

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ “ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ”**

ТАШКЕНТ – 2025

Ректор Гауссенгского государственного
Стоматологического института
И.К. Хайдаров
2025 г.



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛЫ ПО
НОЗОЛОГИИ "ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ"**

ТАШКЕНТ – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ...Ошибка! Закладка не определена.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ» 21

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ» 35

ТАШКЕНТ - 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ»**

ТАШКЕНТ - 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Краткое содержание:

Перелом верхней челюсти – это нарушение целостности соответствующей кости, возникшее при физической нагрузке, сила которой превышает прочность костной ткани. Травма, как правило, возникает при сильном ударе в лицо (драка, ДТП, производственная или бытовая травма и т.п.), а также при обычной или даже минимальной нагрузке на фоне резкого снижения плотности кости. Такая проблема может возникнуть при выраженном остеопорозе или развитии в области челюсти злокачественной опухоли. В большинстве случаев травма требует хирургического лечения.

Коды МКБ-10- S02. 40 :

Код	Название
S02.4	Перелом скуловой кости и верхней челюсти

Национальный клинический протокол и стандарты работа Выход и снова видя Выход вероятный дата: 2024 - 2027 г.г.

Этот национальный клинический протокол и стандарты работа Выход для ответственный был организация:

Ташкентская государственная стоматология институт (ТГСИ)

Участники разработки национальных клинических протоколов и стандартов:

Члены рабочей группы «Стоматология» при организации процесса:

1. **Шомуродов К.Э.** - профессор, заведующий кафедры челюстно-лицевой хирургии, ТГСИ
2. **Хасанов А.И.** – ТГСИ, доцент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии.
3. **Амануллаев Р.А.** – ТГСИ, заведующий кафедры детской челюстно-лицевой хирургии.

Рецензенты:

Абдуллаев Ш.Ю. - профессор, болезни лица и челюсти и травматология стул руководитель, ТДСИ

Мирхайдов М.М. - тел. , заведующий кафедрой стоматологии Ташкентского международного химического университета.

Номер и дата выписки из протокола обсуждения проекта Национальных клинических протоколов на заседании многопрофильной рабочей группы: Ташкентский государственный стоматологический институт от 5 сентября 2024 года, протокол №5.

СОГЛАШАЕМСЯ на заседании совета кафедры «Стоматология» Краткое содержание дискуссии и выписка из протокола заседания (дата, номер): Ташкентский государственный стоматологический институт 11 сентября 2024 года, протокол №1.

Экспертиза и редактирование технических оценок национальных клинических протоколов и стандартов:

Мирхайдов М.М. - тел. , заведующий кафедрой стоматологии Ташкентского международного химического университета.

Экспертное заключение по оценке национального клинического протокола и стандартов экспертами Экспертной группы Минздрава:

- (ФИО, место работы, должность /звание);

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата, номер)

Сокращения список

ТГСИ	Ташкентская государственная стоматология институт
КТ	компьютер томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
СОЭ	скорость оседание эритроцитов
ЭКГ	ЭКГ
Er	эритроциты
Hb	гемоглобин
HBsAg	антигены вирусу гепатита
L	лейкоциты

Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Детский челюстно-лицевой хирург.
2. Хирург стоматолог
3. Стоматолог общей практики;
4. Врачи скорой и неотложной помощи;
5. Врачи-лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;

Категории пациентов: больные дети с переломами челюстей

- Категория пациентов, соответствующая национальному клиническому протоколу и стандартам для данной нозологии; перелом верхней челюсти есть маленькие дети- пациенты

**Шкала доказательств
(для диагностических вмешательств)**

Уровень доказательности	
1	Систематические обзоры контролируемых исследований с использованием эталонного метода или систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
2	Систематические обзоры определенных контролируемых исследований или определенных рандомизированных клинических исследований и исследований любого дизайна, за исключением систематических обзоров рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
3	Исследования, проводимые с использованием эталонного метода, которые не контролируются последовательно и не независимы от метода исследования, или нерандомизированные сравнительные исследования, включая когортные исследования.
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Основа лечения, механизм действия или мнение эксперта

**Шкала доказательств
(для профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий)**

Уровень доказательности	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа
2	Систематические обзоры отдельных рандомизированных клинических исследований и исследований любого дизайна, за исключением

	систематических обзоров рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа.
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, включая когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описания клинических случаев или серий случаев, исследования «случай-контроль».
5	Основа механизма действия препарата (доклинические исследования) или мнение экспертов

Оценочная шкала надежности рекомендаций

Уровень уверенности рекомендаций	
A	Сильная рекомендация (все рассмотренные критерии эффективности (результаты) важны, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, выводы по интересующим результатам согласованы)
B	Условная рекомендация (определенные рассматриваемые критерии эффективности (результаты) важны, методологическое качество некоторых исследований высокое или выводы об удовлетворительных и/или представляющих интерес результатах не согласованы)
C	Слабая рекомендация (нет доказательств хорошего качества, учитываются критерии эффективности, результаты) не занимает важного места, методологическое качество всех исследований низкое и выводы по интересующим результатам не согласованы.

2. Основная часть

2.1. Входить

Клинический рекомендации (лечение протокол) «перелом верхней челюсти» ниже проблемы решение делать для работа развились : - перелом с больные дети диагноз и уход заказ единственный требования набор ; - обязательный медицинский страховать основной программы работа Выход объединить и лимфаденит с больным детям медицинский помощь оптимизация ; - медицинский в организации пациенту отображается медицинский помощи существование и качество предоставлять . Этот клинический рекомендаций распространение поле медицинский стоматологический помощь показывая все уровень и организационно-правовая в формах медицинский являются организациями .

1.2. Определения :

Перелом верхней челюсти – это нарушение целостности соответствующей кости, возникшее при физической нагрузке, сила которой превышает прочность костной ткани. Травма, как правило, возникает при сильном ударе в лицо (драка, ДТП, производственная или бытовая травма и т.п.), а также при обычной или даже минимальной нагрузке на фоне резкого снижения плотности кости. Такая проблема может возникнуть при выраженном остеопорозе или развитии в области

D0%B8-

.S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10

Линия перелома идет от основания грушевидного отверстия через основание альвеолярного отростка, скулоальвеолярный гребень, бугор верхней челюсти по направлению к крыловидным отросткам, вследствие чего последний отделяется от тела челюсти обычно вместе с твердым небом. Перелом, как правило, не сопровождается большим смещением. Наблюдаются нарушение зубных рядов, подвижность отломков. Может быть кровотечение из носа, так как страдает слизистая оболочка дна гайморовой пазухи и полости носа.

