

Є.Я. Костенко, С.Б. Костенко

Експертна оцінка стоматологічного статусу у випадку вогнепального поранення щелепно-лицевої ділянки

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Резюме. Вогнепальні ушкодження щелепно-лицевої ділянки є досить розповсюдженими навіть у мирний час, на що наголошують автори як вітчизняної, так і закордонної літератури. Зважаючи ж на останні події на сході України, це питання набуло особливу актуальність. У статті наводиться цікавий випадок із практики.

Результати та висновки. Згідно з даними, викладеними в медичній карті стаціонарного хворого, з урахуванням результатів проведених за матеріалами кримінальної справи експертиз речових доказів, а також даних огляду потерпілого експертною комісією, у гр. К. встановлено наявність таких тілесних ушкоджень: вогнепального кульового сліпого поранення обличчя з ушкодженням по ходу ранового каналу м'яких тканин правої щоки, 2-ї гілки трійчастого нерва з уламковим переломом передньої стінки правої гайморової пазухи, наявністю вхідної рани з дефектом «мінус-тканина» на правій щоці, що має рановий канал довжиною близько 3–4 см, основний напрямок якого щодо основних площин тіла людини – спереду назад. Рановий канал утворений кулею, виготовленою з полімерного матеріалу, виявленою у правій гайморовій пазусі потерпілого й витягнутою в ході оперативного втручання. Дане вогнепальне поранення могло бути заподіяно в результаті пострілу з пістолета травматичної дії «ПМР» калібру 9 мм; при цьому, виходячи з характеру й обсягу поранення, можна зробити висновок, що куля, що утворила рановий канал, мала клиноподібну дію на ушкоджені тканини; «рани» на правій вушній раковині з формуванням у даний час у верхньому відділі по передній поверхні завитка правої вушної раковини смугоподібного горизонтально розташованого рубця шкіри, який став наслідком загоєння, найбільш імовірно (з урахуванням макроморфологічних властивостей рубця) забитої рани, яка утворилась у результаті ударного дотичного впливу тупого предмета з обмеженою травмуючою поверхнею. За ступенем тяжкості забита рана на правій вушній раковині – ЛЕГКЕ тілесне ушкодження, що потягло за собою короткочасний розлад, вогнепальне кульове сліпе поранення обличчя з пошкодженням по ходу ранового каналу м'яких тканин правої щоки та уламковим переломом передньої стінки правої гайморової пазухи, загоєння якого відбувається у строк понад 21 день, – СЕРЕДНЬОЇ тяжкості тілесне ушкодження за критеріями тривалості розладу здоров'я й відсутності ознак небезпеки для життя. У разі якщо наявна в потерпілого рубцева деформація правої щоки з руховими та чутливими порушеннями як наслідок загоєння сліпого вогнепального кульового поранення обличчя, буде розцінена судово-слідчими органами як «знівечення обличчя», дане пошкодження, за його результатом і наслідками, можна розцінити як тяжке тілесне ушкодження.

Ключові слова: вогнепальне поранення, куля, судово-медична експертиза.

Вступ

Вогнепальні ушкодження щелепно-лицевої ділянки є досить розповсюдженими навіть у мирний час, на що наголошують автори як вітчизняної, так і закордонної літератури [1, 2]. Зважаючи ж на останні події на сході України, це питання набуло особливу актуальність. Отже, для розв'язання питань про вид застосованої зброї та боеприпасів, дистанцію пострілу та інше необхідне комплексне дослідження ушкоджень як тіла людини, так і одягу, зокрема ділянки вхідного кульового ушкодження та ранового каналу. Слід зазначити, що, незважаючи на бурхливий розвиток в останні роки наукових досліджень, питання особливостей вогнепальної зброї та боеприпасів до неї, усіх можливих умов і видів взаємодії вогнепальних снарядів і тіла людини залишаються не до кінця з'ясованими й потребують подальшої розробки. [3–7]. На сучасному етапі проводяться розширені дослідження механізму дії куль при пострілах з різних видів вогнепальної зброї, зокрема із травматичної [8]. При проведенні ж експертиз у випадках вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки, як правило, залучаються лікарі-стоматологи.

Ураховуючи викладене, наведений випадок із практики демонструє актуальність питання вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки як для судово-медичних експертів, так і для стоматологів.

