

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI

JAG‘ SUYAKLARI JAROHATLARINING
SUD-TIBBIY JIHATLARI
(Monografiya)

Toshkent – 2025

Monografiya tayyorlangan asosiy tashkilot:

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Tuzuvchi:

Sh.R. Ibragimov – 3-son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrası assistenti, PhD.

Taqrizchilar:

T.J.Axmedov TDSI 3-son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrası dotsenti, t.f.n.

I.I.Baxriyev TTA sud tibbiyoti va tibbiyot huquqi kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

Ushbu monografiya Oliy tibbiy o'quv yurtlarining talabalari hamda sud tibbiyoti ixtisoslikdagi magistrlar uchun mo'ljallangan. Monografiyada jag' suyaklari shikastlanishlari, ularning o'ziga xos xususiyatlari, jinoyatlarning ochishdagi ahamiyati, og'irlik darajalarini baholash va baholash algoritmi, shikastlanish mexanizmlari, sud-tibbiy ekspertiza tayinlash va o'tkazishning protsessual asoslari hamda tekshirish usullari to'g'risida ma'lumotlar berilgan. Shuningdek, jag' suyaklari shikastlanishlari natijasida yuzaga kelgan holatlarni sud-tibbiy jihatlarining ilmiy asoslash hamda ekspertiza sifatini oshirish bugungi kundagi dolzarb muammolardan biri xisoblanadi. Muallif tomonidan tayyorlangan ushbu monografiya ushbu yo'nalishdagi ekspertizalar samaradorligini oshirishga yordam beradigan qator zamonaviy ilmiy manbalardan keng foydalanganligi va yechimini topishda yordam beradi.

Monografiya Toshkent davlat stomatologiya institutining markaziy ilmiy-uslubiy Kengashi majlisida muhokama qilindi (bayonnoma № . “ ” r 2025 yil).

Monografiya Toshkent davlat stomatologiya institutining Ilmiy Kengashi majlisida tasdiqlandi (bayonnoma № . “ ” 2025 yil).

TDSI Ilmiy Kengashi kotibi _____ Yo'ldashev A.A.

KIRISH

Mavzusining dolzarbligi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra mexanik jarohatlar soni o'sib bormoqda va 2015 yilda 5 millionga yaqin aholining o'limiga olib keluvchi jarohatlar yetkazilgan. Yuz-jag' sohasidagi travmatizm tarkibidan tishlar (sut va doimiy) jarohatlarining global tarqalishi taxminan 20%ni tashkil qiladi [16, 100]. Tinchlik sharoitida suyak shikastlanishlari umumiy ko'rsatkichida yuz-jag' sohasi jarohatlari chastotasi 3,2% dan 3,8% gacha kuzatiladi [49, 109]. Statsionar stomatologik bemorlar tarkibida yuz jarohatlari mavjud bo'lgan bemorlar ulushi alohida mualliflar ma'lumotlariga ko'ra turlicha bo'lib, «.... 21% dan 40% gacha o'zgarib turadi [51, 131]. Jag' suyaklari jarohatlarining klinik kechishi bir vaqtda jag' chiqishi va sinishi bilan asoslangan qo'shma jarohatlar mavjud bo'lganda og'irlashadi....» Og'ir darajali shikastlanish jag'ning alveolyar o'sig'larining sinishida aks etadi, unda bir nechta tishlar jarohatlanadi. Jahonda jag' suyaklari jarohatlarining sud-tibbiy jihatlari yuz-jag' klinikalari bo'limi bemorlari orasida jarohatlangan bolalar 4,1%ni tashkil qiladi. Bolalar yuz-jag' shikastlanishlari tarkibida 36% jag' suyaklari jarohatlangan bemorlar hisoblanadi [122]. Sud-tibbiyoti amaliyotining ma'lumotlariga ko'ra jag' shikastlanishlari yuz-jag' jarohatlarining o'rtacha 2,4%ni, pastki jag' sinishlari esa, o'q otar qurollardan yetkazilgan jarohatlardan tashqari, yuzaga keladigan yuz suyaklarining sinishlari 70 dan 85% gachani tashkil qiladi [53]. Inson sog'lig'iga yetkazilgan ziyon og'irligini ilmiy asoslangan ekspert baholash bugungi kunda murakkab fanlararo muammo sanaladi [1, 20]. Shuni alohida qayd etish lozimki, hozirgi vaqtda bemorlarda jag' suyaklari jarohatlarini tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini klinik amaliyotga joriy qilish, har tomonlama davolanish natijasiga va bemorning mehnatga vaqtincha layoqatsizlik muddatiga ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun shikastlanishning uzoq va yaqin oqibatlarini hisobga olib, jag' suyaklari jarohatlarining og'irlik darajasini aniqlashning sud-tibbiy mezonlarini baholashga yangi yondashuvlarni ishlab chiqish zarur.

Jahonda jag' suyaklari jarohatlarining sud-tibbiy jihatlari baholashni optimal variantlarini ta'minlash borasida qator ilmiy-tadqiqotlar amalga

oshirilmoqda. Bu borada klinika materiallari va sud tibbiy ekspertiza xulosalari asosida jagʻ suyaklari jarohatlanishlari tarkibini baholash, jagʻ suyaklarining jarohatlanish holatlarida shikastlanish mexanizmi, xususiyati va lokalizatsiyasini tahlil qilish, jagʻ suyaklari shikastlanishlarida tan jarohatlarining ogʻirlik darajasi meʼzonlarini sud-tibbiy baholash hamda jagʻ suyaklarining shikastlanishlarini sud tibbiy baholashni takomillashtirish boʻyicha tavsiyalar ishlab chiqishga qaratilgan sanitar-gigiyenik chora-tadbirlarni ishlab chiqish alohida ahamiyat kasb etmoqda.

Mamlakatimizda tibbiyot sohasini rivojlantirish, tibbiy tizimni jahon andozalari talablariga moslashtirish, ekologik omillarni aholi salomatlik holatiga salbiy taʼsirini oldini olish maqsadga yoʻnaltirilgan chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu borada 2022-2026 yillarga moʻljallangan Yangi Oʻzbekistonning taraqqiyot strategiyasining yettita ustuvor yoʻnalishiga muvofiq aholiga tibbiy xizmat koʻrsatish darajasini yangi bosqichga koʻtarishda «....birlamchi tibbiy-sanitariya xizmatida aholiga malakali xizmat koʻrsatish sifatini yaxshilash....»kabi vazifalar belgilangan. Ushbu vazifalardan kelib chiqqan holda, jagʻ suyaklari jarohatlarining sud-tibbiy jihatlarini baholash yuzasidan tadqiqotlarni amalga oshirish maqsadga muvofiqdir.

Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2022 yil 28 yanvardagi PF–60-son «2022-2026 yillarga moʻljallangan Yangi Oʻzbekistonning taraqqiyot strategiyasi toʻgʻrisida», 2018 yil 7 dekabrda PF–5590-son «Oʻzbekiston Respublikasi sogʻliqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish boʻyicha kompleks chora-tadbirlar toʻgʻrisida», 2021 yil 5 maydagi PF-6221-son «Sogʻliqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlarni izchil davom ettirish va tibbiyot xodimlarining salohiyatini oshirish uchun zarur shart-sharoitlar yaratish toʻgʻrisida», 2020 yil 12 noyabrda PF-6110-son «Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sogʻliqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida»gi farmonlari, 2018 yil 18 dekabrda 4063-son «Yuqumli boʻlmagan kasalliklarning profilaktikasini, sogʻlom turmush tarzini qoʻllab-quvvatlash va aholini jismoniy faolligi darajasini oshirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida», 2018 yil 4

dekabrdagi PQ-4049-son «O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi sud tibbiy xizmati faoliyatini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa meyoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga ushbu monografiya muayyan darajada xizmat qiladi.

I BOB. JAG‘ SUYAKLARI SHIKASTLANISHLARI HOLATLARIDA SUD TIBBIY BAHOLASHNING ZAMONAVIY TALQINI

§ 1.1. Jag‘ suyaklarining shikastlanishlari turlari, tasnifi, mexanizmi

So‘nggi o‘n yillikda qo‘shma va ko‘plab shikastlanishlar hisobidan og‘ir darajali yuz skeleti suyaklari sinishi bilan kechgan bemorlar sonining o‘sishi kuzatilmoqda [38, 46, 104].

Turli ma‘lumotlarga ko‘ra, asosan maishiy, transport va ishlab chiqarish tufayli yetkazilgan pastki jag‘ suyagi sinishlari barcha yuz skeleti shikastlanishining 61,2-90% ini tashkil qiladi [2, 58, 110].

So‘nggi o‘n yilliklarda mazkur yo‘nalishda salmoqli ishlar qilindi. Ko‘plab dissertatsiyalar yoqlandi, monografiyalar, qo‘llanmalar chop etildi. Takidlash joizki, qayd etilgan ishlar asosan jag‘ suyaklari shikastlanishlarining ma‘lum bir jihatlariga bag‘ishlangan.

Aksariyat tadqiqotchilar tomonidan ta‘kidlanishicha, pastki jag‘ suyagi travmatik jarohatlarining asosiy sabablari jismoniy kuch ishlatilishi – 83.4%, yiqilib tushish – 14.8%, YTH – 1.5% va sport jarohatlari – 0.3% sanaladi [8, 115].

Yildan yilga yuz skeleti suyaklari shikastlangan bemorlarning soni transport va maishiy jarohatlar chastotasi o‘sishi fonida oshib bormoqda. Bu holat so‘nggi davr uchun intensiv ijtimoiy-iqtisodiy taraqqiyotga salbiy ta‘sir ko‘rsatmoqda [3, 24, 111].

Maxsus adabiyotlarning tahlili yuz-jag‘ sohasi to‘qimalarining shikastlanish chastotasi va og‘irligi o‘sib borayotganini ko‘rsatmoqda [59]. Shu sababli, jag‘ suyaklarining turli ko‘rinishdagi jarohatlari mavjud bemorlarga ixtisoslashgan yordam ko‘rsatish sifatini yaxshilash, davolash va sog‘lomlashtirish muddatlarini qisqartirish dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda.

Avvalo ta‘kidlash lozimki, aksariyat ilmiy tadqiqotlar pastki jag‘ning [57, 63, 67], kam sonli tadqiqotlar esa yuqori jag‘ning shikastlanishlariga bag‘ishlangan [103, 124]. Shuningdek, jag‘ suyaklari jarohatlari tasnifining shakllantirilishi to‘laqonli ravishda G.M.Ivashenko (1963), N.M.Chuprinina (1985) va o‘z

navbatida jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (1986) tomonidan taklif qilingan. Ammo tavsiya etilgan tasniflardan hech biri jag' suyaklarining sinishi yoki to'liq chiqishi o'rtasidagi farqlarni belgilamaydi. Bundan tashqari barcha tasniflar zamonaviy tashxisot uchun dolzarb bo'lgan shikastlanishlar yig'indisi va uyg'unligini mujassamlashtirmagan holda, faqatgina jag'ning alohida jarohatlarini ko'zda tutadi. Shu sababli jag' suyaklari jarohatlarining maqbul ishchi tasnifi to'g'risidagi muammo hal qilingan deb hisoblab bo'lmaydi.

O'zbekistonda yuz skeleti jarohatlanishlari va ularni sud tibbiy baholash muammolari bo'yicha qator ilmiy tadqiqotlar olib borilgan (A.I.Iskandarov, 2018; Z.A.G'iyosov va bq., 2005; S.I.Indiaminov, 2021; I.I.Baxriyev, 2024), ammo jag' suyaklari shikastlanishlarini sud tibbiy baholash va ekspertizalarini o'tkazishni takomillashtirishga yo'naltirilgan tadqiqotlar o'tkazilmagan. Bu esa jag' suyaklari jarohatlanishlari bilan bog'liq ekspertizalarni o'tkazishga doir yangi algoritmlar ishlab chiqishni taqazo etadi.

Yuz-jag' sohasi jarohatlari tasnifi.

Jarohatlar kelib chiqishiga ko'ra quyidagilarga bo'linadi:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Ishlab chiqarish: | 2. Noishlab chiqarish: |
| a) sanoat; | a) maishiy |
| b) qishloq xo'jaligi. | |

Lokalizatsiyasiga ko'ra:

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. shikastlanishga ega yumshoq to'qimalar jarohatlari: | 2. suyak jarohatlari: |
| a) til | a) pastki jag' |
| b) so'lak bezlari | b) yuqori jag' |
| v) yirik qon tomirlari | v) yonoq suyaklari |
| g) yirik nervlar | g) burun suyagi |
| d) ikki va undan ortiq suyak | |
2. Jarohatlanish xususiyatiga ko'ra: ochiq, yopiq, og'iz bo'shlig'ini teshib o'tgan, og'iz bo'shlig'ini teshib o'tmagan, tanglayni va burun bo'shlig'ini teshib o'tuvchi.
3. Shikastlovchi omilga ko'ra

- a) o'qdan;
- b) snaryaddan;
- v) sochma;
- g) o'qsimon elementlar.

4. Aralash jarohatlar

- a) nur;
- b) kimyoviy moddalardan zararlanish.

5. Kuyishlar

6. Sovuq urishi

Shikastlanishlar soniga ko'ra quyidagilarga bo'linadi: 1) chegaralangan 2) yakka 3) ko'p sonli chegaralangan 4) qo'shma chegaralangan 5) ko'p sonli qo'shma.

Yuz skeleti suyaklari shikastlanishining anatomik tasnifi.

I. Jag' suyaklarining va yuz skeleti suyaklarining chegaralangan shikastlanishlari.

1.1. Yuqori jag' suyagining sinishlari.

1.1. Yuqori jag' suyagining yuqori tipdagi sinishlari.

1.1. Yuqori jag' suyagining o'rta tipdagi sinishlari.

1.1. Yuqori jag' suyagining pastki tipdagi sinishlari.

1.1. Yuqori jag' sinishi (1.1.YU; 1.1.O'; 1.1.P) + yumshoq to'qimalar shikastlanishi.

1.2. Pastki jag' sinishlari:

1.2. A. Pastki jag'ning ko'p sonli bo'laklanib sinishi.

1.2. B. Iyak-pastki jag' bo'g'imlaridan sinishlari.

1.2. V. Pastki jag' tanasidan sinishi.

1.2. G. Pastki jag' tarmoqlaridan sinishi.

1.2. D. Alveolyar o'sig'idan sinishi;

1.2. Pastki jag' sinishi (1.2.A; 1.2. B;1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yumshoq to'qimalar shikastlanishi.

1.3. Yonoq suyagi sinishi;

1.3. Yonoq suyagi sinishi + yumshoq to'qimalar shikastlanishi.

1.4. Yonoq suyagi yoyi sinishi.

1.4. Yonoq suyagi yoyi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

1.5. Burun suyagi sinishi.

1.5. Burun suyagi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

II. Yuz skeleti suyagining ko‘plab va birgalikdagi shikastlanishlari:

2.1. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D).

2.1. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

2.2. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi.

2.2. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

2.3. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi + yonoq yoyi sinishi.

2.3. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi + yonoq yoyi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

2.4. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + burun suyagi sinishi.

2.4. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + burun suyagi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

2.5. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.V; 1.1.S; 1.1.N) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi + yonoq yoyi sinishi + burun suyagi sinishi.

2.5. Yuqori jag‘ sinishi (1.1.Y; 1.1.O‘; 1.1.P) + pastki jag‘ sinishi (1.2.A; 1.2.B; 1.2.V; 1.2.G; 1.2.D) + yonoq suyagi sinishi + yonoq yoyi sinishi + burun suyagi sinishi + yumshoq to‘qimalar shikastlanishi.

III. Boshqa organ va to‘qimalar shikastlanishi, jarohatlar bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagining ko‘plab sinishlari:

3.1. Bosh miya ochiq jaroxati – miya jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti

suyagi sinishi [BMOJ].

3.1. Bosh miya yopiq jaroxati – miya jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [BMYJ].

3.2. Ko‘krak qafasining ochiq jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [KQOJ].

3.2. Ko‘krak qafasining yopiq jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [KQYJ].

3.3. Qorin bo‘shlig‘i ochiq jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [QBOJ].

3.3. Qorin bo‘shlig‘i yopiq jarohatlari bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [QBYJ].

3.4. Umurtqa shikastlanishi bilan birgalikdagi yuz skeleti suyaglarining sinishi [USH].

3.5. Tos suyagi shikastlanishi bilan birgalikdagi yuz skeleti suyagi sinishi [TSSh].

3.6. Boshqa organ va to‘qimalar shikastlanishi bilan birgalikdagi yuz skeleti suyaglarining ko‘plab sinishlari (KQYSh yoki KQOSh, QSYSh yoki QBOSh, umurtqa, chanoq suyagi shikastlanishi [6,59,119].

Qayd qilish kerakki, anatomik-fiziologik xususiyatlar ma’lum darajada yuz skeletining boshqa suyaklar sinishlari bilan taqqoslaganda pastki jag‘ sinishlari chastotasi yuqori hisoblanadi [34, 65].

Pastki jag‘ suyagining anatomik joylashuvi tashqi mexanik jarohatlovchi ta’sirlar uchun moyilroq hisoblanadi [84, 129].

Bunda yuz-jag‘ sohasining ko‘rinadigan deformatsiyalari, iyak-pastki jag‘ bo‘g‘imlari funksiyalari o‘zgarishi, tishlash va artikulyatsiya buzilishi kuzatiladi [42,64,114].

Sinish chizig‘i eng ingichka va egilgan sohalarda ko‘pincha qayd qilinadi. Bunday eng “kuchsiz” joylar bo‘g‘im o‘sig‘i bo‘yni, iyak osti sohasi va uchlamchi nerv uchinchi tarmog‘ining chiqish sohasi hisoblanadi [23, 27, 123].

Jarohatlovchi omil ta’sirida pastki jag‘ning taqasimon shakli nafaqat burchak sohasida balki alveolyar yoyning qarama-qarshi sohasida sinish chizig‘i

paydo bo'lishini asoslaydi. Shuningdek, iyakga zarb berilganda bo'g'im o'sig'lari sohasida sinish kuzatiladi, jag'ning yon tomoniga zarba berilganda esa qarama-qarshi tomondan sinish kuzatiladi. Boshqa suyaklardan farqli ravishda pastki jag' statikasi va dinamikasining mavjud xususiyatlari sababli sinib siljishi ancha o'ziga xosdir [9, 61, 128].

Qayd qilish kerakki, jag' suyaklarining sinishida suyak bo'laklarining ma'lum darajada siljishi ta'sir vaqtida jarohatlovchi kuchning harakat tezligiga bog'liq [10, 94].

Ko'p sonli tadqiqotlarda aniqlandiki, pastki jag'ning bir va ikki tomonlama sinishi ularning chastotasi hamda nisbatiga ko'ra katta farq qilmaydi [7, 21].

Ayrim mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, pastki jag'ning ikkilamchi bir tomonlama sinishlari 1,8% holatlarda, ikki tomonlama sinishlari esa – 3,25% holatlarda uchraydi. Pastki jag'ning maydalanib sinishlari 11,52% holatda, o'q otar qurollar bilan jarohatlanishga bog'liq bo'lmagan shikastlanishlarda suyak to'qimalarining yo'qotilishi bilan kechadigan sinishlar esa 0,61% holatda uchraydi [48, 91].

Ko'plab sinishlarda bo'g'im o'sig'larining bir tomonlama sinishi – 48,1% ni, ikkala tomonlama sinishi esa – 3% ni tashkil qiladi [43, 77].

Mazkur dalillar shundan dalolat beradiki, ko'plab holatlarda sinishlar tish sinishlari kabi ochiq bo'ladi va yallig'lanish asoratlari rivojlanishi mumkin [30].

Pastki jag' sinishlari lokalizatsiyasi bo'yicha bo'g'im o'sig'ining travmatik shikastlanishi tashxislash va davolash jihatdan eng murakkabi hisoblanadi [47, 70, 96].

Tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, bo'g'im o'sig'i sinishlari pastki jag'ning barcha turlaridagi sinishlarining 25 dan 41% gacha qismini tashkil qiladi. Mazkur masalaning ustuvor yo'nalishi shikastlangan pastki jag'ning anatomik tuzulishini va yo'qotilgan funksiyalarini tiklash hisoblanadi [41, 50, 132].

Qayd qilish kerakki, pastki jag' bo'g'im o'sig'i sohasining sinishida, ayniqsa yuqori jag' suyagining sinishlarida tashqi eshitish yo'li suyak devori, bo'g'im chuqurchalarining shikastlanishi hamda kalla suyagi devorida sinish paydo bo'ladi.

Shu bilan birgalikda bo'g'im chuqurchalari yaqinidagi asos suyagining sinish ehtimoli mavjud, bu esa bosh miyaning qon aylanishi buzilishi bilan kechadi [54, 75, 87].

Mualliflar ma'lumotlariga ko'ra bemorlarning aksariyat qismi serebral asorotlar tufayli vafot etadi. Yuzning o'rta hududi shikastlanishi bilan kuzatiladigan pastki jag' suyagi singan bemorlarda ko'rish organlari va uning qismlari, yuz nervlari, burun suyagi, chaynash-nutq a'zolarining shikastlanishi mumkin [72, 130].

V.V.Afanasyev ma'lumotlariga ko'ra (2014), pastki jag' bo'g'im o'sig'idan sinishlar ancha kam uchraydi [7]. Bunda ularni davolash anatomik-topografik xususiyatlar bilan bog'liq ma'lum bir qiyinchiliklarga ega [17].

Ko'p sonli tadqiqotlarda shular aniqlandiki, pastki jag' suyagi bo'g'im boshchasining chiqishida va uning sinishida konservativ usullar bilan davolash imkoniyati mavjud emas, shuning uchun suyak qismlarini repozitsiya va fiksatsiyasining operativ usullaridan foydalaniladi [56, 69, 76].

Bundan tashqari pastki jag' sinishda quloq atrofidagi so'lak bezlarining yopiq jarohatlanishi mumkin [3, 12].

Mahalliy va xorijiy mualliflarning qayd qilishicha, so'nggi davrda xususiyatiga ko'ra pastki jag' travmatik shikastlanishlarining maydalanib va egri sinishlar hisobidan davolash ancha murakkab bo'lmoqda, bu esa ko'pincha yallig'lanish asoratlarining rivojlanishiga olib kelmoqda [73, 97].

Bunda yuz-jag' sohasi mushaklarining funksional holati buzilishi postural nomutanosiblik rivojlanishiga olib kelishi mumkin, bu esa bir qator organlar sistemasiga ta'sir ko'rsatadi [116, 125].

Shunday qilib yuz suyalar jarohatlarining tarkibida jag' suyaklari sinishlari katta o'rinni egallaydi. Bunda sud-tibbiy jihatlar yetarlicha to'laqonli aks ettirilmagan.

Hozirgi vaqtda jag' suyaklari shikastlanishining bir qator tasniflari mavjud, ular asosan klinistlar tomonidan ishlab chiqilgan. Qo'llaniladigan sud-tibbiy tasniflari to'laqonli emas va ekspert amaliyotining barcha masalalarini hal

qilmaydi. Jag‘ shikastlanishlarining xilma xilligi esa barcha malakaviy parametrlarni aks ettiradigan yagona sud-tibbiy tasnifini ishlab chiqish zarurligini talab qiladi.

§ 1.2. Jag‘ jarohatlarida sud-tibbiy ekspertizasini o‘tkazish

Jag‘ suyaklari shikastlanishlarining uchrash chastotasi yuqoriligiga qaramasdan uning hosil bo‘lish mexanizmi va sog‘liqqa yetkazilgan zararining og‘irligini ekspert tomonidan baholash masalalari to‘laqonli hal qilinmagan.

Sud-tibbiy adabiyotlarda sud-stomatologik ekspertizani o‘tkazish xususiyatlari, ko‘rsatilgan jarohatlarni klinik kechishi xususiyatlarini o‘rganish zarurligi, stomatologik tadqiqot ko‘rsatkichlari haqidagi ma’lumotlar yetarli emasligini ko‘rsatmoqda [37, 59].

Qayd etish lozimki, sud-tibbiy ekspertiza amaliyotida jag‘ suyaklari shikastlanishlarida sog‘liqqa yetkazilgan zararining og‘irligini, ularning yetkazilish mexanizmi va davomiyligini baholash vrach-klinist ishtirokisiz sud-tibbiy ekspert shifokori tomonidan mustaqil ravishda amalga oshiriladi. Tadqiqotning zamonaviy klinik-instrumental usullari va tibbiy hujjatlar ma’lumotlarining to‘laqonli hisobi bo‘lmaganda ekspert xulosalarining obyektivligi va asoslanganligi sezilarli darajada pasayadi va xatoliklarga olib keladi [60, 80].

Alohida tadqiqotlar salomatlikning to‘liq yo‘qotilishi bilan kuzatiladigan, shuningdek yuz-jag‘ tizimi surunkali patologiyasi mavjud bemorlarda jag‘ suyaklari shikastlanishlarida sog‘liqqa zarar yetkazish og‘irligini baholashdagi qiyinchiliklarga bag‘ishlangan [1, 85, 100, 127].

So‘nggi yillarda O‘zbekistonda va boshqa mamlakatlarda jag‘ suyaklari shikastlanganda tan jarohatlarining og‘irlik darajasini baholash bo‘yicha ekspertizalar soni sezilarli darajada oshmoqda, bu moddiy va ma’naviy zararni undirish bo‘yicha bemorlarning fuqarolik da’volari sababli, o‘z kasbiy majburiyatlarini lozim darajada bajarmaslik natijasida (stomatologik yordam ko‘rsatish vaktida) tan jarohatlari yetkazganligi uchun javobgarlikni kuchaytirish

hamda huquqni muhofaza qilish organlariga fuqarolar murojaatlarining ko'paygani bilan bog'liq [62, 74, 105].

Travmatik sinishlar, qoidaga ko'ra maishiy jarohatlar (mushtlashish, balandlikdan yiqilish va boshqalar, ko'pincha alkohol ta'siri ostida) – 48,9%; transport jarohatlari- 20,5%; ishlab chiqarish jarohatlari – 15,2%; sport jarohatlari– 10,3%; o'q otishdan sinishlar – 5%; zaharlanish – 0,1% bilan bog'liq bo'lishi mumkin (<http://www.e-stomatology.ru/>).

N.A.Frolov (2007) ma'lumotlariga ko'ra, klinikada davolanishda bo'lgan va ekspertizadan o'tgan jag' sinishi bemorlari orasida jarohat turlari bo'yicha shikastlanishlar quyidagicha taqsimlandi: maishiy jarohatlar - 58,8-87,3%, transport - 3,0-41,2%, sport jarohatlari- 2,9%, ishlab chiqarish - 1%, zaharlanishlar - 0,2-1%. Maishiy jarohatlarda 81,2% jabrlanuvchilarda pastki jag'ning sinishlari, 15,9% yuqori jag' sinishlari, 2,9% yuqori va pastki jag'ning birgalikdagi sinishlari kuzatildi. Transport jarohatlarida eng ko'p yuqori jag' (40,8%) va pastki jag' (43,5%) ning sinishlari alohida o'rin egalladi, bunda eng og'ir shakldagi jarohatlar yuqori va pastki jag'ning birgalikdagi shikastlanishlari 15,7% jabrlanuvchida kuzatildi [79].

D.V.Frolov (2011) qayd qilishicha yuqori va pastki jag' suyaklari jarohatlari bilan statsionar va ambulator davolanganning bemorlar tibbiy kartalarini o'rganganda ulardan ko'pchiligi rasmiylashtirishda muhim xatoliklarga yo'l qo'yilgan: unda tashxis, klinik-instrumental tekshiruvlar natijalari, qo'shma jarohatlar va somatik kasalliklar, davolash va sog'lomlashtirish rejasi to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud emas [78].

Shuningdek lozim darajada stomatologik yordam ko'rsatilmaganda bemorlarning fuqarolik da'volari bo'yicha "shifokor ishi" deb nomlanadigan komission sud-tibbiy ekspertiza xulosalarning tahlilida kasbiy xatoliklar hamda salbiy oqibatlarining asosiy sabablari quyidagilardan iborat: klinik-instrumental tashxislash vositalaridan yetarlicha darajada foydalanmaslik, bir qator shikastlanishlar va somatik patologiyaning gipodiagnostikasi, turli bosqichlarda bemorni davolash maqbulligi tamoyilidan saqlanish, davolashda aniq rejaning

yo‘qligi, mutaxassislar kasbiy tayyorgarligining yetishmasligi.