Перелом II типа по Ле-Фор (средний тип), или «суборбитальный», известен как «пирамидальный» перелом. При этом типе перелома верхней челюсти возникает костный фрагмент верхней челюсти пирамидальной формы, который может смещаться относительно других костей средней зоны костей лицевого черепа. Вершина пирамиды находится чуть ниже носолобного шва. Линия перелома располагается ниже места сочленения носовых костей и лобных отростков верхней челюсти с носовой частью лобной кости, далее переходит на внутреннюю стенку глазницы, возможно захватывая слезную кость, затем на нижнюю стенку глазницы и выходит на нижнеглазничный край по скуловерхнечелюстному шву. Происходит отрыв верхней челюсти вместе с носовыми костями и частью орбиты от скуловой кости и основания черепа. При этом наблюдаются кровотечение из носа, кровоподтеки в области нижних век («симптом очков»), отек лица, нарушение прикуса вследствие смещения челюсти.

Перелом III типа по Ле-Фор (верхний тип), также известный как «черепно-лицевое разъединение» или «суббазальный» перелом, приводит к полному отделению лицевых костей от основания черепа. Перелом III типа Ле-Фор, в отличие от I и II типов, включает и перелом скуловой кости. Линия перелома располагается ниже места сочленения носовых костей и лобных отростков верхней челюсти с носовой частью лобной кости, далее переходит на внутреннюю стенку глазницы, затем на дно, образованное глазничными поверхностями верхней челюсти и скуловой кости, проходит через наружную стенку глазницы и выходит на наружный ее край в области скулолобного шва.

Линия перелома проходит также через переносицу и глазницу, но в отличие от второго типа вместе с челюстью отламывается скуловая кость, поэтому все симптомы выражены более резко.

Комментарии: в клинической практике достаточно редко встречаются переломы верхней челюсти которые абсолютно точно соответствуют типам, описанным Ле-Фор. Чаще встречается сочетание нескольких видов переломов верхней челюсти с одной или разных сторон, например: перелом верхней челюсти по типу Ле-Фор I, II справа и Ле-Фор II, III слева.

Близкими по клиническому течению к переломам Ле-Фор II и Ле-Фор III являются варианты Вассмунда, которые отличаются тем, что кости не остаются неподвижными, поскольку линия перелома проходит от верхнего края грушевидного отверстия к нижне-медиальному углу глазницы (так называемая «медиальная косая линия») и дальше идет по линиям, переломов верхней челюсти по типу Ле-Фор II и Ле-Фор III.

Вассмунд I - это перелом по типу Ле-Фор II, но без повреждения костей носа. При переломе по типу Вассмунд I перелом идет от края грушевидной апертуры через основание лобного отростка, нижнеглазничный край и далее по дну орбиты по направлению к медиальному краю нижнеглазничной щели

Вассмунд II - это перелом по типу Ле-Фор III, но без повреждения костей носа. При переломе по типу Вассмунд II линия перелома по типу Вассмунд I сочетается с переломом по скуловерхнечелюстному сочленению

Вассмунд III - линия перелома начинается по типу Вассмунд I, далее располагается горизонтально по дну орбиты, переходя на наружный ее край.

Сагиттальные (односторонние) переломы возникают, когда отламывается только одна (правая или левая) верхняя челюсть. Снаружи линия перелома проходит в типичном месте, а внутри (медиально) - по средней линии (по небному шву, соединяющему обе верхнечелюстные кости в одну верхнюю челюсть).

Переломы отростков верхней челюсти:

- альвеолярного (отламывается часть отростка с несколькими зубами), лобного (чаще бывает односторонним)
- твердого неба (возникает при падении на выступающий предмет).

Перелом передней стенки верхнечелюстной пазухи, который является оскольчатым.

Оскольчатые переломы центральных отделов верхней челюсти, сочетающиеся с переломами костей назоорбитальноэтмоидального комплекса

Классификация переломов верхней челюсти в зависимости от их давности

- Свежие (до 14 дней после травмы),
- Застарелые (от 14 до 28 дней после травмы)
- Неправильно консолидированные (свыше 28 дней после травмы).

Если от момента перелома (факта последнего движения отломков) прошло более 28 суток, то такой перелом не относится к данной группе заболеваний и кодируется по МКБ – Т90.2 – Последствия перелома черепа и костей лица.

Классификация переломов верхней челюсти в зависимости от характера линии перелома

- Линейные;
- Оскольчатые

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Механический (травматический) перелом верхней челюсти – повреждение верхней челюсти с нарушением ее целостности при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка кости. [1]

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>

Перелом верхней челюсти может наступить либо в результате прямого удара, либо вследствие сдавления лицевого черепа.

Перелом Ле-Фор I обычно возникает в результате действия горизонтальной силы, прилагаемой к передней части альвеолярного отростка верхней челюсти и направленной несколько вниз.

Переломы Ле-Фор II и III типа локализируются в верхней половине средней зоны лицевого черепа, их локализация, характер и сочетания зависят не столько от точки приложения силы, сколько от направления вектора этой силы относительно Франкфуртской горизонтали.

Горизонтальный удар в верхнюю половину средней зоны лица обычно приводит к возникновению переломов типа Ле-Фор II.

При косом ударе, направленном вниз происходит полное разъединение лицевого черепа и мозгового отдела черепа (Ле-Фор III) за счет переломов в области носолобного шва, слезных и решетчатой костей и в области крыши глазницы.

Переломы верхней челюсти часто бывают несимметричными, могут быть односторонними, нередко сочетаются с многооскольчатыми повреждениями костей назоорбитальноэтмоидального комплекса и центральных отделов верхней челюсти.

Смещение отломков в значительной степени зависит от направления действия травмирующей силы.

