314-007:617

Дмитренко М. І.

### ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД: ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

dmitrenko25@ukr.net

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота виконана в рамках НДР кафедри ортодонції УМСА «Міждисциплінарний підхід до діагностики, профілактики та лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями», державний номер реєстрації 0118U004343.

**Вступ.** Ефективність ортодонтичного лікування необхідна для досягнення оптимальних результатів лікування з меншою затратою клінічного часу і більш коротким терміном, для отримання стабільної та збалансованої оклюзії [1]. Відомо, що покращення зубної естетики є основним мотивуючим фактором у 48%-55% ортодонтичних пацієнтів [2].

Тривалість ортодонтичного лікування – основна складність, яку пацієнтам важко здолати у будь-якому віці. Процес дезадаптації пацієнтів до ортодонтичної техніки і відсутність мотивації до продовження лікування нерідко стають основними причинами несприятливого його результату [3].

Планування комплексної ортодонтичної допомоги є складним і відповідальним етапом і залежить, передовсім, від компетентності лікаря, його здатності прогнозувати результати лікування та застосовувати мультидисциплінарний підхід [4]. Лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) індивідуальне і залежить від віку пацієнта, етіології і клінічної форми аномалії (зубоальвеолярна, суглобова, гнатична, поєднана) та

супутніх ускладнень [5]. Перевагу в ортодонтчному лікуванні віддають методам, які дозволяють отримати ефективний результат у короткий термін, а головне – з мінімальною ймовірністю рецидиву [6]. Підвищення ефективності профілактики і лікування ЗЩА шляхом удосконалення відомих методик, обґрунтування доповнень та корекції відомих засобів новими, менш небезпечними і водночас більш дієвими, із зменшенням витрат на лікування мають важливе значення і є актуальною проблемою практичної та наукової ортодонції на сучасному етапі.

**Мета дослідження:** аналіз та узагальнення відомостей про роль хірургічних методик у комплексному лікуванні пацієнтів із ЗЩА.

Лікування ЗЩА проводять, орієнтуючись на прогноз розвитку лиця і психотип пацієнта, також індивідуально визначають показання щодо методу створення місця в зубному ряду і вибору ортодонтчної конструкції [7]. При лікуванні пацієнтів, у яких виявлено скелетні ЗЩА перевагу віддають двоетапному ортодонтчному лікуванню: у період росту здійснюється вплив на ріст щелеп [8], згодом – лікування спрямовують на нормалізування оклюзійних контактів [9]. Лікувальні заходи плануються відповідно до протоколів надання стоматологічної допомоги [7], що включає: психотерапевтичну підготовку; усунення етіологічних факторів; нормалізування функцій порожнини рота; нормалізування форми, розмірів та співвідношення зубних рядів; ретенцію досягнутих результатів.

В ортодонтчному лікуванні застосовують функціональний (біологічний), апаратурний, хірургічний, протетичний і поєднаний (комбінований) методи, залежно від виявлених морфо-функціональних причин розвитку ЗЩА [7]. Для попередження подальшого розвитку ускладнень і деформацій показано раннє ортодонтчне лікування. Основним принципом ортодонтчного лікування ЗЩА у періоди тимчасового і змінного прикусу є корекція порушених умов розвитку щелепно-лицевої ділянки; поліпшення її функціонального стану; створення умов для гармонійного росту щелеп [10].

Хірургічний метод лікування ЗЩА включає корекцію аномалій м'яких тканин порожнини рота, серійне послідовне видалення зубів за R. Hotz, корекційне видалення тимчасових зубів [11] з урахуванням патології прикусу за Енглеєм, видалення надкомплектних зубів, екстракцію окремих комплектних зубів, оголення коронок ретендованих зубів, компактостеотомію, кортікотомію, проведення циркулярної фібротомії (постійний прикус) [12]. Скелетні форми ЗЩА являють собою складну проблему, яка у дорослих потребує хірургічного (ортогнатичного) втручання [13].