Zero, so‘nggi yillarda asosiy e‘tibor bunday bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etishga qaratilmoqda [39, 83, 86].

I.I.Vafin (2005) qayd qilishicha, yuz-jag‘ jarohatlari bor shaxslarda tibbiy yordam ko‘rsatish sifati bo‘yicha quyidagilar aniqlandi: jabrlanuvchilar birinchi tibbiy yordamni 30 minutda (8,9%), 30-60 minutda 30,9% olishgan; ularning 58,1% iga 1 soatdan keyin yordam ko‘rsatilgan. Jarohatlanishning 24,3% ni ko‘chada, 14,4% ni maishiy yetkazilgan. Bunda shikastlanishlarning 8,3% ni o‘zini himoya qilishda, 6,4% ni nosoz elektr asboblardan foydalanishda olingan. Bunda 5,2% jarohatlar ishlab chiqarishda olingan, jabrlanuvchilarning 83,8% iga birinchi yordam ko‘rsatilmagan. Yuz-jag‘ jarohatlarida jabrlanuvchilarga tibbiy yordam ko‘rsatishda muhim kamchiliklardan biri – tibbiyot muassasasida tibbiy yordamni uzoq vaqt kutish (47,2%), ularni davolash uchun zarur dori-darmon yo‘qligi (25,2%), davolash samardorligi yo‘qligi (11,9%), shifokorning e‘tiborsiz munosabati (7,5%), shifokorning qo‘pol munosabati (4,4%) hisoblanadi [13].

Jarohatlanishning umumiy o‘ssishi bilan birgalikda so‘nggi o‘ttiz yil mobaynida yuz-jag‘ suyaklari jarohatlari va birgalikdagi shikastlanishlarning chastotasi va og‘irligi o‘ssishi kuzatilmoqda [33].

Tadqiqotchilar ma‘lumotlariga ko‘ra qo‘shma jarohatlarning 75% ida jabrlanuvchilar kalla suyagi yuz qismining ko‘p sonli sinishlari; 56 % – bosh miya jarohatlari, ko‘z kosasi sohasi va kalla suyagi asosining shikastlanishlari bilan kechadi. Bu haqida ko‘p sonli mahalliy ma‘lumotlar ham shundan dalolat beradi [3, 73]. Tinchlik vaqtda suyak shikastlanishining umumiy sonida yuz-jag‘ suyaklari jarohatlari chastotasi 3,2% dan 3,8% ini tashkil etadi [60]. Statsionar stomatologik bemorlar tarkibida yuz jarohatlari bor bemorlar ulushi alohida mualliflar ma‘lumotlariga ko‘ra turlicha va 21% dan 40% gacha o‘zgarib turadi [28]. Yuz-jag‘ jarrohligi klinikasi bolalar bo‘limida barcha bemorlar orasida jarohatga ega bemorlar 4,1% ni tashkil qiladi. Bolalar yuz-jag‘ suyaklari jarohatlari tarkibida 36% gacha kalla suyagi yuz qismi shikastlanishiga ega bemorlar tashkil qildi [68, 71].

A.Amro (2013) tadqiqotlari natijalariga ko'ra, barcha yosh davrlarida pastki jag' sinishlarining yetakchi holati maishiy jarohatlar (66,8% holatda), voyaga yetmagan bolalarda esa mos ravishda ko'cha jarohatlari 16,8 % ni tashkil etadi. Pastki jag' suyaklari singan bemorlar tarkibini o'rganilyoganda ular quyidagi yosh guruhlariga tegishli: o'smirlik yoshi – 314 (26,9%) kishi, I yetuklik - 425 (36,4%) kishi, II yetuklik - 208 (17,8%) kishi, keksalik - 147 (12,6%) kishi, qarilik - 72 (6,2%) kishini tashkil etdi. Shundan erkaklar 1036, ayollar - 130, umumiy 8:1 nisbatni tashkil etdi. Kexsa insonlarda pastki jag' suyagi sinishlari chastotasi va lokalizatsiyasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, pastki jag' 62,24% holatda kuchsiz soha bo'ylab jarohatlangan. Bunda pastki jag' suyagi sinishining eng ko'p holatlari: jag' suyagi burchaklari (37,25% holatda), iyak sohasi (10,12% holatda), jag' suyagi bo'g'imi (6,17% holatda), shuningdek iyak osti sohasi (3,16% holatda) va aql tishlari alveolyar qismidan (1,45% holatda) shikastlanadi. Katta yoshdagi insonlarning pastki jag' suyagi kuchsiz sohadan farqlanuvchi tana qismi (14,86% holatda) yoki pastki jag' suyagi bo'g'imi (22,9% holatda) dan jarohatlangan [5].

V.A.Guk (2011) keksa yoshdagi insonlarda yosh jihatdan shikastlanish muammosini o'rgandi. U shuni aniqladiki, keksa yoshdagi bemorlarda yuz-jag' sohasi jarohatlarining klinik kechishi o'zining yosh xususiyatlariga ega (alveolyar qismining noteng atrofiyasi, pastki jag' faol harakatining cheklanishi, og'iz bo'shlig'ini shikastlanish tomonga ochilganda o'rta chiziq ko'chishi), bularniing barchasi pastki jag' sinishlarini tashxislash va davolashda hisobga olinishi kerak. Surunkali kasalligi mavjudligi (katta yoshdagi 34,8% bemorlarda va keksa yoshdagi 44% bemorda ikki va undan ortiq nozologik shaklda) jarrohlik aralashuvlarida sinishni immobilizatsiyalash va og'riqsizlantirish usulini tanlash hamda pastki jag' sinishlari kechishida salbiy ta'sir ko'rsatadi [22].

Y.V.Yefimov (2004) shunday xulosaga keldiki, tadqiqotning kompyuter texnologiyalari va laboratoriya usullaridan foydalanib rentgenologik, densitometrik, osteometrik uslublarni uyg'unlashtirish pastki jag' suyagi sinishi va travmatik osteomiyelitga chalingan bemorlarni tekshirishda majburiy bo'lishi shart, bu erta muddatda posttravmatik osteogen yetishmovchiligini belgilash, uning

darajasini aniqlash, og'irligini baholash, o'tkazilayotgan davolashga tuzatishlar kiritish imkonini beradi [29].

A.F.Sulimov (2004) shuni aniqladiki, biriktiruvchi to'qimalar displaziyasi mavjud shaxslarda jag' suyagi qalinligining kamayishi, kompakt va lab moddalari torayishi, pastki jag' suyagi kanali torayishi, suyakning barcha sohalarida kataklar o'lchami qisqarishi aniqlandi. Bu jihatlarni jarohatlanishda hisobga olish kerak [66].

Maxsus adabiyotlar tahlil so'nggi o'n yil mobaynida yuz-jag' sohasi to'qimalari shikastlanish chastotasi va og'irligi o'sib borayotganini ko'rsatmoqda [26]. Shu sababli, turli shakldagi jag' suyaklari shikastlangan bemorlarga ixtisoslashgan yordam ko'rsatish sifatini yaxshilash, bemorni davolash va sog'lomlashtirish muddatini kamaytirish dolzarb masala bo'lib qolmoqda [31, 126].

O'rganilgan adabiyotlar shundan dalolat beradiki, jarohatlanishning turli shakllarida jag' suyaklari shikastlanishining sud-tibbiy mezonlari yetarlicha ishlab chiqilmagan. Ilmiy nashrlardagi mavjud axborotlar turlicha bo'lishiga qaramay ular tizimlashtirilmagan. Shuningdek deyarli barcha ilmiy asarlar xorijiy manbalarda berilgan. O'zbekistonda muammoning zamonaviy holatiga nisbatan ma'lumotlar mavjud emas, jag' suyagi jarohatlanishi bo'yicha fuqarolar murojaati chastotasi esa o'sib bormoqda.

Keltirilgan ma'lumotlar shundan dalolat beradiki, jag' suyaklari jarohatlanganda sog'liqqa yetkazilgan zarar og'irligini ekspert baholash muammosi bir qator hal qilinmagan masalalarni bartaraf qilishni talab etadi. Faqatgina kompleks klinik va ekspert tahlili jag'ning travmatik shikastlanishlarini ekspert baholashda uchraydigan hozirgacha mavjud bir qator ziddiyatlarni hal qilish imkonini beradi, xususan bemorlarda jag' tizimining mavjud patologiyasi bo'yicha ekspert xulosalari hamda fikrlar ishonchliligi va obyektivligini oshirishga xizmat qiladi.

O'rganilgan tibbiy-ilmiy adabiyotlar, davlat ro'yxatidan o'tkazilgan materiallar va ITI tahlili shuni ko'rsatdiki, jag' suyaklari jarohatlarining uchrash

chastotasi yuqoriligiga qaramasdan sog'liqqa yetkazilgan zarar og'irligi va ularning hosil bo'lishi mexanizmini ekspert baholash masalalari to'laonli hal etilmagan.

Jag' suyaklari jarohatlari bo'yicha jabrlanuvchilarni sud-tibbiy ekspertizadan o'tkazishda sog'liqqa yetkazilgan zarar og'irligi, uning paydo bo'lish mexanizmi va davomiyligini baholash ekspert xulosalarining obyektivligi va asoslanganligini pasaytirgan.

Jag' suyaklari shikastlanish holatlarida sog'liqning buzilishi, ayniqsa ularning to'liq yo'qotilishi bilan kuzatiladi, shuningdek jag' suyagining oldingi patologiyasi mavjud shaxslarda og'irlik darajasini aniqlashda katta qiyinchiliklar paydo bo'lmoqda.

Yuqorida keltirilganlarning barchasi turli shakldagi jarohatlarda jabrlanuvchi shaxslarda jag' suyaklarining shikastlanish xususiyati, mexanizmini o'rganish bo'yicha maqsadli yo'naltirilgan tadqiqotlarni o'tkazish zaruriyatini ko'rsatmoqda. Bunda tadqiqotlar turli shakldagi jarohatlanishni hisobga olgan holda tirik shaxslarda o'tkazilishi zarur. Tadqiqoda olingan ma'lumotlar shubhasiz, jag' suyaklari jarohatlanishining turli shakllarida o'tkaziladigan sud-tibbiy ekspertizaning sifati va asoslanganligiga ta'sir ko'rsatadi.

Xorijiy va mahalliy adabiy manbalarning o'tkazilgan tahlili shuni ko'rsatdiki, hozirgi vaqtda yuz-jag' sohasi jarohatlarining sud-tibbiy ekspertizasiga aloqador bir qator muammolar to'liq o'rganilmagan.

Xususan mazkur shikastlanishlarni sud-tibbiy tashxislashning bir qator uslubiy jihatlari, barqaror posttravmatik funksional buzilishlar mavjudligi va namoyon bo'lishini verifikatsiyalashga tegishlidir. Jag' suyaklari shikastlanishi morfologiyasi va statistik ko'rsatkichlarni hisobga olgan holda tadqiqotning maqsadi jarohatning yaqin va uzoq natijalarini hisobga olib jabrlanuvchilarni tekshirishning zamonaviy ekspert, klinik va vositaviy usullarini kompleks tahlil qilish asosida jag' suyagi sinishlari mavjud bemorlarni klinik tashxislash hamda sud-tibbiy ekspertizasi sifatini oshirish bo'yicha ilmiy asoslangan mezon va tavsiyalar ishlab chiqishdan iboratdir.

II BOB. JAG' SUYAKLARI JAROHATLARINING SUD-TIBBIY JIHATLARINI BAHOLASH MATERIAL VA USULLARI

§ 2.1. Tadqiqot obyekti

Tadqiqot uchun materiallar 2018 yildan 2020 yilga qadar bo'lgan davrda O'zbekiston Respublikasi sud-tibbiy ekspertizasi ilmiy-amaliy markazi Toshkent shahar filiali ambulatoriya bo'limida o'tkazilgan tirik shaxslarni tekshiruvdan o'tkazish bo'yicha sud-tibbiy ekspertiza xulosalari va Toshkent davlat stomatologiya instituti klinikasida ambulator va statsionar davolangan bemorlarning ambulator kartasi va kasallik tarixlari xizmat qildi.

§ 2.2. Tadqiqot predmeti

Jag' suyaklari jarohatlarining turli xil ko'rinishlarini muqobil tarzda sud-tibbiy baholashni asoslashdan iborat.

§ 2.3. Tadqiqot materiallari

Tasnifiy parametrlar (ish holati, lokalizatsiyasi, xususiyati, sababi, mexanizmi, davomiyligi va uning oqibatga ta'siri) ni o'z ichiga olgan biz tomondan ishlab chiqilgan karta-anketalardan foydalangan holda maxsus kompyuter dasturi bo'yicha 246 sud-tibbiy ekspertiza xulosasi (36 nafar shaxsiy o'tkazilgan ekspertiza xulosasi), shu jumladan (88,9%) birlamchi, (5,8%) qo'shimcha va (5,2%) qayta tekshirildi. Ushbu xulosalar shartli ravishda II guruh deb olindi.

Shuningdek Toshkent davlat stomatologiya instituti klinikasi yuz-jag' jarrohligi bo'limi statsionar va ambulator davolanishda bo'lgan jag' suyaklari shikastlanishlari bor bemorlarning 146 kasallik tarixi va ambulator kartasi retrospektiv tahlil qilindi va I guruh deb olindi (2.1-jadvalga qarang.).

Jadval 2.1.

Yillar bo'yicha tekshirilgan obyektlar soni

Tekshiruv yillari	Kasallik tarixi	STE
2018	53(36,3±0,79%)	72 (29,26±0,84%)
2019	43(29,45±4,66%)	84(34,15±7,17%)
2020	50(34,24±3,79%)	90(36,58±1,16%)

Jadvaldagi ma'lumotlariga ko'ra so'nggi yillarda sud-tibbiy ekspertizadagi obyektlar sonining sezilarli oshishi kuzatildi.

Jag' suyaklari shikastlanishlari bilan bog'liq ekspertizalarni o'tkazishda maxsus tahlil anketasi tuzildi:

STE tahlil xulosasi anketa-kartasi

Ekspert xulosasi № _____ sana _____

F.I.SH. _____ Tug'ilgan sanasi (yoshi) _____

STE o'tkazish uchun asos (qaror, yo'llanma, ajrim, kim, qachon) _____

Ish holati: _____

Jarohat yetkazish sanasi va vaqti: _____

Tibbiy yordam ko'rsatilganligi to'g'risidagi ma'lumotlar: _____

Tibbiy hujjatlardan ma'lumotlar (kasallik tarixi, ambulator karta, operativ yoki boshqa tibbiy aralashuv o'tkazish.) _____

sud-tibbiy tekshiruvda aniqlangan ma'lumotlar: _____

Nurli tekshiruv ma'lumotlari (Rentgenografiya, KT, MSKT va boshqalar.) _____

Ekspert xulosasi yoki dalolatnoma xulosasi fikri (shikastlanish turi, mexanizmi, muddati va og'irlik darajasi):

Boshqa qo'shimcha ma'lumotlar: (surunkali kasalligi va uning asoratlari, alkogol yoki narkotik ta'siri holati mavjudligi)

Shikastlanish turi (sinish, yorilish, lat yeyish, chiqish, yarim chiqish, va tasnifga ko'ra boshqalar, jag' shikastlanishi mavjudligi – yuqori yoki pastki jag'dagi sinish chizig'i _____

STE 191 (77,6%) – IIV organlari, 31 (12,6%) prokuratura organlari, 24

(9,76%) – davlat xavfsizlik xizmati organlari tomonidan tayinlangan (2.2- jadvalga qarang.).

Jadval 2.2.

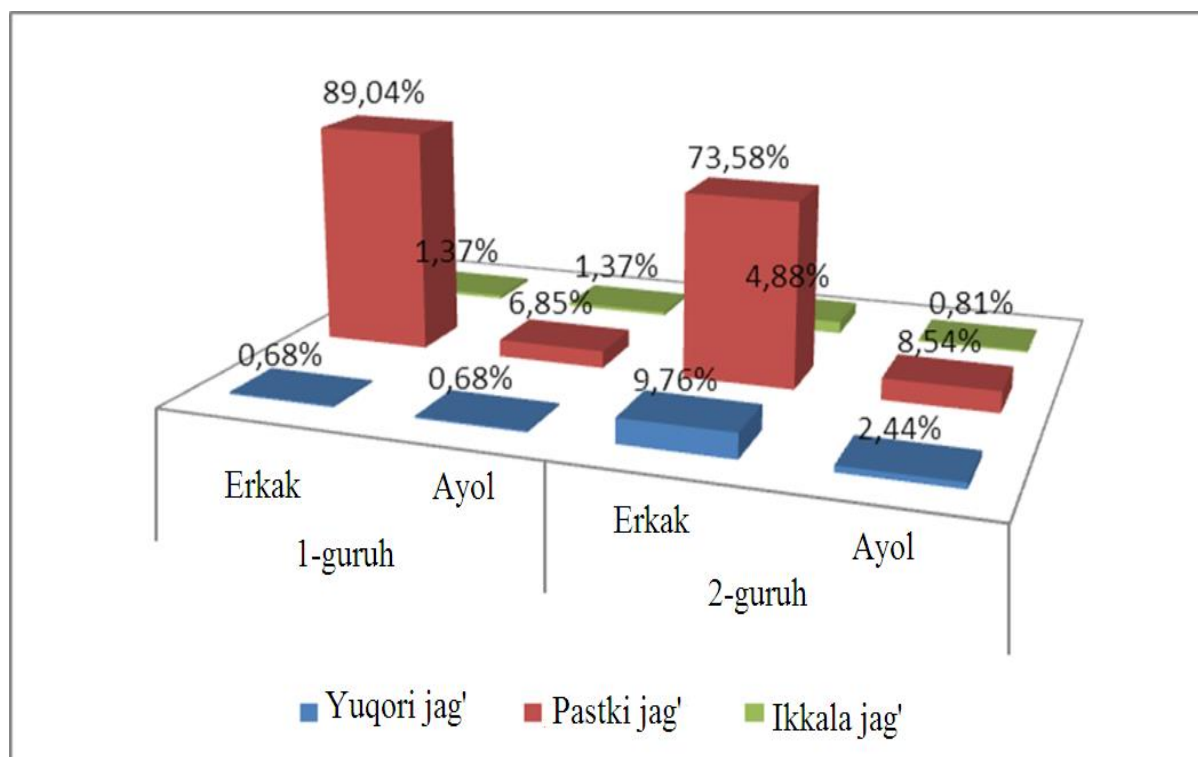
STEni tayinlagan organlar

Organ tomoni shakli bo'lishi mumkin	Miqdori
IIV qarori	191(77,6±%)*
Davlat xavfsizlik xizmati bo'limi qarori	24(9,76±%)
Prokuratura qarori	31(12,6±%)

Gender jihatdan tekshirishda erkaklar I guruhda (88,21%), va ikkinchi guruhda (91,9%) mutloq ko'pchiligini tashkil qildi. Ayol jinsidagi shaxslar ikkala guruhda ancha kam bo'ldi (mos ravishda 11,8% va 8,9%) (2.3-jadvalga qarang.).

Jadval 2.3.

Jins bo'yicha tekshirilgan shaxslar taqsimoti

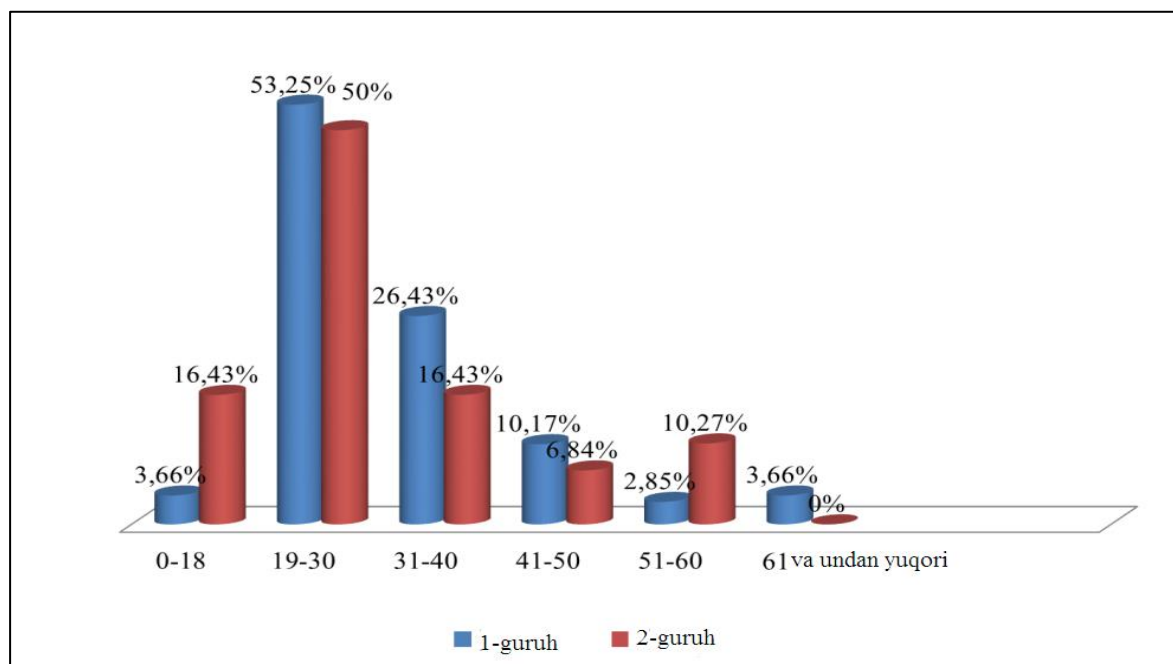


Yosh bo'yicha tahlil qilishda jabrlanuvchilarning asosiy qismi 89,3% (n=350) mehnatga layoqatli yoshdagi shaxslardan iborat bo'ldi. Ular orasida 17 dan 30 yoshgacha bo'lgan shaxslar yarmidan ortiq holatda 204 (52,0%), 31-40

yosh guruhida - 89 (22,7%), 41-50 yosh guruhida - 35 (8,9%) holatda kuzatildi. Shuningdek guruhda voyaga yetmaganlar - 33 (8,4%), katta yoshlilar – 51-60 yosh 22 (5,6%) hamda 61 va undan katta yoshlilar - 9 (2,3%) aniqlandi (2.4-jadvalga qarang.).

Jadval 2.4.

Yosh bo'yicha tekshirilgan shaxslar taqsimoti



Tirik shaxslarning 246 ta ekspertiza xulosalari, boshqa turdagi sud-tibbiy hujjatlar o'rganildi (rentgenologik va boshqa tekshiruv natijalari). STE bayonnomalari bo'yicha birlamchi tibbiy hujjatlar-kasallik tarixi, bemor AK, shuningdek klinik tahlil, rentgenologik va boshqa maxsus tekshiruv ma'lumotlari o'rganildi. TYON xatoliklari holatlarida sog'liqni saqlash muassasalari rahbarlari buyruqlari, idoraviy tekshiruv dalolatnomalari, klinik va poliklinik-anatomik bayonnomalar ma'lumotlari tahlil qilindi.

Tadqiqot jarayonida jinoyat ishini qo'zg'atish to'g'risidagi, ekspertiza tayinlash to'g'risidagi qarorlar, tibbiy xodimlar xususiyatlari, shifokorlarni tayyorlash va malakasini oshirish kursidan o'tkazish hisobi kartalari, hodisa joyini ko'zdan kechirish bayonnomalari va boshqa tergov harakatlari o'rganildi.

Qayd qilish kerakki, O'zbekiston Respublikasining «Sud ekspertizasi to'g'risida»gi Qonuni, O'zR JPK 173 moddasi va «Qayta, komission va kompleks

ekspertizani o'tkazish qoidalariga» ga muvofiq sud-tibbiy ekspertiza muassasasida o'tkazildi, tekshiruv o'tkazishda tegishli yo'nalishdagi malakali mutaxassislar maslahati zarur hisoblanadi.

Har bir alohida holatda ekspertizani tashkil etish va o'tkazish masalalari sinchkovlik bilan o'rganildi.

Olingan ma'lumotlarning har tomonlama ko'p omilli tahlilida mantiqiy, dialektik, taqqoslama usullar, shuningdek yakka dalillarni to'plash va o'rganish, monografik tavsiflash va statistik usullardan foydalanildi.

Statsionarda davolanishda bo'lgan bemorlarni tekshirishda tekshiruvning klinik usullari (kasallik anamnezi, ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya qilish, funksional tekshiruvlar) hamda paraklinik usullar (to'liq va maqsadli rentgenografiya, jag' suyaklarining MSKT) dan foydalanildi.

Olingan raqamli materialni statistik qayta ishlash biz tomondan Excel 2007 Microsoft Office elektron jadval ma'lumotlarini tahlil paketi yordamida o'tkazildi, o'rta arifmetik uchun o'rtacha xatolikni hisoblagan holda z-mezoni qo'llanildi ($M+m$). Tafovutning ishonchlilik darajasi Student (t) mezonini aniqlash yordamida hisoblandi, keyinchalik ehtimoliy xatolik darajasi (R) hisoblandi. Tafovut $0,01 \leq R \leq 0,05$ bo'lganda ishonchli deb topildi. Qayta ishlangan ma'lumotlar yig'ma jadval, grafik va diagramma shaklida taqdim qilindi.

§ 2.4. Statistik ishlov ma'lumotlar bazasi va statistik tadqiqot usullari

Jag' suyaklari jarohatlarining har bir holati bo'yicha jabrlanganlarning jinsi, Yoshi, hodisa ro'y bergan joy va vaqt, jarohatni yuzaga olib keluvchi ta'sir turi, uning xususiyatlari va davomiyligi, tibbiy yordamga murojaat qilinishi va davolanish davomiyligi, ayrim klinik belgilar, aniqlangan tan jarohat turlari va ularning og'irlik darajasi hamda bu jarayonda qo'llanilgan sud tibbiy mezon kabi belgilar mohiyatidan kelib chiqqan holda har biri quyidagicha toifalanib, raqamli kodlar bilan belgilandi va statistik ishlov uchun ma'lumotlar bazasi yaratildi:

Jins bo'yicha

01-erkak

02-ayol

Yosh bo'yicha:

01-0-18 yosh

02-19-30 yosh

03-31-40 yosh

04-41-50 yosh

05-51-60 yosh

06-61 va undan yuqori

Voqea tafsilotiga ko'ra

01-janjallashish

02-avtohalokat

03-balandlikdan yiqilish

04-sport jarohatlari

05-tibbiy muolaja paytida

06-ishlab chiqarish paytida

Ekspertiza turlari

01-birlamchi

02-qo'shimcha

03-qayta

04-komission

Jag' suyaklarining sinishiga ko'ra

01-yuqori jag'

02-pastki jag'

03-ikkala jag'

Shikastlanish mexanizmiga ko'ra

01-zarba

02-siqilish

03-buralish

Zarba turlariga ko'ra

01-musht zarbasi

02-oyoq zarbasi

03-tayoq zarbasi

04-armatura zarbasi

Sinish hududi bo'yicha

01-yuqori

02-o'rta

03-pastki

Tish va jag' suyaklarining qo'shma jaroxatlanishi

01-tish emalining shikastlanishi

02-koronkaning shikastlanishi

03-tish ildizining shikastlanishi

Alveolyar o'sig'ining shikastlanishiga ko'ra

01-qisman

02-to'liq

03-noto'liq

04-maydalanib

**Jag‘ suyaklari shikastlanishlarida
bosh miya yopiq jaroxatlari**

01-bosh miya chayqalishi

02-bosh miya lat yeyishi

03-intrakranial gematoma

04-epidural gematoma

05-subdural gematoma

06-subaraxnoidal gematoma

Yuqori jag‘ suyagi sinish turlari

01-Le For 1 tip

02- Le For 2 tip

03-Le For 3 tip

**Yuqori jag‘ suyagi shikastlanish
lokalizatsiyasiga ko‘ra**

01-old soxasi

02-tepa soxasi

03-orbital soxa

04-burun soxasi

**Yuqori jag‘ suyagi shikastlanishda
qo‘shma jarohatlar**

01-Yumshoq to‘qimalari lat yeyishi

02-Yumshoq to‘qimalari shilinishi

03-Ko‘z sohasi yumshoq to‘qimalari
gematomasi

04-Peshona o‘sig‘i sinishi

05-Alveolyar o‘sig‘i sinishi

06-Yonoq o‘sig‘i sinishi

07-Yonoq suyagi sinishi

08-Peshona suyagi sinishi

09-Burun suyagi sinishi

10-G‘alvirsimon suyak sinishi

11-Ponasimon suyak sinishi

12-Ko‘z kosasi sinishi

13-Bosh miya chayqalishi

14-Bosh miya lat yeyishi

**Pastki jag‘ suyagi sinishlar soniga
ko‘ra**

01-bir tomonlama

02-ikki tomonlama

**Pastki jag‘ suyagining sinish
xarakteriga ko‘ra**

01-bo‘laklarsiz

02-bo‘laklarning siljib sinishi

03-bo‘laklarning siljimasdan sinishi

04-chiziqsimon sinishi

**Pastki jag‘ suyagining surunkali
kasalliklar tufayli sinishi**

01-yomon sifatli o‘sma

02-kistali neoplazma

03-displaziya

04-surunkali osteomiyelit

**Pastki jag‘ suyagi sinishining
lokalizatsiyasiga ko‘ra**

01-yon tomondan sinish

02-burchak sohasidansinishi

03-iyaksohasidan sinishi

04-bo‘g‘im o‘sig‘idan sinishi

**Pastki jag‘ suyagi sinishida qo‘shma
jarohatlar**

01-yumshoq to‘qimalari lat yeyishi

02-yumshoq to'qimalari shilinishi

03-yumshoq to'qimalari yarasi

04-bosh miya chayqalishi

05-bosh miya lat yeyishi

Pastki jag' suyagi shikastlanish asoratlari

01-yutunishning qiyinlashuvi

02-og'izning yetarlicha ochilmasligi

03-tishlarning noto'g'ri prikusi

04-lablar yopilishi buzulishi

05-chaynovdagi qiyinchik

06-tishlashning buzilishi

07-gapirishga qiyinchilik

Og'irlik darajasi bo'yicha

01-yengil

02-o'rta

03-og'ir

O'rta-og'ir tan jaroxatini baholash kriteriylari

01-sog'lig'ini 21 kundan ortiq muddatda buzulishi

02-UMQTY 10-33% gacha

Og'ir tan jaroxatini baholash kriteriylari

01-hayot uchun xavfning mavjudligi

02-UMQTY 33% dan ko'p

Statistik ishlovda olingan natijalar jadval, grafik, diagramma kabi shakllarda berildi.

