

М.И. ВАНСВАНОВ, А.М. ИЛЬЯСОВ, Э.К. ИЛЬЯСОВА, А.М. ИЛЬЯСОВА, М.А. УРИСТЕНОВ, Е САН ХЕК
 Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ОБЗОР ВОПРОСОВ КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы подтвердил необходимость принятия единой классификации переломов верхней челюсти, поскольку предложенные в настоящее время классификации либо не в полной мере отражают варианты повреждений, практические аспекты лечения, либо не соответствуют их зарубежным аналогам. Наиболее рациональным является использование классификации неогнестрельных переломов верхней челюсти и их осложнений, предложенная Тимофеевым А.А. 1998г.

Ключевые слова: неогнестрельные переломы верхней челюсти, классификация, смещение отломков, кости средней зоны лица, клиника.

Переломы верхней челюсти составляют от 2 до 6 % переломов костей лица. В последние десятилетия эти показатели увеличились до 8 – 9 %. Многообразие повреждений челюстно-лицевой области, а также растущие контакты с иностранными специалистами диктуют необходимость принятия единой классификации, поскольку предложенные в настоящее время классификации либо не в полной мере отражают варианты повреждений и практические аспекты лечения, либо не соответствуют их зарубежным аналогам. Это особенно важно, учитывая процесс реформирования системы медицинского образования республики Казахстан, в рамках ее интеграции с международными стандартами.

Цель работы: Провести литературный обзор по вопросу классификации переломов верхней челюсти.

Результаты и обсуждение:

В отечественной и иностранной литературе при определении типов переломов верхней челюсти используется классификация R. Le Fort (1901), описавшего различные типы переломов, выявленные им экспериментальным путем. По описанию R. Le Fort, линии перелома проходят: верхняя (Ле Фор I) - через кости носа, лобный отросток верхней челюсти, дно глазницы и далее через лобно-скуловой шов к крыловидным отросткам основной кости; средняя (Ле Фор II) - через кости носа, лобный отросток верхней челюсти, дно глазницы, скуло-челюстной шов и далее к крыловидным отросткам; нижняя (Ле Фор III) - параллельно основанию альвеолярного отростка.

Данная классификация использовалась в клинической практике с изменениями и дополнениями. Г.Шредер (1916) описал тип II (когда линии перелома проходят через скуло-челюстной шов) как тип I, тип I — как тип II

Близкими по клиническому течению к переломам 1 и 2 типа по классификации Лефор являются варианты Вассмунда М. (Wassmund (1927)), которые отличаются тем, что в движениях не участвуют кости носа, т.к. линия перелома проходит от верхнего края грушевидного отверстия к нижне - медиальному углу глазницы (так называемая "медиальная косая линия") и дальше идет по линиям, описанным при втором и третьем типе переломов верхней челюсти. То есть кости носа не повреждены. Вассмунд 1 - это перелом по типу Лефор 2, но без повреждения костей носа. Вассмунд 2 - это перелом по типу Лефор 1, но без повреждения костей носа (Рисунок 1).



Рисунок 1 - а) Перелом верхней челюсти по типу Вассмунд I, б) Вассмунд II (схема)

В 1931 году Б.Б. Брандсбург описал свою классификацию переломов верхней челюсти, в которой в одну группу выделяются переломы тела верхней челюсти, а в другую - сочетанные переломы тела и отростков.

R. Duchange (1925) в своей книге допускал возможность частичных переломов в переднем и боковом отделах без нарушения связей между верхней челюстью с другими костями лица наряду с переломами по типу Герена.

V.Kazançian все переломы группировал следующим образом: а) простые переломы альвеолярного отростка; б) частичные переломы верхнечелюстной кости; в) переломы с перфорацией; г) переломы всей верхней челюсти; д) переломы с потерей костной ткани.

A.McIndoe (1941) делил все переломы костей лица на две группы: сагиттальные (фронтальные) и поперечные.

В первой группе три подгруппы: 1) когда наружный нос вдавливаются в носовую полость с нарушением перегородки носа, без нарушения смыкания зубов и поперечных переломов альвеолярных отростков; 2) когда повреждается весь

центральный блок лица, находящийся над альвеолярным отростком, с участием скуловых и решетчатых костей; 3) когда область повреждения доходит до передней черепной ямки.

Во второй группе также три подгруппы: 1) когда имеется перелом только скуловой дуги, которая может смещаться в гайморову пазуху; 2) когда имеется перелом скуловой кости с внедрением ее в пазуху с широким расхождением лобно-скулового шва; 3) когда наряду с указанными повреждениями имеется перелом венечного или суставного отростка нижней челюсти.