Клінічні випадки помірної і важкої скученості зубів часто потребують екстракції окремих постійних зубів для створення проміжку для вирівнювання зубів [7]. Цей підхід обґрунтовано такими етіологічними факторами скученості зубів, як еволюційна редукція щелеп, що відбувається швидше, ніж зменшення розмірів і кількості зубів, відбулося за останні 500 років значне збільшення міжрізцевого і нижньорізцевого кутів [14]. Як наслідок, чимало авторів вважають треті моляри «непотрібними» і наполягають на їх екстракції для профілактики скученості зубів,

тим самим зменшуючи комплект постійних зубів [15]. Якщо проводиться видалення зубів, важливо закрити проміжок корпусним зміщенням зубів, щоб корені були паралельні між собою на завершальному етапі лікування. Це досягається використанням незнімних апаратів – брекет-техніки.

Одні автори позитивно оцінюють естетичні характеристики профілів лиця у групах, де проводилося лікування з видаленням постійних зубів [16]. Водночас чимало авторів указують, що видалення постійних зубів справляє негативну дію – зменшується площа оклюзійних контактів, порушується паралельність коренів, «звужується» посмішка, відбувається небажане сплюснення лиця та поглиблення прикусу [17].

Хватова В.О. [18] встановила, що у 20% пацієнтів, яким проводили видалення зубів, спостерігалися суглобові проблеми, які виникли під час і після ортодонтчного лікування. Діденко Н.М. та ін. [19], досліджуючи поширеність м'язово-фаціальних болей в ділянці голови та шиї, довели, що одним із факторів ризику є екстракція зубів. Дослідженнями японських вчених Miyake H., Ryu T., Himuro T. [20] виявлено у пацієнтів із скученістю зубів на верхній щелепі після ортодонтчного лікування із видаленням премоларів клиноподібну форму зубної дуги.

Однак у дослідженнях шведських авторів Mohlin B., Axelsson S., Paulin G. [21] не було підтверджено зв'язку між різними ЗЩА, ортодонтчним лікуванням і ознаками порушень скронево-нижньощелепового суглоба (СНЩС). А за даними корейських дослідників Kim T.-K., Kim J.-T., Kim J. Mah та ін. [22], не виявлено різниці у вертикальних параметрах лиця у групах, де проводилося лікування з видаленням постійних зубів і групах, де видалення зубів не проводилося. Американські вчені Kanavakis G., Mehta N. [23] статистично довели, що виникнення болей у СНЩС не пов'язане із глибиною оклюзійної кривої.

На нашу думку, до видалення окремих постійних зубів варто вдаватися за наявності реальних показань з урахуванням низки індивідуальних факторів, серед яких характеристика естетичних рис лиця пацієнта (ступінь випуклості профілю, наявність напруженого змикання губ), виразності морфологічних змін у розмірах і положенні щелеп (за даними профільної телерентгенографії), ступенів зубоальвеолярних порушень (за даними морфометрії діагностичних моделей щелеп), функціонального стану зубо-щелепної ділянки. При виборі зубів для екстракції потрібно враховувати наявність пломб, карієсу і його ускладнень, стан тканин пародонта, травматичних ушкоджень.

Дорошенко С.І. та ін. українськими вченими [24] обґрунтована важливість оцінки наявності і прогнозу прорізування третіх молярів. За даними турецьких дослідників Türköz Çağrı, Ulusoy Çağrı [25], встановлено, що ортодонтчне лікування з видаленням або без видалення премоларів не вплинуло на прорізування третіх молярів. Однак, на думку Årtun J., Behbehani F., Thalib L. [26] при проведенні в ортодонтчному лікуванні видалення премоларів ризик ретенції третіх молярів зменшувався на 76%. Видалення других молярів розглядається як альтернатива видаленню премоларів при лікуванні патології прикусу III класу за Енглеєм із скученістю зубів на нижній щелепі [27]; а при патології прикусу II класу за Енглеєм із скученістю

зубів на верхній щелепі [28] (за умови наявності трьох молярів). Японські дослідники Ishihara Yoshihito, Kuroda Shingo, Sumiyoshi Kumi [29] наводять клінічний випадок успішного лікування при патології прикусу II<sub>1</sub> класу за Енглеом із видаленням латеральних різців верхньої щелепи.