Патологический перелом верхней челюсти — полное или частичное нарушение целостности кости в зоне её патологической перестройки (поражения каким-либо заболеванием – остеопорозом, опухолью, остеомиелитом и др.). [1]

<https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>

Эпидемиология

Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Переломы верхней челюсти составляют от 2 до 5 % от всех переломов костей лицевого отдела черепа.[2]

Из всех переломов верхней челюсти наиболее часто возникает перелом по нижнему типу (Ле-Фор I) – 52-53%, перелом по типу Ле-Фор II встречается в 35-37 %, реже всего происходит черепно-лицевое разъединение (Ле-Фор III) – 13-15 %.

Ведущее место среди причин переломов верхней челюсти занимает дорожно-транспортная травма – 63% и травма, обусловленная падением с высоты – 27%, на третьем месте травма – полученная в быту - 10% [2].

Множественная травма у лиц с тяжелой сочетанной травмой ЧЛЮ встречается более чем у 70% пациентов и распределяется следующим образом: верхняя челюсть – 22,3%, орбита - 21,4%, кости носа - 17,3%, скуловая кость - 11,9%, нижняя челюсть - 9,6% и небная кость. Повреждение зубов наблюдалось в 5,8%, раны тканей полости рта (язык, десна и губы) - в 1,7%. Повреждение органа зрения (травма зрительного нерва, отрыв глазного яблока, травма конъюнктивы и повреждение роговицы и склеры) и слуха (барабанной перепонки и слуховых косточек) наблюдалось соответственно в 5,4% и 1,3%. [1,2]

Травма верхней челюсти в 10% случаев сопровождалась субарахноидальным кровоизлиянием.

Что касается гендерных различий, то соотношение количество переломов верхней челюсти у мужчин и женщин характеризуется преобладанием у лиц мужского пола.

Приводится соотношение 8:1 и 9:1. [1,2]

По данным большинства авторов, наибольшее количество переломов верхней челюсти приходится на пострадавших в возрасте от 20 до 30 лет. Менее, чем в 1% случаев переломы верхней челюсти встречаются у детей и у лиц пенсионного возраста.

Особенности переломов челюсти у детей: чаще возникают при падении с высоты, драках, ударах качелями, автомобильных происшествиях, во время игр, и др.

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>

Клиническая картина

Симптомы, течение

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При пальпации кожи можно определить крепитацию – ощущение «похрустывания» или «по трескивания», возникающее в результате проникновения воздуха из воздухоносных путей в под кожную клетчатку.

<https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>

Подвижность костей носа отмечается только при сочетании перелома верхней челюсти с переломом костей назоорбитальноэтмоидального комплекса. При этом также, как правило, отмечается увеличение межкантального расстояния.

Симптомы «плавающего неба» можно определить при пальпации: врач правой руки захватывает переднюю группу зубов и неба, а левую помещает на щеки снаружи. Затем проводит легкие качающиеся движения вперед, вниз и назад. При вколоченных переломах подвижность отломков таким образом определить нельзя. В этих случаях нужно прощупать крыловидные отростки клиновидной кости. При этом, если есть перелом тела верхней челюсти одного из трех типов, больной чувствует боль.

Симптом «ступеньки» (по типу Ле-Фор II) из-за смещения отломков области скуло-верхнечелюстного сочленения. Так же пальпаторно в полости рта можно определяться ступенька с острыми краями в области скуло-альвеолярного гребня.

При сочетании перелома верхней челюсти с повреждением скуловых костей может проявляться «скуловой синдром» – понижение чувствительности в зоне иннервации скуло-лицевой и скуло - височной ветвей верхнечелюстного нерва, снижение функциональной активности отдельных мимических мышц.

Может наблюдаться нарушение прикуса, поскольку происходит смещение отломков, изменение взаиморасположения верхней и нижней зубных дуг, нарушение фиссурно-бугорковых контактов. Довольно часто возникает открытый прикус из-за того, что вся верхняя челюсть опускается вниз, поворачиваясь вокруг своей поперечной оси.

Наблюдается удлинение или уплощение средней зоны лица за счет смещения отделенной верхней челюсти вниз и назад.

Так же отмечаются положительные симптомы Малевича и Герена.

Часто переломы верхней челюсти сочетаются с переломами костей носа, костей, формирующих дно глазницы и лобную пазуху, повреждениями органа зрения и ЛОР-органов, ЧМТ. В этих случаях клиническая картина перелома верхней челюсти будет дополняться симптомами, характерными для вышеперечисленных состояний.

Для переломов верхней челюсти характерен быстро нарастающий отек мягких тканей лица, нередко сочетающийся с кровоизлиянием в параорбитальную клетчатку (симптом «лица панды»).

При переломах верхней челюсти часто отмечается носовое кровотечение, иногда сочетающееся с назальной ликвореей.

Диагностика

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

<https://volynka.ru/Diseases/Details/436>

Критерии установления диагноза/состояния:

1. анамнестические данные (наличие факта травмы, кровотечения из носа и др.);
2. сбор жалоб (отек, кровоподтеки, боль, носовое кровотечение, снижение чувствительности кожи лица и зубов, изменение формы лица, непривычный прикус, ограничение открывания рта и др.);
3. физикальное обследование (изменение формы лица, отеки, кровоподтеки, нарушение прикуса, патологическая подвижность и крепитация костных отломков, подкожная эмфизема, носовое кровотечение, затруднение носового дыхания, гипестезия кожи лица и зубов верхней челюсти, при перкуссии звук треснувшего горшка и др.);
4. инструментальное обследование (наличие линий переломов, дислокации костных фрагментов по рентгенологическим данным, изменение положения глазного яблока и т.д.).