Tahlil jarayonida jag' suyaklari jarohatlari bo'yicha har bir kuzativ sud-tibbiy ekspertizaning tayinlanishi, o'tkazilishi amaldagi meyoriy hujjatlar talablari nuqtai nazardan o'rganildi. Bunga ekspertizaga taqdim etilgan materiallar ekspert ko'rigining to'laqonliligi, lozim bo'lgan klinitsist mutaxasislar maslahatlari va klinik-funksional tekshiruvlarning o'tkazilganligi, ushbu holatlar bo'yicha tekshiruvlar tegishli standartlar talablariga to'g'ri kelishi, xulosa qismida ekspert oldiga qo'yilgan savollarni yechish masalasi o'rganildi. Shu bilan birga ekspert xulosalarining asoslanganlik, ishonchlilik masalasiga alohida e'tibor beriladi. Bu borada tan jarohatlarining og'irlik darajasini aniqlash mezonining tog'ri tanloviga diqqat qaratiladi. Tadqiqotning maqsadidan kelib chiqqan holda ayrim holatlarda, tan jaroxatlarining og'irlik darajasini baholash mezonlarining qo'llanilishi, jabrlanganlarda hushning holatini Glazgo shkalasi bo'yicha ballarda belgilanishi mutaxasis yuz jag' jarrohi bilan birgalikda retrospektik tahlil qilindi.

Tadqiqotni amalga oshirishda anamnestik, taqqoslash, klinik (tor mutaxasislar ko'rigi yuz-jag' jarrohi, nevrolog, neyrojarroh), instrumental (roentgen, MSKT, MRT), statistic va tahliliy usullardan foydalanilgan. Tadqiqotda olingan ma'lumotlarga Pentium-IV personal kompyuterda Microsoft Office Excel-2007 dasturiy to'plami yordamida statistik ishlov berildi shuningdek statistik ishlovning o'rnatilgan funksiyalaridan foydalanish sharti bilan; Variatsion parametrik va noparametrik statistika usullaridan foydalanildi, o'rtacha o'rganiladigan arifmetik ko'rsatkich (M), o'rtacha kvadratik og'ish (σ), o'rtachaning standart xatosi (m), nisbiy ko'rsatkichlar (chastota, %) olingan o'lchovlarining statistik ahamiyati o'rtacha kattaliklarni o'lchaganda Styudenta mezoni (t) yordamida xatolik ehtimoli (R) ni hisoblash bilan taqsimot mosligini tekshirishda (ekstsess mezoni) bo'yicha hisoblandi. Statistik ahamiyatli o'zgarishlar uchun ishonchlilik darajasi $R < 0.05$ deb belgilandi.

Korrelyatsion tahlil (Pirson korrelyatsiya koeffitsienti yoki Spirmen rang koeffitsienti qo'llanilgan, taqsimon mosligi uchun avvalgi sinov natijalariga qarab).

Faqrlash darajasi R quyidagicha baholanadi:

$t < 2$ - $R > 0.05$

$t = 2-3$ - $R < 0.05$

$t = 3-4$ - $R < 0.01$

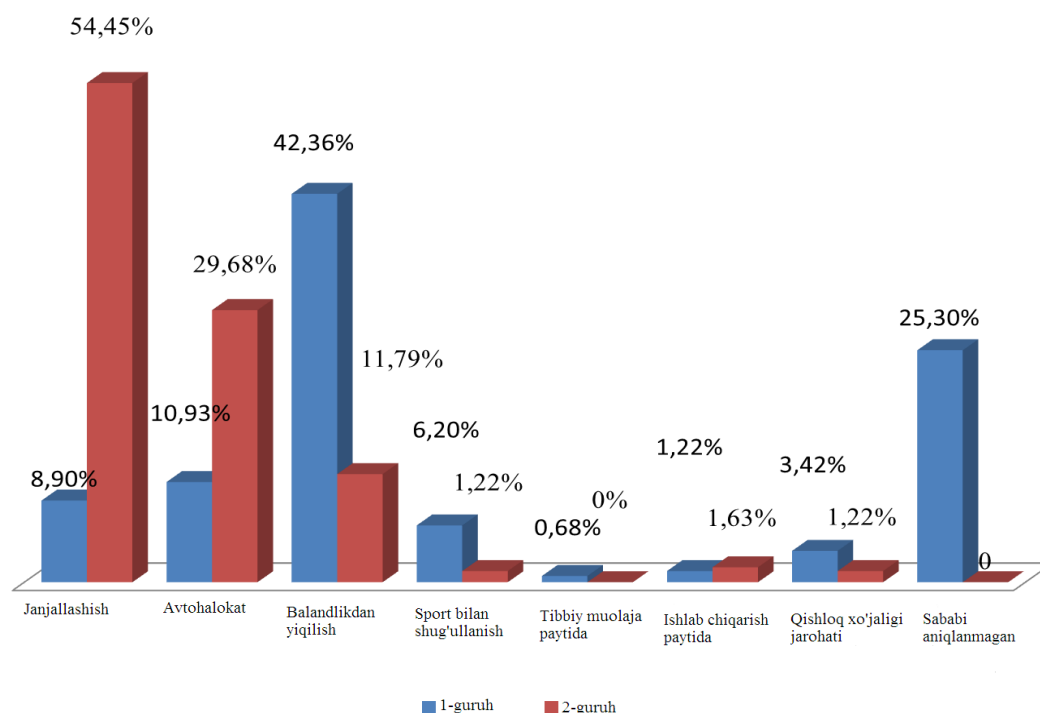
$t > 4$ - $R < 0.001$

Ishonchlilik darajasi $p < 0.05$ va undan yuqori bo'lganda statistik jihatdan ahamiyatli, ishonchli farq sifatida qabul qilingan.

III BOB. JAG‘ SUYAKLARI SHIKASTLANISHLARINING SUD-TIBBIY JIHATLARI

§ 3.1. Jag‘ suyaklari shikastlanishlari turlari va shakllanish mexanizmlari

Jarohat olinganligi to‘g‘risidagi axborot sud-tibbiy ekspertizani tayinlash to‘g‘risidagi qaror, birlamchi tibbiy hujjatlar ma‘lumotlari va guvohlar ko‘rsatmalaridan olindi. Barcha tadqiq qilinayotgan holatlarda jag‘ suyaklarida simillovchi og‘riqlar aniqlangan. Olingan natijalar shundan dalolat bermoqdaki, mutloq ko‘p holatlarda jarohat mushtlashish 177 (45,15%), avtomobil jarohatlari 99 (25,25%) yiqilib tushishda 86 (21,93%) orttirilgan. Shuningdek sport mashg‘ulotlarida, ishlab chiqarishda, qishloq xo‘jaligida jarohatlanish holatlari xam kuzatilgan. Pastki jag‘ suyaklari jarohatlari mavjud bemorlar guruhlar kesimida tahlil qilganda yiqilib tushish va sport mashg‘ulotlarida mos ravishda 55 (39,28%) va 9 (6,43%) ko‘proq bo‘ldi. Avtohalokatlarda pastki jag‘ suyaklari jarohatlari bo‘yicha ko‘rikdan o‘tkazilganlar soni birinchi guruhda 46 (22,33%), ikkinchi guruhda 22 (15,71%) bo‘ldi. Lokalizatsiya bo‘yicha 1-guruhda pastki jag‘ ko‘pincha mushtlashish 124 (60,2%), avtomobil jarohatlari 46 (22,33%) yiqilib tushishda 27 (13,1%), ikkinchi guruhda esa yiqilib 55 (39,28%), mushtlashish 43 (30,71%) va avtomobil jarohatlarida 22 (15,71%) kuzatildi (3.1-jadvalga qarang).

Jadval 3.1.**Tekshirilayotgan shaxslarning voqea tafsiloti bo'yicha taqsimlanishi**

Jag' suyaklari shikastlanishining paydo bo'lish mexanizmini aniqlaganda ikkala guruhda jag' sohasida zarb ustunlik qildi 94,4% (I-guruhda – 94,3%, II-guruhda 94,5%). Alohida holatlarda cho'zilish 6 (1,5%), qisilish 5 (1,27%), buralish 2 (0,51%) qayd qilindi (3.2-jadvalga qarang).

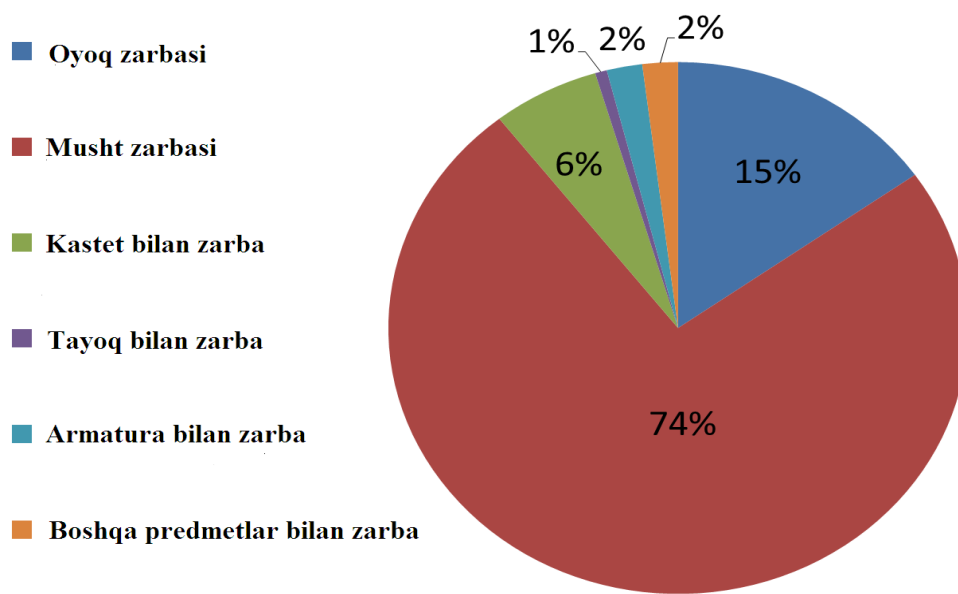
Jadval 3.2.**Shikastlanish mexanizmi**

	I guruh			II guruh			Jami
Shakllanish mexanizmi	Yuqori jag'	Pastki jag'	Ikkala jag'	Yuqori jag'	Pastki jag'	Ikkala jag'	
Zarb	2 (100,0±0,4%)*	132 (94,28±0,94%)	4(100,0±0,4%)*	27 (90,0±2,1%)	196 (95,14±4,75%)	9 (90,0±0,9%)*	370 (94,38±0,9%)
Cho'zilish		3 (2,14±0,4%)		1 (3,33±0,07%)*	2 (0,97±0,04%)*		6 (1,53±0,15%)
Buralish		1 (0,71±0,1%)			1 (0,49±0,02%)		2 (0,51±0,21%)
Qisilish		2 (1,43±0,2%)*		1 (3,33±0,04%)*	2 (0,97±0,14%)*		5 (1,27±0,2%)
Jami	2	140	4	30	206	10	392

Xususan aniqlandiki, mutloq ko‘pchilik holatlarda zarb pastki jag‘ sohasiga 92,7% (140) holat, kam holatlarda yuqori jag‘ – 5,96% (9) sohasiga berilgan (3.3-jadvalga qarang).

Jadval 3.3.

Zarba turlari bo'yicha taqsimlanishi



Ko‘pincha musht bilan zarbalar kuzatildi - 74,0% (112), pastki jag‘ bo‘yicha 95,5% (107) hamda yuqori jag‘ bo‘yicha 4,5% (5). Shuningdek oyoq bilan zarbalar 15,23% (23), pastki jag‘ (95,7% (22) va yuqori jag‘ 4,3% (1), kastet bilan zarbalar 5,96% (9), pastki jag‘ (66,7% (6) va yuqori jag‘ 22,2% (2), ikkala jag‘ bo‘yicha 11,1% (1), tayoq, armatura bilan zarbalar 1,98% (3), pastki jag‘ 66,7% (2) va yuqori jag‘ 33,3% (1), ikkala jag‘ga tayoq bilan zarbalar 0,66% (1), boshqa predmet bilan zarbalar 1,98% (3) pastki jag‘ bo‘yicha 1,98% (3) holatda kuzatildi.

Sohalar bo‘ylab yuqori jag‘ shikastlanishlarini lokalizatsiyasiga ko‘ra tekshirishda qayd qilindiki, ular asosan o‘rta 47,22% (17) va pastki hududlarda 41,67% (15), kam holatda yuqori hududga tegishlidir 11,11% (4). Ko‘pincha 1-guruh shikastlanishlari 94,44% (34), kam holatda 2 guruh tashkil qildi 5,55% (2) (3.4 jadval).

Jadval 3.4.**Yuz-jagʻ sohasi shikastlanish turlari**

	I guruh		II guruh		Jami
Soha	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	
Yuqori hudud	6(15,0±%)				6(13,04±%)
Oʻrta hudud	19(47,5±%)*				19(41,3±%)
Pastki hudud	15(37,5±%)*		6(100,0±%)		21(45,65±%)
Yon hudud					
Jami	40		6		46

Jagʻ va tishlarning birgalikdagi shikastlanishlarini aniqlash boʻyicha tadqiqot oʻtkazildi, bu ikkala guruhda 13,26% (52), xususan birinchi guruhda 55,77% (29), ikkinchi guruhda esa 44,23% (23) ga teng boʻldi. Ikkala guruhda tishlarning pastki jagʻ bilan birgalikdagi shikastlanishlari ustunlik qildi 58,6% (17) va 52,17% (12) mos ravishda. Eng koʻp tishning toʻliq chiqishi 30,77% (16), tish pulpasi shikastlanmasdan tish koronkasining sinishi va tishning koʻplab sinishlari kuzatildi 15,38% (8). Shuningdek tish luksatsiyasi va pulpasi shikastlangan holda tish koronkasi sinishi 9,61% (5), tish intruziya yoki ekstruziyasi va noaniq holda tish sinishi 5,77% (3), faqat tish emali sinishi 3,84% (2). Tish ildizi va koronkasi sinishi 1,92% (1) kuzatildi (3.5-jadvalga qarang).

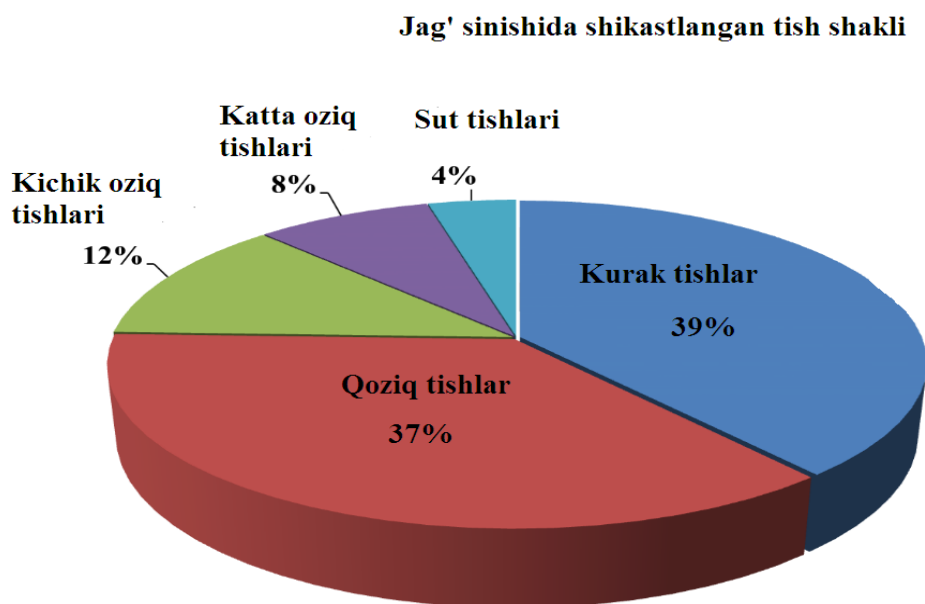
Jadval 3.5.

Tish va jagʻning birgalikdagi shikastlanishlari

	I guruh			II guruh			Jami
Shikastlanish turlari	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkal a jagʻ	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkal a jagʻ	
Faqat tish emalining sinishi			1(33,3±%)		1(8,33±%)		2(3,85±%)
Pulpaning shikastlanmasdan tish koronkasi sinishi.	1(11,11±%)	2(11,76±%)	1(33,3±%)	3(37,5±%)		1(33,3±%)	8(15,38±%)
Pulpaning shikastlanib tish koronkasi sinishi		2(11,76±%)		3(37,5±%)			5(9,62±%)
Tish ildizi jarohatlanishi	1 (11,11±0,1)						1 (1,92±0,1)
Tish koronkasi va ildizi sinishi		1 (5,88±0,5)					1 (1,92±0,2)
Tishning koʻplab jarohatlanishi	4 (44,44±0,4)	1 (5,88±0,1)		2 (25,0±0,2)	1 (8,33±0,1)		8 (15,38±0,5)
Notoʻliq tish sinishi		2 (11,76±0,2)			1 (8,33±0,3)		3 (5,77±0,3)
Tish lyuksatsiyasi		3 (17,65±0,1)*			2 (16,67±0,2)*		5 (9,62±0,1)
Tish intruziya yoki ekstruziyasi		2 (11,76±0,2)*			1 (8,33±0,3)*		3 (5,77±0,1)
Tish chiqishi (ekzartikulyatsiya).	3 (33,33±0,3)*	4 (23,53±0,1)*	1(33,3±%)		6 (50,0±0,4)	2(66,67±%)	16 (30,77±0,1)
Jami	9	17	3	8	12	3	52

Jagʻ suyaklarining shikastlanishi bilan birga tishlarning shikastlanganligi tahlil qilinganda 1 guruhda 71,43% (35), ikkinchi guruhda esa 28,57% (14) kuzatildi. Lokalizatsiya boʻyicha yuqori jagʻda 34,69% (17), pastki jagʻda 38,77% (19) va ikkala jagʻda 26,53% (13) ni tashkil etdi. Shikastlangan tish shakliga koʻra kurak tishlar 38,77% (19) qoziq tishlar 36,73% (18), kichik oziq tishlar 12,24% (6) va katta oziq tishlar 8,16% (4), shuningdek sut tishlari 4,08% (2) aniqlandi (3.6-jadvalga qarang).

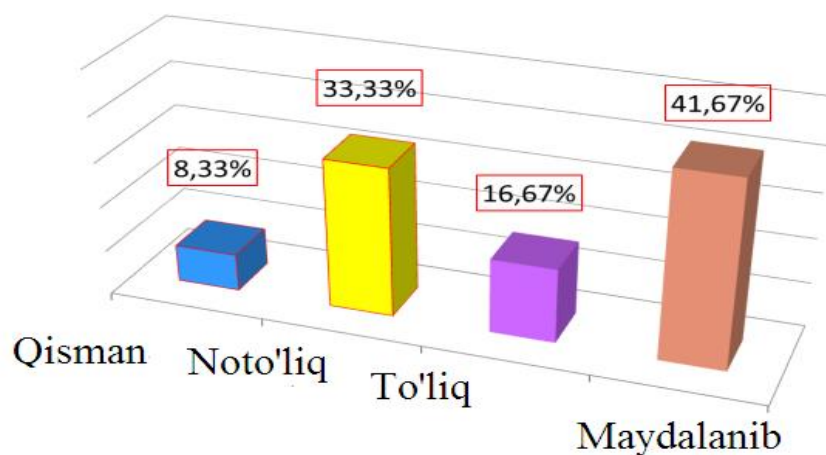
Jadval 3.6.



Jag'ning alveolyar o'sig'lari sinishlari faqat ikkinchi guruhda aniqlandi. Xususan yuqori jag'da lokalizatsiya bo'yicha 41,67% (5), pastki jag'da 50,0% (6) ikkala jag'da 8,33% (1) kuzatildi. Sinish xususiyatiga ko'ra to'liq bo'lmagan 33,33% (4), suyak nuqsonli 25,0% (3), to'liq va maydalanib 16,67% (2), shuningdek qisman 8,33% (1) sinishi kuzatildi. (3.7-jadvalga qarang)

Jadval 3.7.

Jag' suyaklari shikastlanishida alveolyar o'sig'ining sinishlari



Jagʻ suyaklari shikastlanishlarida kalla suyagi jarohatlari ham kuzatildi 25,77% (101). Birinchi guruhda 76,23% (77), ikkinchi guruhda 23,76% (24) kuzatildi. Agar birinchi guruhda asosan pastki jagʻ shikastlanishida kuzatilgan boʻlsa 67,53% (52), ikkinchi guruhda yuqori jagʻ shikastlanishida aniqlandi 58,33% (14). Xususiyatiga koʻra bosh miya chayqalishi yaqqol ustunlik qildi 68,32% (69), kam holatda epidural 8,91% (9), subaraxnoidal gematoma 7,92% (8), va shuningdek bosh miya lat yeyishi 5,94% (6), intrakranial 4,95% (5) va subdural gematomalar 3,96% (4) kuzatildi (3.8-jadvalga qarang).

Jadval 3.8.

Jagʻ suyaklari shikastlanganda bosh miya jarohatlari

	I guruh			II guruh			Jami
Shakli	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkala jagʻ	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkala jagʻ	
Bosh miya chayqalishi	15 (75,0±1,8) *	43 (82,7±2,1) *	2 (40,0±0,1)*	8 (57,14±0,1) *		1 (33,33±0,4)*	69(68,3±2%)
Bosh miya lat yeyishi	1 (5,0±0,04)	2 (3,85±0,1)	1 (20,0±0,1)	1 (7,14±0,2)	1 (14,3±0,1)		6(5,94±%)
Intrakranial gematomalar		2 (3,85±0,2)	1 (20,0±0,3)		1 (14,3±0,2)	1 (33,33±0,2)	5(4,95±%)
Epidural gematoma	1 (5,0±0,1)	4 (7,69±0,1)		1 (7,14±0,5)	3 (42,86±0,4)		9(8,91±%)
Subdural gematoma	1 (5,0±0,15)		1 (20,0±0,1)	1 (7,14±0,2)		1 (33,33±0,3)	4(3,96±%)
Subaraxnoidal gematoma	2 (10,0±0,3) *	1 (1,92±0,1) *		3 (21,43±0,1) *	2 (28,57±0,2) *		8(7,92±%)
Jami	20	52	5	14	7	3	101

Shunday qilib, jarohat olingan holatlar orasida avtomobil va maishiy jarohatlar ustunlik qildi, mexanizmlardan zarb - asosan musht zarblari yetakchi oʻrinni egalladi, ular yuz-jagʻ sohasining oʻrta va pastki sohalarga toʻgʻri keldi. Bunda koʻpincha tish chiqishi, tish pulpa qismi shikastlanmasdan tish koronkasi sinishi va tishning koʻplab sinishlari kuzatildi. Tishlardan koʻpincha qoziq va kurak

tishlar shikastlandi, alohida holatlarda jag‘ning alveolyar o‘sig‘ining sinishi kuzatildi. Deyarli chorak holatlarda bosh miya jarohatlari aniqlandi.

§ 3.2 Yuqori jag‘ suyagining sinish xususiyati.

Yuqori jag‘ suyagi sinishlarini aniqlash bo‘yicha ko‘plab tadqiqotlar olib borilgan. Eng avvalo yuqori jag‘ tuzilishining anatomik-topografik xususiyatlarini qayd etish lozim. Yuqori jag‘ning quyidagi o‘sig‘lari ajratiladi: yonoq o‘sig‘i (yonoq suyagi bilan birlashadi va yuz kengligini hosil qiladi), peshona o‘sig‘i (burun orqa sohasi tekisligi hosil qilinadi va bevosita ko‘z kosasi chetlari shakllanishida qatnashadi), tanglay o‘sig‘i (qattiq tanglayni hosil qiladi, qarama-qarshi yuqori jag‘ suyagi bilan tanglay choki o‘rta chizig‘i bo‘ylab birlashadi) va alveolyar o‘sig‘i (tishlarni birlashtiradi). Bunda Le For tomonidan ishlab chiqilgan tasnif hisobga olindi. Aynan shular aniqlandiki, sinishlarning ko‘plab chiziqlari uchta tur bo‘yicha o‘tadi:

I tip – pastki yoki gorizontal tur, Geren – Le For I sinishi. Sinish yuqori jag‘ning yon va old yuzasi orqali alveolyar o‘simta va tanglay o‘simtasi ustidan o‘tadi.

II tip – o‘rta yoki piramidal sinish, suborbital sinish, Geren – Le For II sinishi. Sinish chizig‘i burun asosi, ko‘z kosasining ichki devori va keyinchalik pastki ko‘z teshishi orqali o‘tadi. Sodda qilib aytganda, yuqori jag‘ yagona blok bilan yuzning o‘rta qismi qolgan suyaklaridan ajraladi.

III tip – yuqori yoki ko‘ndalang, subbazal, hamda kalla suyagi-yuz ajralishi, Geren – Le For III sinishi. Yuqori jag‘ sinishining eng og‘ir shakli yonoq suyagidan bosh miya suyagi bilan birga yuqori jag‘ uzilishida sodir bo‘ladi. Qoidaga ko‘ra bosh miya og‘ir shikastlanishlari bilan birga bo‘ladi (3.9-jadvalga qarang).

Jadval 3.9.