Одні дослідники [30] визначили, що ортодонтичне лікування з видаленням зубів триває довше, ніж лікування без екстракції зубів, інші [31] – встановили, що тривалість лікування пацієнтів із патологією прикусу II класу за Енглеом за протоколами з видаленням зубів або без видалення була майже однаковою. Австрійські дослідники Heiser Wolfgang, Stainer Martin, Reichegger Hans та ін. [32] виявили після закінчення ортодонтичного лікування покращення показників рухів у СНЩС як у пацієнтів, яким проводили видалення премолярів, так і у пацієнтів, яким зуби не видаляли.

У дослідженнях Арсеніної О.І., Попової Н.В. та ін. [12] наведено результати комбінованого лікування із використанням брекет-техніки, п'єзохірургічної монокортикотомії і ортодонтичних мікровинтів, що сприяло скороченню термінів корекції аномалій зубоальвеолярних дуг на 3-6 місяців.

Українськими вченими [33] доведено, що використання хірургічної підготовки до ортодонтичного лікування (проведення хірургічної корекції при аномаліях вуздечок губ, язика, мілкому присінку порожнини рота) дозволяє зменшити в середньому на чотири місяці тривалість ортодонтичного лікування, та головне, підвищує стабільність отриманих морфологічних результатів на 30%.

Частіше відмічено рецидив ЗЩА у період ретенції після ортодонтичного лікування за допомогою брекет-техніки в групі пацієнтів із високим напруженням вегетативної реактивності [34].

За результатами нашого дослідження встановлено, що серед обстежених через три роки після лікування скученості зубів методом корекційного видалення тимчасових молярів стабільні результати лікування становили 89,19%. Встановлений рецидив скученості зубів верхньої щелепи мінімального ступеня тяжкості становив 8,11%, частота рецидиву скученості зубів нижньої щелепи – 13,51%. Частота і ступінь тяжкості рецидиву після лікування скуче-

ності зубів методом корекційного видалення тимчасових молярів вище на нижній щелепі, що необхідно враховувати при плануванні ретенційного періоду [11].

Українські дослідники Подопрігор В.М., Жачко Н.І. [35] спостерігали високий рівень стабільності ортодонтичних результатів при застосуванні операцій циркулярної супракристалічної фібротомії та розсічення ясеневого сосочка при ортодонтичному лікуванні тортоаномалій у пацієнтів старше 16 років.

Зуби мають тенденцію до зміщення протягом усього життя, що є нормальним. На жаль, ні один ретенційний апарат не гарантує уникнення цих процесів. За результатами проведеного аналізу шведськими вченими Bondemark L., Holm A.K., Hansen K., Axelsson S. та ін. [36] через 5 років після ортодонтичного лікування спостерігалось непередбачене індивідуальне зменшення довжини і ширини зубної дуги нижньої щелепи, що викликало повторну скученість нижніх фронтальних зубів у післяретенційному періоді. Встановлений позитивний кореляційний зв'язок між кількістю років, які пройшли після ретенційного періоду та повторним виникненням скученості зубів нижньої щелепи [37]. Бразильські дослідники Freitas M.R., Castro R.C., Janson G. та ін. [38] не виявили залежності між морфологією нижніх різців і частотою рецидиву скученості зубів нижньої щелепи.

Найкращою звичайно є «природна» або «фізіологічна» ортодонтична ретенція (ті випадки, коли ретенція не потрібна), приміром, коли верхні різці або ікла виведені із піднебінного положення і вертикальне перекриття складає більше 2 мм.