Жалобы и анамнез

- При переломе переломом верхней челюсти рекомендуется оценить общее состояние пациента, в том числе сознание (ясное, спутанное, заторможенное, бессознательное), выяснить была ли потеря сознания и на какой срок, нарушение памяти (амнезия - ретроградная, эпизодическая и др.) [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При сборе анамнеза у пациентов с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется уточнить механизм травмы, уделить особое внимание вопросам обстоятельств получения травмы. Отмечать дату и время травмы, точный адрес или приблизительное место, если пациент затрудняется вспомнить. Если травма получена в результате побоев, то в медицинской документации необходимо отметить кто нанес травму, его ФИО, если травма получена в результате ДТП, то отмечаются обстоятельства и государственные регистрационный знак транспортного средства для обеспечения в дальнейшем проведения процессуальных действий [1,6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При сборе анамнеза у пациентов с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется уточнять, был ли факт головокружения, тошноты, рвоты, головной боли, потери сознания, потери памяти для верификации ЧМТ и своевременного назначения консультации врача-невролога (нейрохирурга) [1,6,7,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Если при сборе анамнеза у пациентов с подозрением на перелом верхней челюсти выясняются обстоятельства противоправных действий, или травма получена в результате дорожно-транспортных происшествий, об этом рекомендуется незамедлительно сообщить в правоохранительные органы установленным порядком <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Физикальное обследование

- У всех пациентов с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется в обязательном порядке проводить физикальное обследование для уточнения диагноза и определения тактики лечения [1,2,7]:
 - оценка общего состояния пациента;
 - осмотр челюстно-лицевой области и полости рта;
 - пальпацию и перкуссию челюстно-лицевой области;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При осмотре больного с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется определить прикус для выявления изменения взаимоотношений верхней и нижней зубных дуг, которое наблюдается при смещении отломков. [1,7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При осмотре больного с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется с помощью иглы оценивать чувствительность в области лица для выявления компрессии ветвей тройничного нерва отломками костей верхней челюсти [4,10].

Комментарии: *достаточно часто наблюдается снижение кожной чувствительности в зоне иннервации подглазничного нерва (нижнее веко, подглазничная область, скат носа и верхняя губа, зубы со стороны повреждения).*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При осмотре больного с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется обращать внимание на симптом очков - кровоизлияние в клетчатку век для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. [4,10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *похожая симптоматика встречается и при переломе костей основания черепа. Отличие заключается во времени его появления и распространенности. При переломах верхней челюсти симптом очков*

возникает сразу же после травмы и имеет распространенный характер, а при изолированных переломах костей основания черепа - не ранее, чем через 12 часов (чаще через 24-48 часов) после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза.

- При осмотре больного с перелом верхней челюсти и подозрением на перелом основания черепа рекомендуется использовать пробу двойного пятна или носового платка для выявления ликвореи [6,12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *симптом выявить сложно из-за сопутствующего кровотечения.*

- При осмотре больного с перелом верхней челюсти рекомендуется оценивать энтофтальм, гипофтальм, экзофтальм, нарушение глазодвигательной функции, изменение функции зрения, в том числе уменьшение остроты зрения и диплопию для выявления перелома стенок глазницы и наличия ретробульбарной гематомы, исключить/подтвердить синдром повреждения верхней глазничной щели. [6, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Пальпацию пациентов с переломом верхней челюсти рекомендуется выполнять, захватив указательным и большим пальцем одной руки альвеолярный отросток во фронтальном отделе и осторожно перемещая верхнюю челюсть в передне-заднем направлении с целью определения подвижности костных отломков. Пальцы другой руки в этот момент располагаются в проекции предполагаемых переломов в области носа или нижнеглазничного края. [1,11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Лабораторные диагностические исследования

- Лабораторные диагностические исследования рекомендуется выполнять пациентам с переломом верхней челюсти в ходе подготовки и планирования хирургического вмешательства для исключения противопоказаний к его выполнению [10].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 3)

- Лабораторные диагностические исследования на этанол (определение концентрации этанола в крови методом газовой хроматографии или количественное определение этанола в моче методом газовой хроматографии) рекомендуется выполнять всем пациентам с переломом верхней челюсти при подозрении на острую алкогольную интоксикацию, а также в случаях, если травма получена в результате дорожно-транспортного происшествия или на производстве [1,10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти на диагностическом этапе рекомендуется выполнение компьютерной томографии челюстно-лицевой области для определения наличия, локализации и характера перелома [1,3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *пациенту с подозрением на перелом верхней челюсти рекомендуется выполнение рентгенологического исследование в объеме: прямой и боковой (со стороны повреждения) проекции черепа, аксиальной и полуаксиальной проекциях.*

Рентгенологические контрфорсы верхней челюсти могут наслаиваться на структуры других костей лицевого черепа, поэтому диагностика переломов, особенно без смещения отломков, достаточно затруднительна. Поэтому, при необходимости, производится конусно-лучевая томография или спиральная компьютерная томография средней зоны лицевого черепа.

<https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>

Иные диагностические исследования

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти на этапе постановки диагноза рекомендуется консультация врача-невролога (нейрохирурга) для исключения или подтверждения ЧМТ [1,6,18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- При наличии у пациента с переломом верхней челюсти признаков повреждения и/или патологических изменений ЛОР органов (гемосинус и др.) рекомендуется проведение консультации врача-оториноларинголога для уточнения диагноза и тактики обследования [5,8,16].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- При наличии у пациента с переломом верхней челюсти глазодвигательных нарушений, энофтальма, гипофтальма, гифемы, анизокории, диплопии, изменении остроты зрения и других проявлений повреждения органа зрения на этапе постановки диагноза рекомендуется выполнение консультации врача-офтальмолога для уточнения диагноза и тактики обследования [17,18,19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Лечение

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

1. Консервативное лечение

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти согласно современной концепции «Pain management» в хирургии рекомендуется назначать обезболивающие препараты в соответствии с принципом первоочередности определения интенсивности болевого синдрома, с учетом возможных противопоказаний к назначению наиболее часто используемых групп – анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [24,44,45].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: с целью уменьшения боли используются различные обезболивающие препараты [1,6,12,44,45].

дифференциальный подход к выбору препарата для обезболивания:

- слабая боль – парацетамол**;

- умеренная – НПВП (ибупрофен**, диклофенак**, кеторолак**, кетопрофен**) или комбинации парацетамол**+опиоидный анальгетик; НПВП+ опиоидный анальгетик,

- интенсивная – опиоиды (морфин**, тримеперидин**, фентанил**, трамадол**).

*В отдельных случаях пациентам в рамках мультимодальной анальгезии для снижения интенсивности послеоперационной боли, снижения толерантности к опиоидам и снижения риска развития хронического болевого синдрома и его лечения могут быть назначены «адъювантные» препараты из группы: антагонисты NMDA-рецепторов-кетамин**;
Габапентиноиды-габапентина и прегабалина**[45,46,47]*

Пациентам с черепно-мозговой травмой, не рекомендуется назначение наркотических анальгетиков.

