

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ **Ибрагимов Ш.Р.¹, Шаматов И.Я.², Исламов Ш.Э.³**

¹*Ибрагимов Шахбоз Рамазонович – ассистент,
кафедра судебной медицины и медицинского права,
Ташкентский государственный стоматологический
институт,
г. Ташкент;*

²*Шаматов Ислам Якубович – старший преподаватель,
кафедра оториноларингологии;*

³*Исламов Шавкат Эрийгитович – доктор медицинских наук,
доцент,
кафедра судебной медицины и патологической анатомии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Аннотация: по материалам анализа заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных по поводу переломов челюстей, установлено, что они чаще возникали из-за бытовой травмы (драка) и резко при падении с высоты. Наиболее типичные линии переломов: шейка суставного отростка, угол нижней челюсти, ментальное отверстие, средняя линия. При ударном воздействии тупого твердого предмета в область нижней челюсти характерен механизм смещения отломков под воздействием силы тяги жевательных мышц. Во всех случаях переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними. При односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагиттально по небному шву. Смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит - от силы и направления удара; от массы самих отломков; от силы тяги жевательных (крыловидных) мышц.

Ключевые слова: переломы челюстей, виды, механизм образования, судебно-медицинская экспертиза.

Актуальность. В настоящее время повреждения челюстно-лицевых костей составляют 2,5-4,5% от числа повреждений всех костей скелета [9]. При этом наиболее часто встречаются повреждения нижней челюсти, причиненные тупыми предметами, которые, по данным различных авторов [9, 12, 14, 18], составляют от 26% до 86% от всех повреждений костей лицевого скелета. Также изолированные повреждения верхней челюсти встречаются в 1,8-34% от всех случаев повреждений костей челюстно-лицевой области [1, 8, 10].

Установлено, что наиболее частыми причинами повреждений костей челюстно-лицевой системы являются: бытовая (64,4-95,5%), транспортная (3,7-13,3%) и спортивная (1,6-3,3%) травма [7, 10, 15, 17].

Г.А. Пашиным с соавт. при анализе особенностей механизма травмы переломов нижнечелюстных костей (565 случаев) установлено, что последние наиболее часто были получены в результате бытовой травмы (85,7% наблюдений), транспортной (11,3%), спортивной (1,4%) и производственной (1,1%) травм [3, 12, 18].

В современной клинической практике широко применяются наряду с рентгенографией и современные методы компьютерной диагностики переломов челюстей [4,6].

Нужно отметить, что до настоящего времени недостаточно полно разработаны критерии судебно-медицинской диагностики механизма травмы переломов костей верхней и нижней челюстей, не установлены морфологические признаки этих переломов, их характер и локализация. Это способствует возникновению определенных затруднений при проведении судебно-медицинских экспертиз по подобным повреждениям [2, 15].

Цель исследования – выявить виды и характер образования повреждений верхней и нижней челюстей.

Материалы и методы исследования. В качестве материала проведен ретроспективный анализ 36 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в амбулаторном отделе Ташкентского городского филиала

Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в период 2019-2020 гг. Анализировались также медицинские документы (истории болезни), так как все освидетельствуемые проходили стационарное лечение. Применялись общепринятые методы исследования - макроскопический, рентгенологический, статистический методы исследований.

Результаты исследования. По полученным данным во всех исследуемых случаях определена тупая травма челюстей. Среди них 28 мужчин (77,78%) в возрасте от 16 до 60 лет, 8 женщин (22,22%) в возрасте от 18 до 52 лет. При этом переломы нижней челюсти составили около 66,67% от всех переломов костей лица. Со слов потерпевших и по обстоятельствам дела чаще всего перелом нижней челюсти они получали в драке и редко при падении с высоты. Выявлены следующие виды переломов нижней челюсти: открытые (16,67%) и закрытые (83,33%); полные (77,78%) и неполные (22,22%); одиночные (72,22%), двойные (19,44%), множественные (8,33%); односторонние (80,56%) и двухсторонние (19,44%); линейные (86,11%) и оскольчатые (13,89%); со смещением отломков (22,22%) и без смещения (77,78%); прямые (88,89%) и не прямые (11,11%). Отмечалось нарушение целостности слизистой полости рта и кожи при открытых переломах нижней челюсти, то есть все переломы в линии зубного ряда являлись открытыми. Двусторонний перелом нижней челюсти характеризовался наличием двух линий перелома на противоположных сторонах. При неполном переломе (трещина) отмечалось сохранение целостности кортикальной пластинки с одной стороны. Наиболее типичные линии переломов: шейка суставного отростка, угол нижней челюсти, ментальное отверстие, средняя линия.

При этом перелом нижней челюсти сопровождался травмированием мягких тканей челюстно-лицевой области (ссадины, ушибы, гематомы, раны). Иногда из-за выраженных отеков, затруднялась диагностика переломов нижней челюсти. Отмечались боль, симптом «ступеньки» и

симптом «крепитации», выявляемые при пальпации по краю нижней челюсти, симптом не прямой нагрузки. При осмотре полости рта выявлялось нарушение прикуса, разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка, подвижность зубов. При рентгенографии в прямой (носо-лобной) и боковой проекциях определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти. определяемое рентгенологически. Нужно отметить, что переломы в области мышечного отростка нижней челюсти выявлялись с использованием томографии или зонографию височно-нижнечелюстных суставов, иногда с применением компьютерной диагностики.

При ударном воздействии тупого твердого предмета в область нижней челюсти характерен механизм смещения отломков под воздействием силы тяги жевательных мышц. В частности при одностороннем переломе челюсти больший отломок смещается вниз и внутрь, а меньший – внутрь и в сторону перелома. При двусторонних переломах в подбородочном отделе или в области тела нижней челюсти центральный фрагмент смещается внутрь и вниз, что может сопровождаться развитием серьезных осложнений для жизни потерпевшего (западение корня языка, развитие асфиксии).

Переломы верхней челюсти во всех случаях были открытыми, так как происходило нарушение целостности слизистой оболочки полости рта.

В настоящее время широко используется классификация переломов верхней челюсти Ле Фор, в соответствии с которой различают следующие виды:

1. Ле Фор I (перелом по нижнему уровню)– линия перелома верхней челюсти проходит горизонтально над альвеолярным отростком челюсти от основания грушевидного отверстия к крыловидному отростку основной кости. При этом обычно отламывается дно верхнечелюстной пазухи и ломается основание перегородки носа;

2. Ле Фор II (перелом по среднему уровню) – линия перелома проходит поперечно через спинку носа, медиальную стенку, дно и нижнеглазничный край и далее

продолжается по скулочелюстному шву до крыловидного отростка основной кости. Этот перелом часто называют суборбитальным или пирамидальным, так как при этом происходит челюстно-лицевое разъединение, когда верхняя челюсть вместе с костями носа отделяется от скуловых костей и основания черепа;

3. Ле Фор III (перелом по верхнему уровню) - линия перелома проходит поперечно через спинку носа, медиальную стенку, дно и наружную стенку глазницы, через верхне-наружный край глазницы, и далее через скуловую дугу и крыловидный отросток основной кости. Этот перелом часто называют суббазальным, так как при этом происходит полное черепно-лицевое разъединение, т.е. отрыв верхней челюсти вместе с костями носа и скуловыми костями от основания черепа. Переломы по Ле Фор III, как правило, сопровождаются черепно-мозговой травмой и нередко переломом основания черепа, т.е. открытой черепно-мозговой травмой.

По полученным результатам переломы верхней челюсти были одно- и двусторонними 75% и 25% соответственно. Двусторонние переломы были симметричными и несимметричными. При односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагитально по небному шву.

Необходимо отметить, что смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит - от силы и направления удара; от массы самих отломков; от силы тяги жевательных (крыловидных) мышц. Обычно верхняя челюсть смещается вниз и кзади так, что образуется открытый прикус (за счет смыкания только в области жевательных зубов), кривой прикус или ложная прогения.

При осмотре выявлялись следующие основные симптомы, характерные для перелома верхней челюсти - повреждения (ушибы, гематомы, раны) мягких тканей головы и лица; выраженный отек век обоих глаз, кровоизлияние в клетчатку вокруг глаз и в конъюнктиву (симптом очков); удлинение и уплощение среднего отдела лица; нарушение прикуса,

разрывы слизистой оболочки (чаще по средней линии неба), подслизистые кровоизлияния по переходной складке.

По данным истории болезни характерно - кровотечение из носа, полости рта и из ушей. Ликворрея (симптом двойного пятна); анестезия или парестезия в области верхней губы, крыла носа и подглазничной области, диплопия или двоение в глазах; боль, крепитация и «симптом ступеньки» при пальпации в области переносицы, по нижнеглазничному краю и верхненаружному краю орбиты, а также по ходу скуловой дуги и в области скуло-альвеолярного гребня; подвижность верхней челюсти (как достоверный признак перелома) определяемая пальпаторно и симптом «треснувшего горшка» при перкуссии зубов верхней челюсти. При этом при вколоченных переломах верхней челюсти подвижность ее может и не определяться. При рентгенографии верхней челюсти проводили исследование придаточных пазух носа и скуловых костей в прямой носоподбородочной (полуаксиальной) проекции при открытом рте. Наиболее информативными были рентгенография средней зоны лица в аксиальной проекции, рентгенография костей лицевого скелета в прямой носо-лобной проекции и ортопантомограмма. При переломах верхней челюсти определялось нарушение целостности костной ткани в местах соединения верхней челюсти с другими костями лицевого скелета, а также затемнение верхне-челюстных пазух за счет гемосинуса. В сложных случаях высока информативность компьютерной томографии головы, которая позволяет проводить диагностику повреждений тканей как лицевого, так и мозгового черепа.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что среди освидетельствованных лиц в судебно-медицинской практике в основном преобладали мужчины работоспособного возраста. Перелом нижней челюсти чаще возникал из-за бытовой травмы (драка) и резко при падении с высоты. Наиболее типичные линии переломов: шейка суставного отростка, угол нижней челюсти, ментальное отверстие, средняя линия. При ударном

воздействии тупого твердого предмета в область нижней челюсти характерен механизм смещения отломков под воздействием силы тяги жевательных мышц.