**Висновки.** Таким чином, комплексне лікування ЗЩА – ортодонтичне, в поєднанні із застосуванням сучасних хірургічних методик, дозволяє швидше позбутися аномалій у щелепно-лицевій ділянці і забезпечити кращу стабільність досягнутих морфологічних результатів.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальшому планується обґрунтувати клінічні та морфологічні критерії щодо оптимізації застосування різних видів хірургічних методик, що дозволить скоротити середній термін лікування ЗЩА та зменшить ризик виникнення післяопераційних ускладнень.

### Література

- Smahliuk LV, Kulish NV, Voronkova HV, Karasiunok AY. Analiz morfometrychnykh pokaznykiv rozvytku nyzhnoi shchepy u patsientiv z perekhresnym prykusom za danymy ortopantomohramy. Visnik problem biologiyi i meditsini. 2018;4(146):307-10. [in Ukrainian].
- Wedrychowska-Szulc B, Syryńska M. Patient and parent motivation for orthodontic treatment – a questionnaire study. Eur. J. of Orthod. 2010;32(4):447-52.
- Kuroiedova V, Dovzhenko A. Psykholohichni osoblyvosti adaptatsiynoho periodu ortodontychnoho likuvannia. Psykholohiia i osobystist. 2017;1:120-9. [in Ukrainian].
- Drohomyretska MS, Akhmad Salekh Khaliif Salama. Morfofunktsionalna otsinka oporno-rukhovalo aparatu u ditei iz miofunktsionalnymy porushenniamy zubo-shchepelnoi systemy. Visnyk stomatolohii. 2016;3(96):50-5. [in Ukrainian].
- Drohomyretska MS, Nespriadko S. Aspekty spivpratsi likaria-ortodonta zi spetsialistamy sumizhnykh spetsialnostei dlia dosiahnennia dovhotryvaloho estetychnoho ta funktsionalnoho rezultatu likuvannia. Novitni tekhnolohii v ortodontii: zb. nauk. pr. Pershoho ukrainskoho ortodontychnoho konhresa. Kyiv, 2013: 56-8. [in Ukrainian].
- Zhulev EN, Dolydze AH. Otsenka efektyvnosti sovremennykh metodov ortodontychnoho lechenia patsyentov s anomaliamy zubocheheliustnoi systemy. Ortodontia. 2012;3:32-5. [in Russian].
- Protokoly nadannia stomatolohichnoi dopomohy. Red. holovnoho stomatoloha MOZ Ukrainy, zasluzhenoho likaria Ukrainy, kand. med. nauk Opanasiuka YZ. Kyiv: TOV Vydavnycho-informatsiinyi tsentr „Svit suchasnoi stomatolohii”; 2005. 507 s. [in Ukrainian].
- Cortese A, Savastano M, Savastano G, Paha F, Howard CM, Claudio PP. Maxillary constriction treated by a new palatal distractor device: surgical and occlusal evaluations of 10 patients. J Craniofac Surg. 2010;21(2):339-43.
- Chzhan N, Bai Yuisyn, Ly San. Metod dvukhetapnoho lechenia skeletnoi formy patolohyy prykusa klasa III, oslozhnennoi vysokoi stepeni skuchennosty. Sovremennaia ortodontia. 2013;2:10-5. [in Russian].
- Trofymenko KL, Karasiunok AY. Kompleksnyi pidkhid do ortodontychnoho likuvannia patsientiv v rannomu zminnomu prykusi. Aktualni problemy suchasnoi medytyny: Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2016;3(55):23-6. [in Ukrainian].