- Всем пациентам, которым планируется хирургическое лечение перелома верхней челюсти рекомендуется проводить профилактику инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства (ИОХВ)[46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендуется доза антибиотика, соответствующая разовой терапевтической дозе данного препарата [50]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендовано производить дополнительное интраоперационное введение разовой дозы антибиотика при продолжительности операции, превышающей 2 периода полувыведения препарата, а также при массивной интраоперационной кровопотере [46,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендовано однократное введение антибиотика; при необходимости продления профилактики препарат отменяют не позднее, чем через 24 часа после операции, даже при наличии дренажа [46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Все переломы верхней челюсти требуют проведения ПАП, поскольку все они условно могут считаться открытыми и отнесены к II – III типу ран.

Так при нижнем типе Ле-Фор I – сообщение будет через периодонтальную щель, при среднем типе Ле-Фор II нарушается целостность слизистой верхнечелюстного синуса, а при верхнем типе Ле-Фор III происходит черепно-лицевое разъединение

<https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>

Антибактериальные препараты для ПАП у пациентов с переломами верхней челюсти [46,47,48,49,50].

Препараты выбора	Альтернативные препараты*	Время введения	Способ введения	Примечания	Категория рекомендаций
Цефазолин** ^b 1,0-2,0-3,0 г+ Метронидазол** 0,5-1,0 г; либо Цефуросим** 1,5 г +Метронидазол**0,5-1,0 г; Либо амоксициллин [клавулановая кислота]** 1,2 г	Ванкомицин** ^{a,c} 15 мг/кг # Клиндамицин** 0,6-0,9 г [48,49,50,52] ± # Гентамицин** ^d 1,5 мг/кг (не более 120 мг) [49,50,52]	За 30-60 мин. до разреза	Внутривенно капельно	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций при которых антибиотики ПАП вводятся не более 24 часов после операции	В

Комментарии: ^aаллергия на пенициллины, высокий риск MRSA;

^bпри массе тела пациента менее 80 кг- доза цефазолин** 1 г, при массе от 80 кг до 130 кг-2 г, при массе тела более 130 кг-3 г;

^c- за 120 минут до разреза при применении ванкомицина**

^d- расчет дозы гентамицина проводят на идеальную массу тела.

- При переломе верхней челюсти с IV типом раны «инфицированная рана» - при старой травме, предшествующей инфекции, наличии гнояного отделяемого, нежизнеспособных тканей, всем пациентам рекомендуется проведение антибиотикотерапии [46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

- У пациентов с переломом верхней челюсти с нарушением целостности стенок верхнечелюстного синуса рекомендовано назначение деконгестантов местного действия с целью уменьшения отека слизистой оболочки верхнечелюстного синуса и соустья с полостью носа для улучшения его дренажной функции и профилактики воспалительного процесса [26, 51].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств 5)

<https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>

2. Транспортная иммобилизация верхней челюсти

Показания: подозрение на перелом верхней челюсти.

Противопоказания: бессознательное состояние пациента, тошнота, рвота (из-за угрозы асфиксии).

Обезболивание: для данного вида лечения обезболивание не требуется. Обезболивание проводится в рамках симптоматической обезболивающей терапии.

- Пациентам с переломом верхней челюсти рекомендуется выполнять транспортную иммобилизацию отломков верхней с целью уменьшения болевого синдрома и кровотечения из щели перелома до проведения дообследования и принятия решения о целесообразности проведения дополнительных методов лечения.

Комментарии: *транспортная иммобилизация верхней челюсти может выполняться бинтовой подбородочно-теменной повязкой, эластичной подбородочной пращей Померанцевой-Урбанской, стандартной транспортной повязкой, эластичными бинтами и др. [1].*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Ортопедический метод лечения

Показания: наличие перелома верхней челюсти.

Противопоказания: черепно-мозговая травма средней или тяжелой степени, при нестабильности основных гемодинамических параметров, тошнота, рвота (из-за опасности аспирационной асфиксии). Наличие такого смещения отломков верхней челюсти, при котором проведение ортопедического лечения нецелесообразно, а сразу требуется проведение хирургическо-ортопедического или хирургического лечения.

Обезболивание: для данного вида лечения обычно выполняется местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) анестезия. Так же проводится системное обезболивание в рамках симптоматической терапии.

- Ортопедический метод лечения рекомендуется выполнять пациентам с переломом верхней челюсти для попытки репозиции и иммобилизации отломков в удовлетворительном положении. [1,3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *данный метод лечения заключается в том, что пострадавшему к зубам на верхней и нижней челюстях фиксируют стандартные шины назубные ленточные или изготавливаются индивидуальные шины из проволоки. Также могут применяться внутрикостные винты-фиксаторы, устанавливаемые в межкорневых промежутках альвеолярных отростков/частях челюстей. Между крючками шин на верхней и нижней челюсти (внутрикостными винтами-фиксаторами) накладывают межчелюстную эластичную резиновую тягу. При этом методе лечения необходима последующая иммобилизация нижней челюсти с помощью эластичной подбородочной працевидной повязки.*

Шина Порта – применяется при иммобилизации беззубых челюстей при их переломах. Представляет собой два пластмассовых базиса (верхней и нижней челюсти) с пластмассовыми окклюзионными валиками, соединенными монолитно по их окклюзионной поверхности. Для питания пациента в передней части валиков вырезают отверстие. Шину применяют вместе с головной повязкой.

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти после ортопедического вмешательства рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического обследования, с целью подтверждения сопоставления костных фрагментов в анатомически правильном положении. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Хирургическо-ортопедический способ лечения

Данный метод лечения не рекомендуется выполнять пациентам с изолированной травмой челюстно-лицевой области, поскольку предполагает не достаточно точную репозицию отломков и не достаточно стабильную фиксацию.

Хирургическо-ортопедический способ лечения может применяется у пациентов с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой ввиду своей низкой травматичности и малой продолжительности вмешательства в качестве противошоковых мероприятий на первом этапе «Damage Control».

Боле подробно методики хирургическо-ортопедический способа лечения, показания, противопоказания и обезболивание описано в рекомендациях по лечению пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

5. Хирургическое лечение

Показания: перелом верхней челюсти с выраженным смещением отломков.