Стаття є фрагментом планової наукової роботи кафедри судової медицини НМАПО імені П.Л. Шупика «Судово-медична оцінка вогнепальних ушкоджень тіла і одягу» (№ держреєстрації 0106V009578).

Результати дослідження та їх обговорення

Як було відомо з постанови про призначення комісійної судово-медичної експертизи: «...гр. В. дістав і, направивши в напрямку голови К. пристрій для відстрілу набоїв з гумовими кулями «ПМРм» № ХК СН 6067, здійснив постріл, після чого, рухаючись у напрямку наближення до К., здійснив другий постріл у голову К.

Унаслідок першого пострілу гумовою кулею було пошкоджено праве вухо К., унаслідок другого пострілу гумова куля влучила в обличчя К., та, пробивши щоку, застрягла в гайморовій пазусі».

При первинному судово-медичному огляді було виявлено таке: «У ділянці правої щоки мається марлева серветка, зафіксована лейкопластиром. У ділянці верхньої третини завитка правої вушної раковини шрам шкіри червонуватого кольору, смугоподібної форми, твердий на дотик, спаяний з підлеглими тканинами, направлений з 9 на 3-ю годину умовного годинникового циферблату, розміром 0,8×0,2 см. Інших тілесних ушкоджень у місцях, пред'явлених огляду, не виявлено...».

Згідно з медичною картою стаціонарного хворого К.: «...раневой канал до 3–4 см с повреждением передней стенки правой гайморовой пазухи...»; «рана до 2,5 см в диаметрі із рваними краями. Зонд проникає в гайморову пазуху...», тому комісія при проведенні первинної комісійної експертизи констатувала, «що рановий канал направлений спереду назад по відношенню до піднебешного...», а також те, що «ураховуючи анатомічну

локалізацію, морфологічну характеристику даних тілесних ушкоджень <...>, у момент спричинення тілесних ушкоджень підекспертний знаходився передньою частиною тулуба (обличчям) до травмуючого фактору...».

Також була проведена судово-медична експертиза речових доказів за матеріалами справи (шапки потерпілого та гумової кулі, що була вилучена з гайморової порожнини потерпілого), у висновках було зазначено: «1. На поверхні чоловічої шапки, наданої на дослідження, у зоні пошкодження є нашарування мікрочасток полімерного матеріалу, основу якого складає пластифікований полівінілхлорид. 2. Куля, представлена для дослідження, виготовлена з полімерного матеріалу, основу якого складає пластифікований полівінілхлорид. 3. Нашарування мікрочасток полімерного матеріалу, виявлене на поверхні трикотажного полотна чоловічої шапки, наданої на дослідження, у зоні пошкодження, та матеріал кулі, представлені для порівняння, мають спільну родову приналежність...».

З висновків балістичної експертизи було відомо: «1. Наданий на дослідження пістолет до категорії вогнепальної зброї не відноситься, а являється пістолетом травматичної дії «ПМР» калібру 9 мм, серійний номер «ХК ПА 2256», для відстрілу патронів, споряджених металевими снарядами «несмертельної дії». 2. Даний пістолет придатний для проведення пострілів. 3. Питання «Чи є мікрочастки гуми у стволі наданої зброї» не входить у компетенцію балістичного дослідження. Було проведено протягання каналу ствола марлевым тампоном, який додається до висновка експерта. 4. Надана на дослідження куля могла бути відстріляна як з наданого на дослідження пістолета травматичної дії «ПМР» калібру 9 мм, серійний номер «ХК ПА 2256», для відстрілу патронів, споряджених металевими снарядами «несмертельної дії», так і з іншого пістолета з аналогічними розмірними характеристиками».