В 1942 г. Elich предложил классификацию, в которой объединяет переломы верхней челюсти с другими костями средней зоны лица, различая: 1) поперечные переломы верхней челюсти с полным отделением челюстных костей от остального черепа; 2) пирамидальные переломы, простирающиеся кверху через обе гайморовы пазухи к области решетчатой кости и основанию носа; 3) поперечные лицевые переломы, проходящие через основание носовой и решетчатой области и поперек глазных орбит к скуловым дугам.

В классификации Г.Х.Карпилова (1948) все повреждения верхней челюсти разделяются на три пояса: стоматологический, при котором повреждается в основном альвеолярный отросток; ринологический, когда в повреждение вовлечен нос и его придаточные пазухи; рино-офтальмологический, когда в повреждение вовлечена глазничная область.

И.Г.Лукомский (1943) выделял три группы переломов: альвеолярного отростка; суборбитальные (околоорбитальные), зона которых проходит через гайморовы пазухи; суббазальные (субкраниальные), при которых верхняя челюсть отделяется от основания черепа.

Оценка тяжести состояния положена в основу классификации Н.Н. Лозанова и И.М. Утробина (1945), различавших четыре группы повреждений: повреждения сравнительно легкие (малое обезображивание и малые функциональные расстройства); повреждения умеренно тяжелые (большие обезображивания при малых функциональных расстройствах и наоборот); повреждения тяжелые (большое обезображивание и значительные функциональные расстройства, но поддающиеся частично исправлению); повреждения весьма тяжелые (функциональные расстройства и обезображивание, не поддающиеся устранению).

В.Ю. Курляндский, развивая классификацию Лукомского, предложил свою классификацию (1947, 1962). Группа 1 - переломы альвеолярного отростка в пределах зубного ряда при наличии зубов на отломках: а) перелом альвеолярного отростка в пределах зубного ряда (частичный); б) полный двусторонний перелом альвеолярного отростка с дефектом кости или без дефекта. Группа 2 - суборбитальные переломы: а) перелом в пределах зубного ряда со вскрытием гайморовой пазухи и дефектом неба; б) односторонний перелом со вскрытием гайморовой пазухи и дефектом неба; в) двусторонний перелом со вскрытием гайморовой пазухи; г) дырчатый перелом. Группа 3 - суббазальные переломы: а) отрыв челюсти; б) раздробление всей верхней челюсти. Группа 4 - переломы отдельных костей лицевого скелета: а) перелом носовых костей; б) перелом скуловой дуги.

П.З. Аржанцев и соавт. (1975) различают пять типов переломов верхнего отдела лицевого скелета: первый - перелом скуловой кости; второй - перелом носовых костей; третий - перелом альвеолярного отростка; четвертый - перелом в суборбитальной зоне; пятый - суббазальный перелом по месту соединения верхней челюсти и скуловой кости с остальными костями черепа.

Б.Д. Кабаков и В.А. Мальшев (1981) выделяют следующие локализации переломов костных структур средней зоны лица: перелом альвеолярного отростка; проникающее повреждение стенки верхней челюсти; поперечный перелом верхней челюсти; сагиттальный перелом верхней челюсти; суборбитальный перелом верхней челюсти; суборбитальный перелом в сочетании с переломом одной или двух скуловых костей; суббазальный перелом.

Из новейших классификаций предложенных специалистами стран СНГ, известна классификация Ю.А.Никанорова и соавт. 2004 г. За основу взята система TNM, предложенная онкологами, а также классификацию переломов скулового комплекса «1-5 СПО», предложенную В.А. Маланчуком (1984). Для обозначения костей средней зоны лица используется буквенное обозначение: верхнечелюстная кость - М (maxillae), скуловая кость - Z (zygomaticus), кости носа - N (nasis).

Характер линии перелома и локализацию также уточняют буквенные и числовые индексы: оскольчатый перелом - f (fragmentation), открытый перелом - o (open), закрытый перелом - cl (closed), наличие смещения - i (interposition), левосторонние переломы - s (sinister), правосторонние - d (dextra). Наличие перелома тела и отростков также указывается индексом: тело - c (corpus), отросток - p (processus).

Таким образом, изложенный выше обзор литературных источников показал, что существующие классификации либо излишне упрощены, либо излишне громоздки. Попытки насыщения классификации буквами и индексами приводит к ненужному усложнению. Не смотря на многочисленные варианты предлагаемых классификаций чаще практические врачи придерживаются классификации R. Le Fort (1901), согласно которой переломы верхней челюсти являются двусторонними, а линии их проходят симметрично. В тоже время клинический опыт и данные литературы свидетельствуют, что это не всегда соответствует действительности.

На наш взгляд наиболее рациональным является использование классификации неогнестрельных переломов верхней челюсти и их осложнений, предложенная Тимофеевым А.А. 1998г.

I. Изолированные переломы верхней челюсти.

1. Переломы тела верхней челюсти:

- 1) односторонние (сагиттальные),
- 2) типичные (по классификации Лефор, Вассмунда),
- 3) комбинированные,
- 4) атипичные;

2. Переломы отростков верхней челюсти:

- 1) альвеолярного,
- 2) лобного,
- 3) небного.

3. Оскольчатые переломы (тела и отростков).

II Сочетанные переломы верхней челюсти:

- 1) с черепно - мозговыми повреждениями;
- 2) с повреждениями других костей;
- 3) с ранением мягких тканей.

III Осложнения переломов верхней челюсти:

- 1) ранние осложнения (ранение и смещение глазного яблока, повреждение сосудов и нервов, подкожная эмфизема лица, менингит и др.);
- 2) поздние осложнения (парез и паралич мимической мускулатуры лица, птоз, остеомиелит, гайморит, деформация лица и др.).

Безусловно, данная классификация не является универсальной, описывающей все, исчерпывающей многообразие переломов верхней челюсти. Однако, ее применение, благодаря включению общепринятых систем и понятий, делает ее понятной широкому кругу специалистов, в том числе и иностранными. В конечном счете это обеспечивает преемственность в лечебном процессе и разработку оптимального плана лечения пострадавших.

Выводы:

1. Введение единой классификации переломов верхней челюсти, с целью ее применения в лечебных а также учебных медицинских учреждениях республики Казахстан с одной стороны, и ее интеграции с системами принятыми зарубежом с другой стороны, является актуальной проблемой и не решена полностью.
2. Классификация предложенная Тимофеевым А.А. 1998г, в настоящее время является наиболее полной и актуальной формой систематизации переломов верхней челюсти и их осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Иващенко, Н.И. Травмы челюстно-лицевой области и их последствия Н.И. Иващенко. - СПб.: 2001. – 129 с.
- 2 Н.М.Александрова Клиническая оперативная челюстно- лицевая хирургия: руководство для врачей. – Л.: Медицина, 2002. – 448 с.
- 3 В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - М.: Медицина, 2000. - 776 с.
- 4 Н.А.Тимофеев Руководство по челюстно-лицевой-хирургии и хирургической стоматологии. -Киев: Червоно-Рута-Турос, 2002. – 388 с.
- 5 Трунин, Д.А. Травмы средней зоны лица. - М.: СамГМУ, 2001.-164 с.
- 6 Iida S, Kogo M, Sugiura T, Mima T, Matsuya T. Retrospective analysis of 1502 patients with facial fractures // Int J Oral Maxillofac Surg. - 2001. - Vol.30. - №4. - P.286-290.
- 7 Tsai C.-C., Cheng L.-H.S., Lu T.-H. Maxillofacial fractures - A review of 417 cases // J. of Taiwan Otolaryngology - Head and Neck Surgery. – Taiwan: 1999. - Vol.34. - №4. - P.298-303.
- 8 McIndoe A. Fractures of the middle third of the face // The dental treatment of Maxillofacial injuries. – Oxford: 1944. - P.414. - 416.

М.И. ВАНСВАНОВ, А.М. ИЛЬЯСОВ, Э.К. ИЛЬЯСОВА, А.М. ИЛЬЯСОВА, М.А. УРИСТЕНОВ, Е САН ХЕК ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СЫНЫҚТАРДЫҢ ТОПТАСТЫРУЛАРЫ СҰРАҚТАРЫНЫҢ ШОЛУЫ

Түйін: Отандық және шетелдік әдебиеттерге талдау өткізу барысында мынадай қорытындыға келдік - жоғарғы жақ сынықтарын бірыңғай топтастыру қажет, өйткені қазіргі кездегі берілген топтамаларда зақымдану нұсқалары, емдеу жолдары толық көрсетілмеген, немесе осы топтамалар шетелдік аналогтарға сәйкес келмейді. Ең тиімдісі деп 1998 ж. А.А. Тимофеев ұсынған жоғарғы жақ сынықтары мен асқынудың топтастырылуы қолданылады.

Түйінді сөздер: жоғарғы жақ оқтан емес болған сынықтары, топтастыру, үзінділерінің жылжыту, орта аймағының сүйектер, клиникасы.

M.I. VANSVANOV, A.M. ILYASOV, E.K. ILYASOVA, A.M. ILYASOVA, M.A. URISTENOV, E SAN HECK REVIEW OF CLASSIFICATION OF FRACTURES OF THE UPPER JAW

Resume: The analysis of domestic and foreign literature has confirmed the neediness for a uniform classification of fractures of the upper jaw, because currently proposed classifications can't fully reflect the variants of damages, the practical aspects of the treatment, or do not comply with their foreign counterparts. The most rational is to use classification of not gunshot fractures of the upper jaw and their complications, suggested by Timofeev AA at 1998.

Keywords: not gunshot fractures of the upper jaw, classification, displacement of fragments, midface bone, clinic