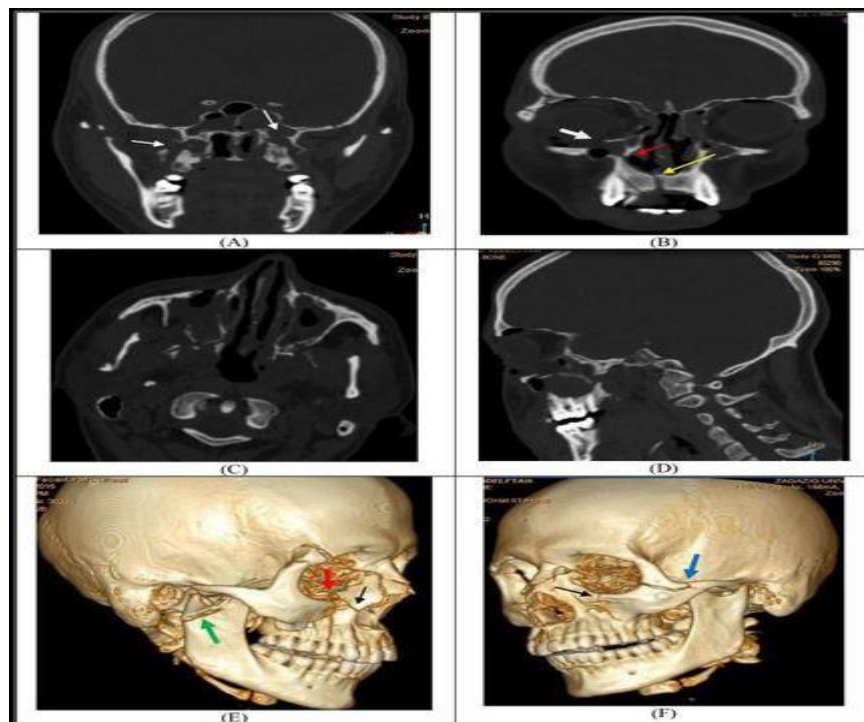
Yuqori jag‘ shikastlanish shakllari

Shikastlanish shakllari	Miqdori
Le For I	6 (16,21±%)
Le For II	17(45,94±%)*
Le For III	13(35,13±%)
Le For I i Le For II	-

Le For II i Le For III	1(2,7±%)
Jami	37

Bizning ma'lumotlarga ko'ra ko'plab holatlarda Le For I - 35,37% (13) va Le For II - 45,94% (17) turdagi sinishlar, kam holatda Le For III - 16,21% (6), shuningdek 1 holatda (2,7%) Le For II va Le For III turlari bo'yicha bir vaqtdagi sinishlar kuzatildi.

Ammo yuqori jag' suyagi tuzilishida mustahkamligi bo'yicha ancha kuchsiz joylar mavjud. Ular yuz skeleti boshqa suyaklari, shuningdek kalla suyagi asos suyagi bilan yuqori jag'ni birlashtiruvchi chok yaqinida bo'ladi. Shunday tarzda katta mexanik ta'sirda yuqori jag' ko'pincha aynan mustahkam joydan kuchsizga o'tish joyida yoki kuchsiz joyning o'zida sinadi (3.1-rasmga qarang).



3.1-rasm. Yuqori jag' suyagi sinishi.

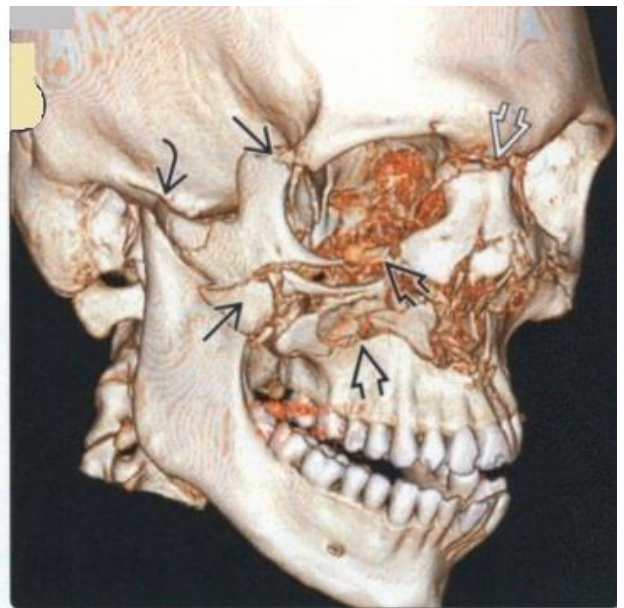
Shu sababga ko'ra sinish chizig'i ko'pincha yuqori jag' anatomik chegaralari bo'ylab o'tmaydi, balki u bilan bog'liq qo'shni suyaklarga siljiydi. Bu amaliyotda yuqori jag' sinishlari qancha ko'p uchrasa uning yuzning boshqa fragmentlari va kalla suyagi asosi bilan shikastlanishi ham shuncha ko'p uchrashi bilan asoslanadi. Yuqori jag' mustahkam zich sohalari filogenezda uning shakllanishi suyak to'qimalari tarkibi bilan bog'liq. Kuchsiz mustahkamlikka ega joylar yuz skeletining

boshqa suyaklari bilan uni birlashtiruvchi, shuningdek kalla suyagi asosini shakllantiruvchi suyaklarni birlashtiruvchi choklar yaqinida joylashadi. Bu yuqori jag‘ shikastlanishining klinik belgilari, kechish og‘irligi va turli oqibatlari turlichaligi bilan asoslanadi.

Yuqori jag‘ suyagining sinishi yuz suyaklari sinishining 5 %ini tashkil qildi. Ularning sababi - og‘ir mexanik jarohatlar: avtomobil yo‘l hodisalari, jabrlanuvchining balandlikdan yiqilishi va yuzga og‘ir predmet tushishi, yuzga oyoq bilan zarb berish va boshqalar. Bu sinishlar bosh miya jarohatlari bilan birgalikda kuzatilishi mumkin. Yuqori jag‘ suyagi berilgan kuch ta’siri yo‘nalishi bo‘yicha orqaga siljiishi mumkin. Yuqori jag‘ning orqa qismlari asosan pastga siljiydi, bu medial qanotsimon mushaklar tortishi bilan bog‘liq.

Le For III bo‘yicha yuqori jag‘ sinishi (yuqori tur)

Le For III bo‘yicha sinishida yuqori jag‘ va boshqa yuz suyaklari kalla suyagidan ajraladi. Yuqori jag‘ning anatomik chegaralarida sinish faqatgina peshona qismi sohasidan o‘tadi. U asosan qo‘shni suyaklar yoki ular o‘rtasidagi choklar atrofidan o‘tadi: peshona suyagining ko‘z sohasi, ponasimon suyak tanasining lateral yuzasi, g‘alvirsimon suyak qog‘oz plastinkasi, ko‘z kosasi medial devori, yonoq suyagining ko‘z sohasi, ponasimon suyak katta qanoti ko‘z sirti, peshona suyagi yonoq o‘sig‘i (ko‘z kosasi lateral devori), ponasimon suyak qanotsimon o‘sig‘i. Agar g‘alvirsimon suyak, ponasimon suyak ko‘z oldi qismi kalla suyagi o‘yig‘ini shakllantirishini hisobga oladigan bo‘lsak, Le For III bo‘yicha yuqori jag‘ sinishi kalla suyagi asosi sinishi bilan kuzatilishi amalda muqarrar ekanligi oydinlashadi. Shu sababli mazkur bo‘lim boshlanishida ko‘rsatilgan peshona suyagi anatomik o‘zaro munosabatlarini hisobga olish mumkin emas (3.2-rasmga qarang).



3.2-rasm. (Chapdan) koronal MSKT da peshona-yonoq choki tafovutiga ega ko'z kosasi asosi va chap yuqori jag' bo'shlig'i devori sinishi aniqlanadi. G'alvirsimon labirintda qon ketishi – burun-peshona choklari tafovutining bilvosita belgisi bo'lib, uning belgilari tasvirda namoyon bo'ladi. Holat Le For II va III sinishiga mos keladi. (O'ngdan) uch o'lchovli MSKT-rekonstruksiyasida (oldindan ko'rinish) ko'z kosasi yoniga oldindan va pastdan tarqaladigan g'alvirsimon labirint sinishi aniqlanadi.

Bemorlar burundan qon ketish, tananing vertikal holatida ikki tomonlama ko'rish, ko'rish keskinligining pasayishi, og'riqli va qiyin yutish, og'izning yetarli darajada ochilmasligi, tishlarning noto'g'ri yopilishi, tomoqdagi yot jismning hissi, qusish, bo'g'ilish va ko'ngil aynishdan shikoyat qiladilar. Bu qattiq va yumshoq tanglay bilan birga orqaga va pastga siljigan kichik til bilan halqumning orqa devori shilliq qavatining yoki til ildizining tirnash xususiyati bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Tekshiruvda jag' suyagi atrofidagi yumshoq to'qimalarning shishishi kuzatiladi, buning natijasida bemorning yuzi oysimon shaklga ega bo'ladi. Shish asosan ko'z qovoqlari, burun ildizi, ko'z osti va chakka sohalarda ifodalanadi. Yonoq yoyi sohasida to'qimalar siljishi aniqlanishi mumkin. Yuqori va pastki qovoq, konyunktivada qon quyulish bilan tavsiflangan ko'zoynak simptomi aniqlanadi. Ekzoftalm kamdan-kam uchraydi, ko'pincha enoftalm kuzatiladi. Bemorni gorizontal yotqizishda kichik enoftalm kuzatilishi mumkin. Tik holatda bo'lgan bemorda yukori jag' pastga siljiydi, yuz uzayadi va orbita hajmining oshishi tufayli enoftalmos ortadi. Subektiv ravishda, bu diplopiyaning ko'payishi va obyektiv ravishda – ko'z olmalarining pastga siljishi va ko'z kosasining kengayishi bilan

birga keladi. Tishlar yopilganda, ko'z olmalari yuqoriga qarab harakatlanadi, ko'z kosasi torayadi va ikki tomonlama ko'rish kamayadi. Bemorning gorizontal holatga qaytishi yuzning tekislanishi va tishlashning o'zgarishi, diplopiyaning pasayishi bilan birga keladi.

Paypaslab ko'rilganda peshona suyagining burun qismi va yuqori jag' peshona o'simtasi va burun suyaklari, shuningdek yonoq peshona choki hududida to'qimalar uzilishi yoki suyak chiqishi aniqlanishi mumkin. Yonoq yoyi sohasida suyak pog'onasi seziladi. Ba'zan burun asosi sohasida havo emfizemasi olib kelgan krepitatsiya aniqlanishi mumkin. Ko'rish nervi shikastlangan holatda (n. ophthalmicus) peshona, yuqori qovoq, ko'z kosasining ichki va tashqi burchaklari sohasida teri ta'sirchanligi pasayadi yoki yo'qoladi.

Faqat molyar tishlar uchun ochiq prikus qayd qilinadi. Ammo tish qatorlari o'zaro munosabatlarning boshqa variantlari ham kuzatilishi mumkin, bu bemorning tishlash paytida singan fragmentning pastga va orqaga siljish darajasiga bog'liq. Yuqori jag'ning pastga siljishi sababli og'iz maksimal ochilganda yuqori va pastki kurak tishlar orasidagi masofa meyorga qaraganda kichik bo'ladi. Yuqori jag' pastga siljishi sababli og'iz ochilishi og'riqli bo'ladi. Yumshoq tanglay orqaga va pastga siljigan, uning tilchasi til asosi va halqum orqa devoriga tegadi.

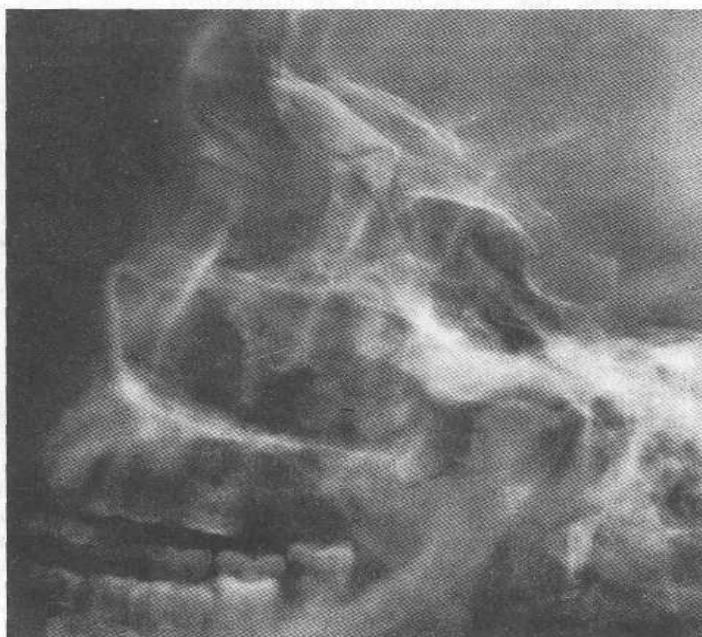
Yuqori jag'ning patologik harakatchanligini aniqlash uning sinishining bevosita dalilidir.

Ba'zan qo'shimcha ravishda sagittal tekislikda sinish sodir bo'ladi. Sinish chizig'i hech qachon o'rta chok bo'ylab o'tmaydi, balki unga parallel joylashadi. Bunda bemorlarda yoki qattiq tanglayga qon quyilishi yoki qattiq tanglay shilliq qavatida jarohat aniqlanishi mumkin. Yuqori jag' tishlarida tishlash vaqtida o'tmas ovoz eshitiladi.

Yuqori tur bo'yicha yuqori jag' sinishida ko'rish nervlari ancha ko'p shikastlanadi, u ponasimon suyak tanasi va kichik qanoti o'rtasida joylashgan ko'rish kanalidan o'tadi. Bunda ko'rish o'tkirligining pasayishi ba'zan ko'rish nerv tolalari qismida shikastlanish bo'lganda namoyon bo'ladi. Yuqori ko'z teshigi ko'z olmasini harakatlantiruvchi (III), g'altaksimon (IV), uzoqlashtiruvchi nervlaridan (VI)

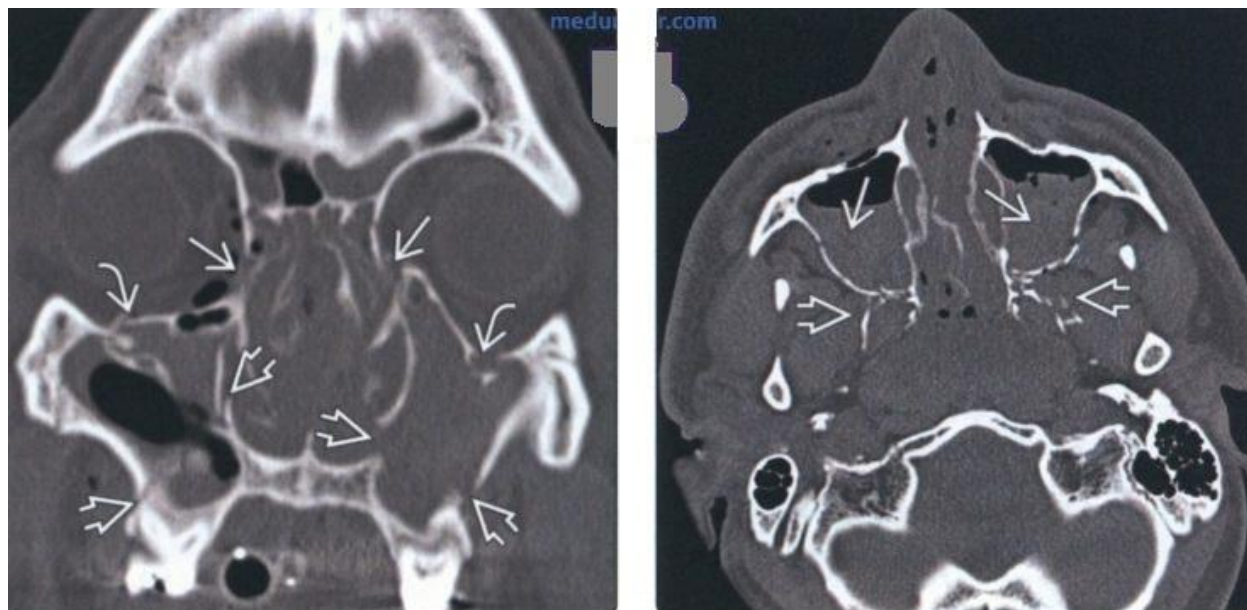
o'tadi. Shuning uchun bemor ko'zni qisman ochishi yoki umuman ocha olmaslik, g'illaylik, ko'z olmasining pastga va tashqariga harakati cheklanishi, oyoq ostiga qaraganda dislopiya, yuqori ko'z qovog'i sohasida palpatsiyada og'riqli bo'ladi.

Yuz suyagi rentgenogrammasida burun ildiz sohasi, yonoq yoyi, ponasimon suyak katta qanoti va peshona-yonoq sohasidagi suyak to'qimalari yaxlitligi buziladi, shuningdek yuqori jag' va ponasimon bo'shliq shaffofligi pasayishi mumkin. Yon rentgenogrammada ponasimon suyak sinish belgilari aniqlanishi mumkin (3.3-rasmga qarang).



3.3-rasm. Yon proyeksiyadagi kalla suyagi rentgenogrammasi. Le For III bo'yicha yuqori jag' sinishi. Peshona-burun va peshona-yonoq choklari, shuningdek turk egari sohasidagi sinish chizig'i ko'ringan.

Ayrim bemorlarda pnevmotsefaliya – kalla suyagi old teshigida havo to'planishi sodir bo'ladi (3.4-rasmga qarang).



3.4-rasm. (Chapdan) koronal MSKT da ko‘z kosasining pastki va medial devorlariga burun-peshona bo‘g‘imlaridan o‘tadigan sinish chiziqlari tasvirlanadi. Shuningdek yuqori jag‘ tayanchlarining yuqori ko‘ndalang, yuqori jag‘ tayanchlarining pastki medial va lateral sinishlari aniqlanadi. MSKT da(o‘ngdan) suyak oynasida qanotsimon plastinkaning ikki tomnlama sinishlari aniqlanadi (Le For III). Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i pnevmatizatsiyasi pasayishi yuz o‘rta bo‘limi suyak sinishining bilvosita belgisi haqida o‘ylash imkonini beradi.

Le For II bo‘yicha yuqori jag‘ sinishi (o‘rta tur)

Sinish chizig‘i peshona suyagi burun qismidan ko‘z kosasining ichki devori bo‘ylab pastki ko‘z osti sohasiga qadar yuqori jag‘ peshona o‘sig‘ining birikish joyi orqali o‘tadi. Keyinchalik ko‘z kosasi pastki devori bo‘ylab ko‘z osti chetiga qadar oldinga tarqaladi. Keyinchalik yuqori jag‘ old yuzasi bo‘ylab pastga va orqaga o‘tadi, ponasimon suyak qanotsimon o‘sig‘iga tarqaladi (rasm.3.5). Gorizontalk tekislikda burun devori sinadi. Sinish chizig‘i bevosita ko‘z osti kanali bo‘ylab va ko‘z osti nervlarining sezilarli shikastlanishlari bilan ko‘z osti tirqishi orqali o‘tishi mumkin. Agar sinish chizig‘i yonoq suyagini kesib o‘tsa, yonoq nervlari shikastlanishi mumkin (3.5-rasmga qarang).



Rasm. 3.5. Le For II turi bo'yicha yuqori jag' sinishi. Le For II bo'yicha sinish holatida burun suyaklari bilan yuqori jag' yonoq suyaklaridan ajraladi. Bunda ko'p yoki oz darajada peshona, g'alvirsimon, ponasimon, ko'z kosasi va yonoq suyagining ko'z sohasi, tanglay suyagida sinish sodir bo'ladi. Shuning uchun mazkur holatda nafaqat yuqori jag' sinishi balki kalla suyagi asosini shakllanishida ishtirok etadigan u bilan bir qatorda joylashgan boshqa suyaklar sinishi ham kuzatiladi.

Bunda Le For II bo'yicha sinish chizig'i namunaviy joylashuvidan tashqari, sagittal tekislikda sinish ehtimoli bor, sinish yorig'i qattiq tanglay orqali o'tadi. Bunday sinish bemor uchun qancha xavfli bo'lsa jag' siniqlarining mustahkamlanishini shuncha ko'p qiyinlashtiradi. Le For II bo'yicha sinishda doimo bosh miyaning hamroh shikastlanishlari va kalla suyagi asosi sinish ehtimoli doimo bo'ladi, ko'pincha kalla suyagi asosini shakllantiruvchi suyak hududida sinishning joylashuvi uning yo'nalishiga bog'liq. G'alvirsimon suyak shikastlanish chastotasi nafaqat u ko'z kosasi medial devori shakllanishida ishtirok etishi bilan asoslangan, balki sinish chizig'i o'tadigan hududdagi peshona suyagi g'alvirsimon kesimi o'zining orqa yoni bilan mazkur suyak plastinkasi bilan birlashadi (3.6-rasmga qarang).



3.6-rasm. To'g'ri (a) va yon (b) proyeksiyada kalla suyagi rentgenogrammasi. Le For II turi bo'yicha yonoq jag' sohasida sinish.

Bemorlarda tishlar birlashtirilganda va ovqatni chaynaganda yuqori jag' sohasidagi og'riqlardan shikoyat qiladilar; tomoqda begona jismni sezish, qayt qilish; burun orqali qiyin nafas olish; ba'zan ko'rishning pasayishi; ko'z osti sohasi va yuqori lablar, pastki qovoq, burun devorining teri qismi va qanot sohasida teri uvishishi; qoziq tishlar, kurak tishlar, kichik oziq tishlar va alveolyar o'sig'ining shilliq qavati mazkur tishlar doirasida vestibulyar tomondan uvishishi; ba'zan g'alvirsimon suyak plastinka yorig'i orqali o'tadigan hid bilish retseptorlari jarohatlanish holatida hid bilash pasayishi yoki yo'qolishi mumkin.

Burun ko'z yosh kanali shikastlanganda yosh ketishidan shikoyat qiladilar. Yuz konfiguratsiyasi posttravmatik shish hisobiga o'zgargan, ba'zan ko'z osti va yonoq sohalari yumshoq to'qimalariga qon quyilishi va teri osti emfizemasi kuzatiladi. Orbita hududida qon quyilishi lokalizatsiyasi xos. Yumshoq to'qimalarni qon bilan ta'minlash burun, yuqori va pastki qovoq, konyuktivlar va ko'z olmasi sklerlari sohasida yaqqol namoyon bo'ladi. Ko'z qovoqining yumshoq to'qimalariga qon quyilishi va ularning shishishi namoyon bo'ladi. Gematoma qosh usti va ko'z osti sohasiga tarqalishi mumkin. Qon quyilishi past intensivlikda bo'ladi yoki agar gematoma faqat suyak shikastlanishlari bilan asoslangan bo'lsa ko'z kosasining tegishli tashqi kvadratiga mos keluvchi sohada aniqlanmaydi.

Jarohat olgan vaqtda orbital hudud yaqinidagi yumshoq to'qimalar lat yeyishi orbita atrofida qon quyilish hududi joylashuvining tengligi bilan asoslanadi. Ko'pincha konyunktivaning qon bilan oziqlanishi shunchalik muhimki, xemoz aniqlanadi va u yopiq ko'z qovoqlari orasidan chiqib ketadi.

Retrobulbar hujayralarga qon quyilishida ekzoftalm aniqlanishi mumkin. Gorizontal holatda, jag'ning orqa tomonga siljishi va yonoq suyaklarning aniq konturlanishi tufayli bemorning yuzi tekislanadi. Bemorning vertikal holatida yuqori jag'ning pastga siljishi tufayli yuz biroz cho'ziladi. Ko'z osti sohasining yumshoq to'qimalarini va burun ildizini silab ko'rishda ba'zan krepatatsiya eshitiladi, bu yuqori jag'da suyak bo'lagi siljiganida yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati tufayli yuzaga keladigan teri osti emfizemasining belgisi, bu bo'shliq yaratish bilan birga keladi. Ushbu innervatsiya zonasida og'riq sezuvchanligi pasayadi yoki bo'lmaydi. Burun ildizi sohasida to'qimalarning aniq shishi va ularning kuchli og'rig'i tufayli uni aniqlash ancha qiyin bo'ladi.

Chap qo'lning uchta barmog'i bilan (I, II va III) burun asosi, ko'z osti yonini chap va o'ng tomondan silab ko'rish uchta nuqtada siniqning sinxron siljishiga ishonch hosil qilish imkonini beradi. Ko'z yosh kanali shikastlanganda, ko'z yosh chiqishidan tashqari, ko'z yoshi nuqtalarida qon paydo bo'lishi mumkin.

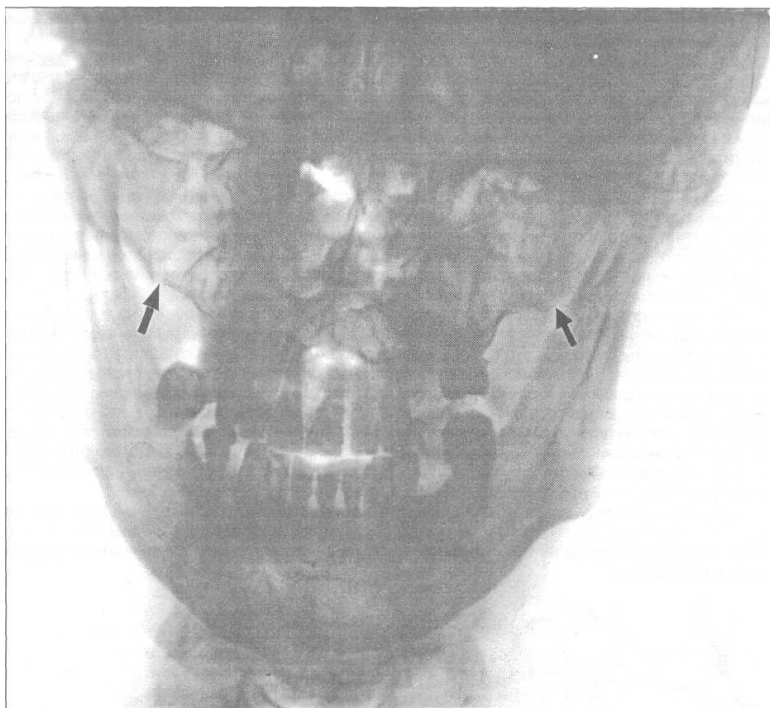
Le For II bo'yicha sinishda ko'z kosasi pastki devori sohasida sinish chizig'i ko'z osti kanalidan tashqaridan o'tadi va uning ko'z osti yoniga yo'naltirilmaydi, balki ko'z kosasining pastki tashqi burchagiga ketadi. Bunda yonoq yuz va yonoq chakka nervi jarohatlanadi. Aynan mazkur sohalarda bemorlarda teri xiralashuvi kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'rikdan o'tkazishda prikus buzilishi aniqlanadi, ko'pincha faqat katta oziq tishlar bilan bog'liq bo'ladi. Ammo tishlar to'g'ri, progenik, kesishuvchi bo'lishi mumkin, bu singan suyak sinig'ining siljish yo'nalishi, miqdori va jag'ning holatigaga bog'liq. Og'iz oldida nafaqat o'tish burmasi balki iyak sohasi bo'ylab tarqaladigan yuqori katta va qisman kichik tishlarning ildiz sohasida qon quyilishi kuzatiladi. Yonoq alveolyar o'sig'i bo'ylab va undan orqasidagi suyak paypaslab ko'riladi. Kurak tishlar, qoziq tishlar va

kichik oziq tishlar doirasida milkning shilliq qavatida og'riq kamayadi yoki yo'qoladi. Yumshoq tanglay orqaga siljigan va kichik tilcha halqum orqa devori yoki til asosiga tegadi.

Vertikal holatda bemorning og'riqli yuklama sinamalari belgilarini aniqlashda bir vaqtda yuqori jag' peshona o'simtasi, ko'z kosasi pastki yoni va yonoq alveolyar cho'qqiga mos suyak qismlari yuqoriga siljiydi, bu silab ko'rish bilan aniqlanadi. Bundan tashqari burun ildizi sohasi teri burmalari paydo bo'ladi. Tish perkussiyasida ovoz past eshitiladi.

Burun iyak va yon proyeksiyadagi yuz suyaklari rentgenogrammasida burun asosi, ko'z kosasi pastki yoni va tubi, yonoq alveolyar cho'qqi sohasida suyak uzluksizligi buzilishi va yuqori jag' bo'shlig'i shaffofligi kamayishi qayd qilinadi (3.7-rasmga qarang).



3.7-rasm. Burun iyak qoplamasi yuz skeleti suyaklar rentgenogrammasi. Le For II bo'yicha yuqori jag' sinishida suyak to'qimalari yaxlitligi buzilishi joyi strelka bilan ko'rsatilgan.