Противопоказания: крайне тяжелое состояние пациента, не позволяющее выполнить точную открытую репозицию и жесткую иммобилизацию отломков верхней челюсти.

Комментарии: *В соответствии с тактикой оказанием специализированной хирургической помощи пациентам с тяжелой сочетанной шокогенной травмой по принципу «Damage Control» рекомендуется выполнение открытой репозиции и жесткой иммобилизации отломков челюстей после стабилизации общего состояния пациента, с учетом прогноза риска развития гнойно-воспалительных осложнений.*

- Операции по поводу перелома дна глазницы рекомендуется выполнять под общим обезболиванием с интубацией через нос (для возможности достижения привычного прикуса). [5,6]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при искривлении носовой перегородки, выраженном кровотечении, технических сложностях может выполняться субментальная интубация или через трахеостому.*

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых имеется смещение отломков и/или выраженная их подвижность рекомендуется выполнять операцию открытой репозиции и жесткой иммобилизации отломков металлическими пластинами (титановые/биodeградируемые имплантаты) [20,21,22,23,24,25,26,27,28,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Рекомендуется дополнительно одевать теменно-подбородочную пращевидную повязку.*

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти после хирургического вмешательства рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического обследования, с целью подтверждения сопоставления костных фрагментов в анатомически правильном положении. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Диетотерапия

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых нарушены все компоненты акта приема пищи (сосание, жевание и глотание) рекомендуется первая челюстная диета (кормление пациента через зонд). [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *В этом случае введение пищи в рот не только бесполезно, но и опасно, так как возможна ее аспирация. Пища размельчается не только с помощью мясорубки, но и протирается через густое сито и даже процеживается, чтобы исключить попадание в нее трудно измельчаемых частей (растительной клетчатки, прожилок мяса и т. п.).*

Сливкообразная консистенция пищи позволяет свободное ее прохождение непосредственно в желудок через желудочный или дуоденальный зонд,

введенные через нос или рот. При необходимости можно достичь еще большего разжижения путем добавления бульона, молока, кипяченой воды.

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых у которых сохранены глотательные функции и функция сосания рекомендуется вторая челюстная диета для адекватного питания. [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *пища при этом виде диеты доводится до кашцеобразного состояния путем пропуска ее через мясорубку, а для необходимого разжижения разбавляется бульоном, молоком и даже теплой кипяченой водой до сметаноподобной консистенции. Такая пища легко проходит через резиновую дренажную трубку, надетую на носик поильника.*

Разница между челюстной первой и челюстной второй диетами заключается лишь степенью размельчения компонентов.

<https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений.
2. Несоблюдение режима местной контактной гипотермии
3. Несоблюдение личной гигиены полости рта.
4. Несоблюдение пациентом диеты и ограничений жевательной активности.
5. Несоблюдение рекомендаций по лечебной физкультуре в послеоперационном периоде.
6. Участие в контактных видах спорта в течение 3 месяцев.
7. Отсутствие на контрольных осмотрах.
8. Несоблюдение других рекомендаций лечащего врача.

Медицинская реабилитация

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу перелома верхней челюсти, рекомендуется проведение реабилитационных мероприятий целью которых является полное социальное и физическое восстановление пациента [30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Необходимость реабилитации пациентов обусловлена травмой челюстно-лицевой области. Наличие послеоперационных ран (нарушение целостности) в указанной эстетически значимой анатомической области, их заживление, болевой синдром различной степени выраженности и возможные нарушения функции мимических мышц, жевания, а так же неврологические расстройства могут приводить к значительной социальной дезадаптации и снижать качество жизни пациентов данной категории.*

Общие принципы реабилитации после хирургического лечения переломов верхней челюсти:

- *Комплексная оценка исходного состояния пациента и формулировка программы реабилитации;*
- *Составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий;*
- *Мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;*
- *Контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.*

Этапы реабилитации пациентов после хирургического лечения:

1-й этап – ранняя реабилитация, со 7 по 10 сутки после хирургического вмешательства.

В данный период пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 3-5 дней, после чего дальнейшая реабилитация происходит в течение 10-15 дней амбулаторно.

Наиболее важными задачами 1 этапа реабилитации является контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, лечение сопутствующей патологии при наличии.

2-й этап с 15 по 45 сутки после операции, направлен на ускорение репаративных процессов, профилактику развития послеоперационных осложнений, травматического верхнечелюстного синусита, внесуставной контрактуры нижней челюсти, патологии органа зрения.

<https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>

- *Программируемый раневой процесс: одним из важнейших аспектов послеоперационного восстановления пациентов, позволяющий избежать развития поздних послеоперационных осложнений (рубцовой деформации, профилактика воспалительных осложнений в области послеоперационной раны и верхнечелюстного синуса и т.д.).*

Правильное ведение раневого процесса, начиная со 2-х суток после операции до полного заживления мягких ран тканей подразумевает: ежедневную обработку области ран растворами антисептиков, перевязку с мазевыми аппликациями (состав мази определяется стадией раневого процесса); динамический контроль врачом челюстно-лицевым хирургом; микробиологический контроль (при подозрении на гнойно-септические осложнения и раневую инфекцию).

Важнейшее значение в обеспечении гладкого течения раннего послеоперационного периода имеет соблюдение гигиены полости рта. Если пациент самостоятельно не может обеспечить гигиену, то она должна обеспечиваться силами специально подготовленного среднего медицинского персонала.

*Врачебная обработка полости рта состоит в тщательной очистке шин и зубов от остатков пищи при помощи орошения и промывания преддверия рта антисептическими растворами (калия перманганат**, хлоргексидин**, и др.). К этим растворам добавляют пищевую соду (1 столовая ложка на 1 л жидкости) для облегчения смывания жирных частиц пищи. Промывание производят путем орошения струей антисептика из шприца.*

После промывания производят очистку шин от остатков пищи, застрявшей между шиной, зубами, десной, лигатурами и резиновыми кольцами. Делают это с помощью зубочистки. После очистки повторно производится орошение преддверия полости рта растворами антисептиков. Во время перевязок необходимо контролировать положение шины, состояние проволочных лигатур. Если имеются пролежни от крючков на слизистой оболочке губ, десен или щек, их необходимо отогнуть в соответствующее положение. Ослабленные лигатуры подкручивают и подгибают к зубам. Межчелюстные тяги рекомендуется заменять по мере их ослабления, но не реже 1 раза в 7 дней.

