Перелом верхней челюсти

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S02.4 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Перелом верхней челюсти — повреждение верхней челюсти с нарушением ее целостности. Переломы верхней челюсти по Ле-Фор — сложные переломы костей лицевого черепа, возникающие при воздействии травмирующего фактора с высокой кинетической энергией на среднюю зону лица; они часто сочетаются с повреждениями костей носа, глазницы, ЛОР-органов и черепно-мозговой травмой. Рекомендация охватывает распознавание перелома, визуализацию, исключение сочетанных повреждений, экстренную госпитализацию и выбор между ортопедическим и хирургическим лечением.

Главное

- Переломы верхней челюсти по Ле-Фор, как правило, сопровождаются сотрясением (ушибом) головного мозга и переломом основания черепа.
- Для перелома характерны нарушение прикуса, патологическая подвижность верхней челюсти, крепитация, быстро нарастающий отек мягких тканей лица, кровоизлияние в параорбитальную клетчатку, носовое кровотечение, снижение чувствительности в зоне иннервации скуло-лицевой и скуло-височной ветвей; иногда возникает назальная ликворея.
- Переломы классифицируют по Ле-Фор: I тип отделяет альвеолярный отросток и твердое небо, II формирует пирамидальный фрагмент с вовлечением нижней стенки орбиты, III полностью разъединяет лицевые кости и основание черепа и включает скуловую кость.
- Переломы давностью до 14 дней считают свежими, 14–28 дней — застарелыми, свыше 28 дней — неправильно консолидированными; при сроке более 28 суток состояние кодируют как последствие перелома черепа и костей лица — T90.2.
- Рентгенографию выполняют минимум в двух проекциях; перед операцией нужна компьютерная томография челюстно-лицевой области для уточнения объема повреждения (УУР С, УДД 4).
- Рентгенологически подтвержденный перелом верхней челюсти — показание к экстренной госпитализации; плановая госпитализация для этого состояния не предусмотрена.
- Через 6 недель после операции выполняют контрольную томографию лицевого отдела черепа для подтверждения консолидации отломков в правильном положении и исключения посттравматического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе (УУР С, УДД 4).

Диагностика

1. Уточнить механизм травмы, дату и время, обстоятельства происшествия, наличие кровотечения из носа, головокружения, тошноты, рвоты, головной боли, потери сознания и амнезии. Оценить сознание для определения показаний к консультации невролога или нейрохирурга (УУР С, УДД 4–5).
2. Собрать жалобы: боль, отек и кровоподтеки, изменение формы лица и прикуса, носовое кровотечение, снижение чувствительности лица или зубов, ограничение открывания рта и затруднение носового дыхания.
3. Провести осмотр, пальпацию и перкуссию лица и полости рта; оценить прикус, подвижность и крепитацию отломков, подкожную эмфизему, носовое кровотечение, чувствительность в зоне подглазничного нерва и симптом «очков» (УУР С, УДД 4–5).
4. Оценить признаки повреждения глазницы и органа зрения: энофтальм, гипофтальм или экзофтальм, диплопию, нарушения движений глаз, снижение остроты зрения, гифему и анизокорию. При подозрении на ликворею использовать пробу двойного пятна или носового платка (УУР С, УДД 5).
5. Выполнить рентгенографию минимум в двух проекциях; при необходимости использовать прямую и боковую проекции черепа, аксиальную и полуаксиальную проекции. При планировании операции или недостаточной информативности рентгенографии провести КТ или конусно-лучевую томографию лицевого отдела черепа (УУР С, УДД 4).
6. Всем пациентам провести первичный осмотр невролога или нейрохирурга для подтверждения или исключения ЧМТ. При признаках повреждения ЛОР-органов привлечь оториноларинголога, при нарушениях зрения или глазодвигательной функции — офтальмолога (УУР С, УДД 4–5).

7. Лабораторные исследования выполнить при подготовке к операции для исключения противопоказаний; этанол исследовать при подозрении на острую алкогольную интоксикацию, а также если травма связана с ДТП или производством (УУР С, УДД 4–5).

Лечение

- До уточнения тактики наложить транспортную иммобилизацию верхней челюсти бинтовой подбородочно-теменной повязкой, эластичной подбородочной пращей или стандартной транспортной повязкой; цель — уменьшить боль и кровотечение (УУР С, УДД 5). При бессознательном состоянии, тошноте или рвоте иммобилизацию не выполняют из-за риска асфиксии.
- Обезболивание выбирать по интенсивности боли: при слабой боли — парацетамол; при умеренной — парацетамол в сочетании с ибупрофеном, диклофенаком, кеторолаком или кетопрофеном либо опиоиды в комбинации с неопиоидными анальгетиками; при интенсивной боли — опиоиды. При ЧМТ опиоиды противопоказаны (УУР С, УДД 5).
- При планировании операции проводить периоперационную антибиотикопрофилактику. Один из вариантов: цефазолин 2,0–3,0 г плюс метронидазол 0,5–1,0 г, либо цефуроксим 1,5 г плюс метронидазол 0,5–1,0 г, либо амоксициллин/клавулановая кислота 1000 мг/200 мг внутривенно за 30–60 минут до разреза. Ванкомицин 15 мг/кг вводят за 120 минут до разреза; при аллергии на бета-лактамы возможен клиндамицин 0,6–0,9 г ± гентамицин 1,5 мг/кг, но не более 120 мг (УУР С, УДД 5).
- Антибиотикопрофилактику проводят однократно; дополнительную дозу вводят при операции продолжительностью более двух периодов полувыведения препарата или при массивной кровопотере. Если профилактику продлевают, препарат отменяют не позднее 24 часов после операции, даже при наличии дренажа (УУР С, УДД 5).
- При удовлетворительном положении, когда возможны репозиция и иммобилизация, применяют ортопедический метод: назубные шины или внутрикостные винты диаметром 1,5–2,0 мм с межчелюстной эластичной тягой и последующей подбородочной пращевидной повязкой (УУР С, УДД 4). Метод не используют при ЧМТ средней или тяжелой степени, нестабильности основных гемодинамических параметров, тошноте, рвоте или нецелесообразности ортопедической репозиции.
- При выраженном смещении или значительной подвижности отломков выполняют открытую репозицию и остеосинтез накостными титановыми или биодеградируемыми пластинами с соответствующими винтами под общим обезболиванием (УУР С, УДД 4–5). После операции проверяют прикус и выполняют контрольную КТ.
- При нарушении сосания, жевания и глотания назначают первую челюстную диету с кормлением через желудочно-кишечный зонд; при сохраненных сосании и глотании — вторую челюстную диету с пищей кашицеобразной, сметанообразной консистенции (УУР С, УДД 5).
- При нарушении целостности стенок верхнечелюстного синуса назначают деконгестанты и другие местные назальные препараты для уменьшения отека слизистой, улучшения дренажа и профилактики воспаления (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать экстренно всех пациентов с рентгенологически подтвержденным переломом верхней челюсти; плановая госпитализация не предусмотрена.
- Направить на первичный осмотр невролога или нейрохирурга всем пациентам для исключения ЧМТ; при признаках повреждения ЛОР-органов — к оториноларингологу, при симптомах поражения органа зрения — к офтальмологу.
- После операции выписка возможна при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению, удовлетворительном положении отломков, отсутствии ликвореи и прогрессирующего гнойно-воспалительного процесса.
- Через 6 недель после операции направить на контрольную томографию лицевого отдела черепа для подтверждения консолидации и исключения посттравматического воспаления верхнечелюстной пазухи (УУР С, УДД 4).

Частые вопросы

Какие признаки наиболее подозрительны на перелом верхней челюсти?

Изменение прикуса, патологическая подвижность верхней челюсти, крепитация, снижение чувствительности в области лица, отек и кровоизлияние в параорбитальную клетчатку, носовое кровотечение и изменение формы средней зоны лица. Возможны также назальная ликворея и нарушение зрения.

Какие исследования нужны при подозрении на перелом верхней челюсти?

На диагностическом этапе выполняют рентгенографию минимум в двух проекциях. Для планирования операции или уточнения объема повреждения проводят КТ лицевого отдела черепа; при необходимости возможна конусно-лучевая томография.

Когда применяют ортопедическое лечение?

Ортопедический метод применяют для попытки репозиции и иммобилизации при переломе, если возможно получить удовлетворительное положение отломков. Противопоказаниями являются ЧМТ средней или тяжелой степени, нестабильность основных гемодинамических параметров, тошнота, рвота и нецелесообразность ортопедического лечения.

Как проводить антибиотикопрофилактику при операции?

Антибиотик вводят однократно внутривенно за 30–60 минут до разреза; один из основных вариантов — цефазолин 2,0–3,0 г плюс метронидазол 0,5–1,0 г. При продолжительности операции более двух периодов полувыведения препарата или массивной кровопотере вводят дополнительную разовую дозу, а продленную профилактику прекращают не позднее 24 часов после операции.

Когда пациента можно выписать?

Выписка возможна при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре, удовлетворительном положении отломков, отсутствии ликвореи и прогрессирующих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области травматического генеза.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/632-perelom-verhnej-chelyusti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/632_2