Перелом верхней челюсти и скуловой кости

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S02.4 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Рекомендация посвящена неогнестрельным переломам верхней челюсти и скуловой кости, включая повреждения средней зоны лица у детей. Главное в практике — оценить сочетанную черепно-мозговую и глазничную травму, подтвердить перелом лучевыми методами, обеспечить иммобилизацию и выбрать ортопедическое или хирургическое лечение с учетом смещения и функциональных нарушений.

Главное

- Перелом верхней челюсти или скуловой кости означает нарушение целости соответствующей кости.
- Код заболевания — S02.4.
- Если от момента перелома прошло более 28 суток, состояние кодируют как последствия перелома черепа и костей лица — T90.2.
- Переломы верхней челюсти, как правило, сопровождаются черепно-мозговой травмой и часто — переломом основания черепа.
- При головной боли, головокружении, тошноте, рвоте, потере сознания или амнезии требуется первичный осмотр невролога или нейрохирурга для исключения черепно-мозговой травмы.
- Ориентиры перелома средней зоны лица: нарушение прикуса, патологическая подвижность и крепитация, «ступенька» по краю глазницы или скулоальвеолярному гребню, носовое кровотечение, гипестезия подглазничной зоны, диплопия и ограничение открывания рта.
- Переломы скуловой кости без выраженного смещения дна глазницы ведут по данной рекомендации; при выраженном смещении дна глазницы следует пользоваться рекомендациями по перелому дна глазницы.
- Выраженное смещение фрагментов верхней челюсти или скуловой кости с функциональными либо эстетическими нарушениями — показание к хирургическому лечению; при смещении фрагментов верхней челюсти выполняют открытую репозицию и остеосинтез с использованием пластин для фиксации для черепно-лицевой хирургии. УУР С, УДД 4.
- После операции перед выпиской необходимо контрольное рентгенологическое исследование для подтверждения положения фрагментов и их стабильности. УУР С, УДД 4.
- Через 4 недели после операции рекомендовано выполнение контрольной панорамной рентгенографии верхней челюсти и скуловых костей для подтверждения сопоставления фрагментов, стабильности фиксации и исключения посттравматического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе. УУР С, УДД 5.
- Всех детей после перелома костей челюстно-лицевой области наблюдают до завершения роста; после переломов необходимы консультации и при необходимости лечение у ортодонта и детского стоматолога, а по показаниям — у оториноларинголога, офтальмолога и невролога или нейрохирурга.

Диагностика

1. Сначала уточняют механизм, дату и время травмы, наличие кровотечения из носа, головной боли, головокружения, тошноты, рвоты, потери сознания и амнезии; оценивают уровень сознания. УУР С, УДД 5; при симптомах возможной черепно-мозговой травмы — УУР С, УДД 4.
2. Проводят общий осмотр и осмотр челюстно-лицевой области, включая полость рта, затем пальпацию и перкуссию. Оценивают симметрию лица, отек, кровоподтеки, раны, подвижность и крепитацию, подкожную эмфизему, носовое дыхание и кровотечение.
3. Проверяют прикус, чувствительность лица и зубов верхней челюсти, подвижность верхней челюсти и фрагментов; при подозрении на ликворею используют пробу «двойного пятна» или «носового платка». УУР С, УДД 5.
4. Оценивают положение и движения глаз, остроту зрения, диплопию, энофтальм, гипофтальм, экзофтальм, анизокорию и гифему, чтобы выявить повреждение стенок глазницы или ретробульбарную гематому. УУР С, УДД 5.

