



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исламов Шавкат Эрйигитович

Самаркандский Государственный медицинский институт

Бахриев Ибрагим Исомадинович

Ташкентская медицинская академия

Ибрагимов Шахбоз Рамазонович

Ойдинов Азиз Эргашевич

Ташкентский государственный

стоматологический институт,

Республика Узбекистан

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-1-3>

АННОТАЦИЯ

В статье приведены данные по судебно-медицинскому анализу переломов верхней челюсти. Среди обследованных лиц преобладали мужчины работоспособного возраста. Переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними. А при односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагиттально по небному шву. Смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит от следующих факторов: силы и направления удара, массы отломков, и силы тяги жевательных мышц.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, переломы верхней челюсти, характер, механизм возникновения.

Shavkat E. Islamov

Samarkand State Medicine Institute, Republic of Uzbekistan

Ibragim I. Bakhriev

Tashkent Medical academy, Republic of Uzbekistan

Shaxboz R. Ibragimov

Aziz E. Oydinov

Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan

THE NATURE OF THE DAMAGE TO THE UPPER JAW

ANNOTATION

The article provides data on the forensic analysis of fractures of the upper jaw. Among the examined persons, men of working age predominated. Upper jaw fractures were open, unilateral and bilateral. And in case of unilateral fractures of the upper jaw, the fracture line passed sagittally along the palatine suture. The displacement of bone fragments in fractures of the upper jaw depends on the following factors of the force and direction of the impact, the mass of the fragments, and the traction force of the masticatory muscles.

Key words: forensic medical examination, fractures of the upper jaw, nature, mechanism of occurrence.

Исламов Шавкат Эрйигитович

Самарканд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси

Бахриев Ибрагим Исомадинович

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси

Ибрагимов Шахбоз Рамазонович

Ойдинов Азиз Эргашевич

Тошкент давлат стоматология институти,

Ўзбекистон Республикаси

ЮКОРИ ГИ ЖАҒ ЖАРОҲАТЛАНИШИНИНГ ТАВСИФИ

АННОТАЦИЯ

Маколада юкори жағ шикастлари суд тиббий тахлили натижалари келтирилган. Текширилган шахслар орасида, кўпчиликни меҳнат лаёқатли эрак жинсли шахслар ташкил қилган. Юкори жағ синишлари очик, ҳамда бир ва иккитомонлама бўлган. Юкори жағни бир томонлама синишларида, синиш чизиги сагиттал танглов чоки бўйлаб утган. Юкори жағ синишларида суяк парчаларини силжиши куйидаги омиларга боғлиқ бўлган: зарбани кучи ва йуналиши, парчаларни оғирлиги, чайнов мушакларини тортишув кучи.

Калит сўзлар: суд тиббий экспертиза, юкори жағ синишлари, мохияти, келиб чиқиш механизми.

Актуальность. По данным медицинской практики переломы челюстно-лицевых костей составляют 2,5-4,5% от числа повреждений всех костей скелета [9]. По данным литературы чаще встречаются повреждения нижней челюсти, причиненные тупыми предметами, которые, по данным различных авторов, составляют от 26% до 86% от всех повреждений костей лицевого скелета. А изолированные повреждения верхней челюсти встречаются в 1,8-34% от всех случаев повреждений костей челюстно-лицевой области [1,8].

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].

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].

Наряду с рентгенографией, в клинической практике широко применяются и современные методы компьютерной диагностики переломов челюстей [4,6].

Необходимо отметить, что недостаточно полно разработаны критерии судебно-медицинской диагностики механизма травмы переломов костей челюстей, не установлены морфологические признаки этих переломов, их характер и локализация. Это приводит к возникновению ряда определенных затруднений при проведении судебно-медицинских экспертиз по подобным травмам [2,5].

Цель исследования – определить характер повреждений верхней челюсти.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 36 заключений судебно-медицинских экспертиз, проведенных в амбулаторном отделе Ташкентского городского филиала Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы в период 2020-2021 гг. Также изучены медицинские документы (истории болезни), так как все освидетельствуемые получали стационарное лечение. Применялись общепринятые методы исследования - макроскопический, рентгенологический, статистический методы исследований.