11. Dmytrenko MI. Stabyl'nost' rezultatov lecheniya tesnogo polozheniya frontalnykh zubov metodom korrektsionnoho udalenyia molochnykh moliarov v smennom prykuse. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukraïnskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2007;3(19):28-31. [in Russian].
12. Arsenyina OY, Popova NV, Basmanova EP. Effektivnost' yspolzovaniya pezokhyrurhicheskoi monokortykotomyy pry ortodontycheskom lechenyy patsyentov s deformatsiyamy zuboalveoliarnykh duh. Ortodontia. 2013;1(61):43-50. [in Russian].
13. Dmytrenko MI. Nyzhnoshchelepno-lytsevyi dyzostoz – opys ridkisnogo klinichnogo vypadku. Visnik problem biologiyi i meditsini. 2018;1(146):258-63. [in Ukrainian].
14. Bernabé E, Flores-Mir C. Dental morphology and crowding. Angle Orthod. 2006;76(1):20-5.
15. Terekhova TN. Profylaktyka tesnogo polozheniya zubov metodom udalenyia zachatkov zubov mudrosty. Sovremennaia stomatolohiya: mezhdunarodnyi nauchno-praktycheskyi y ynformatsionno-analytycheskyi zhurnal. 2007;1:58-70. [in Russian].
16. Repuzhynskiy YM, Babov ED. Problemy anomalii razvytiya tretykh moliarov. Suchasna ortodontiia – shliakh profesiinoho rozvytku: materialy nauk.-prakt. konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu. Kyiv; 2012: 134-6. [in Ukrainian].
17. Proffit WR. Forty-year review of extraction frequencies at a university orthodontic clinic. J. Angle Orthod. 1994;64(6):407-14.
18. Khvatova VA. Funktsionalnaia dyahnostyka y lechenye v stomatolohyy. M.: Medytsynskaia knyha; 2007. 294 s. [in Russian].
19. Dydenko NM, Viazmyñ AY, Stefanydy AV. Rasprostranennost' myshechno-fatsyalno-bolevykh syndromov u studentov, vrachei-stomatolohov y zubnykh tekhnikov fakultetskoi stomatolohycheskoi klinyky h. Yrkutska. Ortodontia. 2013;3:4-7. [in Russian].
20. McSherry P, Richardson A. Ectopic eruption of the maxillary canine quantified in three dimensions on cephalometric radiographs between the ages of 5 and 15 years. Eur. J. of Orthod. 1999;21(1):41-8.
21. Mohlin B, Axelsson S, Paulin G. TMD in relation to malocclusion and orthodontic treatment. J. Angle Orthod. 2007;77(3):542-8.
22. Kim T-K, Kim J.-T, Mah J. First or second premolar extraction effects on facial vertical dimension. J. Angle Orthod. 2005;75(2):177-82.
23. Kanavakis G, Mehta N. The role of occlusal curvatures and maxillary arch dimensions in patients with signs and symptoms of temporomandibular disorders. J. Angle Orthod. 2014;84(1):96-101.
24. Doroshenko SI, Kulhynskiy YA. Retentsiya zubov mudrosty y vrachebnaia taktyka pry ykh lechenyy (chast 1). Suchasna ortodontia. 2009;1:41-3. [in Russian].
25. Türköz Ç, Ulusoy Ç. Effect of premolar extraction on mandibular third molar impaction in young adults. J. Angle Orthod. 2013;83(4):572-7.
26. Årtun J, Behbehani F, Thalib L. Prediction of Maxillary Third Molar Impaction in Adolescent Orthodontic Patients. J. Angle Orthod. 2005;75(6):904-11.
27. Lin J, Gu Y. Lower Second Molar Extraction in Correction of Severe Skeletal Class III Malocclusion. J. Angle Orthod. 2006;76(2):217-25.
28. Aras A. Class II Correction with the modified sagittal appliance and maxillary second molar extraction. J. Angle Orthod. 2000;70(4):332-8.
29. Ishihara Y, Kuroda S, Sumiyoshi K, Takano-Yamamoto T. Extraction of the lateral incisors to treat maxillary protrusion: quantitative evaluation of the stomatognathic functions. J. Angle Orthod. 2013;83(2):341-54.
30. Skidmore KJ, Brook KJ, Thomson WM. Factors influencing treatment time in orthodontic patients. Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. 2006;129(2):230-8.
31. Bjerling R, Midtbø M, Birkeland K. Stability of non-extraction versus four premolar extraction treatment 10 years out of retention. Abstract 90th Congress of the European Orthodontic Society: (18-22 June 2014, Warsaw, Poland). Departments of Orthodontics, University of Oslo and University of Bergen, Norway. ID 320 SP142. Available from: //eos2014.com/abstracts/?showabs=1&id=815
32. Heiser W, Stainer M, Reichegger H. Axiographic findings in patients undergoing orthodontic treatment with and without premolar extractions. Eur. J. of Orthod. 2004;26(4):427-33.
33. Nespriadko T, Skrypnyk I, Tsylenko O. Surgical preparation as part of the functional treatment of malocclusion. Abstract 90th Congress of the European Orthodontic Society – 18-22 June 2014, Warsaw, Poland. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine. ID 780 SP 435. Available from: //eos2014.com/abstracts/?showabs=1&id= 1077
34. Synhatullyna DR, Khamytova K. Techenye retentsionnoho peryoda u ortodontycheskykh patsyentov pry razlychnom sostoianyy vehetatyvnoi nervnoi systemy. Ortodontia. 2013;1(61):60-2. [in Russian].
35. Podopryhor VM, Zhachko NI. Aspekt stabilnosti rezultativ likuvannia skupchenosti zubiv. Aktualni pytannia suchasnoi stomatolohii: zb. tez studentskoi naukovoï konferentsii. Kyiv; 2007: 42. [in Ukrainian].
36. Bondemark L, Holm A-K, Hansen K. Long-term Stability of orthodontic Long-term stability of orthodontic treatment and patient satisfaction. A systematic review. J. Angle Orthod. 2007;77(1):181-91.
37. Canut JA, Arias SA. Long-term evaluation of treated Class II division 2 malocclusions: a retrospective study model analysis. Eur. J. of Orthod. 1999;21(4):377-86.
38. Freitas MR, Castro RC, Janson G. Correlation between mandibular incisor crown morphologic index and postretention stability. Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. 2006;129(4):559-61.