При проведенні комісійної судово-медичної експертизи гр. К. був оглянутий, а представлена медична документація проконсультована лікарем-невропатологом, який зробив висновок, що «...у хворого має місце: травматичне ушкодження II гілки трійчастого нерва справа з чутливими порушеннями, невропатія периферичних гілок лицевого нерва справа з парезом м'язової мускулатури нижніх 2/3 обличчя, рубцева деформація м'яких тканин щоки». При проведенні гр. К. спіральної комп'ютерної томографії додаткових пазах носа було з'ясовано таке: «...При КТ ППН (комп'ютерної томографії) придаткових пазах носа), проведених у спіральному режимі кроком спіралі 2 мм, і на мультимедійних реконструкціях визначаються гіперпластичні зміни в нижніх відділах правої гайморової пазухи, одонтогенна кіста лівої гайморової пазухи діаметром до 14 мм, викривлення носової перетинки вправо до 8 мм. В інших відділах пневматизація параназальних синусів не порушена, стан після зростаючого перелому передньої стінки правого верхньощелепного параназального синуса. Висновок: КТ ознаки хронічного правостороннього гаймориту, одонтогенна кіста лівої гайморової пазухи, зрощений перелом передньої стінки правої гайморової пазухи...». Надана медична документація була проконсультована, а гр. К. оглянутий лікарем-оториноларингологом, який установив діагноз рубцева деформація правої щоки. Викривлення носової перетинки з порушенням функції носового дихання через праву половину носа. Хронічний правобічний гіперпластичний (кістозний) гайморит. Окрім того, медична документація була проконсультована, а гр. К. оглянутий лікарем хірургом-стоматологом, з консультативного висновку якого відомо: «...Об'єктивно: рубцева деформація щоки за рахунок лінійного рубця до 4,5 см, що йде паралельно носогубній складці, та перпендикулярно йому зірчастого рубця 3×0,8 см. Рубці щільні, безболісні, що перешкоджають нормальному руху губи, проникаючи до присінка порожнини рота, де прощупуються через слизову

оболонку передодня рота. Справа відзначається параліч м'язів, що опускають і піднімають кут рота (можливо порушення рухів правої порції кругового м'яза рота за рахунок порушення функції периферичних гілочок лицевого нерва). При перевірці чутливості визначається анестезія правої виличної ділянки і верхньої губи справа за рахунок ушкодження периферичних гілочок підочного нерва – II гілки трійчастого нерва справа. Рубцеві зміни не виправні, можлива корегуюча пластична операція не раніше року ушкодження. Відновлення чутливості тканин і м'язової функції дуже сумнівне». При огляді гр. К. експертною комісією було встановлено: «На правій вушній раковині у верхньому відділі по передній поверхні завитка є білоружевого кольору рубець довгастої форми, майже горизонтально орієнтований, з рівними краями, трохи заокругленими кінцями розмірами 0,8×0,2 см; рубець щільно-еластичної консистенції, що помірно (до 0,2 см) підноситься над рівнем навколишньої незміненою поверхнею шкіри. На правій щоці з поширенням на праву виличну ділянку й через праву носогубну складку – на шкіру верхньої губи є рубець неправильно Т-подібної форми. Один із променів рубця бере початок у 6 см вліво і 6 см дотри від ділянки проекції кута правої гілки нижньої щелепи, слідує знизу вгору і справа наліво, смугастої форми довжиною 4,8 см, ширина його нерівномірна – від 0,1 до 0,2 см, з точковими слідами від знятих хірургічних швів по периферії у вигляді точкових ділянок із западаючою щодо рівня незміненої шкіри поверхнею. Край його практично рівні, кінці заокруглені, поверхня його розташована трохи нижче рівня незміненої шкіри. На відстані 3,5 см від нижнього кінця цього променя, від його нижнього краю в напрямку донизу відходить другий промінь рубця дугоподібної форми, дугою відкритий донизу і вправо. Відстань між кінцями дуги по хорді становить 2,7 см, висота дуги – 1 см, рубець нерівномірно виражений, найбільша ширина його – 0,8 см (у верхній частині), донизу поступово звужується до 0,1 см, зі слідами лінійних рубців від знятих хірургічних швів. Край його нерівні, місцями хвилясті, нижній кінець заокруглений. Рубець блідо-червоного кольору, щільний, спаяний з підлеглими тканинами, із блискучою поверхнею; поверхню другого із променів рубця нерівна – з ділянками западаючої поверхні й поверхні рубцевої тканини, розташованої практично на рівні незміненої шкіри». Надані рентгенограми черепа у прямій і правій бічній проекціях проконсультовані лікарем-рентгенологом, який дав висновок про наявність післяопераційного дефекту передньонижньої стінки правої верхньощелепної пазухи, заміщеного м'якотканинним клаптом із кістою альвеолярної бухти лівої верхньощелепної пазухи.