5. На этапе диагностики выполняют рентгенографию всего черепа в одной или нескольких проекциях, включая аксиальную или полуаксиальную; при возможности проводят КТ лицевого отдела черепа для уточнения локализации и характера перелома. УУР С, УДД 4.
6. При подготовке к операции выполняют лабораторные исследования для исключения противопоказаний. Исследование на этанол показано при подозрении на алкогольную или наркотическую интоксикацию, а также при ДТП или возможном противоправном причинении травмы. УУР С, УДД 5.
7. При симптомах черепно-мозговой травмы проводят первичную консультацию невролога или нейрохирурга; всем пациентам назначают первичный осмотр оториноларинголога, а при глазодвигательных нарушениях, диплопии, изменении зрения и других признаках повреждения зрительного анализатора — офтальмолога. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При подозрении на перелом верхней челюсти выполняют транспортную иммобилизацию до завершения обследования и выбора лечения, чтобы уменьшить боль и кровотечение. Ее не проводят при бессознательном состоянии, тошноте или рвоте из-за риска асфиксии. УУР С, УДД 5.
- Обезболивание подбирают по интенсивности боли, возрасту и противопоказаниям; используют анальгетики, НПВП и другие анальгетики или антипиретики. При черепно-мозговой травме опиоиды противопоказаны. УУР С, УДД 5.
- При переломе верхней челюсти без выраженного смещения возможен ортопедический метод: назубные шины или проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное эластическое вытяжение, при необходимости — дополнительная подбородочно-теменная повязка. Метод противопоказан при тяжелой черепно-мозговой травме, нестабильной гемодинамике, тошноте, рвоте и выраженном смещении. УУР С, УДД 5.
- При смещении или выраженной подвижности фрагментов верхней челюсти выполняют открытую репозицию и остеосинтез пластинами для черепно-лицевой хирургии. При тяжелой сочетанной шокогенной травме вмешательство проводят после стабилизации состояния по принципу Damage Control. УУР С, УДД 4.
- При линейном переломе скуловой кости со смещением возможна малотравматичная репозиция через прокол под скуловой костью; если положение нестабильно или репозиция не удалась, выполняют остеосинтез. При оскольчатом переломе со смещением рекомендуется остеосинтез. УУР С, УДД 5.
- Операции репозиции и остеосинтеза при переломах со смещением выполняют под тотальной внутривенной анестезией. УУР С, УДД 5.
- При планируемой операции проводят профилактику инфекции области хирургического вмешательства: антибактериальный препарат системного действия вводят однократно, а при необходимости продолжения отменяют не позднее 24 часов после операции; при контаминированных операциях антибактериальные препараты системного действия вводят более 48 часов после операции. УУР С, УДД 5.
- При нарушении целости стенок верхнечелюстного синуса назначают деконгестанты и другие местные назальные препараты группы R01A, а также системные кортикостероиды группы H02A для уменьшения отека и улучшения дренажа. УУР С, УДД 5.
- При нарушении жевания и глотания используют назогастральное питание; при сохраненных глотательной функции и функции сосания — вторую челюстную диету. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при рентгенологически подтвержденном переломе верхней челюсти, переломе скуловой кости со смещением, а также при переломе скуловой кости без смещения у детей дошкольного и младшего школьного возраста.
- Всех пострадавших детей целесообразно обследовать в многопрофильном стационаре; детей младших возрастных групп при необходимости наблюдают в стационаре на фоне симптоматического лечения, физиотерапии и ограничения физической нагрузки.
- После хирургического лечения проводят раннюю реабилитацию с 7–10-х суток: 3–5 дней стационарно, затем 10–15 дней амбулаторно; второй этап проходит с 15-х по 45-е сутки после операции.
- При подозрении на черепно-мозговую травму направляют на первичный осмотр невролога или нейрохирурга; при любом переломе верхней челюсти или скуловой кости — к оториноларингологу, а при нарушениях зрения или движений глаз — к офтальмологу.

Частые вопросы

Когда при переломе скуловой кости нужна операция?

Операцию проводят при выраженном смещении, функциональных или эстетических нарушениях. При линейном переломе возможна малотравматичная репозиция, а при оскольчатом переломе со смещением или нестабильной репозиции выполняют остеосинтез.

Какие исследования обязательны при подозрении на перелом?

Выполняют рентгенографию всего черепа, включая аксиальную или полуаксиальную проекцию; при возможности — КТ лицевого отдела черепа.

Какие консультации проводят при подозрении на перелом?

При признаках черепно-мозговой травмы нужен осмотр невролога или нейрохирурга, всем пациентам проводят первичный осмотр оториноларинголога, а при признаках повреждения зрительного анализатора — офтальмолога.

Можно ли накладывать транспортную повязку при рвоте или нарушении сознания?

Нет. Бессознательное состояние, тошнота и рвота являются противопоказаниями к транспортной иммобилизации из-за угрозы асфиксии.

Как кормить пациента при переломе верхней челюсти?

Если нарушены жевание и глотание, используют назогастральное питание. При сохраненных глотательной функции и функции сосания применяют вторую челюстную диету с кашицеобразной или сметанообразной пищей.

Как долго наблюдать ребенка после перелома костей средней зоны лица?

Диспансерное наблюдение проводят на протяжении всего детства, до завершения роста челюстно-лицевой области. После сочетанной черепно-лицевой травмы предусмотрены осмотры через 2–4 недели, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/896-perelom-verhnej-chelyusti-i-skulovoj-kosti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/896_1