Перелом скуловой кости

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 скуловой кости — травматическое повреждение с нарушением целости кости или ее соединений с соседними костями; часто страдают глазница, верхнечелюстная пазуха и подглазничный нерв. Рекомендация посвящена диагностике, выбору консервативной или хирургической тактики, обезболиванию, профилактике инфекции и наблюдению пациентов.

Главное

- Классификация включает переломы скуловой кости, скуловой дуги и одновременные переломы обеих структур; каждый вариант может быть без смещения или со смещением.
- По характеру линии перелома выделяют линейные и оскольчатые переломы.
- Свежим считают перелом в первые 14 суток, застарелым — через 14–28 суток, неправильно консолидированным — свыше 28 суток. После 28 суток состояние кодируют как последствия перелома черепа и костей лица — T90.2.
- Наиболее характерны боль, отек, уплощение скуловой области, ограничение открывания рта, ступенька по нижнему краю глазницы или скуло-альвеолярному гребню, носовое кровотечение и онемение подглазничной зоны.
- Диплопия может не проявляться на ранних сроках после травмы из-за отека тканей орбиты, поэтому появление этого симптома оценивают в динамике.
- Операция показана при смещении отломков, а также при функциональных или эстетических нарушениях; тяжелые заболевания в стадии декомпенсации являются противопоказанием. Если после лечения удается улучшить состояние, операция становится возможной.
- При отсутствии выраженного смещения костных отломков дна глазницы используют рекомендации для перелома скуловой кости; при наличии выраженного смещения — рекомендации по перелому дна глазницы.
- Наличие перелома скуловой кости со смещением отломков, функциональных или эстетических нарушений, сопровождающихся повреждением окружающих мягких тканей, либо сочетанной травмы является показанием к экстренной госпитализации. В рекомендации также указано, что всем пациентам с переломом кости следует госпитализироваться по неотложным показаниям.

Диагностика

1. Уточнить обстоятельства, дату и время травмы, наличие носового кровотечения и других повреждений. При головокружении, тошноте, рвоте, головной боли, потере сознания или памяти проводить верификацию черепно-мозговой травмы и своевременно назначать консультацию невролога или нейрохирурга.
2. Собрать жалобы: боль, отек, кровоподтеки, изменение формы лица, снижение чувствительности, ограничение открывания рта, нарушение движений глаз и диплопию.
3. Провести физикальное обследование: оценить общее состояние, осмотреть лицо и полость рта, пропальпировать и перкутировать челюстно-лицевую область; искать патологическую подвижность, крепитацию, подкожную эмфизему, ступеньку, носовое кровотечение и гипестезию.
4. Выполнить рентгенографию скуловых костей минимум в двух проекциях; в описанный объем входят прямая и боковая проекции черепа, а также аксиальная и полуаксиальная проекции скуловых костей.
5. Для уточнения объема повреждения, определения показаний к операции и ее планирования выполнить КТ челюстно-лицевой области; при необходимости применяют КЛКТ или МСКТ средней зоны лица.
6. При признаках черепно-мозговой травмы привлечь невролога или нейрохирурга; при повреждении ЛОР-органов — оториноларинголога; при диплопии, энофтальме, гипофтальме, гифеме, анизокории или изменении зрения — офтальмолога.
7. Лабораторные исследования рекомендуется выполнять пациентам с переломом верхней челюсти в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, исследования на инфекции, группу крови и резус-фактор. При подозрении на алкогольную или наркотическую интоксикацию выполняют соответствующее исследование биоматериала.

Лечение

- Линейный перелом со смещением лечат малотравматичной репозицией скуловой кости через прокол под скуловой костью (УУР С, УДД 5). Крючок Лимберга применяют только при изолированном переломе скуловой дуги и стабильном положении отломков; при неудачной или нестабильной репозиции целесообразно выполнение остеосинтеза.
- При оскольчатом переломе скуловой кости со смещением или отсутствии возможности стабильной фиксации отломков во время репозиции крючком Лимберга выполняют остеосинтез (УУР С, УДД 4). При вовлечении в травматический процесс дна глазницы проводят открытый остеосинтез с устранением дефекта пластическим материалом.
- Операции репозиции и остеосинтеза при переломах со смещением выполняют под общим обезболиванием (УУР С, УДД 5).
- Обезболивание выбирают по интенсивности боли: при слабой боли — парацетамол; при умеренной — парацетамол в сочетании с ибупрофеном, диклофенаком, кеторолаком или кетопрофеном либо опиоид с неопиоидным анальгетиком; при интенсивной боли — опиоиды. При черепно-мозговой травме опиоиды группы N02AJ противопоказаны.
- Перед операцией проводят периоперационную антибиотикопрофилактику. При закрытой операции наружным доступом без сообщения с полостью рта или носа: цефазолин 2,0–3,0 г либо цефуроксим 1,5 г; альтернативы — ванкомицин 15 мг/кг или клиндамицин 0,9 г. Препараты вводят внутривенно капельно за 30–60 минут до разреза, обычно однократно.
- При внутриротовом доступе, наличии риска сообщения с полостью рта или верхнечелюстной пазухой и при открытом переломе: 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. При контаминированной операции профилактику продолжают не более 24 часов.
- При операции длительнее двух периодов полувыведения антибиотика или массивной кровопотере вводят дополнительную разовую дозу; при необходимости продления профилактики препарат отменяют не позднее 24 часов после операции. При инфицированной ране проводят системную антибиотикотерапию.
- При повреждении стенок верхнечелюстного синуса назначают местные деконгестанты и другие назальные препараты.
- В пред- и послеоперационном периоде исключают пищу с выраженной жевательной нагрузкой, включая мясо, орехи и сухари (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при смещении отломков, функциональных или эстетических нарушениях с повреждением окружающих мягких тканей, а также при сочетанной травме.
- Направить к неврологу или нейрохирургу при головной боли, головокружении, тошноте, рвоте, потере сознания или памяти; к ЛОР-врачу — при гемосинусе и других признаках повреждения ЛОР-органов; к офтальмологу — при глазодвигательных нарушениях, диплопии, энофтальме, гипофтальме, гифеме, анизокории или снижении зрения.
- После операции наблюдать пациента у челюстно-лицевого хирурга и офтальмолога 5–8 месяцев; через 4 недели выполнить контрольную рентгенографию или КТ для подтверждения консолидации и исключения воспаления верхнечелюстной пазухи.
- Выписка возможна при неосложненном послеоперационном периоде, удовлетворительном положении отломков и отсутствии прогрессирующего гнойно-воспалительного процесса.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее подозрительны на перелом скуловой кости?

Наиболее характерны уплощение скуловой области, ступенька по нижнему краю глазницы или скуло-альвеолярному гребню, ограничение открывания рта, диплопия, онемение подглазничной области и одностороннее носовое кровотечение.

Какое исследование нужно выполнить первым?

На этапе постановки диагноза выполняют рентгенографию скуловых костей минимум в двух проекциях. КТ челюстно-лицевой области нужна для уточнения объема повреждения и планирования операции.

Когда перелом скуловой кости требует операции?

Основные показания — смещение отломков и вызванные переломом функциональные или эстетические нарушения. Линейные переломы со смещением лечат репозицией, а оскольчатые переломы со смещением или нестабильные переломы — остеосинтезом.

Какая антибиотикопрофилактика нужна перед операцией?

При чистой операции используют цефазолин 2,0–3,0 г или цефуроксим 1,5 г внутривенно за 30–60 минут до разреза. При сообщении или риске сообщения с полостью рта или верхнечелюстной пазухой, а также при открытом переломе добавляют метронидазол либо используют амоксициллин/клавулановую кислоту; обычно профилактика однократная, а при контаминированной операции — не более 24 часов.

Как долго наблюдать пациента после операции?

Контрольную рентгенографию или КТ выполняют через 4 недели. Челюстно-лицевой хирург и офтальмолог наблюдают пациента в течение 5–8 месяцев для оценки положения глазного яблока и исключения гипо- и энофтальма.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/633-perelom-skulovoj-kosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/633_2