- *Жевательная гимнастика: одним из важных компонентов послеоперационной реабилитации является нормализация функции жевания. После снятия эластичной межчелюстной тяги пациенту даются рекомендации относительно ограничений в диете, проводится контроль динамики нормализации амплитуды движений нижней челюсти.*

Купирование болевого синдрома: степень выраженности болевых ощущений зависит от тяжести травмы, индивидуального болевого порога.

Системные средства для купирования болевого синдрома подбираются индивидуально лечащим врачом в зависимости от степени его интенсивности, а также выраженности психоэмоциональных нарушений. С целью ускорения репаративных процессов, снижения воспалительной реакции целесообразно проведение физиотерапевтических процедур по

рекомендации врача-физиотерапевта [30].

Комментарии: пациентам с черепно-мозговой травмой, не рекомендуется проведение физиотерапевтических процедур.

При использовании в процессе хирургического лечения титановые минипластины и винты, вопрос о целесообразности их удаления после консолидации отломков верхней челюсти решается индивидуально и строго по показаниям.

Госпитализация

Организация оказания медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

Рентгенологически подтвержденный диагноз перелома верхней челюсти.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

Показания отсутствуют.

Комментарий: поскольку перелом верхней челюсти является неотложным состоянием, то всем пациентам с данным заболеванием (состоянием) должны госпитализироваться по неотложным показаниям.

Если от момента получения травмы (факта последнего движения отломков) прошло более 28 суток, то такое состояние не относится к данной группе заболеваний и кодируется по МКБ – Т90.2 – Последствия перелома черепа и костей лица.

Показания к выписке пациента:

1. при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре (послеоперационный период без осложнений, удовлетворительное положение отломков, отсутствие ликвореи и прогрессирующих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области травматического генеза);
2. при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;
3. по требованию пациента или его законного представителя;
4. в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

<https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>

Профилактика

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- По показаниям с целью профилактики послеоперационных осложнений в области ЛОР-органов, органа зрения и нервной системы при выписки может быть рекомендовано наблюдение у врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-невролога (нейрохирурга) [31,32,33,34].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Всем пациентам через 6 недель после операции рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического исследования для подтверждения консолидации отломков в правильном положении и исключения посттравматического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе [35,36,37,38,39,40].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

<http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>

Список используемых сайтов

1. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
2. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
3. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>
4. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
5. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
6. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
7. <https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>
8. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>
9. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
10. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
11. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
12. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
13. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02..%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ»**

Ташкент - 2025

Коды МКБ-10:

Код	Название
S02.4	Перелом скуловой кости и верхней челюсти

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

1. Консервативное лечение

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти согласно современной концепции «Pain management» в хирургии рекомендуется назначать обезболивающие препараты в соответствии с принципом первоочередности определения интенсивности болевого синдрома, с учетом возможных противопоказаний к назначению наиболее часто используемых групп – анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [24,44,45].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: с целью уменьшения боли используются различные обезболивающие препараты [1,6,12,44,45].

дифференциальный подход к выбору препарата для обезболивания:

- слабая боль – парацетамол**,

- умеренная –НПВП (ибупрофен**, диклофенак**, кеторолак**, кетопрофен**) или комбинации парацетамол**+опиоидный анальгетик; НПВП+ опиоидный анальгетик,

- интенсивная – опиоиды (морфин**, тримеперидин**, фентанил**, трамадол**).

*В отдельных случаях пациентам в рамках мультимодальной анальгезии для снижения интенсивности послеоперационной боли, снижения толерантности к опиоидам и снижения риска развития хронического болевого синдрома и его лечения могут быть назначены «адъювантные» препараты из группы: антагонисты NMDA-рецепторов-кетамин**;
Габапентиноиды-габапентина и прегабалина**[45,46,47]*

Пациентам с черепно-мозговой травмой, не рекомендуется назначение наркотических анальгетиков.

- Всем пациентам, которым планируется хирургическое лечение перелома верхней челюсти рекомендуется проводить профилактику

инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства (ИОХВ)[46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендуется доза антибиотика, соответствующая разовой терапевтической дозе данного препарата [50]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендовано производить дополнительное интраоперационное введение разовой дозы антибиотика при продолжительности операции, превышающей 2 периода полувыведения препарата, а также при массивной интраоперационной кровопотере [46,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Пациентам с переломом верхней челюсти при проведении ПАП рекомендовано однократное введение антибиотика; при необходимости продления профилактики препарат отменяют не позднее, чем через 24 часа после операции, даже при наличии дренажа [46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Все переломы верхней челюсти требуют проведения ПАП, поскольку все они условно могут считаться открытыми и отнесены к II – III типу ран.

Так при нижнем типе Ле-Фор I – сообщение будет через периодонтальную щель, при среднем типе Ле-Фор II нарушается целостность слизистой верхнечелюстного синуса, а при верхнем типе Ле-Фор III происходит черепно-лицевое разъединение

<https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>

Антибактериальные препараты для ПАП у пациентов с переломами верхней челюсти [46,47,48,49,50].

Препараты выбора	Альтернативные препараты*	Время введения	Способ введения	Примечания	Категория рекомендаций
Цефазолин** ^b 1,0-2,0-3,0 г+ Метронидазол** 0,5-1,0 г; либо Цефуросим** 1,5 г +Метронидазол**0,5-1,0 г; Либо амоксциллин [клавулановая кислота]** 1,2 г	Ванкомицин** ^{a,c} 15 мг/кг # Клиндамицин** 0,6-0,9 г [48,49,50,52] ± # Гентамицин** ^d 1,5 мг/кг (не более 120 мг) [49,50,52]	За 30-60 мин. до разреза	Внутривенно капельно	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций при которых антибиотики ПАП вводятся не более 24 часов после операции	B

Комментарии: ^aаллергия на пенициллины, высокий риск MRSA;

^bпри массе тела пациента менее 80 кг- доза цефазолин** 1 г, при массе от 80 кг до 130 кг-2 г, при массе тела более 130 кг-3 г;

^c- за 120 минут до разреза при применении ванкомицина**

^d- расчет дозы гентамицина проводят на идеальную массу тела.