Le For I bo'yicha yuqori jag' sinishi (pastki tur)

Sinish chizig'i noksimon tirqish yoni, yuqori jag' bo'shlig'i asosi biroz yuqorisi va orqasi bo'ylab o'tadi. Yonoq alveolyar cho'qqini kesib o'tadi va ponasimon suyak

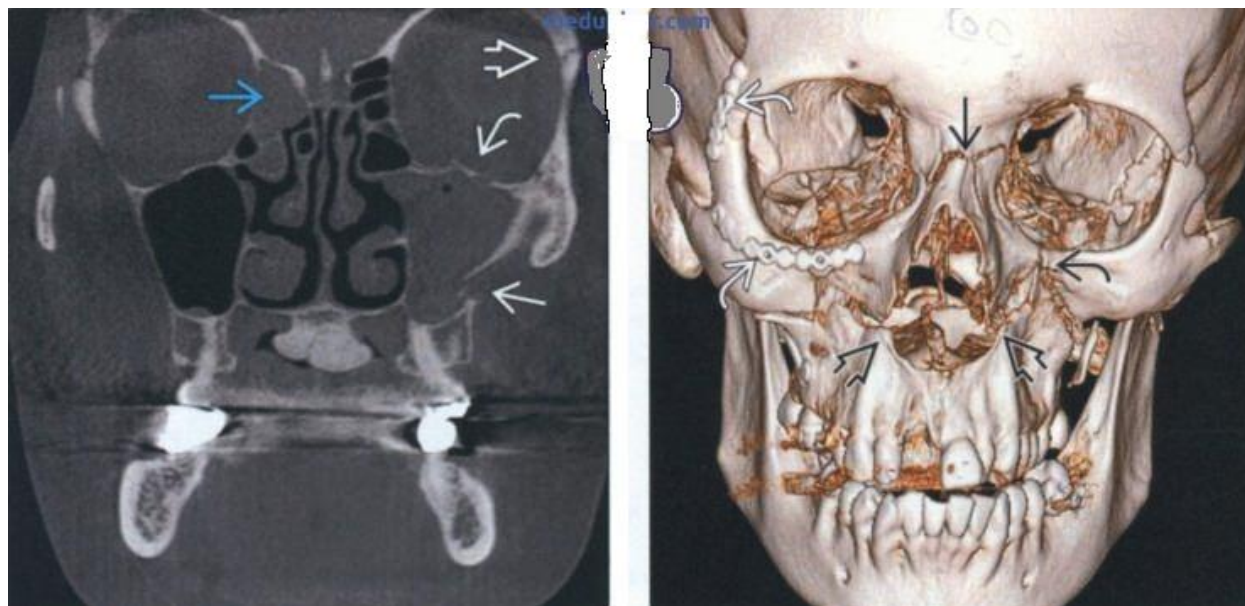
qanotsimon o'sig'ining pastki uchdan bir qismiga tarqaladi. Ba'zan qanotsimon o'siq yuqori jag' bilan birgalikda sinmaydi. Shuning uchun qattiq tanglay yoki molyarlarga bosim ancha informativ bo'ladi. Bu belgi yuqori jag' alveolyar o'simtasi yon bo'limi sinishida ham aniqlanishi mumkin. Juda kam holatda sinish chizig'i uchinchi molyarda tugallanadi va qanotsimon o'siqqa o'tmaydi. Pastki tur bo'yicha sinishda gorizontal tekislikda burun devori sinadi, burun asosi va yuqori jag' bo'shlig'i sinadi. Ko'pincha, yuqori jag'ning suyak devorlarining qalinligidan o'tadigan va yuqori tish birikmalarining shakllanishida ishtirok etadigan asab tolalari to'liq yoki qisman yirtilib ketadi, bu esa ushbu turdagi sinishning klinik belgilarida buzilish bilan namoyon bo'ladi. To'qimalar sohasidagi og'riq sezuvchanligi ular tomonidan innervatsiya qilingan. Ba'zida bitta yuqori jag'ning sinishi bor, sinish chizig'i esa sagittal tekislikdagi qattiq tanglaydan o'tadi.

Yuzning konfiguratsiyasi yuzning pastki uchdan bir qismidagi yumshoq to'qimalarning (yuqori lab, burun, yonoq sohalar) jarohatdan keyingi shishishi, qon ketishi, ba'zan teri osti emfizemasi tufayli o'zgaradi. Burun lab burmalari tekislanadi. Yuz terisida shilinish, ko'karishlar, yirtilgan yaralar bo'lishi mumkin. Bemorning tik holatida suyak bo'lagining pastga qarab sezilarli siljishi bo'lsa, yuzning pastki qismi uzayadi. Ba'zida burun devorining suyak qismini (va unga bog'langan yumshoq to'qimalarni) yuqori lab bilan pastga siljishi tufayli burun devorining teri qismini gorizontal holatdan qiyshiq holati kuzatiladi. Bu klinik belgini aniqlash postravmatik oqish natijasida yuqori lab va burun to'qimalari deformatsiyasi sababli ancha qiyin bo'ladi.

Tishlar tutashganda burun devori asosida sezilarli teri burmasi shakllanadi, burun devorining teri qismi esa yuqoriga ko'chish tendensiyasiga ega. Og'iz oldining yuqori qismida tish qatori yaqinida qon quyilishi aniqlanadi. Tishlash suyak bo'laklarning orqa va pastga siljish darajasiga muvofiq ravishda buziladi. U ochiq, to'g'ri, progenik bo'lishi mumkin, agar siniq siljimasa prikus ham o'zgarmasligi mumkin. Og'iz bo'shlig'ida ko'pincha qanotsimon yuqori jag' burmaning yuqori qismida va bir tomonlama sinish bilan – qattiq tanglay shilliq qavatida qontalash qayd etish mumkin. Yumshoq tanglay cho'zilgandek ko'rinadi va tilning ildiziga

yoki tomoqning orqa devoriga tegishi mumkin.

Yuqori jagʻ tanasining old va yuqori yuzalaridan qon ketishida palpatsiya qilish orqali jagʻ tanasining butun perimetri boʻylab suyak qadamini aniqlash mumkin. Biroq, suyak pardasi sinish boʻshligʻi boʻylab yorilib ketmaydigan sharoitda, shuningdek, travmadan keyingi shish va gematoma bilan parchaning yengil siljishi bilan qadamni palpatsiya qilish juda qiyin boʻlishi mumkin (3.8-rasmga qarang).



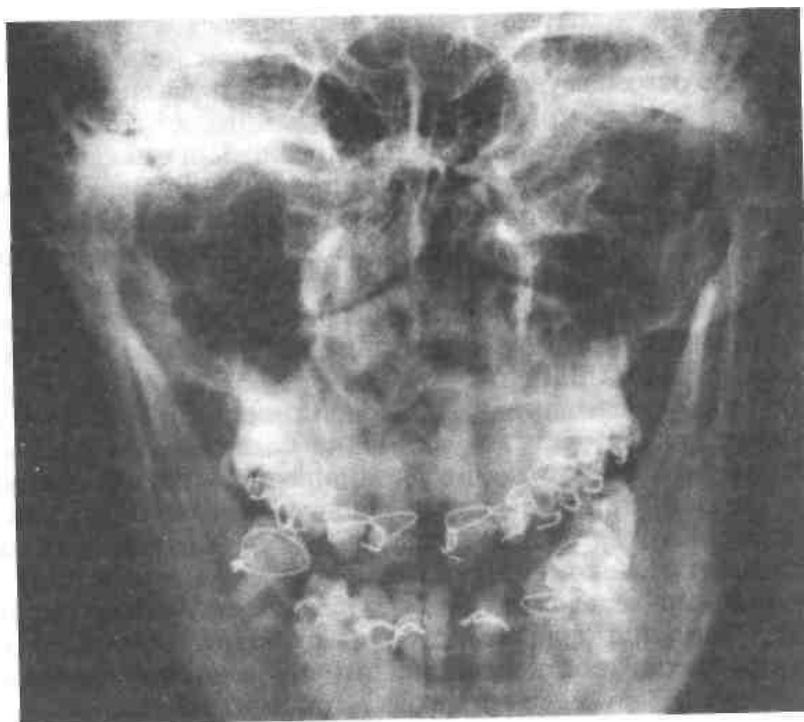
3.8-rasm. MSKT da (chapdan) suyak oynasida (Le For I sinishi) oʻng yonoq yoyi va burun suyagi ikki tomonlama sinishlari aniqlanadi. Burun-panjara kompleksi va yonoq yoyi sinishi aniqlanganda Le For I sinishini izlash kerak. Koʻz kosasi va yuqori jagʻ hamroh sinishlariga eʼtibor qaratish kerak.

Suyak boʻlagining patologik harakatchanligini baholash uchun oʻng qoʻlning barmoqlari alveolyar oʻsigʻining old qismini, oldinga va orqaga siljish uchun bir necha marta ehtiyotkorlik bilan harakatlantiriladi (1-2 mm dan oshmasligi kerak)

Pastki turi boʻyicha yuqori jagʻ sinishini yuqori jagʻning alveolyar oʻsigʻi yon boʻlimi sinishidan farqlash kerak. Alveolyar oʻsigʻining sinishida bosim sinamasi musbat boʻladi va katta oziq tishlar hududi bosib koʻrilganda ogʻriq seziladi. Ogʻiz vestibulylining yuqori qismida qon ketish bir tomonlama boʻlib, yuqori tishlar tomonidan chayqalganda yuqori jagʻning harakatchanligi aniqlanmaydi.

Kalla suyagi rentgenogrammasida old yarim proyeksiyasida bemorni vertikal holatida chap va oʻngdan yonoq alveolyar oʻsigʻi va noksimon yoriq butunligi

buzilishi, shuningdek unga qon quyilishi sababli yuqori jag‘ bo‘shlig‘ida suyuqlik darajasi buzilishi aniqlanadi (3.9-rasmga qarang).



3.9-rasm. To‘g‘ri proyeksiyadagi kalla suyagi rentgenogrammasi. Le For III bo‘yicha yuqori jag‘ sinishi. Yonoq alveolyar cho‘qqi orqali gaymor bo‘shlig‘i asosi ustidagi burun devori va noksimon yoriq devori orqali o‘tadigan sinish chizig‘i ko‘rinadi.

Jabrlanuvchi tibbiy yordam uchun keyinchalik murojaat qilganda jag‘ yuqori to‘qimalari o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari yoki travmatik gaymorit belgilari qo‘shilishi mumkin. Paypaslab ko‘rilganda yuzning yumshoq to‘qimalari va og‘iz oldi oqishi yo‘qligi sababli suyak chiqishlari aniq belgilanadi.

Yuqori jag‘ning nosimmetrik sinishlari

Mazkur tadqiqot ma‘lumotlari shundan dalolat beradiki, yuqori jag‘ sinishlari doimo ham simmetrik bo‘lmaydi. Bir tomondan uning chizig‘i yuqori tur, boshqa tomondan esa o‘rta tur orqali o‘tadi. O‘rta va pastki tur bo‘yicha sinish turi xam mavjud. Bunday sinishlarning klinik belgilari klassiklardan farq qiladi va ularning tashxisi nosimmetriklarga qaraganda qiyinroq, bemorni tekshirishda allaqachon ma‘lum bo‘lgan alomatlar aniqlanadi, lekin bir tomondan bir turga, boshqa tomondan esa qarama-qarshi tomonga xosdir. Tekshiruvlar natijasi faqat bir holatda Le For II va Le For III sinishlari kuzatildi.

Le For I bo'yicha yuqori jag' suyagining bir tomondan va

Le For II bo'yicha boshqa tomondan sinishi

Ko'pincha sinishi chizig'i chapdan yuqori tip bo'yicha, o'ngdan esa o'rta tip bo'yicha o'tadi. Sinish chizig'i peshona suyagi burun qismi bilan yuqori jag' peshona o'sig'i chok sohasidan o'tadi. Chapdan Le For I uchun, o'ngdan – Le For II uchun xosdir. Bemorlar tishlarni tutashtirganda yoki ovqatni chaynaganda yuqori jag' sohasida og'riqlar kuchayadi, tishlarning noto'g'ri tutashuvi, tomoqda begona jismni his qilish, qayt qilish, og'izni yetarlicha ocha olmaslikdan shikoyat qiladilar.

Yuz o'ng tomondan teri osti emfizemasi va posttravmatik shish hisobidan deformatsiyalanadi. Tik holatda bo'lgan bemorda yuzning cho'zilishi jarayoni sezilarli bo'ladi, ko'z yorig'ining kengayishi chapdan, enoftalmos (faqat chapdan) yanada aniqroq bo'ladi. Gorizontal holatda bo'lgan bemor yuzning qisqarishi va tekislanishini ko'rsatadi. Retrobulbar to'qimalarga qon ketishi tufayli ikki tomonlama ekzoftalmos bo'lishi mumkin. Periorbital zonaning yumshoq to'qimalarida qon ketishi aniqlanadi: chapdan – yuqori, o'ngdan o'rta tur uchun xarakterli. Tishlar yopilganda, chapdan ko'z olmasi yuqoriga siljishi mumkin, ko'z yorig'i torayishi mumkin. Shu bilan birga, ikki tomonlama ko'rish kamayishi mumkin, burun ildizi sohasida teri burmasi paydo bo'ladi. Yuz skeletini palpatsiya qilishda ko'z teshigining yuqori-tashqi burchagi va chapdan yonoq kamari hamda chapdan ko'z osti qirrasi sohasida suyak protrusioni, shuningdek, burun qismida suyak protrusioni aniqlanadi. old suyakning bir qismi yoki burun suyagi hissi paydo bo'ladi. Bu sohada barmoq ostiga botgan to'qima (siniqlarning aniq siljishi bilan) kuzatiladi. Chap qo'lning barmoqlari ostidagi suyak bo'lagining harakatchanligi alomatini aniqlashda chapdan ko'z osti qirrasi, yuqori o'ng burchagi sohasidagi singan bo'lakni harakatchanlikni aniqlash mumkin. Ko'z teshigi va chapdan yonoq o'sig'i, shuningdek, burunning ildizi sohasida joylashadi. Og'iz ochilishi biroz cheklangan bo'ladi.

Tishlarning nisbati o'zgarmasligi mumkin. Qon ketish yuqori jag'ning premolyar va molyar tish soxalarida aniq ko'rinadi, yonoq suyagining shilliq

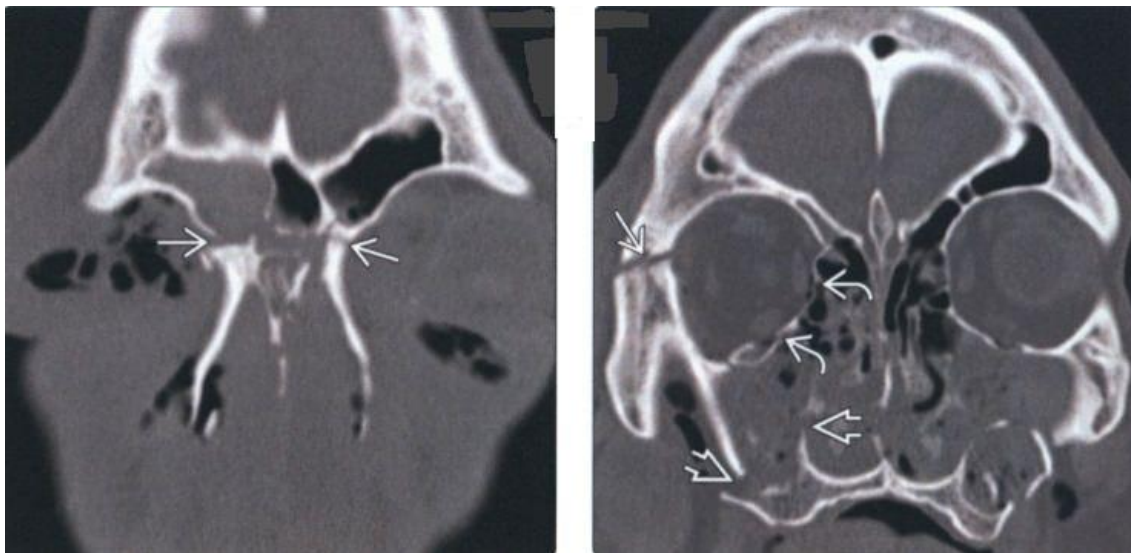
qavatigacha tarqaladi. Yuqori jagʻ suyagining old yuzasini palpatsiya qilishda yonoq alveolyar choʻqqi oʻngdan sohasida va uning orqasida suyak chiqishi aniqlanadi. Bu belgilarni chap tomondan aniqlash mumkin emas. Yumshoq tanglay orqaga siljigan, yumshoq tanglay esa halqum orqa devori yoki til ildiziga tegishi mumkin.

Rentgenografiyada yuqori jagʻ sinuslarning shaffofligi pasayadi, suyak toʻqimalarining yaxlitligi buziladi: chapdan – burun ildizi sohasida, koʻz teshigining yuqori tashqi chetida va yonoq oʻsigʻi, oʻngdan – koʻz osti chakka va suyak osti sohasida. Yuqori jagʻ sinishining bu variantida kalla suyagi asosining sinishi mumkin. Bunday holda, rentgen nurida turk egarida yoki uning oldida joylashgan sinish chizigʻi koʻrinishi mumkin.

Bir tomondan Le For II boʻyicha (oʻrta tur) va boshqa tomondan

Le For III (yuqori tur)

Bunda sinish chapdan oʻrta, oʻngdan esa yuqori tur boʻyicha oʻtadi. Sinish chizigʻi yuqori jagʻning old sohasining burun qismi bilan kesishmasining chap tomonidan oʻtadi, koʻz teshigining ichki devori boʻylab tarqaladi va bundan keyin – Le For II boʻyicha sinishga muvofiq, lekin faqat bitta chap tomonda kuzatiladi. Burun devori sinish chizigʻining burun suyaklari orqali oʻtishiga qarab turli darajalarda sinadi. Oʻng tomondan sinish chizigʻi noksimon tirqishdan boshlanadi, keyinchalik Le For III boʻyicha sinish uchun xos boʻlgan turga koʻra tarqaladi (3.10-rasmga qarang).



3.10-rasm (Chapdan) Koronal KT tekshiruvida suyak oynasida burun-peshona bo'g'imning sinishi aniqlanadi, rasm 2 va 3 turdagi Le Fore yoriqlari uchun xosdir. vertikal (medial yuqori jag') va ko'ndalang (yuqori ko'ndalang yuqori jag') tayanchlarning qo'shilishidagi sinish zonasi old nuqtani hosil qiladi. yuz va kalla suyagi suyaklarini ajratish. (o'ngdan) koronal KT tekshiruvida suyak oynasida yuqori ko'ndalang tayanch va old-yonoq chokning sinishi aniqlanadi (Le For II va III sinish kartinasi). Le For I o'ng tomondan sinishiga e'tibor qarating.

Ko'rikdan o'tkazishda to'qimalarning posttravmatik shikastlanishi hisobidan yuz deformatsiyasi aniqlanadi: chapdan – asosan ko'z osti, yonoq, iyak sohasida, o'ngdan – iyak va yuqori lablar sohasida. Ko'z pastki sohasi to'qimalarida, yuqori va pastki qovoqlarda, ko'z kosasining ichki burchagida, burun ildizi, konyunktiva va ko'z olmasining sklerasida chapdan qontalash ko'riladi. Retrobulbar to'qimasida og'ir qon ketish bilan-ekzoftalmos kuzatiladi. Bir tomonlama enoftalmos chapdan, agar sinish yorig'i yonoq suyak orqali o'tgan bo'lsa va ko'z teshigining butun pastki qismi sinishi mumkin. Chapdan ham, o'ngdan ham turli xil lokalizatsiyadagi shilinmalar, yaralar, qontalashlar aniqlanadi.

Chapdan suborbital chegarasini va burun ildizining maydonini palpatsiya qilish suyak chiqishi yoki to'qimalarning okklyuziyasini aniqlaydi. Ba'zi bemorlarda orbitaning pastki burchagi sohasida sinish chizig'i aniqlanadi (suyak palpatsiya qilinadi) ya'ni u yonoq suyak va orbitaning pastki qismidan o'tadi va yuqori jag' va ko'z olmasi bilan birga pastga qarab harakatlanadi. Bu diplopiya bilan og'rikan bemorlarda namoyon bo'ladigan ko'z olmalarining mutanosibligining buzilishiga olib keladi. Fragmentlarning sezilarli siljishi bilan

yuzning bir tomonlama tekislanishi (chapdan) mumkin, ammo o'rtacha turdagi nosimmetrik sinishga qaraganda kamroq talaffuz qilinadi. Og'iz oldining yuqori qismida o'ngdan barcha tishlari va chapdan molarlari ichida qon ketish mavjud. Tishlash ko'pincha ochiq, lekin u ham to'g'ridan-to'g'ri bo'lishi mumkin. Milk shilliq qavatining og'riq sezuvchanligi barcha kurak tishlar, qoziq tishlari va premolyarlar chapdan sohasida kamayadi yoki bo'lmaydi. Palpatsiya paytida o'ngdan yuqori jag'ining suspensor va old devorlari va chapdan suspensor devorida suyak pog'onasi aniqlanadi. Bu ayniqsa, chapdan va o'ngdan yonoq alveolyar cho'qqisi sohasida aniq sezilishi mumkin. Yumshoq tanglay orqaga biroz siljigan, qanot jag' burmalari yuqori bo'limida qon quyilishi mumkin. Bunda bosh miya jarohatlari va kalla suyagi sinish belgilari kuzatiladi.

Yuqori jag' rentgenogrammasida old yarim aksial proyeksiyasida chap va o'ngdan yuqori jag' bo'shlig'i shaffofligi pasayishi, ikki tomondan yonoq alveolyar cho'qqi va chapdan ko'z osti yoni yaxlitligi buzilishi ko'rinadi.

Amaliyotda yuqori jag'ning bir tomonlama va sagital sinishlari uchraydi. Ular ko'pincha jarohatlovchi predmet o'tkir qirraga ega bo'lmaganda hamda kuch yuqoridan pastga egri yo'nalishda bo'lsa paydo bo'ladi, asosan bir tomondan yuqori lab hududi yoki yuqori jag' yon bo'limida uchraydi. Bunda tegishli tomon yoki ponasimon suyak qanotsimon so'mitasiga ega yuqori jag' tanasi sinadi. Yuqori jag'ning old va chakka osti devori sohasida sinish chizig'i yuqori jag' bo'shlig'i asosi yuqorisidan, qattiq tanglay sohasida esa lateral o'rta chokdan o'tadi. Qattiq tanglayning o'rta liniyasi bo'ylab sinish chizig'i hech qachon o'tmaydi, kuch ko'pincha tanglay kontrforsga parallel yo'naltirilgan bo'ladi. Qattiq tanglayda sinish chizig'i zigzagsimon yoki tekis shaklda bo'lishi mumkin. Shunday tarzda bunday sinish turida bir tomondan singan jag', boshqa tomondan shikastlangan jag' tomonidan taqdim qilingan suyak fragmenti o'lchamiga ko'ra turlicha holda shakllanadi. Ulardan har biri o'z ichiga yuqori jag', tanglay suyagi, ponasimon suyakning qanotsimon o'simtasini oladi. Ammo agar sinish yorig'i o'rta chiziqni kesib o'tsa u sinishi mumkin. Singan fragment pastga va orqaga, shuningdek tashqariga siljiydi. Bu tishlash buzilishi bilan aniqlanadi (3.11-rasmga

qarang).



3.11-rasm. Yuqori jag‘ning bir tomonlama sinishi

Bir tomonlama sinishda bemorlar tishlar tutashganda yoki ovqatni chaynashga urinishda o‘ng yuqori jag‘ sohasida og‘riqlar, tishlarni to‘g‘ri birlashtirish imkoni yo‘qligi, o‘ng tomondan yuqori jag‘ milk va barcha tishlarning sezuvchanligidan ba‘zan tomoqda begona jismni his qilishdan shikoyat qiladilar.

Ko‘rikdan o‘tishda yuqori lablar, iyak va ko‘z osti sohasi to‘qimalari shishishi hisobidan yuzning bir tomonlama deformatsiyasi qayd qilinadi. Ko‘rsatilgan sohalarga qon quyilishi, jarohatlar, yoriqlar - yetkazilgan kuch izlaridir. Bemorda og‘iz yarim ochilgan holatda bo‘ladi. Markaziy kurak tishlar o‘rtasidagi alveolyar o‘simtaning shilliq qavati uzilgan. Og‘iz oldi yuqori qismiga qon quyilishi mavjud. Gematoma doirasida, shu jumladan yonoq alveolyar cho‘qqi sohasida suyak chiqishi silab tekshiriladi. Qattiq tanglayda yaqqol qon quyilishi, ba‘zan shilliq qavat jarohati kuzatiladi. Siniqlar tafovuti shunchalik katta bo‘lishi mumkinki, jarohat burun bo‘shlig‘i orqali o‘tadigan qattiq tanglay tug‘ma shilinishini yodga soladi. Ba‘zan tishlar qo‘zg‘aluvchan bo‘lib, ular o‘rtasida sinish chizig‘i o‘tadi. Tishlar sinish tomonga siljiydi.

Yuqori jagʻ rentgenogrammasida old yarim aksial proyeksiyada – oʻng yuqori jagʻ boʻshligʻi mustahkamligi pasayishi, shu tomondan yonoq alveolyar choʻqqi yaxlitligi buzilishi kuzatiladi. Qattiq tanglay rentgenogrammasida uning sinish chizigʻi koʻrinadi.

Yuqori jagʻ shikastlanish lokalizatsiyasiga koʻra burun 32,6% (15), old 28,26% (13), koʻz 28,26% (13), va chakka osti sohasi 10,87% ustunlik qildi (5) (3.10-jadvalga qarang).

3.10-jadval

Yuqori jagʻ qismida shikastlanish lokalizatsiyasi

Tana yuzasi	miqdori
Old	13(28,26±%)*
Chakka osti	5(10,87±%)
Koʻz	13(28,26±%)*
burun	15(32,6±%)*
Jami	46

Yuqori jagʻ shikastlanishlarini tekshirishda koʻpincha 1 guruhda turli belgilar shaklida yoʻldosh shikastlanishlar aniqlandi. 1 guruh yarimdan ortiq holatda yoʻldosh shikastlanishlar mavjudligi qayd qilindi. Xususan jarohatlar 19,01% (27), lat yeyishlar 19,01% (27), yumshoq toʻqimalar tilinishi 10,56% (15), koʻz qovogʻi yumshoq toʻqimalari, koʻz kosasi, konyuktivaga qon quyilishi 11,97% (17), bosh miya lat yeyishi 11,26% (16), koʻz yoshi kanali suyagi sinishi 7,75% (11) va alveolyar oʻsimta sinishi 6,34% (9). Koʻrsatilganlar bilan bir qatorda peshona 1,41% (2), yonoq oʻsimtasi 0,7% (1), yonoq 2,82% (4), peshona 1,41% (2), burun 2,82% (4), gʻalvirsimon 1,41% (2), ponasimon 2,11% (3) suyaklar sinishi, shuningdek bosh miya lat yeyishi 1,41% (2) kuzatildi (3.11-jadvalga qarang).

3.11-Jadval

Yuqori jagʻ suyagining koʻp sonli shikastlanishlari

Birgalikdagi shikastlanish turi	I guruh	II guruh	Jami
Yumshoq toʻqimalar jarohatlari	24 (18,6±2,8)	3 (23,07±1,2)	27 (19,01±4)

Yumshoq to'qimalari lat yeyishi	26 (20,16±2,9)	1 (7,69±0,4)	27 (19,01±3,1)
Yumshoq to'qimalari tilinishi	15 (11,63±1,1)		15(10,56±%)
Ko'z qovog'i, konyuktiv, ko'z kosasi yumshoq to'qimalariga qon quyilishi	16 (12,4±1,2)*	1 (7,69±0,3)*	
Peshona o'simtasi sinishi	2 (1,55±0,15)		2 (1,41±0,154)
alveolyar o'simta sinishi	4 (3,1±0,3)*	5 (38,46±0,4)*	9 (6,34±0,7)
Yonoq o'simtasi sinishi	1 (0,77±0,07)		1 (0,7±0,07)
Yonoq suyagi sinishi	4 (3,1±0,3)		4 (2,81±0,3)
Peshona suyagi sinishi	2 (1,55±0,15)		2 (1,4±0,15)
Burun suyagi sinishi	3 (2,32±0,2)*	1 (7,69±0,4)*	4 (2,81±0,6)
To'qli suyak sinishi	2 (1,55±0,3)		2 (1,41±0,3)
Ponasimon suyak sinishi	3 (2,32±0,1)		3 (2,11±0,1)
Ko'z yoshi qopchig'i suyagi sinishi	11 (8,53±1,01)		11 (7,75±1,01)
Bosh miya chayqalishi	15 (11,63±1,1)	1 (7,69±0,3)	16 (11,28±1,4)
Bosh miya lat yeyishi	1(0,77±%)	1 (7,69±0,4)	2(1,41±%)
Jami	129(90,84±%)	13(9,15±%)	142

Yuqori jag' sinishlari bilan bog'liq barcha asoratlarni erta va kechiktirilganga bo'lish mumkin.