Результаты исследования. По полученным данным, во всех исследуемых случаях определена тупая травма челюстей. Из них 28 мужчин (77,78%) в возрасте от 16 до 60 лет, 8 женщин (22,22%) в возрасте от 18 до 52 лет.

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

На практике используют определение: переломы средней зоны лица, ограничивая ее сверху линией, проведенной через верхние края орбит, а снизу - линией

смыкания зубных рядов. Необходимо отметить, что кости средней зоны лица имеют аркообразное строение, отличающееся чередованием контрфорсов (утолщение компактного вещества) с местами слабого сопротивления.

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 результатам исследований 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.

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

Различали следующие основные признаки, 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 медицинским документам 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. А при вколоченных переломах верхней челюсти подвижность ее может и не определяться.

Также в некоторых случаях при переломах верхней челюсти отмечалось наличие сопутствующей патологии (сочетанной травмы). При переломах верхней челюсти (особенно при переломах по Ле Фор II-III) определяются признаки открытой или закрытой черепно-мозговой травмы: повреждение костей свода черепа; перелом костей основания черепа с ликвореей через нос или из наружных слуховых проходов; тошнота, рвота, головокружение; ретроградная амнезия; нарушение функций черепных нервов; брадикардия; другая неврологическая симптоматика и т.д.

При рентгеноскопии верхней челюсти проводили исследование придаточных пазух носа и скуловых костей в прямой носо-подбородочной (полуаксиальной) проекции при открытом рте. Более информативными были рентгенография средней зоны лица в аксиальной проекции, рентгенография костей лицевого скелета в прямой носолобной проекции и ортопантограмма. При данном виде повреждений определялось нарушение целостности костной ткани в местах соединения верхней челюсти с другими костями лицевого скелета, а также затемнение верхне-челюстных пазух за счет гемосинуса. Нужно отметить высокую 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 обследованных лиц в основном преобладали мужчины работоспособного возраста. Переломы верхней челюсти были открытыми, а также одно- и двусторонними. А двусторонние переломы были симметричными и несимметричными. В частности, при односторонних переломах верхней челюсти линия перелома проходила сагиттально по небному шву. Смещение костных отломков при переломах верхней челюсти зависит от следующих факторов силы и направления удара, массы отломков, и силы тяги жевательных мышц.

Литература

1. Матос-Таранец И.Н., Калиновский Д.К., Маргвелашвили А.В. Клиническая классификация переломов мышечкового отростка нижней челюсти // Травма. – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 111–113.
2. Мойсейчук С.Н. Экспертный анализ и обоснование тяжести вреда здоровью при повреждениях зубов и нижней челюсти.: Автореф...канд.мед.наук. – Москва, 2004. – 22 с.
3. Пашинян Г.А., Доборовольская Н.Е. Комплексная судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания стоматологической помощи // Медицинское право. – 2009. - №4. – С. 3-13.
4. Сысолятин П.Г., Дергилев А.П., Сысолятин С.П., Брега И.Н., Руденских Н.В., Бельков Л.Н. Роль лучевых методов исследования в диагностике и лечении челюстно-лицевых повреждений // Сибирский медицинский журнал. – 2010. - Том 25, № 3. - Выпуск 2. - С.11-14.
5. Яковенко Л.Л., Яковенко О.О., Гончар Д.Г. Судебно-медицинская экспертная оценка повреждений челюстно-лицевой области // Судебно-медицинская экспертиза. - 2016. - № 2. – С.10-13.
6. Cakir-Ozkan N., Sarikaya B., Erkorkmaz U. et al. Ultrasonographic evaluation of disc displacement of the temporomandibular joint compared with magnetic resonance imaging // J. Oral Maxillofac Surg. – 2010. – Vol. 68. – P. 1075–1080.
7. Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries--a review of the literature. // Dent Traumatol. – 2009. - №25(1). – P.9-31.
8. He D., Yang C., Chen M. et al. Intracapsular condylar fracture of the mandible: our classification and open treatment experience // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2009. – № 8. – P. 1672-1679.
9. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. // Aust. Dent. J. – 2016. №61 Suppl 1. - P.4-20.
10. Petti S., Glendor U., Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis - One billion living people have had traumatic dental injuries. // Dent. Traumatol. – 2018, Apr. - №34(2). – P.71-86.