- При переломе верхней челюсти с IV типом раны «инфицированная рана» - при старой травме, предшествующей инфекции, наличии гнойного отделяемого, нежизнеспособных тканей, всем пациентам рекомендуется проведение антибиотикотерапии [46,47,48,49,50].

Уровень убедительности рекомендаций - C (уровень достоверности доказательств - 5)

- У пациентов с переломом верхней челюсти с нарушением целостности стенок верхнечелюстного синуса рекомендовано назначение деконгестантов местного действия с целью уменьшения отека слизистой оболочки верхнечелюстного синуса и соустья с полостью носа для улучшения его дренажной функции и профилактики воспалительного процесса [26, 51].

Уровень убедительности рекомендаций - C (уровень достоверности доказательств 5)

<https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>

2. Транспортная иммобилизация верхней челюсти

Показания: подозрение на перелом верхней челюсти.

Противопоказания: бессознательное состояние пациента, тошнота, рвота (из-за угрозы асфиксии).

Обезболивание: для данного вида лечения обезболивание не требуется. Обезболивание проводится в рамках симптоматической обезболивающей терапии.

- Пациентам с переломом верхней челюсти рекомендуется выполнять транспортную иммобилизацию отломков верхней с целью уменьшения болевого синдрома и кровотечения из щели перелома до проведения дообследования и принятия решения о целесообразности проведения дополнительных методов лечения.

Комментарии: *транспортная иммобилизация верхней челюсти может выполняться бинтовой подбородочно-теменной повязкой, эластичной подбородочной пращей Померанцевой-Урбанской, стандартной транспортной повязкой, эластичными бинтами и др. [1].*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Ортопедический метод лечения

Показания: наличие перелома верхней челюсти.

Противопоказания: черепно-мозговая травма средней или тяжелой степени, при нестабильности основных гемодинамических параметров, тошнота, рвота (из-за опасности аспирационной асфиксии). Наличие такого смещения отломков верхней челюсти, при котором проведение ортопедического лечения нецелесообразно, а сразу требуется проведение хирургическо-ортопедического или хирургического лечения.

Обезболивание: для данного вида лечения обычно выполняется местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) анестезия. Так же проводится системное обезболивание в рамках симптоматической терапии.

- Ортопедический метод лечения рекомендуется выполнять пациентам с переломом верхней челюсти для попытки репозиции и иммобилизации отломков в удовлетворительном положении. [1,3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *данный метод лечения заключается в том, что пострадавшему к зубам на верхней и нижней челюстях фиксируют стандартные шины назубные ленточные или изготавливаются индивидуальные шины из проволоки. Также могут применяться внутрикостные винты-фиксаторы, устанавливаемые в межкорневых промежутках альвеолярных отростков/частях челюстей. Между крючками шин на верхней и нижней челюсти (внутрикостными винтами-фиксаторами) накладывают межчелюстную эластичную резиновую тягу. При этом методе лечения необходима последующая иммобилизация нижней челюсти с помощью эластичной подбородочной працевидной повязки.*

Шина Порта – применяется при иммобилизации беззубых челюстей при их переломах. Представляет собой два пластмассовых базиса (верхней и нижней челюсти) с пластмассовыми окклюзионными валиками, соединенными монолитно по их окклюзионной поверхности. Для питания пациента в передней части валиков вырезают отверстие. Шину применяют вместе с головной повязкой.

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти после ортопедического вмешательства рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического обследования, с целью подтверждения сопоставления костных фрагментов в анатомически правильном положении. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Хирургическо-ортопедический способ лечения

Данный метод лечения не рекомендуется выполнять пациентам с изолированной травмой челюстно-лицевой области, поскольку предполагает не достаточно точную репозицию отломков и не достаточно стабильную фиксацию.

Хирургическо-ортопедический способ лечения может применяться у пациентов с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой ввиду своей низкой травматичности и малой продолжительности вмешательства в качестве противошоковых мероприятий на первом этапе «Damage Control».

Более подробно методики хирургическо-ортопедического способа лечения, показания, противопоказания и обезболивание описано в рекомендациях по лечению пациентов с сочетанной челюстно-лицевой травмой.

5. Хирургическое лечение

Показания: перелом верхней челюсти с выраженным смещением отломков.

Противопоказания: крайне тяжелое состояние пациента, не позволяющее выполнить точную открытую репозицию и жесткую иммобилизацию отломков верхней челюсти.

Комментарии: В соответствии с тактикой оказания специализированной хирургической помощи пациентам с тяжелой сочетанной шокогенной травмой по принципу «Damage Control» рекомендуется выполнение открытой репозиции и жесткой иммобилизации отломков челюстей после стабилизации общего состояния пациента, с учетом прогноза риска развития гнойно-воспалительных осложнений.

- Операции по поводу перелома дна глазницы рекомендуется выполнять под общим обезболиванием с интубацией через нос (для возможности достижения привычного прикуса). [5,6]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *при искривлении носовой перегородки, выраженном кровотечении, технических сложностях может выполняться субментальная интубация или через трахеостому.*

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых имеется смещение отломков и/или выраженная их подвижность рекомендуется выполнять операцию открытой репозиции и жесткой иммобилизации отломков металлическими пластинами (титановые/биodeградируемые имплантаты) [20,21,22,23,24,25,26,27,28,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Рекомендуется дополнительно одевать теменно-подбородочную пращевидную повязку.*

- Всем пациентам с переломом верхней челюсти после хирургического вмешательства рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического обследования, с целью подтверждения сопоставления костных фрагментов в анатомически правильном положении. [1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Диетотерапия

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых нарушены все компоненты акта приема пищи (сосание, жевание и глотание) рекомендуется первая челюстная диета (кормление пациента через зонд). [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *В этом случае введение пищи в рот не только бесполезно, но и опасно, так как возможна ее аспирация. Пища размельчается не только с помощью мясорубки, но и протирается через густое сито и даже процеживается, чтобы исключить попадание в нее трудно измельчаемых частей (растительной клетчатки, прожилок мяса и т. п.).*

Сливкообразная консистенция пищи позволяет свободное ее прохождение непосредственно в желудок через желудочный или дуоденальный зонд,

введенные через нос или рот. При необходимости можно достичь еще большего разжижения путем добавления бульона, молока, кипяченой воды.

- