Комбинированные врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой локализации

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M19.0, M19.1, M19.2, M19.8 · Ассоциация общественных объединений "Стоматологическая Ассоциация России", ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Рекомендация посвящена врождённым и приобретённым дефектам мягких тканей и костей челюстно-лицевой области, особенно у детей. Основные задачи — своевременно оценить анатомические и функциональные нарушения, выбрать реконструкцию с учётом возраста и подготовить пациента к длительной поэтапной реабилитации.

Главное

- Дефекты могут быть врождёнными либо приобретёнными — вследствие заболеваний, травм или последствий лечения; они нарушают целостность костных структур и мягких тканей, функции жевательного и речевого аппарата, внешний вид, качество жизни и социальную адаптацию.
- У детей объём дефекта челюстно-лицевой области определяют на предоперационном этапе; оптимальный вариант реконструкции планируют исходя из возраста пациента, объёма и локализации дефекта, а также с учётом возможности послеоперационной реабилитации, включая внутрикостную зубную имплантацию. УУР С, УДД 4.
- При значительном костном дефекте, нарушении жевания, речи или дыхания, выраженной асимметрии, неэффективности консервативного лечения, необходимости подготовки к ортодонтическому лечению или профилактики осложнений показано хирургическое восстановление.
- Для детей младшего возраста при значительных дефектах нижней челюсти используют растущие эндопротезы; у пациентов старшего возраста возможна микрохирургическая реконструкция васкуляризированным лоскутом. УУР С, УДД 4.
- Перед плановой операцией полость рта должна быть санирована. Всем детям с дефектами ЧЛО необходимо физикальное обследование для уточнения диагноза и определения тактики лечения: оценка общего состояния, осмотр ЧЛО и полости рта, пальпация ЧЛО.
- Антибактериальная профилактика показана при хирургическом закрытии костного дефекта. Обычно препарат вводят однократно за 30–60 минут до разреза; при операции дольше двух периодов полувыведения возможна дополнительная доза, а профилактику обычно прекращают не позднее 24 часов.
- После операции требуется реабилитация: контроль состояния пересаженного лоскута, питание в раннем послеоперационном периоде, ортопедическое и ортодонтическое лечение, дентальная имплантация и окончательное протезирование по показаниям.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез у ребёнка и сопровождающих: нарушения жевания, глотания и речи, боль, эстетические проблемы, ограничения активности; уточните семейный анамнез, течение беременности, травмы, операции, инфекции, опухоли, ранее проведённое ортодонтическое лечение и социальную адаптацию.
2. Проведите общий осмотр, осмотр лица и полости рта, пальпацию челюстно-лицевой области и регионарных лимфоузлов. Оцените рубцы, сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой, смещаемость фрагментов, смыкание губ и век, объём открывания рта, состояние зубов и чувствительность кожи. УУР С, УДД 4–5.
3. При патологии полости рта выполните перкуссию зубов и определите патологическую подвижность; перед плановой операцией санация полости рта обязательна. При сопутствующей патологии привлеките терапевта, при нарушениях зрения — офтальмолога, при неврологических симптомах — невролога, при патологии ЛОР-органов — оториноларинголога.
4. Перед плановой операцией выполните общий анализ крови и мочи, биохимические показатели, включая белок, альбумин, ферритин, трансферрин, мочевину, креатинин, билирубин, глюкозу, АЛТ и АСТ, а также коагулограмму, определение группы крови и резус-фактора, маркеры вирусных гепатитов В и С и ВИЧ.

5. Для оценки дефекта выполните КТ лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трёхмерной реконструкцией. Ортопантомографию используют как скрининговый метод, если технически невозможно провести КТ. УУР С, УДД 4.
6. При планировании свободного лоскута обследуйте донорскую и реципиентную сосудистые зоны: применяйте дуплексное сканирование, по показаниям — допплерографию, КТ-ангиографию или МР-ангиографию.

Лечение

- До операции определите объём дефекта и выберите реконструкцию с учётом возраста, объёма и локализации дефекта, а также будущей послеоперационной реабилитации, включая внутрикостную зубную имплантацию. Для фиксации костных фрагментов и свободных лоскутов используйте индивидуальные металлоконструкции и суставные ямки. УУР С, УДД 4.
- Для детей 0–12 лет при значительных дефектах нижней челюсти применяйте растущие эндопротезы; в дальнейшем возможна плановая микрохирургическая реконструкция васкуляризированным лоскутом с последующим протезированием. УУР С, УДД 4.
- При кожных дефектах сначала рассматривайте пластику местными тканями. Свободный полнослойный трансплантат применяют на хорошо кровоснабжаемой небольшой ране без признаков инфицирования; свободный расщеплённый трансплантат используют, в том числе для обширных поверхностей, увеличивая площадь сетчатого лоскута в 3–6 раз.
- При свободной пересадке кожи по Тиршу используют участки шириной 2–3 см и длиной 4–5 см; трансплантат фиксируют на раневой поверхности 7–10 суток. Для рубцовых деформаций применяют ротационные лоскуты на сосудистой ножке или экспандерную дермотензию.
- Васкуляризированный трансплантат выбирают по локализации и протяжённости дефекта, объёму мягкотканного компонента и состоянию сосудов. Малоберцовую кость используют при дефектах категорий I, III и V; подвздошный гребень или ребро — при изолированных дефектах категорий III–IV; при обширном дефекте твёрдого нёба возможны кожно-фасциально-костный лоскут предплечья с фрагментом лучевой кости или малоберцовый трансплантат. УУР С, УДД 4.
- При обширном сочетанном костно-мягкотканном дефекте сначала можно восстановить мягкотканную выстилку, а через 6–8 месяцев выполнить микрохирургическую костную реконструкцию. Микрохирургические операции проводят в стационарах с хирургическим микроскопом и оснащённой палатой интенсивной терапии.
- Антибактериальную профилактику проводите внутривенно капельно: большинство препаратов вводят за 30–60 минут до разреза, ванкомицин — за 120 минут до разреза. При внутриротовом доступе, риске сообщения раны с полостью рта или использовании фиксирующих металлоконструкций применяют цефазолин с метронидазолом, цефуроксим с метронидазолом или амоксициллин с клавулановой кислотой; альтернативно — ванкомицин с клиндамицином. Разовая доза клиндамицина у детей — 10 мг/кг внутривенно.
- Объёмные реконструктивные операции у детей выполняйте под общим обезболиванием. При операциях на нижней челюсти обычно используют комбинированный эндотрахеальный наркоз с интубацией через нос; при других вмешательствах допустима интубация через рот.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при развитии осложнений.
- Плановая госпитализация нужна для оперативного вмешательства или инструментального исследования под наркозом.
- После операции пациента выписывают при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению, неосложнённом послеоперационном периоде, удовлетворительном положении отломков и отсутствии прогрессирующего гнойно-воспалительного процесса.
- После операции направляйте пациента на регулярное наблюдение хирурга, стоматолога-ортопеда и стоматолога-терапевта не реже одного раза в 6 месяцев; при подозрении на рецидив или вторичную деформацию нужны дополнительные исследования.

Частые вопросы

Когда ребёнку с дефектом челюстно-лицевой области нужна операция?

При значительном костном дефекте, нарушении жевания, речи или дыхания, выраженной асимметрии, неэффективности консервативного лечения, необходимости подготовки к ортодонтическому лечению или для профилактики осложнений. Решение принимает мультидисциплинарная команда.

Какой метод реконструкции выбрать ребёнку младшего возраста?

При значительных дефектах нижней челюсти у детей 0–12 лет рекомендуются растущие эндопротезы. В старшем возрасте возможна плановая реконструкция васкуляризированным лоскутом с последующим протезированием.

Как обследовать дефект перед реконструктивной операцией?

Основной метод — КТ лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, мультипланарной и трёхмерной реконструкцией. При планировании свободного лоскута обследуют сосуды донорской и реципиентной зон.

Как проводить антибиотикопрофилактику при операции?

Препарат вводят внутривенно за 30–60 минут до разреза, обычно однократно. При продолжительности операции более двух периодов полувыведения вводят дополнительную разовую дозу; профилактику обычно прекращают не позднее 24 часов, а при высоком риске осложнений допускают продление до 24–48 часов.

Каковы основные сроки реабилитации после реконструкции?

Предварительное съёмное протезирование после замещения костного дефекта проводят через 2–3 месяца. Первый этап дентальной имплантации обычно выполняют через 6 месяцев, формирователи десны устанавливают через 4–6 месяцев после имплантации, а окончательное протезирование — через 2–3 недели после установки формирователей.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1001-kombinirovannye-vrozhdennye-i-priobretennye-defekty-i-deformacii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1001_1