Erta asoratlarga quyidagilar kiradi: qon ketishi, teri osti emfizemasi rivojlanishi, prikus buzilishi, tish yo'qotilishi.

Sinishlarning kechki asoratlari ancha rang-barang. Ko'pincha kechki asoratlar rivojlanishi olingan jarohat xususiyati, sinish darajasi va o'z vaqtida yordam ko'rsatilishiga bog'liq. Eng ko'p asoratlar quyidagilar:

- yuzning o'rta hududi posttravmatik deformatsiyalari shakllanishi;
- prikus buzilishi;
- bo'shliqning drenaj funksiyasi buzilishi va shilliq qavat yaxlitligi buzilishi sababli yuqori jag' surunkali sinusitlari rivojlanishi;
- burundan nafas olish qiyinligi;

- nerv tolalari zararlan sohalari sababli ko'zosti nervlarining barqaror nevrirlari shakllanishi. Bunda ko'z osti sohasi terisi, ko'z osti nerv innervatsiyasi hududidagi tishlar va og'iz shilliq qavati ta'sirchanligi yo'qoladi.

Kalla suyagi sinishlari bilan birgalikdagi yuqori jag'ning yuqori sinishlari eng xavfli asoratlari likvoreya sanaladi (serebrospinal suyuqlik tugashi). Bosh asos suyaklari qattiq miya pardasi bilan bog'langan va uning yaxlitligi buzilganda neyroxaroh bilan birgalikda uni jiddiy davolash talab qilinadi. Kalla suyagi bo'shlig'idan keladigan likvor yo'qolishi eshitish yo'llari orqali, ko'pincha burun bo'shlig'i orqali sodir bo'ladi.

Kam uchraydigan asoratlarga meningit va boshqa yallig'laish asoratlari kiradi (3.12-jadvalga qarang).

Ammo yuqori jag' sinishlarining eng ko'p uchraydigan asoratlari tishlashning barqaror buzilishi va yuz assimetriyasi sanaladi - bu bemorning shifokorga o'z vaqtida murojaat qilmasligi va siniqlarning noto'g'ri bitishi sanaladi. Bunda jarohat olingandagi asoratlar bilan kurashishdagi eng samarali usul o'z vaqtida yuz-jag' jarrohi va bosh ixtisoslikdagi tibbiy hodimlarga murojaat qilish sanaladi.

3.12-jadval

Yuqori jag' shikastlanishlari asoratlari

Asorat turi	I guruh	II guruh	Jami
Yuz assimetriyasi (siniqning noto'g'ri bitishi)	32 (86,49±2,29)	5 (13,51±2,9)	37 (1,92±4,9)
Kalla suyagi asosi sinishi	4 (80,0±0,28)*	1 (20,0±0,5)*	5 (0,44±0,78)
Teri osti emfizema	6 (85,71±0,42)	1 (14,29±0,4)	7 (0,54±0,8)
«pog'ona» belgisi	7 (77,78±0,31)	2 (22,22±0,8)	9 (0,87±1,1)
Burundan qiyin nafas olish	9 (75,0±0,34)	3 (25,0±0,7)	12 (1,01±1,04)
Yumshoq to'qimalar jarohati	39 (86,67±2,5)	6 (13,33±3)	45 (3,2±5,5)
Ekzoftalm, endoftalm	3 (75,0±0,18)	1 (25,0±0,5)	4 (0,49±0,68)
Burundan qon ketishi	38 (86,36±2,1)	6 (13,64±3)	44 (1,8±5,1)
Tanani vertikal holatida ko'zda	7 (77,78±0,31)*	2 (22,22±0,8)*	9 (0,87±1,1)

nuqsonlar			
Ko‘rish o‘tkirligi pasayishi	8 (80,0±0,34)	2 (20,0±0,7)	10 (0,79±1,04)
Yutinishning qiyinlashuvi	24 (88,89±1,9)	3 (11,11±0,8)	27 (1,8±2,7)
Og‘izning yetarlicha ochilmasligi	31 (91,2±1,7)	3 (8,82±0,78)	34 (1,65±2,58)
Tishlarning noto‘g‘ri tutashuvi	37 (92,5±2,0)	3 (7,5±0,71)	40 (1,65±2,71)
Nafas yo‘lida yot jismni his qilish	4 (80,0±0,29)	1 (20,0±0,22)	5 (0,35±0,51)
Qayt qilish, ko‘ngil aynish	6 (75,0±0,42)	2 (25,0±0,6)	8 (0,63±0,48)
Chaynash buzilishi	36 (87,8±1,8)	5 (12,2±0,8)	41 (2,5±2,6)
Tishlash buzilish	38 (86,36±2,1)	6 (13,64±0,8)	44 (2±2,9)
Nutq buzilishi	17 (89,47±2,0)	2 (10,52±0,78)	19 (1,87±0,98)
Teri osti emfizemasi	8 (80,0±0,34)*	2 (20,0±0,6)*	10 (0,84±0,94)
Hid bilish pasayishi yoki yo‘qolishi	7 (87,5±0,31)	1 (12,5±0,23)	8 (0,51±0,54)

Son ifodasida quyidagi ko‘rsatkichlar aniqlandi – tishlashning buzilishi 95,65% (44), chaynash buzilishi 84,78% (39), tishlarning noto‘g‘ri prikusi 86,95% (40), yumshoq to‘qimalar jarohati 97,82% (45), burundan qon ketishi 95,65% (44), shuningdek yuz asimmetriyasi (siniqlarning noto‘g‘ri bitishi) 80,43% (37), og‘izni yetarlicha ochmaslik 73,91% (34), tananing vertikal holatida ko‘zdagi dog‘lar 19,56% (9). Kam holatda nutq buzilishi 41,3% (19), ko‘rish o‘tkirligi pasayishi 21,74% (10), teri uvishishi 21,74% (10), teri osti emfizema 15,21% (7), qayt qilish va toshmalar 17,4% (8), hid bilish pasayishi yoki yo‘qolishi 17,4% (8), tomoqda begona jismni his qilish 10,87% (5), zinapoya belgisi 19,56% (9), kalla suyagi asosi sinishi 10,87% (5), ekzoftalm, endoftalm 8,7% (4) kuzatildi.

§ 3.3 Pastki jag‘ sinishlari xususiyati.

Pastki jag‘ sinishlarini tadqiq qilishda biz B.D.Kabakov va V.A.Malishevning tasnifiga murojaat qildik:

A. lokalizatsiyasi bo‘yicha.

I. jag‘ sohasi sinishlari:

- sinish sohasida tish mavjudligi;
- sinish sohasida tish yo‘qligi.

II. bo‘g‘im o‘sig‘i sinishlari:

- bo‘g‘im shoxi;
- bo‘g‘im o‘sig‘i;
- bo‘g‘im o‘sig‘i: asos, bo‘yin, boshcha.

B. sinish xususiyatiga ko‘ra.

I. sinib siljimagan, sinib siljigan.

II. chiziqli, maydalanib.

Pastki jag‘ sinishi kuch ta’siri natijasida sodir bo‘lishi mumkin, u suyak to‘qimalarining jismoniy imkoniyatlaridan oshadi. Ammo jag‘ fiziologikdan oshmaydigan kuch ta’sirida ham sinishi mumkin. Odatda bu suyak to‘qimalari zichligi sezilarli kamayganda ayrim kasalliklar sababli sodir bo‘ladi (xavfli o‘simtalar, shishsimon tuzilmalar, displaziya, surunkali osteomiyelit va boshqalar). Sinish kuch tekkan joyda yoki undan ozgina uzoqlikda yoki uning qarama-qarshi tomonidan bo‘lishi mumkin. Bir vaqtda bevosita va bilvosita sinishlar sodir bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari ular yirik va kichik bo‘lakli bo‘lishi mumkin. Miqdoriga ko‘ra sinish chiziqlari, ikki va undan ortiq sonli (jag‘ning bir tomonida ikkita va undan ko‘p sinish), ikki tomonlama (jag‘ning turli tomonlarida bittadan sinish), ko‘plab sinishlar bo‘lishi mumkin. Ular jag‘ning bir tomonidan yoki ikki tomonidan joylashuvi mumkin. Adabiyotlar ma’lumotlariga ko‘ra yakka sinishlar ikkilamchi sinishlarga nisbatan ko‘proq uchraydi; ko‘plab sinishlar esa yakkalik va ikkilamchiga nisbatan kam kuzatiladi.

Pastki jag‘ tanasi sinishlari iyak sohasi sinishlari, yon sohasi sinishlari, burchak sohasi sinishlariga bo‘linadi. Burchak sohasidagi sinishlar ko‘pincha sakkizinchi tish katagi orqali o‘tadi.

Tish qatori doirasida pastki jag‘ tanasi sinishlari doimo ochiq bo‘ladi. Alveolyar qism shilliq qavati va bo‘laklarning siljish holatida suyak pardasi bilan birgalikda uzilishi mumkin. Sinish yorig‘i bunda og‘iz bo‘shlig‘i bilan tutashadi.

Sinish tish katagi orqali o'tishi mumkin, bu periodont jarohati, ba'zan tish chiqishi yoki sinishi bilan kuzatiladi. Bu o'z navbatida periodontal teshik orqali og'iz bo'shlig'i bilan suyak jarohati bog'liqligini asoslaydi. Iyak sohasining frontal uchastkasidagi sinishlar 4,9 %, kurak tishlar – 12,9 %, premolyarlar – 11,8 %, burchak sohasi – 37,4 % holatda uchraydi. Shunday tarzda pastki jag' tanasi ulushiga uning sinishlarining 67 % i to'g'ri keladi. Bo'g'im sohasidagi sinishlar 33 % ni : bo'g'im o'sig'i shoxi – 23,3 %, bo'yni – 6,1 %, bo'g'im boshchasi – 3,6 % ni tashkil qiladi. Bo'g'im o'sig'i sinishida asos, bo'yin va boshcha sinishi farqlanadi. Yonoq yoyi sinishi ba'zan bo'g'im o'sig'i sinishi bilan kuzatiladi. Pastki jag' bo'g'implari sinishlari odatda yopiq bo'ladi, ammo yumshoq to'qimalar va teri atrofidagi suyaklar uzilishida ochiq bo'lishi mumkin. Bu ko'pincha ishlab chiqarishdagi jarohatlar va yo'l-transport hodisalarida uchraydi.

Pastki jag' sinish shakllarini o'rganishda ikkala guruhda bir tomonlama sinishlar 58,9% (212) ikki tomonlama sinishga 41,1% (148) nisbatan ustunlik qildi. Xususan 1 guruhda bir tomonlama sinishlar 55,6% (120) holatda, ikki tomonlama sinishlar 44,4% (96), 2 guruhda bir tomonlama sinishlar 63,9% (92) holatda, ikki tomonlama sinishlar 36,1% (52) ga teng bo'ldi. Pastki jag' tanasi sinishi ikkala guruhda ustunlik qildi 82,8% (298): I guruhda 81,5% (176), II guruhda 84,7% (122). Pastki jag' bo'g'implarining o'ngdan, bo'g'im o'sig'i sinishlari 10,6% (38) holatda: I guruhda 10,2% (22), II guruhda 11,1% (16). Pastki jag' bo'g'implarining chapdan, bo'g'im o'sig'i sinishlari 17,5% (63) holatda: I guruhda 17,1% (37), II guruhda 18,1% (26) (3.13-jadvalga qarang.).

Jadval 3.13.

Lokalizatsiya bo'yicha pastki jag' shikastlanish turlari

Shikastlanish turlari	I guruh	II guruh	Jami
Bir tomonlama sinish	120 (56,6±1,9)	92 (43,4±1,49)	212 (2,38±3,4)
Ikki tomonlama sinish	96 (64,86±1,52)	52 (35,14±0,9)	148 (1,21±1,61)
Tana sinishi	176 (59,06±2,8)	122 (40,94±1,8)	298 (4,15±4,6)
Bo'g'im	22 (57,89±0,35)*	16 (42,10±0,3)*	38 (0,64±0,63)

o'sig'ilarning o'ng tomondan sinishi			
Bo'g'im o'sig'ilarning chap tomondan sinishi	37 (58,73±0,58)	26 (41,27±0,45)	63 (1,25±1,13)

Xususiyatiga ko'ra pastki jag'ning quyidagi sinish shakllari farqlandi: chizikli 16,4% (59), sinib siljigan 31,4% (113), sinib siljimagan 49,2% (177), maydalanib 3,1% (11) sinish. Guruhlar bo'yicha quyidagi holat kuzatildi I guruhda: chiziqli 17,1% (37), sinib siljigan 31,1% (67), sinib siljimagan 48,6% (105), maydalanib 3,2% (7). II guruhda: chiziqli 15,3% (22), sinib siljigan 31,9% (46), sinib siljimagan 50,0% (72), maydalanib 2,8% (4) ni tashkil etdi (3.14-jadvalga qarang).

Jadval 3.14.

Xususiyatiga ko'ra pastki jag' shikastlanish turlari

Shikastlanish turlari	I guruh	II guruh	Jami
Chiziqli	37 (62,71±0,68)	22 (37,29±0,61)	59 (1,62±1,29)
Sinib siljigan	67 (59,29±1,24)*	46 (40,7±1,27)*	113 (3,09±1,51)
Sinib siljimagan	105 (59,32±2,5)	72 (40,68±2)	177 (3,38±4,5)
Maydalanib	7 (63,64±0,12)*	4 (36,36±0,8)*	11 (0,56±0,2)

Pastki jag' shikastlanganda yo'ldosh patologiya 17 holatda aniqlandi, asosan xavfli o'simtalar mavjudligi, displaziya, surunkali osteomiyelit va boshqa patologiyalar aniqlandi (3.15jadvalga qarang).

Jadval 3.15

Patologiyada pastki jag' sinishlari

Patologiya turi	I guruh	II guruh	Jami
Xavfli o'simta		2(13,33±%)	2(11,76±%)
Kistali neoplazma		1(6,67±%)	1(5,88±%)
Displaziya		3(20,0±%)	3(17,64±%)
Surunkali osteomiyelit		4(26,67±%)	4(23,53±%)

Boshqa patologiyalar	2(100,0±%)	5(33,33±%)*	7(41,2±%)
Jami	2(11,76±%)	15(88,23±%)	17

Pastki jag‘ning sinish shakllarini tekshirganda aniqlandiki, bir tomonlama sinishda holat quyidagicha namoyon bo‘ldi – pastki jag‘ tanasining yon bo‘limidan sinishi 28,8% (61), burchak sohasidan sinishi 40,1% (85), iyak sohasidan sinishi 7,1% (15), bo‘g‘imlarning o‘zaro sinishlari 24,1% (51) kuzatili. Guruhlar bo‘yicha quyidagilar qayd qilindi: I guruhda pastki jag‘ tanasining yon sohasidan sinishi 28,3% (34), burchak sohasidan sinishi 37,5% (45), iyak sohasidan sinishi 8,3% (10), bo‘g‘imlarning o‘zaro sinishlari 25,8% (31); II guruhda pastki jag‘ tanasining yon sohasidan sinishi 29,3% (27), burchak sohasidan sinishi 43,5% (40), iyak sohasidan sinishi 5,4% (5), bo‘g‘imlarning o‘zaro sinishlari 21,7% (20). O‘z-o‘zidan ikkala guruhda pastki jag‘ning yon bo‘limi va burchak sohasidagi sinishlar ustunlik qildi (3.16-jadvalga qarang).

Jadval 3.16.

Pastki jag‘ sinishlari turlari

Sinish turi	I guruh	II guruh	Jami
Bir chiziqli sinish			
yon qismidagi sinish	34	27	61
burchak sohasidagi sinish	45	40	85
engak sohasi sinishi	10	5	15
bo‘g‘im o‘sig‘i sohasida sinishi	31	20	51
Ikki chiziqli sinish			
bir tomondan yon qismi va ikkinchi tomondan bo‘g‘im o‘sig‘i sinishi	32	8	40
engak sohasida ikki tomonlama sinish	4	6	10
yon qismlarining ikki tomonlama sinishi	38	18	56
bir tomondan pastki jag‘ yon qismining ikki chiziqli sinishi	22	20	42
Jami	216	144	360

Pastki jagʻning ikki tomonlama sinishida quyidagi shakllar ajratildi: bir tomondan boʻgʻim oʻsigʻi sinishi va qarama-qarshi tomondan jagʻ tanasi sinishi 27,0% (40), iyak sohasining ikki tomonlama sinishi 6,8% (10), pastki jagʻ tanasining ikki tomonlama sinishi 37,8% (56), bir tomondan pastki jagʻ tanasining ikkilamchi sinishi 30,4% (42). Guruhlar boʻyicha quyidagicha taqsimlandi: I guruhda - bir tomondan boʻgʻim oʻsigʻi sinishi, qarama-qarshi tomondan jagʻ tanasining sinishi 33,3% (32), iyak sohasidan ikki tomonlama sinish 4,2% (4), pastki jagʻ tanasining ikki tomonlama sinishi 39,6% (38), pastki jagʻ tanasi yon qismi ikkilamchi sinishi 22,9% (22); II guruhda - bir tomondan boʻgʻim oʻsigʻi sinishi, qarama-qarshi tomondan tanasining sinishi 15,4% (8), iyak sohasidan ikki tomonlama sinishi 11,5% (6), pastki jagʻ tanasining ikki tomonlama sinishi 34,6% (18), bir tomondan pastki jagʻ tanasining ikkilamchi sinishi 38,4% (20). Shunday tarzda, I guruhda pastki jagʻ tanasi yon boʻlimi ikki tomonlama sinishi va bir tomondan boʻgʻim oʻsigʻi sinishi va qarama-qarshi tomondan jagʻ tanasi sinishi, II guruhda esa bir tomondan pastki jagʻ tanasi yon boʻlimi ikkilamchi sinishi va pastki jagʻ tanasi yon boʻlimi ikki tomonlama sinishi ustunlik qildi.

Ikkala guruhda jagʻning toʻgʻri sinishlari (I guruhda 69,44% va II guruhda 63,19%), bilvosita sinishlarga nisbatan ustunlik qildi (I guruhda 30,56% va II guruhda 36,8% mos ravishda) (3.17-jadvalga qarang).

Jadval 3.17

Zarba tekkan joy boʻyicha pastki jagʻ sinishlari

Turi	I guruh	II guruh	Jami
Bevosita	150(69,44±%)*	91(63,19±%)	241(66,94±%)
Bilvosita	66(30,56±%)	53(36,8±%)*	119(33,06±%)
Jami	216	144	360

Sinish yorigʻi yoʻnalishi va uning shakli boʻyicha pastki jagʻ sinishini tekshirishda aniqlandiki, ikkala guruhda mutloq koʻpchilikni boʻylama (I guruhda 53,24% va II guruhda 56,25%) va egri (I guruhda 44,44% va II guruhda 36,11%) (3.18-jadvalga qarang)

Jadval 2.18

Sinish yoʻnalish va uning shakli boʻyicha pastki jagʻ sinishlari

Shakli	I guruh	II guruh	Jami
Boʻylama	115(53,24±%)*	81(56,25±%)	196(54,44±%)
Koʻndalang	3(1,4±%)	8(5,56±%)	11(3,06±%)
egri	96(44,44±%)*	52(36,11±%)*	148(41,11±%)
Zinasimon	2(0,93±%)	3(2,08±%)	5(1,4±%)
Jami	216	144	360

Sinish chizigʻini tekshirishda aniqlandiki, mutloq koʻpchilik holatda yakkalik 56,4% (203), kam holatda ikki tomonlama (jagʻning turli tomonlarida yakka sinishlar) 25,8% (93), ikkilamchi (jagʻning bir tomonidan ikkita sinish) 15,3% (55) va koʻplab 2,5% (9). Guruhlar boʻyicha u I guruhda – yakkalik 55,6% (120), ikki tomonlama 28,2% (61), ikkilamchi 13,9% (30) va koʻplab 2,3% (5); 2 guruhda yakkalik 57,6% (83), ikki tomonlama 22,2% (32), ikkilamchi 17,4% (25) va koʻplab 2,8% (4) (3.19-jadvalga qarang).

Jadval 3.19

Pastki jagʻ sinish chizigʻi soni boʻyicha

Shakli	I guruh	II guruh	Jami
Bitta	120 (55,56±2,22)*	83 (57,64±2,3)*	203 (56,4±4,92)
Sinish chizigʻi ikkita, jagʻning bir tomonida	30 (13,89±0,54)	25 (17,36±0,69)	55 (15,28±1,23)
Sinish chizigʻi ikkita, jagʻning qarama qarshi tomonlarida	61 (28,24±1,13)*	32 (22,22±0,95)*	93 (25,83±2,13)
Koʻp sonli	5 (2,31±0,9)	4 (2,78±8,3)	9 (2,5±9,2)
Jami	216	144	360

Pastki jagʻning birgalikdagi shikastlanishlari asosan yaralar, yumshoq toʻqimalarga qon quyilishi, bosh miya chayqalishida namoyon boʻladi. Ular II-guruhga qaraganda I-guruhda yaqqol namoyon boʻldi (3.20-jadvalga qarang)

Jadval 3.20

Pastki jagʻ suyagining koʻp sonli shikastlanishlari

Birgalikdagi shikastlanish turi	I guruh	II guruh	Jami
---------------------------------	---------	----------	------

Yumshoq to‘qimalar jarohatlari	42 (89,36±1,44)*	5 (10,64±0,38)*	47 (4,51±1,8)
Yumshoq to‘qimalar lat yeyishi	46 (97,87±1,6)*	1 (2,13±0,6)	47 (3,4±2,2)
Yumshoq to‘qimalar shilinishi	32 (91,43±1,8)	3 (8,57±0,23) *	35 (3,89±2,23)
Yumshoq to‘qimalarga qon quyilishi	35 (97,22±1,9)	1 (2,78±0,3)	36 (2,9±2,2)
Bosh miya chayqalishi	20 (86,96±0,72) *	3 (13,04±0,3)	23 (1,71±1,03)
Bosh miya lat yeyishi	1 (100,0±2,3)		1 (2,51±2,3)

Pastki jag‘ shikastlanish asoratlari quyidagicha – kalla suyagi asosi sinishi, suyak to‘qimalari chiqishining ko‘rish belgisi, tilchaga yuklama simptomi, yumshoq pastki to‘qimalar yarasi, yumshoq to‘qimalar gematomasi, sinish tomonidagi iyak siljishi, og‘riqli qiyinchilik bilan yutinish, og‘iz yetarlicha ochilmasligi, tishlarning noto‘g‘ri tarzda tutashuvi, qayt qilish, chaynash buzilishi, tishlash, nutqning buzilishi, lablar tutashuvi buzilishi (3.21-jadvalga qarang). Asoratlar I-guruhga qaraganda II-guruhda yorqin namoyon bo‘ladi, bu klinikning batafsil ko‘rigi va statsionarda jabrlanuvchining bo‘lishi bilan bog‘liq.

Jadval 3.21

Pastki jag‘ shikastlanish asoratlari

Asorat turi	I guruh	II guruh	Jami
Kalla suyagi asosi sinishi	4(25,0±%)	12(75,0±%)	16(±%)
Suyak to‘qimalari chiqishining ko‘rish belgisi	2(15,4±%)	11(84,62±%)	13(±%)
“Tilchaga yuklama” simptomi	3(20,0±%)	12(80,0±%)	15(±%)
Yumshoq pastki to‘qimalar oqishi	182(58,15±%)	131(41,85±%)	313(±%)
Yumshoq to‘qimalar gematomasi	3(2,31±%)	127(97,69±%)	130(±%)
Sinish tomonidagi iyak siljishi	11(32,35±%)	23(67,65±%)	34(±%)
Og‘riqli qiyinchilik bilan yutinish	19(13,38±%)	113(79,56±%)	142(±%)
Og‘iz yetarlicha ochilmaydi	17(12,59±%)	118(87,41±%)	135(±%)
Tishlarning noto‘g‘ri tarzda tutashuvi	14(11,11±%)	112(88,89±%)	126(±%)
Qayt qilishdagi shikastlanishlar	4(4,12±%)	97(96,04±%)	101(±%)
Chaynash buzilishi	15(11,72±%)	113(88,28±%)	128(±%)
Tishlash buzilishi	27(18,24±%)	121(81,76±%)	148(±%)
Gapirishning qiyinlashuvi	17(11,89±%)	126(88,11±%)	143(±%)
Lablarning tutashuvi buzilishi	21(20,2±%)	83(79,8±%)	104(±%)

IV BOB. JAG‘ SUYAKLARI JAROHATLARIDA SUD-TIBBIY EKSPERTIZA O‘TKAZISH XUSUSIYATLARI

§ 4.1 Jag‘ shikastlanganda sud-tibbiy ekspertizasini o‘tkazish

Jismoniy shaxslarni sud-tibbiy ekspertisasi jinoyat tergov organi qarori yoki sud qarori hamda ajrimiga ko‘ra o‘tkaziladi. To‘lov asosida ekspertizalar jinoiy jarayonni olib boruvchi organning tegishli qarorisiz jismoniy va yuridik shaxslarning murojaatlari asosida yoki fuqarolik ishlari bilan sud tomonidan belgilanganda o‘tkazilishi mumkin.

Jarohat olganda jismoniy shaxslarni sud-tibbiy ekspertisasi O‘zbekiston Respublikasi jinoyat-protsessual kodeksi va O‘ZRda tana shikastlanishlari xususiyati hamda og‘irligini sud-tibbiy ekspertizadan o‘tkazish qoidalarida belgilangan tartibda o‘tkaziladi.

Tirik shaxslarda yuz skeleti suyagi shikastlanganda sud-tibbiy stomatologik ekspertizani o‘tkazish tamoyillari umum qabul qilingan tamoyillardan farqlanmaydi. Ko‘pincha bunday turdagi ekspertizalar yuzning yumshoq to‘qimalari, yuz-jag‘ suyaklari va tishlar jarohatlari, shuningdek tishlar tomonidan yetkazilgan jarohatlarda o‘tkaziladi. Tana shikastlanishlari xususiyati va og‘irlik darajasini aniqlash zarurati ekspertizani majburiy tayinlash va o‘tkazish sababi hisoblanadi (O‘ZR Jinoyat protsessual kodeksi 173 modda). Shikastlanishni baholashda tana shikastlanishining xususiyati, ular lokalizatsiyasi, shakllanish mexanizmi, ta’sir qilgan predmet yoki qurol shakli, vaqti va og‘irlik darajasini aniqlash kabi muhim masalalar hal etiladi.

Ammo sud-tibbiy ekspertizasini bajarish tartibida o‘z xususiyatlari mavjud. Ko‘plab holatlarda ekspertiza davlat tibbiy sud eksperti tomonidan yakka holda o‘tkaziladi. Qandaydir tibbiy ixtisoslikka tegishli bo‘lgan masalani hal qilish yoki maxsus tekshiruv zarur bo‘lganda ekspert jabrlanuvchini ixtisoslikdagi shifokorga yo‘naltirishi mumkin (rentgenolog, nevropatolog, stomatolog va boshqalar). Jismoniy shaxslarda jarohat xususiyatini aniqlashda stomatologik holatning

tekshiruv natijalariga tayanish kerak, u zamonaviy stomatologik amaliyotda qabul qilingan ko'rikdan o'tkazishga muvofiq va yetarli bo'lishi kerak. Bu maqsadlar uchun ko'rikka stomatologlar yoki yuz-jag' jarrohlari jalb qilinishi kerak.