Следовательно, во всех случаях переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними. Двусторонние переломы были симметричными и несимметричными. При односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагиттально по небному шву. Смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит - от силы и направления удара; от массы самих отломков; от силы тяги жевательных (крыловидных) мышц.

Список литературы

1. *Гиясов З.А., Исламов Ш.Э.* Установление мест допущения дефектов медицинской помощи // Судебная медицина, 2019. Т. 5. № 1. С. 29-32.
2. *Зоиров Т.Э. и др.* Состояние гигиены и пародонта при лечении методом шинирования у больных с переломом челюсти // Вопросы науки и образования, 2019. № 23 (71).
3. *Ибрагимов Д.Д., Исхакова З.Ш.* Хирургический подход при приобретенных дефектах мягких и частично костных тканей нижней и верхней челюсти // Современные достижения стоматологии, 2018. С. 55-55.
4. *Исроилов С.А. и др.* Разработка системы прогнозирования исходов дентальной имплантации // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53). С. 65-68.
5. *Рахимбердиев Р.А. и др.* Кариез зубов у детей раннего возраста: эпидемиология, этиология, профилактика, лечение // Достижения науки и образования, 2020. № 4. С. 79-87.
6. *Ризаев Ж.А., Назарова Н.Ш.* Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования, 2020. № 14-4 (92). С. 35-40.

7. *Ризаев Ж.А., Мусаев У.Ю., Шомурадов К.Э.* Новые взгляды на проблему стигм дисембриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Журнал Стоматология, 2017. № 3 (68). С. 9-12.
8. *Ризаев Ж.А., Асадуллаев Н.С.* Изучение стоматологического статуса лиц пожилого и старческого возраста с использованием опросника ОНП-49-Ru// Сборник Научно-практического международного конгресса на тему: «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2018. С. 49-50.
9. *Ризаев Ж.А. Асадуллаев Н.С.* Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от стоматологического статуса// II-Сборник Научно-практического международного конгресса на тему: «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 2018. С. 53-54.
10. *Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М., Ризаева С.М., Рахманова О.А.* Влияния базиса ортодонтических аппаратов на ткани твердого неба в различные этапы расширения верхней челюсти // Стоматология, 2018. № 2 (71). С. 41-43.
11. *Ризаев Ж.А., Юсупалиева К.* Принципы планирования комплексного лечения деформаций челюстей при атипичных пороках лица у детей// Сборник материалов 3-научно-практического международного конгресса “Актуальные проблемы стоматологии и челюстно лицевой хирургии” Ташкент, 2019. С. 112-114.
12. *Шарафиддинова Ф.А., Зайниев С.С., Камариддинзода М.К.* Ортопедическое лечение пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Вопросы науки и образования, 2020. № 12 (96). С. 43-57.
13. *Шарафиддинова Ф.А., Зайниев С.С., Камариддинзода М.К.* Оценка результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти // Достижения науки и образования, 2020. № 6 (60).

14. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // *Journal of biomedicine and practice*, 2018. Т. 2. С. 32-36.
15. *Abduvakilov J. & Rizaev J.*, 2019. Characteristic Features of Hemostasis System Indicators in Patients with Inflammatory Periodontal Diseases Associated with Metabolic Syndrome. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 7 (4). 13–15. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21276/jamdsr/> (дата обращения: 22.09.2020).
16. *Dusmukhamedov M.Z., Rizaev J.A., Dusmukhamedov D.M., A. Khadjimetov & Yuldashev. A.*, 2020. Compensator-adaptive reactions of patients' organism with gnathic form of dental occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 24 (02). 2142–2155. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i4/pr201325/> (дата обращения: 22.09.2020).
17. *Dusmukhamedov D.M., Rizaev J.A., Dusmukhamedov M.Z. & Yuldashev A.A.*, 2020. Characteristics of clinical-morphometric parameters and evaluation of results of surgical treatment of patients with gnathic forms of occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(4), 2156–2169. <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326/> [Электронный ресурс]. Режим доступа: [org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326/](https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201326/) (дата обращения: 22.09.2020).
18. *Jasur R. & Nodir K.*, 2020. New technologies in treatment of patients in the acute period of stroke. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12 (2), 166–169. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.02.0025/> (дата обращения: 22.09.2020).