### **ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД: ЗАПОРУКА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ Дмитренко М. І.**

**Резюме.** Ефективність ортодонтичного лікування необхідна для досягнення оптимальних результатів лікування з меншою затратою клінічного часу і більш коротким терміном, для отримання стабільної та збалансованої оклюзії.

У статті проведений аналіз та узагальнення відомостей про роль хірургічних методик у комплексному лікуванні пацієнтів із зубощелепними аномаліями.

Вказується на той факт, що хірургічний метод лікування зубощелепних аномалій передбачає корекцію аномалій м'яких тканин порожнини рота, серійне послідовне видалення зубів, корекційне видалення тимчасових зубів з урахуванням патології прикусу за Енгле (змінний прикус), оголення коронки ретенуваного зуба, видалення надкомплектних зубів та окремих комплектних зубів, компактостеотомію, кортикотомію, проведення циркулярної супракристалічної фібротомії (постійний прикус). Скелетні деформації являють собою складну проблему, яка у дорослих потребує хірургічного (ортогнатичного) втручання.

Комплексне лікування зубощелепних аномалій – ортодонтичне, в поєднанні із застосуванням сучасних хірургічних методик, дозволяє швидше позбутися аномалій у щелепно-лицевій ділянці і забезпечити кращу стабільність досягнутих морфологічних результатів.

**Ключові слова:** хірургічний метод, ортодонтичне лікування, зубощелепні аномалії.

### ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД: ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Дмитренко М. И.