Jabrlanuvchi sud-tibbiy ekspertizaga murojaat qilganda shaxsini tasdiqlovchi hujjat, shuningdek ekspertiza tayinlash to'g'risidagi sud-tergov organining qarorini taqdim qilishi kerak. Shaxsni tasdiqlovchi hujjat bo'lmaganda tergov organi vakili tomonidan shaxs aniqlanadi, bu haqida ekspert xulosasida qayd qilinadi. Ayrim holatlarda tekshiruvdan o'tkaziluvchining shaxsni tasdiqlovchi hujjati bo'lmaganda u rasmga tushirilishi mumkin, suratlar esa ekspert xulosasining ikkala tomoniga yopishtiriladi.

Jabrlanuvchining stomatologik holatini obyektiv tekshirish B.A.Svadkovskiy va boshqalar tomonidan taklif qilingan usullarga binoan o'tkaziladi. (1975).

Stomatologik amaliyotda qabul qilingan uslubiyot bo'yicha yuz yumshoq to'qimalarini tekshirgandan keyin og'iz bo'shlig'i va yuz-jag' suyaklarini tekshirishga kirishiladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'rikdan o'tkazish yopiq tishlarda og'iz oldini tekshirishdan boshlanadi, lablar, iyak, o'tuvchi burmalar va milk o'rganiladi. Keyinchalik yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi va pastki jag'ning alveolyar qismi, qattiq va yumshoq tanglay, og'iz bo'shlig'i tubi va tilni ko'rikdan o'tkazadi. Shilliq qavat rangi, uning zichligi, qon o'tishi, ta'sirchanligi, yaralari, tish izlariga e'tibor qilish kerak. Silab ko'rish yo'li bilan patologik uchastkalar, og'riqli nuqtalar, o'tkir yonlar va alveolyar yoyning atrofidagi bo'rtiqlar, alveolyar qismi uchastkasi atrofiya shakli va darajasi, tushgan tishlar va ularning o'sishi aniqlanadi. Bunda yodda tutish kerakki, quloq atrofidagi so'lak bezlarining chiquvchi yo'li ba'zan patologik tuzilmalarni yodga soladi.

Jarohat yetkazilgan muddat jabrlanuvchining yoshi va uning salomatligi holatini hisobga olgan holda ko'rik vaqtiga kelib bitish jarayonining namoyon bo'lishini o'rganish asosida aniqlanadi.

Jag'ning bitish jarayoni rentgenologik tarzda namoyon bo'ladi:

– 5-10 kundan keyin siniqlar o'rtasida diastaz oshishi, osteoporoz va

ularning o'tkir yonlari tekislanishi bilan;

- 3-4 haftadan keyin suyak atrofida muftasimon qorayishning kuchsiz intensivligi. Uning intensivligi bosqichma-bosqich oshib boradi;

- 2-oyning oxiriga kelib – suyak qadog'i shakllanishi tugallanadi. Sinish hududi atrofida muftasimon intensiv qorayish aniqlanadi, siniqlar o'rtasida suyak ustunlari ajralishni boshlaydi.

5-6 oy mobaynida mazkur anatomik soha tuzilishiga mos ravishda qayta tashkil qilingan mozol tarkibi o'zgarishlari kuzatiladi. Suyak atrofidagi ortiq mozol so'riladi.

Bir qator holatlarda jag' sinishi davomiyligini baholashda ekspert suyakka reparativ jarayonlarning asoratsiz kechishida jag' siniqlarining konsolidatsiyasi uchun tish shinalari fiksatsiyasining o'rtacha muddatlariga e'tibor qaratishi kerak. Ular quyidagilarni tashkil qiladi: yakka sinishlar uchun – 20 ± 2 kun; ikkita yoki ikki tomonlama sinish uchun – 25 ± 2 kun; ko'plab sinishlar uchun – 29 ± 2 kun. Shinalarning fiksatsiya muddatlari siniqlarning sekin konsolidatsiyasida va jag'ning birgalikdagi sinishlari mavjud bo'lganda oshadi.

Agar keltirilgan o'zgarishlar bo'yicha zarar yetkazishning aniq vaqtini aniqlash qiyin bo'lsa, ekspert ish materiali yoki jabrlanuvchi ko'rsatmasida aytilgan vaqtda shikastlanish bo'lgan yoki bo'lmaganligini qayd qiluvchi xulosa bilan cheklanadi.

§ 4.2 Jag' sinishi og'irlik darajasini ekspert baholash

Tana shikastlanish og'irlik darajasini ekspert baholash O'ZR jinoyat kodeksi va O'ZR ma'muriy javobgarlik to'g'risidagi kodeks, O'ZR da tan jarohatlarini og'irlik darajasini baholashda sud-tibbiy ekspertizasidan o'tkazish qoidalarida o'z aksini topgan mezonlardan kelib chiqadi. Quyidagilar farqlanadi:

- og'ir;
- o'rta og'irlikdagi;
- sog'liqning qisqa muddatga buzilishiga yoki mehnatga layoqatning kichik barqaror yo'qotilishiga olib kelgan yengil tan shikastlanishlari;

– sog‘liqning qisqa muddatga buzilishiga yoki mehnatga layoqatning kichik barqaror yo‘qotilishiga olib kelmagan tan shikastlanishlari.

Jag‘ sinishida og‘irlik darajasini aniqlash uchun ekspert mezonlari bo‘lib quyidagilar sanaladi: hayot uchun xavflilik, yuzning tiklanmaydigan buzilishlari, umumiy mehnat qobiliyatining turg‘un yo‘qotilishi, sog‘lig‘ining buzilishi muddati.

Tana shikastlanishlari og‘irlik darajasini aniqlashda eng avvalo hayot uchun xavfliligini belgilash lozim bo‘ladi va ushbu holat aniqlansa, bunda oqibatdan qat’iy nazar uni tananing og‘ir shikastlanishiga kiritish kerak. Agar shikastlanish hayot uchun xavfli bo‘lmasa, bunda uni baholash oqibat yoki natija asosida aniqlanadi. Agar jarohat oqibati noaniq bo‘lsa, bunda og‘irlik darajasi aniqlanmasligi mumkin, noaniqlik mezonlari ekspert xulosasida keltirilishi mumkin.

Ambulatoriya va statsionarda bo‘lganda quyidagilar qayd qilindi: bemorlarning eng ko‘p soni 3 kungacha 89,0% (130), kam qismi esa 4-7 kun 8,2% (12), 7-21 kun 2,7% (4) davolanishda bo‘ldi. Joylashtirish kesimida faqat yuqori jag‘da 3 sutkagacha (100%), ikkala jag‘da 3 sutkagacha 75,0% (3) va 7 sutka 25,0% (1) ni tashkil qildi. Faqat pastki jag‘ shikastlanishlari bilan 3-sutkagacha 89,3% (125), 7 sutkagacha 7,9% (11), 7-21 sutka 2,9% (4) kuzatildi (4.1-jadvalga qarang).

Jadval 4.1

Ambulator va statsionarda yotqizish davomiyligi (II guruh)

Davolanish kunlari	Yuqori jag‘	Pastki jag‘	Ikkala jag‘	Jami
1-3 kun	2(100,0±%)	125(89,3±%)*	3(75,0±%)	130(89,0±%)
4-7 kun		11(7,9±%)*	1(25,0±%)	12(8,2±%)
7-21kun		4(2,9±%)		4(2,7±%)
21 kundan ortiq				-
Jami	2	140	4	146

Jag'ning shikastlanish og'irlik darajasini belgilashda shu narsa aniqlandiki, mutloq ko'pchilik holatlarda o'rta og'irlik darajasi 83,7% (328) va og'ir daraja 16,3% (64) kuzatildi. Bunda I guruhda asosiy shikastlanishlar o'rta darajada 91,3% (133), og'ir darajadagi shikastlanishlar 8.9% (13) ni tashkil etdi. II guruhda shuningdek o'rta og'irlikdagi shikastlanishlar 79,3% (195), og'ir daraja 20,7% (51) aniqlandi (4.2-jadvalga qarang).

Jadval 4.2

Shikastlanishning og'irlik darajasi

Daraja	II guruh			I guruh			Jami
	Yuqori jag'	Pastki jag'	Ikkala jag'	Yuqori jag'	Pastki jag'	Ikkala jag'	
Yengil							
Sog'ligini qisqa muddatda buzulishi							
O'rta-og'ir	14(46,6 7±%)*	176(85, 43±%)*	5(50,0± %)	1(50,0± %)	131(93.5 8±%)*	1(25,0± %)	341(87 ,0±%)
Og'ir	16(53,3 3±%)*	30(14,5 6±%)*	5(50,0± %)	1(50,0± %)	9 (6.42%± %)	3 (75.0% ±)	51(13, 0±%)
Jami	30(±%)	206(±%)	10(±%)	2(±%)	140(±%)	4(±%)	392

Guruhlar bo'yicha tekshiruvda quyidagilar aniqlandi: 1 guruhda yuqori jag' o'rta og'irlikdagi shikastlanishlari 5,7% (14), pastki jag' 71,5% (176), ikkala jag' 2,0% (5), yuqori jag' og'ir darajasi 6,5% (16), pastki jag' 12,2% (30), ikkala jag' 2,0% (5). II guruhda shikastlanishlar o'rta og'irlik darajasi kabi baholandi, bunda yuqori jag'da 1,4% (2), pastki jag'da 95,9% (140), ikkala jag'da 2,7% (4) kuzatildi (4.3-jadvalga qarang).

Jadval 4.3

Og'irlik darajasini aniqlash mezonlari (I guruh)

Mezon shakli	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkala jagʻ
Salomatlik uchun xavflilik	16($\pm\%$)	16($\pm\%$)	5($\pm\%$)
Salomatlikning buzilish davomiyligi			
Mehnat qobiliyatining barqaror buzilishi, 33 % dan ortiq		14($\pm\%$)	

Tana shikastlanishlari ogʻirlik darajasini baholashda 21 kundan ortiq ammo 4 oydan kam salomatlik buzulishi davomiyligi mezoni yaqqol ustunlik qildi, 99,49% (339), umumiy mehnat qobiliyatining turgʻun yoʻqotilishi ancha kam (10-33%) 0,51% (2). Buzilish davomiyligi belgilariga koʻra guruhlar boʻyicha: I guruhda – yuqori jagʻ shikastlanishi 7,69% (30), pastki 52,82% (206), ikkala jagʻ 2,56% (10); 2 guruhda - yuqori jagʻ shikastlanishi 0,51% (2), pastki 35,38% (138), ikkala jagʻ 1,03% (4) (4.4-jadvalga qarang).

Jadval 4.4

Oʻrta ogʻirlikdagi tana shikastlanishlari mezonlari

Mezonlar	I guruh			II guruh			jami
	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkala jagʻ	Yuqori jagʻ	Pastki jagʻ	Ikkala jagʻ	
Umumiy mehnat qobiliyati ning 10-33%ini yoʻqotilishi					2(100,0 $\pm\%$)		2
Sogʻligʻini buzulish muddati 21 kundan ortiq	30(7,69 $\pm\%$)*	206(52,82 $\pm\%$)*	10(2,56 $\pm\%$)	2(0,51 $\pm\%$)	138(35,38 $\pm\%$)*	4(1,03 $\pm\%$)	390
Jami	30	206	10	2	140	4	392

Lokalizatsiya kesimida buzilish davomiyligi mezoni bo'yicha tahlil qilinganda aniqlandiki, yuqori jag' shikastlanishi 4,7% (16), pastki jag' 92,6% (314), ikkala jag' shikastlanishi 2,7% (9) ni tashkil qildi.

Pastki jag' sinishlarining o'zi hayot uchun xavfli bo'lgan shikastlanishlarga kirmaydi. Ammo bunday sinishlar og'ir kalla suyagi-miya yoki umurtqa-orqa miya jarohatlari bilan uyg'un bo'lishi mumkin va rang-barang og'ir asoratlar bilan kuzatiladi, ular hayot uchun xavfli jarohatlar sirasiga kiradi (og'ir darajadagi travmatik shok, massiv qon yo'qotish, vena qon tomirlari shikastlanishi, hayot uchun xavf tug'diruvchi hodisalar majmuasiga ega mexanik asfiksiya).

Agar odamlarda jag'ning sinishi og'ir travmatik miya shikastlanishi bilan birgalikda kechsa, boshdagi barcha jarohatlar (yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, kalla suyagining yuz va miya qismlarining suyaklari shikastlanishi, kalla suyagi ichida qon ketishlar) yagona kompleks sifatida qaralishi kerak va hayot uchun xavf mezoni qo'llanilishi kerak. Bunday tamoyil umurtqaning jarohatlantiruvchi kuchlariga qo'shimcha nuqtalarsiz umumrtqa-orqa miya jarohatlari kuzatilganda jag' sinishlari uchun foydalanilishi kerak.

Shikastlanish oqibatini baholashda og'ir tana shikastlanishlarini xarakterlovchi oqibatlarni o'zidan keyin olib kelganmi yoki yo'qligiga aniqlik kiritish kerak. Jiddiy oqibatlarga olib keladigan, ammo hayot uchun xavfli bo'lmagan jarohatlarga yuzning tuzatib bo'lmaydigan darajada xunuklashuviga olib kelgan jarohatlar kiradi. Agar doimiy mehnatga layoqatsizlik ko'rinishidagi oqibatlar mavjud bo'lsa, unda siz ushbu yo'qotish foizini belgilashingiz kerak. Va nihoyat, zarar bilan bog'liq sog'liq buzilishining davomiyligini aniqlash kerak.

Ekspert, odatda, jarohati sababli tibbiy muassasa tomonidan berilgan mehnatga layoqatsizlik varaqasi asosida sog'lig'ining buzilishining davomiyligini belgilaydi. Shu bilan birga, sog'liq buzilishining davomiyligini vaqtincha mehnatga layoqatsizlik muddati va davolanish muddati bilan aniqlash har doim ham zarur emas. Bu atamalar mos kelishi mumkin, lekin har doim va to'liq emas. Olingan jarohat bo'yicha davolash davomiyligi bir qator holatlar, masalan shaxsiy yoki ijtimoiy sabablarga ko'ra bitmagan jarohatlar belgilari mavjud bo'lganda

mehnat majburiyatlarini bajarish mumkinligiga bog'liq. Zararning og'irligini aniqlashda sog'liq buzilishining davomiyligi hal qiluvchi rol o'ynashi kerak, ya'ni zarar bilan bevosita bog'liq bo'lgan oqibatlar (organ yoki to'qimalarning anatomik yaxlitligi va fiziologik funksiyasini buzishning obyektiv aniqlangan haqiqati). Shu bilan birga, ekspert shikastlanishning og'irligi va vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik davomiyligi o'rtasidagi muvofiqlikni tanqidiy baholashi va tan jarohati olishda tibbiy ma'lumotlar bilan tasdiqlangan sog'liq buzilishining davomiyligidan kelib chiqishi kerak.

Shikastlanishning og'irligi haqidagi xulosa, albatta, tasniflash belgisini o'z ichiga olishi kerak: hayot uchun xavf, ma'lum foizda doimiy mehnatga layoqatsizlik, uzoq muddatli sog'liq buzilishi. ekspertiza holatlarida, bir nechta tasniflash belgilari aniqlanganda, tan jarohati og'irligini baholashda, ular katta zo'ravonlikka sabab bo'lgan belgidan kelib chiqadi. Takroriy travmatik ta'sirlar natijasida bir nechta jarohatlar bo'lsa, har bir jarohatning og'irligi alohida baholanadi. Tergov organlari uchun, agar jabrlanuvchi bir necha kishi tomonidan zo'ravonlik harakatlariga duch kelgan bo'lsa, bu ayniqsa muhimdir. Agar bir nechta jarohatlar bir-birini o'zaro yuklasa, ularning og'irligini jami baholash amalga oshiriladi. Turli yoshdagi zarar bilan, ularning har birining og'irligi alohida baholanadi.

Takroriy shikastlanishning og'irlik darajasi suyak mozoli proyeksiyasida yoki undan bevosita yaqinlikda ilgari bo'lgan sinishni hisobga olmasdan aniqlanadi.

Tish protezlari shikastlanishi og'irlik darajasiga ko'ra tasniflanmaydi; sud tomonidan faqatgina uni tayyorlash uchun zarur bo'lgan moddiy xarajatlar hisobga olinishi mumkin.

Jabrlanuvchi maxsus yordamga o'z vaqtida murojaat qilmaganda, tibbiy yordam to'laqonli tarzda ko'rsatilmaganda va sog'lomlashtiruvchi choralar bo'lmaganda asoratlar soni oshadi, bu vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik muddatini ko'paytiradi va mehnat qobiliyati barqaror yo'qotilishi foizini oshiradi. Shu bilan birga, "O'zbekiston Respublikasida tan jarohatlari tabiati va og'irligini

sud-tibbiy ekspertizasi qoidalarini" tibbiy yordamning shikastlanishning ekspert malakasiga ta'sirini hisobga olmaydi.

Tana shikastlanishidan keyingi oldingi kasalliklarning kuchayishi, shuningdek tasodifiy holatlar, tananing individual xususiyatlari yoki tibbiy yordam ko'rsatishdagi nuqsonlar va boshqalar natijasida kelib chiqadigan tana shikastlanishining boshqa oqibatlari., o'z-o'zidan tan jarohati og'irligi malakasini o'zgartirish uchun asos bo'lmasligi kerak. Bunday hollarda davlat sud-tibbiyot eksperti o'z xulosasida yuzaga kelgan buzilish yoki asoratning mohiyatini va bu tan jarohati bilan qanday sababiy bog'liqligini ko'rsatishi shart. Ushbu masalani klinistlar ishtirokida komissiya asosida hal qilish maqsadga muvofiqdir.

Tana jarohatlarining og'irligidan tashqari, Jinoyat kodeksida zarar yetkazishda boshqa darajadagi niyat nazarda tutilgan. Zarar qasddan og'irlashtiruvchi holatlarda va ularsiz kuchli hissiy hayajon holatida, zarur mudofaa chegarasidan oshib ketganda va nihoyat, ehtiyotsizlik bilan yetkazilishi mumkin. Biroq, ushbu masalalarni hal qilish butunlay yuridik organlarning vakolatiga kiradi.

Shikastlanishning natija bilan sababiy aloqasini o'rnatish uchun mutaxassis travmatik jarayonni u bilan bog'liq bo'lgan va bir vaqtning o'zida mavjud bo'lgan boshqa kasalliklar qatoridan ajratishi kerak; shikastlanishdan oldingi kasalliklarni aniqlash; noqulay natija ushbu kasalliklardan kelib chiqadimi yoki yo'qligini hal qilish.

Jismoniy shaxsni ekspertizadan o'tkazish tashkiliy-protsessual meyorlarga muvofiq ekspert xulosasi shaklida rasmiylashtiriladi. Sud-tibbiy eksperti quyidagi holatlarda tana shikastlanishlari og'irlik darajasini aniqlashdan saqlanishi kerak:

1) klinik holat noaniqlikligi yoki jabrlanuvchini klinik va laboratoriya tekshiruvining yetarli emasligi;

2) hayot uchun xavfli bo'lmagan noaniq oqibat;

3) jabrlanuvchining qo'shimcha tekshiruvdan bosh tortishi yoki takroriy ko'rikda uning yo'qligi, agar bu ekspertni shikastlanish xususiyati, uning klinik kechishi va oqibatlarini to'g'ri baholash imkoniyatidan mahrum qilsa;

4) tibbiy hujjatlar yoʻqligi, shu jumladan qoʻshimcha tekshiruv natijalari, ularsiz tana shikastlanishining xususiyati va ogʻirlik darajasi toʻgʻrisida fikr bildirish imkonsiz boʻlsa.

Bunday holatda ekspert oʻz xulosasida tana shikastlanishi ogʻirlik darajasini aniqlash imkonini bermaydigan sabablarni keltiradi va ushbu masalani hal qilish uchun unga qanday maʼlumotlar zarurligini koʻrsatadi (tibbiy hujjatlar, qoʻshimcha tekshiruv natijalari va boshqalar.). tana shikastlanishining ogʻirlik darajasi toʻgʻrisidagi taxminiy fikrdan iborat dastlabki xulosani tuzishga yoʻl qoʻyilmaydi.

Tana shikastlanishlari mavjud boʻlganda oʻlim holatida sud-tibbiy ekspert xulosasida boshqa masalalar yechimi bilan bir qatorda oʻlim sababi, jagʻ shikastlanishi va oʻlim oʻrtasida sabab aloqasi bor yoki yoʻqligini koʻrsatishi va asoslashi shart. Oʻlim oqibatli jagʻ sinishlarida hodisalarning patogenetik zanjirini tavsiflovchi ikkita misolni keltirish mumkin:

1. jagʻ sinishi → ogʻiz boʻshligʻi asosi yumshoq toʻqimalari sohasiga qon quyilishi

2. jagʻ sinishi → jagʻ osteomiyeliti → sepsis

Birinchi misolda jagʻ sinishi va oʻlim sodir boʻlishi oʻrtasida bevosita sabab-oqibat aloqasi mavjud, modomiki barcha uchta jutflik mazkur zanjirning uzviy bogʻlangan boʻgʻinlari sanaladi. Ikkinchi misolda jagʻning sinishi va oʻlimning boshlanishi oʻrtasida toʻgʻridan-toʻgʻri sababiy bogʻliqlik yoʻq, chunki allaqachon birinchi juftlashgan boʻgʻinda sinish oqibatlarga (osteomiyelit) nisbatan sabab emas, balki uning taʼsiri boʻlgan holat. sabab-olib kelgan yuqumli agent osteomiyelitning rivojlanishiga-mumkin boʻldi. Shunday qilib, ikkinchi misolda zarar va uning natijasi oʻrtasidagi sababiy bogʻliqlik tasodifiydir.

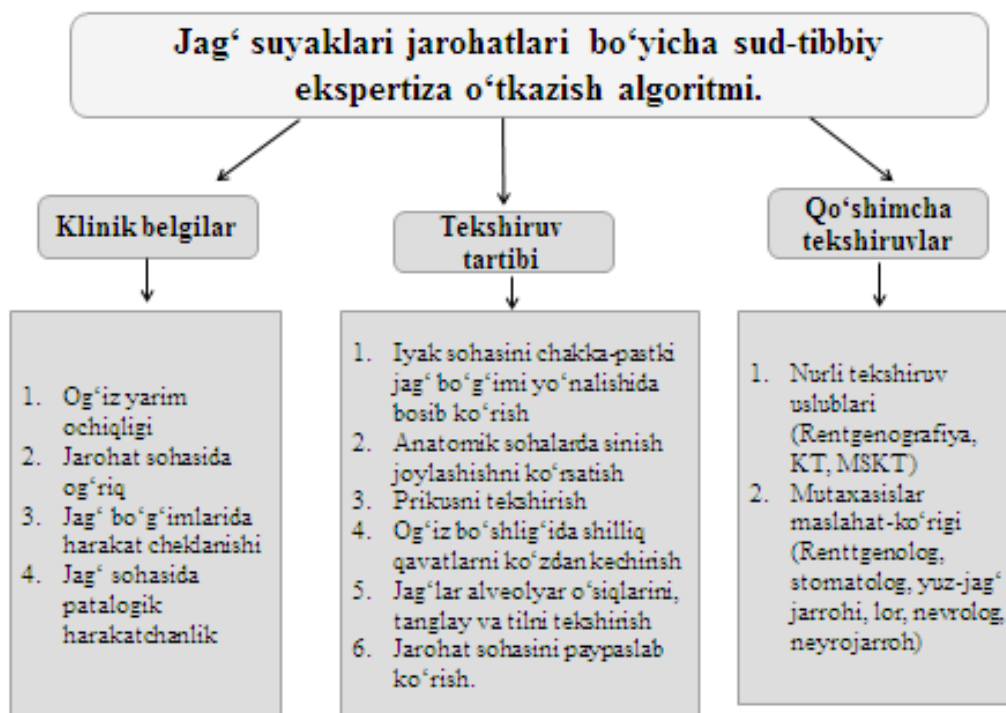
Yuz skeletining shikastlanish xususiyatlarini tahlil qilish, shuningdek, oʻtmas kuch jarohati holatlarida kalla suyagi va asos suyaklarining sinishini oʻrganishda katta ahamiyatga ega, chunki bu mexanizmning belgilanishiga yordam beradi. Baʼzi sharoitlarda, toʻmtiq kuch jarohati yuz kalla suyagi suyaklarining sinishi miya kalla suyagi suyaklariga tarqalib, hayot uchun xavfli jarohatlarga olib kelishi mumkin. Bosh miya suyaklari oʻlimga olib keladigan tarzda

shikastlanganda, yuz skeletining suyaklari tashqi zo'ravonlikni qo'llash nuqtasi bo'lganligi, bu hodisaning alohida tafsilotlarni to'g'ri talqin qilishga yordam beradi.

Tadqiqot natijalarini hisobga olgan holda, biz tomondan jag' suyaklarining shikastlanishini baholash uchun quyidagi algoritm ishlab chiqildi:

Jag' suyaklarining sinishida, ushbu jarohatlarning xarakterli belgilariga e'tibor beriladi, xususan og'izning yarim ochiqligi so'lakning ajralishi bilan. Sinish sohalarda ushlab ko'rilganda og'riq, suyak bo'laklarning patologik kimirlashi, bo'g'imlarda jag' suyaklarining harakatining cheklanishi, shuningdek suyak bo'laklarning turli yo'nalishlarda siljishi aniqlanadi. Sinish joyining aniq lokalizatsiyasini aniqlash uchun engak sohasini chakka-pastki jag' bo'g'imi yo'nalishida bosib ko'riladi. Sinish lokalizatsiyasi umumiy qabul qilingan anatomik sohalarda mos ravishda ko'rsatiladi. Og'iz bo'shlig'i tishlarning birlashtirilgan holatda ko'rilganda, prikusning buzulishini kuzatish mumkin hamda sinish chizig'i o'rta chiziqdan qanchalik uzoqroq bo'lsa, suyak bo'laklarining siljishi va prikus buzulishi sezilarli bo'ladi, suyak sinig'ining katta bo'lagi pastga va ichkariga siljisa, kichik bo'lagi esa yuqoriga va sinish tomoniga qarab yo'naladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda dastlab lab, lunj va milklar shilliq qavatlariga e'tibor qaratiladi. So'ngra yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi va pastki jag' alveolyar kismi, yumshoq va qattiq tanglay, og'iz bo'shlig'i tubi va til ko'zdan kechiriladi. Bunda shilliq qavatning rangi, uning tarangligi, qon ketishi, ko'zg'atuvchilarga sezuvchanligi, yaralar, va tish izlarining mavjudligi tavsiflanadi. Palpatsiya usulida patologik sohalar, og'riq nuqtalari, alveolyar yoy qirralaring shishishi va o'tkir qirralari, tishlardan xoli bo'lgan alveolyar qism sohalarining tuzulishi va atrofiya darajasi, ularning qayta o'sishi aniqlanadi. Shuni yodda tutish kerakki, quloq oldi so'lak bezlarining chiqaruv kanallarining darvozalari patologik o'smalarni eslatadi (4.5-jadvalga qarang)



Tahlillar davomida jagʻ suyaklari jarohatlari boʻyicha sud-tibbiy ekspertizalarini tayinlash, tashkil etish va oʻtkazishdagi ayrim muammo va kamchiliklar aniqlanib, ularni bartaraf etish va takomillashtirish yuzasidan taklif va tavsiyalar ishlab chiqildi. Ular quyidagilardan iborat: imkon darajasida nur tashxislash tadqiqot usullaridan maksimal foydalanish; mutaxassis (yuz-jagʻ jarrohi) ishtirokidagi konsultatsiyalar; ekspertlar tomonidan jarohatlovchi buyumning oʻrganilishi; jarohatlar klinik kechishining vaqt oʻtishi bilan oʻzgaruvchanligini inobatga olib, jabrlanganlarni ekspertlar tomonidan imkon qadar tezroq tekshirilishi; taqdim etilgan tibbiy hujjatlardagi maʼlumotlar va ekspert koʻrigidagi maʼlumotlarning nomutanosibligiga eʼtibor qaratish; jagʻlar jarohatlanishining uzoq oqibatlarini inobatga olish zarur.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Авдеев А.И., Компанец Н.Ю. К вопросу о комплексной оценке повреждений краниофасциальной области// Вестник судебной медицины, - 2016. - Том 5, № 1. - С. 24–27.
2. Адыгезалов О.Н. Реплантация головки нижней челюсти при переломах с полным медиальным вывихом: автореф. дис. 2016. – 24 с.
3. Акрамова Н.А. Сонография в диагностике переломов костей челюстно-лицевой области. Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2017. – Т. 62. – №4. – С. 24–30
4. Акрамова Н.А. Ретроспективный анализ травматических повреждений костей челюстно-лицевой области: научное издание/ Н. А. Акрамова, Ю. Ходжибекова А., Джабриева М. //Stomatologiya. - Ташкент, 2018. - N1. - С. 36-38
5. Амро Абдаллах. Клиническая картина и лечение переломов нижней челюсти у взрослых людей в различные возрастные периоды.: Автореф...канд.мед.наук. – Санкт-Петербург, 2013. – 24 с.
6. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области. – М., 2010. – 256 с.
7. Афанасьев В.В. Двусторонний многооскольчатый перелом нижней челюсти в области ветвей у мужчины пожилого возраста. Российская стоматология. – 2014. – №2. – С. 16-19.
8. Аржанцев А.П. Методики рентгенологического исследования и рентгенодиагностика в стоматологии. 2015. – 260 с.
9. Артюшкевич А.С. Динамика регионарного кровообращения и остеогенеза при оперативном лечении переломов нижней челюсти. Современная стоматология. – 2015. – №1. – С. 69–75.
10. Артюшкевич А.С. Ошибки и осложнения при лечении переломов нижней челюсти. Современная стоматология. – 2016. – №4 (65). – С. 40–41.
11. Бабкина Т.М. Современные подходы к диагностике травм

челюстнолицевой области. Світ медицини та біології. – 2013. – №4. – С. 7–11

12. Боймурадов Ш.А. Состояние гигиены полости рта у больных с переломом челюсти и способы ее улучшения: научное издание. Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - Ташкент, 2016. - N1. - С. 43-45.
13. Вафина И.И. Медико-социальные проблемы челюстно-лицевого травматизма (по материалам г. Казани) .: Автореф...канд.мед.наук. – Казань, 2005. – 24 с.
14. Волков С.И. Топографо-анатомические изменения в строении височно-нижнечелюстного сустава при переломе мыщелкового отростка нижней челюсти на уровне шейки. Стоматология. – 2011. – №1. – С. 7-9.
15. Гайворонская М.Г. Анатомио-клинические обоснования лечения окклюзионно-обусловленных заболеваний жевательного аппарата: автореф. дис. 2014 г. – 39 с.
16. Гайворонская М.Г. Функционально-клиническая анатомия зубочелюстной системы. СпецЛит, 2016. – 128 с
17. Гладилин Ю.А. Морфология нижней челюсти человека. Изд-во Саратовского мед. ун-та, 2013. – 198 с.
18. Головкин К.П. Современный подход к комплексному лечению сочетанных повреждений челюстно-лицевой области.: Автореф...доктор мед.наук. – Санкт-Петербург, 2016. – 24 с.
19. Грищенко Л.Н. Судебно-медицинская экспертиза переломов нижней челюсти. Минск: БГМУ, 2012. – 55 с.
20. Грищенко Л.Н. и др. Переломы костей средней зоны лица: судебно-медицинская экспертиза : пособие. – Минск, 2015. – 177 с.
21. Гук В.А. Переломы нижней челюсти у людей старших возрастных групп. 17-я Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». - СПб., 2012. - С. 53.
22. Гук В.А. Особенности клинического течения и лечения переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста.:

Автореф...канд.мед.наук. – Санкт-Петербург.- 2011. – 24 с.