Висновок

1. Згідно з даними, викладеними в медичній карті стаціонарного хворого, з урахуванням результатів, проведених за матеріалами кримінальної справи експертиз речових доказів, а також даними огляду потерпілого експертною комісією у гр. К. встановлено наявність таких тілесних ушкоджень:
 - вогнепального кульового сліпого поранення обличчя з ушкодженням по ходу ранового каналу м'яких тканин правої щоки, 2-ї гілки трійчастого нерва з уламковим переломом передньої стінки правої гайморової пазухи, наявністю вхідної рани з дефектом «мінус-тканина» на правій щоці, що має равнинний канал довжиною близько 3–4 см, основний напрямок якого щодо основних площин тіла людини – спереду назад. Рановий канал утворений кулею, виготовленою з полімерного матеріалу, виявленою у правій гайморової пазусі потерпілого й витягнутою в ході оперативного втручання. Дане вогнепальне

поранення могло бути заподіяно в результаті пострілу з пістолета травматичної дії «ПМР» калібру 9 мм; при цьому, виходячи з характеру й обсягу поранення, можна зробити висновок, що куля, що утворила рановий канал, мала клиноподібну дію на uszkodжені тканини;

- «рани» на правій вушній раковині з формуванням у даний час у верхньому відділі по передній поверхні завитка правої вушної раковини смугоподібного горизонтально розташованого рубця шкіри, який став наслідком загоєння, найбільш імовірно (з урахуванням макроморфологічних властивостей рубця) забитої рани, яка утворилась у результаті ударного дотичного впливу тупого предмета з обмеженою травмуючою поверхнею. Беручи до уваги встановлене при експертизі полімерних матеріалів, пластмас і виробів з них, наявність і характер пошкодження нижнього краю трикотажної шапки, яка перебувала на постраждалому в момент травмування, а також нашарування в зоні даного uszkodження мікрочастинок полімерного матеріалу, що має спільну родову приналежність до матеріалу, з якого виготовлена полімерна куля, витягнута із зазначеного вище вогнепальної ранового каналу (згідно з «Висновком експерта»), слід уважати, що забита рана на правій вушній раковині потерпілого могла утворитись у результаті ударної (контузійної) дії такої кулі, тобто є дотичним вогнепальним кульовим пораненням.

З огляду на неповноту опису у представленій медичній документації характеру поранень і змін шкірних покривів в їх ділянці, непроведення додаткових лабораторних досліджень, зокрема посічених при оперативному втручанні тканин з ділянки ранового каналу (мікроскопічного, медико-криміналістичного тощо) з метою встановлення наявності факторів пострілу, більш детально судити про механізм заподіяння потерпілому тілесних ушкоджень (зокрема про дистанцію пострілів), неможливо.

2. За ступенем тяжкості встановлені у гр. К. тілесні ушкодження розцінені таким чином:
 - забита рана на правій вушній раковині – ЛЕГКЕ тілесне ушкодження, що спричинило за собою короточасний розлад здоров'я – понад шість,

але менше 21-го дня (згідно з п. п. 2.3.3 та 4.6 «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень», затверджених наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6);