**Резюме.** Эффективность ортодонтического лечения необходима для достижения оптимальных результатов лечения с меньшей затратой клинического времени и более коротким сроком для получения стабильной и сбалансированной окклюзии.

В статье проведен анализ и обобщение сведений о роли хирургических методик в комплексном лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями.

Указывается на тот факт, что хирургический метод лечения зубочелюстных аномалий предусматривает коррекцию аномалий мягких тканей полости рта, серийное последовательное удаление зубов, коррекционное удаление временных зубов с учетом патологии прикуса по Энглю (сменный прикус), обнажение коронки ретенированного зуба, удаление сверхкомплектных зубов и отдельных комплектных зубов, компактостеотомию, кортикотомию, проведение циркулярной супракрестальной фибротомии (постоянный прикус). Скелетные деформации представляют собой сложную проблему, которая у взрослых требует хирургического (ортогнатического) вмешательства.

Комплексное лечение зубочелюстных аномалий – ортодонтическое, в сочетании с применением современных хирургических методик, позволяет быстрее избавиться от аномалий в челюстно-лицевой области и обеспечить лучшую стабильность достигнутых морфологических результатов.

**Ключевые слова:** хирургический метод, ортодонтическое лечение, зубочелюстные аномалии.

### SURGICAL TECHNIQUES – GARANTY OF SUCCESSFUL TREATMENT OF PATIENTS WITH MALOCCLUSION

Dmytrenko M. I.

**Abstract.** The article analyzes and summarizes information about the role of surgical techniques in the complex treatment of patients with dental anomalies. Improvement of dental aesthetics is known to be the major motivating factor in 48%-55% of orthodontic patients.

Duration of orthodontic treatment is a basic difficulty that patients can hardly overcome at any age. The process of disadaptation of patients to orthodontic appliances and the lack of motivation to continue treatment are often the main causes of its unfavorable results.

Surgical treatment of malocclusion involves correction of oral cavity soft tissues anomalies, serial sequential teeth extraction, corrective extraction of temporary teeth, in accordance with Angle's classification (temporary occlusion), crown exposure of retained tooth, extraction of supernumerary teeth and separate complete teeth, compactosteotomy, corticotomy, circumferential supracrestal fiberotomy (permanent dentition). Skeletal deformities is a complex problem when adults need orthognathic surgery.

According to the results of the study, it was found that three years after treatment stable results of treatment were in 89,19% of patients who underwent correctional extraction of temporary molars.

Clinical cases of moderate and severe dental crowding often require the extraction of separate permanent teeth to create a gap for teeth alignment. Most researchers keep to well-known methods of separate permanent teeth extraction and this approach is based on such etiological factors of dental crowding as evolutionary jaw reduction, which occurs faster than decrease in size and number of teeth. Over the past 500 years there has been a significant increase in inter-incisal and lower incisal angles. As a result, many authors consider third molars "unnecessary" and insist on their extraction to prevent dental crowding, thereby reducing the set of permanent teeth.

Complex orthodontic treatment of malocclusion combined with modern surgical techniques, allows faster to eliminate anomalies in craniofacial area and to ensure better stability of the achieved morphological results.

**Key words:** surgical techniques, orthodontic treatment, malocclusion.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.  
Стаття надійшла 06.01.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-32-36

УДК 616.895-06:[616.45-001.1/3-06:616-001]-036.86

Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І.

### АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКАХ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

lzhyvotovska@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Різні екстремальні ситуації, стихійні лиха та катастрофи, як правило, викликають виражений негативний вплив на психіку постраждалих у них людей.

До того ж, протягом останніх років все більше лікарів різних спеціальностей зустрічають у своїй практиці вимушених переселенців та учасників бойових дій зі Сходу України, що підкреслює актуальність даної проблеми. Екстремальні та небезпечні для життя ситуації потенціують розвиток реакції на важкий стрес у вигляді гострих та посттравматичних стресових розладів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією із найбільш частих та несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили небезпечні