23. Девдариани Д.Ш. Выбор метода остеосинтеза при высоких переломах мышечкового отростка нижней челюсти. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т. 9. – № 1. – С. 54–58.
24. Диков Ю.Ю. Применение трехмерного моделирования и 3D печати при реконструкцИ нижней челюсти. Опухоли головы и шеи. – 2015. – №1. – С. 22– 26.
25. Дубровин М. С. Медико-социальный портрет больного с травмой челюстно-лицевой области: научное издание. Российский медицинский журнал. - М., 2013. - N3. - С. 9-11
26. Елисеева Е.В. Современные методики лечения переломов нижней челюсти. Актуальные вопросы клинической стоматологии. – Ставрополь: СтГМУ, 2017. – С. 176–179.
27. Епифанов С.А. Эндоскопические технологии в хирургическом лечении больных с переломами мышечкового отростка нижней челюсти. Вестник национального медикохирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – Т. 10. – №1. – С. 18–22
28. Ерокина Н.Л., Лепилин А.В., Ляпина Я.А. и др. Обоснование выбора метода иммобилизации при переломах нижней челюсти у больных хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 3. С. 387-389.
29. Ефимов Ю.В. Переломы нижней челюсти и их осложнения.: Автореф...доктор.мед.наук. – Москва, - 2004. – 39 с.
30. Ефимов, Ю.В. Травматический остеомиелит нижней челюсти. Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing. 2016 – 88 p.
31. Ефимов, Ю.В. Стабильный остеосинтез при косом переломе нижней челюсти. Пенза: FAMILY, 2017. – 97 с
32. Ефимов, Ю.В. Лечение больных с односторонним косым переломом нижней челюсти. Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т.

14. – №1–1. – С. 94–96.
33. Иорданишвили А.К., Толмачев И.А., Альшевский В.В. и др. Клинико-экспертные аспекты амбулаторной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. // *Судебно-медицинская экспертиза*. – 2011. – №3. С.18–22
34. Иорданишвили, А.К. Возрастные особенности строения ветви нижней челюсти у взрослого человека. Medline.ru. – 2013. – Т. 14. – № 1. – С. 148–155.
35. Иорданишвили А.К., Кувшинова А.К., Музыкин М.И. и др. Сравнительная оценка методов стоматологической реабилитации при последствиях огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.// *Военно-медицинский журнал*. – 2018. - №339(9). - С.43–47
36. Кадиев, А.А. Анализ результатов оперативного лечения ангулярных переломов нижней челюсти. Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины / Мат. 74-й открытой научно-практической конференцИ молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием. – Волгоград: ВолгГМУ, 2016. – С. 150– 151.
37. Клевно В.А., Григорьева Е.Н. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при переломах костей скулоорбитального комплекса. – М., 2012. – 14 с.
38. Клинические рекомендации. Перелом нижней челюсти Ассоциация челюстно-лицевых хирургов МЗ РФ. – 2016. – 65 с.
39. Корж Г.М. Структурно-функциональная оптимизация лечебно-диагностических мероприятий при механической черепно-челюстнолицевой травме (на модели г. Воронежа) : Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Воронеж, 2005. – 274 с.
40. Козлов П.Ю. Ретроспективный анализ переломов нижней челюсти в области мышечкового отростка нижней челюсти по данным отделения челюстно-лицевой хирургИ ГНОКБ // Материалы VII Российской (итоговой) научно-практической конференцИ с международным

участием студентов и молодых ученых «Авиценна-2016». — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2016. — Т. 2. — С. 266-268.

41. Козлов П.Ю. Опыт лечения пациентов с переломами мышцелкового отростка нижней челюсти // Медицина и образование в Сибири. — 2016. <https://probolezny.ru/perelom-nizhnej-chelyusti/>
42. Коротких Н.Г., А.Н. Морозов, Келейникова В.А. и др. Эндоскопические и лабораторные данные в диагностике травматических повреждений височно-нижнечелюстного сустава / // Стоматология. — 2013. — №5. — С. 22-24.
43. Краснова, В.А. Артроскопия в диагностике и лечении травматических повреждений височно-нижнечелюстного сустава: автореф. дис. 161 ... канд. мед. наук: 14.01.14 Воронеж, 2015. — 24 с
44. Левенец, А.А. Челюстно-лицевой травматизм как социальная, экономическая и медицинская проблема. Сибирское медицинское обозрение. — 2013. — № 2 (80). — С. 13–18.
45. Лепилин, А.В. Функциональное состояние жевательных мышц у пациентов с переломами нижней челюсти. Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8. — №1. — С. 108–111
46. Лепилин, А.В. Анализ причин развития осложнений переломов нижней челюсти. Пародонтология. — 2017. — Т. 22. — №3 (84). — С. 60–63.
47. Маградзе Г.Н., Иорданишвили А.К., Багненко А.С. и др. Переломы мышцелкового отростка нижней челюсти, их характеристика и лечение / // Журнал «Институт стоматологии». — 2013. — №4. — С. 46-49.
48. Маланчук, В.А. Лечение оскольчатых переломов нижней челюсти: современные представления. Вісник стоматології. — 2015. — №3. — С. 95–99.
49. Манукян, М.К. Методы ортопедического лечения (фиксация) при переломах нижней челюсти в теории и на практике. XXIV Международного юбилейного симпозиума "Инновационные технологии в стоматологии", посвященного 60-летию стоматологического факультета

Омского государственного медицинского университета. – Омск: ОмГМУ. – 2017. – С. 272–277.

50. Медведев, Ю.А. Хирургическое лечение пациентов с переломом нижней челюсти в области угла с применением скобок из никелида титана с памятью формы. клинический случай. Журнал Общероссийской общественной организации. Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2018. – №3. – С. 34–38.
51. Межникова, Е.В. Сравнительная характеристика современных методов лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда. Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 5. – С. 28.
52. Митин, Н.Е. Варианты временной иммобилизации при переломах челюстей. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2018. – Т. 26. – № 4. – С. 559–566.
53. Мойсейчук С.Н. Экспертный анализ и обоснование тяжести вреда здоровью при повреждениях зубов и нижней челюсти.: Автореф...канд.мед.наук. – Москва, 2004. – 22 с.
54. Никитин А.А. и др. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 1. – №1 (298). – С. 27–30.
55. Панкратов А.С. Анализ современной эпидемиологической картины переломов нижней челюсти // Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 26-30.
56. Панкратов А.С. Остеосинтез мыщелкового отростка нижней челюсти с использованием фиброоптического оборудования // Российский стоматологический журнал. – 2016. – Т. 20. – №1. – С. 28–31
57. Панкратов А.С. и др. Вопросы оказания медицинской помощи при переломах нижней челюсти у лиц старшего возраста // Российский стоматологический журнал. – 2019. – Т. 23. – №3–4. – С. 165–172
58. Парфенов В.Е. и др. Лечение пострадавших с ранениями

челюстно-лицевой области огнестрельным оружием ограниченного действия // Нейрохирургия. – 2014. – № 1. – С. 22–28.

59. Пашина Г.А. и др. Руководство по судебной стоматологии. – М., 2009. – 528 с.
60. Пашина Г.А., Добровольская Н.Е. Комплексная судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания стоматологической помощи // Медицинское право. – 2009. - №4. – С. 3-13.
61. Пономарев А.А. Закономерности строения верхней и нижней челюстей в норме, при различных видах ретенции и отсутствии зубов мудрости: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.03.01, 14.01.14 – СПб., 2017. – 40 с.
62. Рўзиев Ш.И. Болаларда автомобил ичи жарохатланишларда тан жарохатларининг суд тиббий мезонлари: научное издание //Педиатрия. - Ташкент, 2017. - N2. - С. 98-102.
63. Самуткина М.Г. Комплексный принцип лечения пациентов с переломами нижней челюсти. Качество оказания медицинской стоматологической помощи: способы достижения, критерии и методы оценки: сб. статей междунар. научно-практич. конференция. – Самара, 2016. – С. 272–275
64. Сеидбеков О.С. Клинические и биомеханические особенности переломов верхней и нижней челюстей Стоматологии. Эстетика. Инновации. – 2017. – Т.1. – №3. – С. 360–370.
65. Смирнов В.Г. Клиническая анатомия челюстей: Бином, 2014. – 232 с
66. Сулимов А.Ф. Оценка и прогнозирование репаративных процессов, оптимизация лечения больных с повреждениями челюстей различного генеза на фоне дисплазии соединительной ткани.: Автореф...доктор.мед.наук. – Омск, 2004. – 34 с.
67. Текеева А. и др. Сравнительная характеристика современных методов лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 4–1. – С. 123–124.

68. Токбергенова, А.Т. Клинико-экономическая эффективность лечения больных с переломами нижней челюсти. Международный академический вестник. – 2014. – №6. – С. 9–10
69. Трубина, А.В. Анатомическое обоснование выбора метода остеосинтеза спицей при переломах мыщелкового отростка нижней челюсти. Здоровье и образование в XXI веке. Журнал научных статей. – 2016. – №8. – С. 30–33. 111.
70. Ургуналиев, Б.К. Лечение и реабилитация больных с переломами костей челюстно-лицевой области в современной медицине. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. – №10. – С. 113–116.
71. Умаров О. М. Диагностика сочетанной челюстно-лицевой травмы у детей: научное издание. Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2014. - N2. - С. 101-102
72. Умаров О. М. Опыт лечения сочетанной травмы челюстно-лицевой области: научное издание. Стоматология. - Ташкент, 2013. - Том 51-52 N1-2. - С. 79-82.
73. Умаров О. М. Организация медицинской помощи пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области при сочетанной и множественной травме. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2012. - N3. - С. 63-66 .
74. Умаров О. М. Особенности сочетанной травмы челюстно-лицевой области: научное издание. Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2016. - Том IX N1. - С. 38-40.
75. Умаров О. М. Сравнительный анализ тактики лечения пострадавших с сочетанной травмой челюстно-лицевой области: научное издание Stomatologiya. - Ташкент, 2017. - Том 66 №1. - С. 29-30.
76. Фаизов Т.Т. Новый подход в комплексном лечении гнойных одонтогенных заболеваний и воспалительных осложнений переломов нижней 167 челюсти. Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96. – №4. – С. 543–549

77. Флейшер Г.М. Особенности клинической картины переломов нижней челюсти. Символ науки. – 2016. – №2–3 (14). – С. 178–182. Количество повреждений лица за последние 30 лет увеличилось более чем в два раза, причем наряду с неуклонным ростом повреждений лицевого черепа существенно изменилась их структура за счет увеличения сочетанных и множественных переломов. В долгосрочных прогнозах отмечается дальнейшее увеличение частоты таких повреждений и усложнение их характера в связи с ростом технической оснащенности производств, возрастанием количества транспортных средств и скорости их движения, а также с другими проявлениями урбанизации.
78. Фролов Д.В. Экспертная оценка осложнений и неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи пациентам с травмами верхней и нижней челюстей.: Автореф...канд.мед.наук. – Москва, 2011. – 24 с.
79. Фролов Н.А. Клинические и судебно-медицинские аспекты повреждений челюстей.: Автореф...канд.мед.наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 24 с.
80. Ходжибекова, Ю.М. Рентгенография в диагностике переломов костей лицевой области. Stomatologiya. – 2018. – № 4. – С. 13–15.
81. Христофорандо Д.Ю. Особенности патогенеза и лечения сочетанной черепно-лицевой травмы : Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2012. – 38 с.
82. Чжан, Ш. Переломы нижней челюсти в области тела и угла: принципы хирургического лечения. Часть II Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т. 21. – №4. – С. 203–207.
83. Шувалов, С.М. Оптимизация лечения переломов подбородочного отдела нижней челюсти с учетом особенностей ее строения и развития Российская стоматология. – 2014. – №4. – С. 25– 29
84. Эгемкулов, В.А. Причины и частота встречаемости больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти. Молодой ученый. – 2016. – №11. – 1189–1193.

85. 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.
86. Яхьяев Б. М. Лечение переломов мышечкового отростка нижней челюсти у больных сочетанной черепно-мозговой травмой: научное издание. Стоматология. - Ташкент, 2013. - Том 51-52 N1-2. - С. 60-63.
87. Яхьяев Б. М. Организация и тактика экстренной медицинской помощи больным с сочетанными черепно-челюстно-лицевыми повреждениями: научное издание Stomatologiya. - Ташкент, 2017. - Том 67 N2. - С. 17-22.
88. Aladelusi, T. Analysis of road traffic crashes-related maxillofacial injuries severity and concomitant injuries in 201 patients seen at the UCH, ibadan Craniomaxillofac. Traum. Reconstr. – 2014. – № 7(4). – P. 284–289.
89. Alimohammadi R. Imaging of Dentoalveolar and Jaw Trauma. //Radiol Clin North Am. 2018 Jan; 56(1):105-124. doi: 10.1016/j.rcl.2017.08.008. Epub 2017 Oct 6.
90. Assaf AT, Zrnc TA, Remus CC et all. Early detection of pulp necrosis and dental vitality after traumatic dental injuries in children and adolescents by 3-Tesla magnetic resonance imaging. //. J Craniomaxillofac Surg. 2015 Sep; 43(7):1088-93.
91. Bezerra, T.P. Do erupted third molars weaken the mandibular angle after trauma to the chin region? A 3D finite element study // Int J. Oral Maxillofac. Surg. – 2013. – Vol. 42. – P. 474–480.
92. Brackmann MS, Padovan LEM, Marcantonio Junior E, Klüppel LE. Does the Length of Dental Implants Inserted in Areas of Inferior Alveolar Nerve Lateralization Interfere on Mandibular Resistance to Fracture? // J Craniofac Surg. 2019 Jun; 30(4):e293-e295.
93. Brecher EA, Keels MA, Best AM. et all. Hours Pediatric Dental Emergencies Among Pediatric and General Dentists //Pediatr Dent. 2018 Sep 15;40(5):352-358
94. Caruso S. et all. Temporomandibular joint anatomy assessed by CBCT

images // Biomed. Res. Int. 170 – 2017. – Vol. 2017. – Art. ID 2916953. –
Mode of access: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/2916953>

95. Chatrchaiwiwatana S, Hongswat K, Siritapetawee M, Ratanasiri A. Dental and Jaw Injuries among Muay Thai Kickboxing Athletes. // J Med Assoc Thai. 2016 Aug; 99. Suppl 5:S120-6
96. Deuk-Hyun, M. Relationship between mandibular condyle and angle fractures and the presence of mandibular third molars / M. Deuk-Hyun, K. SuGwan, M. Seong-Yong, O. Ji-Su, Y. Jae-Seek // J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg. – 2015. – Vol. 41. – P. 3–10.
97. Efimov, Y. [et all.] Perspectives of the use of commissure in patients with oblique fractures of the lower jaw Sc. Rise. – 2016. – T. 2. – №3 (19). – P. 30–33.
98. Figueiredo C, Coelho J, Pedrosa D et all. Dental evaluation specificity in orofacial damage assessment: A serial case study. // J Forensic Leg Med. 2019 Nov; 68:101861.
99. Firmiano TC, Oliveira MTF, de Souza JB et all. Influence of impacted canines on the stress distribution during dental trauma with and without a mouthguard. // Dent Traumatol. 2019 Oct; 35(4-5):276-284.
100. Foché AN, Bushabu FN, Mana CM et all. Occurrence des traumatismes alvéolo-dentaires aux cliniques universitaires de Kinshasa: deuxième partie, étude préliminaire de 93 cas [Occurrence of dental alveolus traumas at the university clinics of Kinshasa: second part, preliminary study of 93 cases]. //Pan Afr Med J. 2018 Jan 18;29:50. French.
101. Gualniera P, Scurria S, Sapienza D, Asmundo A. Traumatic dental injury. //Minerva Stomatol. 2016 Jun; 65(3):158-63. Epub 2016 Feb 16. PMID: 26884252.
102. Hall E, Hickey P, Nguyen-Tran T, Louie J. Dental Trauma in a Pediatric Emergency Department Referral Center. //Pediatr Emerg Care. 2016 Dec; 32(12):823-826.
103. Hartlev J, Klit Pedersen T, Nørholt SE. Cone beam computed tomography

- evaluation of tooth injury after segmental Le Fort I osteotomy. //Int J Oral Maxillofac Surg. 2019 Jan; 48(1):84-89.
104. Idashkina, N. Five years retrospective study of mandibular fractures in mechnikov regional clinical hospital Dnipropetrovsk // Europ. J. Biomed. Lif.Sci. – 2018. – №3. – P. 3–6
 105. Idashkina, N.G. Delayed union of mandible: analysis of general and local factors // Медичні перспективи. – 2019. – Т. 24. – №1. – С. 50–61.
 106. Ivancic Jokic N, Bakarcic D et all. What general medicine students of University of Rijeka know about dental avulsion? // Eur J Dent Educ. 2017 Nov; 21(4):e131-e134.
 107. Jakubonytė M, Česaitis K, Junevičius J. Influence of glass fibre post cementation depth on dental root fracture // Stomatologija. 2018; 20(2):43-48.
 108. Karpov S. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms // Eur. Sc. Rev. – 2015. – № 3– 4. – С. 25–28.
 109. Kothari M, Madsen VLF, Castrillon EE et all. Spontaneous jaw muscle activity in patients with acquired brain injuries-Preliminary findings // J Prosthodont Res. 2018 Apr; 62(2):268-272.
 110. Kozakiewicz M. «A» shape plate for open rigid internal fixation of mandible condyle neck fracture. Craniomaxillofac. Surg. – 2014. – Vol. 42. – № 6. – P. 730–737.
 111. Lee K. Treatment of extensive comminuted mandibular fracture between both mandibular angles with bilateral condylar fractures using a reconstruction plate: a case report J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg. – 2014. – Vol. 40. – № (3). – P. 135–139.
 112. Liaw K, Delfini RH, Abrahams JJ. Dental Implant Complications. //Semin Ultrasound CT MR. 2015 Oct;36(5):427-33.
 113. Malaga EG, Aguilera EM, Eaton C, Ameerally P. Management of Self-Harm Injuries in the Maxillofacial Region: A Report of 2 Cases and Review of the Literature //J Oral Maxillofac Surg. 2016 Jun; 74(6):1198.e1-9.\

114. Matushka, A.M. Biomechanical and biochemical outcomes of porcine temporomandibular joint disc deformation. *Arch. Oral Biol.* – 2016. – Vol. 64. – P. 72–79.
115. Mourad MS, Splieth CH, Alkilzy M. Obliteration after recurrent dental trauma in a 7-year-old patient: 4-year follow-up // *Quintessence Int.* 2018; 49(4):287-291.
116. Muraki Y, Akashi M, Ejima Y. Dental intervention against osteoradionecrosis of the jaws in irradiated patients with head and neck malignancy: a single-arm prospective study. // *Oral Maxillofac Surg.* 2019 Sep; 23(3):297-305.
117. Nonoyama T, Shimazaki Y, Nakagaki H, Tsuge S. Descriptive study of dental injury incurred by junior high school and high school students during participation in school sports clubs. // *Int Dent J.* 2016 Dec; 66(6):356-365.
118. Omolehinwa TT, Akintoye SO. Chemical and Radiation-Associated Jaw Lesions // *Dent Clin North Am.* 2016 Jan; 60(1):265-77.
119. Reymus M, Fotiadou C, Hickel R, Diegritz C. 3D-printed model for hands-on training in dental traumatology. // *Int Endod J.* 2018 Nov; 51(11):1313-1319.
120. Sekulic M, Köhl S, Connert T, Krastl G, Filippi A. Dental and jaw injuries sustained by hooligans. // *Dent Traumatol.* 2015 Dec; 31(6):477-81.
121. Sener E, Onem E, Akar GC. Anatomical landmarks of mandibular interforaminal region related to dental implant placement with 3D CBCT: comparison between edentulous and dental mandibles. // *Surg Radiol Anat.* 2018 Jun; 40(6):615-623
122. Shand JM. Paediatric oral & maxillofacial surgery. // *Aust Dent J.* 2018 Mar; 63 Suppl 1:S69-S78.
123. Sharma S, Wactawski-Wende J, LaMonte MJ. Incident injury is strongly associated with subsequent incident temporomandibular disorder: results from the OPPERA study. // *Pain.* 2019 Jul; 160(7):1551-1561.
124. Shelley A, Tinning J, Yates J, Horner K. Potential neurovascular damage as a result of dental implant placement in the anterior maxilla // *Br Dent J.* 2019 May; 226(9):657-661.

125. Snäll J. Influence of perioperative dexamethasone on delayed union in mandibular fractures: a clinical and radiological study [Text] / J. Snäll, S. Apajalahti, A.L. Suominen // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2015. – Vol. 20. – P. 621–626.
126. Sultan A, Hanna GJ, Margalit DN et al. The Use of Hyperbaric Oxygen for the Prevention and Management of Osteoradionecrosis of the Jaw: A Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center Multidisciplinary Guideline. //Oncologist. 2017 Mar; 22(3):343-350.
127. Tan SL, Peng SY, Wan L, Chen JM, Xia WT. Analysis of dental injuries with clinical implications: A forensic case report. // Med Sci Law. 2018 Jan;58(1):58-61.
128. Tulkumbayev, A.R. Clinical and roentgenologic and electromiographic assessment of mandibul-maxillary fixation in treatment of patients with fractures of the 175 lower jaw // Медицина и экология. – 2018. – №1 (86). – С. 105–108.
129. Vilela ABF, Soares PBF, de Oliveira FS, Garcia-Silva TC, Estrela C, Versluis A, Soares CJ. Dental trauma on primary teeth at different root resorption stages-A dynamic finite element impact analysis of the effect on the permanent tooth germ // Dent Traumatol. 2019 Apr; 35(2):101-108.
130. Weinberg FM, Speksnijder CM, Forouzanfar T, Rosenberg AJWP. Articular soft tissue injuries associated with mandibular condyle fractures and the effects on oral function. // Int J Oral Maxillofac Surg. 2019 Jun; 48(6):746-758.
131. Winegar, B.A. Spectrum of critical imaging findings in complex facial skeletal trauma / B.A. Winegar, H. Murillo, B. Tantiwongkosi // Radiographics. – 2013. – Vol. 33. – № 1. – P. 3–19
132. Zhang W, Zhang Z, Chen S et al. Mandibular Jaw Bone Regeneration Using Human Dental Cell-Seeded Tyrosine-Derived Polycarbonate Scaffolds. //Tissue Eng Part A. 2016 Jul; 22(13-14):985-93.

QISQARTMALAR RO‘YXATI

AK – ambulator karta
VK – viloyat kasalxonasi
DSEN – davlat sanitar-epidemiologik nazorati
DT – dalilli tibbiyot
JJ – jinoiy javobgarlik
JK- jinoyat kodeksi
JPK – jinoyat-protsessual kodeksi
JSST – Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
KSTE – komission sud-tibbiy ekspertiza
PAT – patologoanatomik tekshiruvlar
PJ – pastki jag‘
SSBB – sog‘liqni saqlash bosh boshqarmasi
SSV – sog‘liqni saqlash vazirligi
STE – sud-tibbiy ekspertiza
TY – tibbiy yordam
TYN – tibbiy yordam nuqsoni
TPM – tibbiy-profilaktika muassasasi
TSQ – tibbiy-sanitariya qismi
TF – tibbiy faoliyat
TXKH – tibbiyot xodimining kasbiy huquqbuzarligi
ShK – shahar kasalxonasi
ShTY – shoshilinch tibbiy yordam
YJ – yuqori jag‘

MUNDARIJA

KIRISH	3
I BOB. JAG‘ SUYAKLARI SHIKASTLANISHLARI HOLATLARIDA SUD TIBBIY BAHOLASHNING ZAMONAVIY TALQINI	7
§ 1.1. Jag‘ suyaklari jarohatlari turlari, tasnifi, mexanizmi	7
§ 1.2. Jag‘ suyaklari jarohatlarida sud-tibbiy ekspertiza o‘tkazish	14
II BOB. JAG‘ SUYAKLARI JAROHATLARINING SUD-TIBBIY JIHATLARI USLUBIYOTI VA MONITORINGI	20
III BOB. JAG‘ SUYAKLARI JAROHATLARINING SUD-TIBBIY JIHATLARI.....	30
§ 3.1. Jag‘ suyaklari jarohatlari xususiyatlari, shikastlanish mexanizmi	30
§ 3.2. Yuqori jag‘ suyagi sinishlari xususiyati	37
§ 3.3. Pastki jag‘ suyaklari sinishlari xususiyati	59
IV BOB. JAG‘ SUYAKLARI JAROHATLARIDA SUD-TIBBIY EKSPERTIZA O‘TKAZISH XUSUSIYATLARI	67
§ 4.1 Jag‘ suyaklari jarohatlarida sud-tibbiy ekspertiza o‘tkazish	67
§ 4.2 Jag‘ suyaklari jarohatlarining og‘irlik darajasini ekspert tomonidan baholash	69
QISQARTMALAR RO‘YXATI	92