- вогнепальне кульове сліпе поранення обличчя з пошкодженням по ходу ранового каналу м'яких тканин правої щоки з уламковим переломом передньої стінки правої гайморової пазухи, загоєння якого відбувається у строк понад 21 день, – СЕРЕДНЬОЇ тяжкості тілесне ушкодження за критеріями тривалості розладу здоров'я й відсутності ознак небезпеки для життя (відповідно до п. п. 2.2.2 та 2.2.1.а «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень», затверджених наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6).
3. У даний час, у зв'язку з перенесеним вогнепальним кульовим сліпим пораненням обличчя в обсязі, зазначеному вище, у потерпілого мають місце: рубцева деформація правої щоки з ушкодженням 2-ї гілки трійчастого нерва справа з чутливими порушеннями, невротатія периферичних гілок лицевого нерва справа з парезом мимічної мускулатури нижніх 2/3 обличчя праворуч, паралічем м'язів, що опускають і піднімають правий кут рота, чутливими порушеннями. Характер та обсяг перенесеного вогнепального поранення й зумовлений ними характер рубцевих змін дозволяють зробити висновок про невірність рубцевої деформації правої щоки в потерпілого; відновлення ж чутливості тканин обличчя й обсягу м'язових функцій є досить сумнівним. Отже, у разі, якщо наявна в потерпілого рубцева деформація правої щоки з руховими та чутливими порушеннями, як наслідок загоєння сліпого вогнепального кульового поранення обличчя, буде розцінена судово-слідчими органами як «знівечення обличчя», дане пошкодження, за його результатом і наслідками, можна розцінити як тяжке тілесне ушкодження (відповідно до п. 2.1.1.е) і п. 2.1.8 зазначених вище «Правил судово-медичного визначення ступенів тяжкості тілесних ушкоджень»). Таким чином, наведений випадок підтверджує актуальність питання вогнепальних поранень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области мирного времени / А.Б. Белевитин та ін. // Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии. – 2009. – С. 118–120.
2. Severe facial rubber bullet injuries: Less lethal but extremely harmful weapons/ Roman Hossein Khonsari [and oth.] // Injury, Int. J. Care Injured. – № 41. – 2010. – P. 73–76.
3. Сулов К. Особливості вогнепальних ушкоджень голови і тулуба людини еластичними кулями із досвіду експертної практики / К.М. Сулов, В.В. Войченко, А.І. Найда // Український медичний альманах. – 2009. – Том 12. – № 4. – С. 180–181.
4. Озерецковский Л.Б. Раневая баллистика. История и современное состояние огнестрельного оружия и средств индивидуальной бронезащиты / Л.Б. Озерецковский, Е.К. Гуманенко, В.В. Бояринцев. – СПб. – 2006. – 321 с.
5. Молчанов В.И. Огнестрельные повреждения и их судебно-медицинская экспертиза / В.И. Молчанов, В.Л. Попов, К.Н. Калмыков. – Ленинград: Медицина, 1990. – 270 с.
6. Попов В.Л. Раневая баллистика / В.Л. Попов, Е.А. Дыскин. – СПб., 1994. – 315 с.
7. Попов В.Л. Судебно-медицинская баллистика / В.Л. Попов, В.Б. Шигеев, Л.Е. Кузнецов. – СПб., 2002.
8. Михайленко О. Механика формирования кровоподтеков при действии эластических снарядов в результате выстрелов из травматического оружия / Олександр Михайленко, Олександра Слаутинська // Судово-медична експертиза. Науково-практичний журнал. – 2014. – № 1. – С. 81–88.

Експертная оценка стоматологического статуса в случае огнестрельного ранения челюстно-лицевой области

Е.Я. Костенко, С.Б. Костенко

Резюме. Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области довольно распространены даже в мирное время. Учитывая же последние события на востоке Украины, этот вопрос приобрел особую актуальность. В статье приведен интересный случай из практики.

Результаты и выводы. Согласно данным, изложенным в медицинской карте стационарного больного, с учетом результатов проведенных по материалам уголовного дела экспертиз вещественных доказательств, а также данным осмотра пострадавшего экспертной комиссией у гр. К. установлено наличие следующих телесных повреждений: огнестрельного пулевого слепого ранения лица с повреждением по ходу раневого канала мягких тканей правой щеки, 2-й ветви тройничного нерва с оскольчатым переломом передней стенки правой гайморовой пазухи, наличием входной раны с дефектом «минус-ткань» на правой щеке, имеющего раневой канал длиной около 3–4 см, основное направление которого относительно основных плоскостей тела человека – спереди назад. Раневой канал образован пулей, изготовленной из полимерного материала, обнаруженной в правой гайморовой пазухе пострадавшего и извлеченной в ходе оперативного вмешательства. Данное огнестрельное ранение могло быть причинено в результате выстрела из пистолета травматического действия «ПМР» калибра 9 мм; при этом, исходя из характера и объема ранения, можно сделать вывод, что пуля, образовавшая раневой канал, обладала клиновидным действием на повреждаемые ткани; «раны» на правой ушной раковине с формированием в настоящее время в верхнем отделе по передней поверхности завитка правой ушной раковины полосовидного, горизонтально расположенного рубца кожи, явившегося следствием заживления, наиболее вероятно (с учетом макроморфологических свойств рубца) ушибленной раны, которая образовалась в результате ударного касательного воздействия тупого твердого предмета с ограниченной воздействовавшей поверхностью. По степени тяжести ушибленная рана на правой ушной раковине – ЛЕГКОЕ телесное повреждение, повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья; огнестрельное пулевое слепое ранение лица с повреждением по ходу раневого канала мягких тканей правой щеки и оскольчатым переломом передней стенки правой гайморовой пазухи, заживление которого происходит в срок свыше 21-го дня, – СРЕДНЕЙ тяжести телесное повреждение по критериям длительности расстройства здоровья и отсутствия признаков опасности для жизни. В случае, если имеющаяся у пострадавшего рубцовая деформация правой щеки с двигательными и чувствительными нарушениями как следствие заживления слепого огнестрельного пулевого ранения лица будет расценена судебными следственными органами как «обезображивание лица», данное повреждение, по его исходу и последствиям, можно расценить как ТЯЖКОЕ телесное повреждение.

Ключевые слова: огнестрельное ранение, пуля, судебно-медицинская экспертиза.

Expert estimation of stomatological status in case of gunshot injury of the maxillofacial region

E. Kostenko, S. Kostenko

Resume. Gunshot damages of the maxillofacial region are quite common even in peacetime. Given the recent events in the east of Ukraine, this question has acquired special actuality. The article presents an interesting case.

Results and conclusions. According to data of the medical card, taking into account the results obtained on the materials of the criminal case, the examinations of physical evidence, the data of examination affected by the expert commission, was established that K. has the following injuries: blind gunshot bullet wound of the face with damage of soft tissues of the right cheek the course of the traumatic canal, 2nd branch of the trigeminal nerve and comminuted fracture of the anterior wall of the right maxillary sinus, the presence of the entry wound defect «minus-cloth» on right cheek with the wound channel about 3–4 cm, the main direction relative to the main plane of the human body – from front to back. The wound channel was formed by a bullet made of a polymer material, which was found in the right maxillary sinus of the victim, recovered in the course of surgery. This gunshot wound may be caused as a result of a shot from a traumatic pistol «PMR» caliber 9 mm; in this case, based on the nature and scope of the injury, it can be concluded that the bullet, which formed the wound channel, had a wedge effect on the damage the tissues; «Wound» on the right ear with the formation of, at present, in the upper part, on the front surface of the curl right pinna strip, a horizontal skin scar, which was a result of the healing, was, the most likely (given macromorphological properties scar), a result of a bruised wound, which formed resulting impact on the impacts of a blunt hard object with a limited impact surface. According to the severity of contused wound on the right ear - minor injuries which caused a short-term health disorder; blind gunshot bullet wound of the face with damage of soft tissues of the right cheek and comminuted fracture of the anterior wall of the right maxillary sinus, the healing which takes place over 21 days – moderate bodily harm, according to the criteria the duration of health disorders and absence of signs of danger to life. If available in the affected scar deformity of the right cheek with motor and sensory impairments, as a result of the healing of blind gunshot bullet wound of the face will be regarded forensic investigative authorities as a «disfigurement face», this damage on the outcome and consequences can be regarded as grievous bodily harm.

Key words: gunshot wound, bullet, forensic examination.

*Костенко Євген Якович – д-р мед. наук, професор,
декан стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
директор Науково-навчального центру судової стоматології, президент судової стоматології України.
Адреса: 88000, м. Ужгород, вул. Університетська, 16-а. Тел.: (067) 500-46-60. E-mail: detstomat@mail.ru.
Костенко Світлана Борисівна – асистент кафедри ортопедичної стоматології
ДВНЗ Ужгородський національний університет. Тел.: +38 (067) 388-25-19. E-mail: kostenkosb@gmail.com.*

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

ПАТЧИ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ СЛЮНЫ В ХОДЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шведская компания Directa сообщила о выпуске первых патчей для удобного и эффективного удаления слюны, производимой подъязычной и поднижнечелюстной железой в ходе стоматологического лечения.

В подъязычной области расположено большое количество трубочек, выводящих слюнный секрет, поэтому здесь образуется скопление жидкости, что мешает стоматологу в ходе лечения. «Патчи DryDent позволяют эффективнее справиться с этой сложностью. В продаже уже есть патчи для удаления секрета околоушных слюнных желез, при этом аналогов патчей для подъязычной области не существует», - утверждает гендиректор компании Directa Хенрик Карск.

По словам производителя, благодаря абсорбирующему материалу подъязычная область остается сухой, даже если патч полностью пропитается слюной. Помимо вышеуказанного свойства, патчи DryDent помогают избежать дискомфорта, когда стоматолог пользуется слюноотсосом. Дело в том, что патч служит прокладкой между отсосом и мягкими тканями подъязычной области, что минимизирует дискомфортные и болезненные ощущения для пациента, в особенности в процессе получения рентгеновских снимков или цифрового сканирования зуба. Кроме того, патчи обладают успокаивающим эффектом, за счет подавления стимуляции глотательного рефлекса.

www.dentalexpert.com.ua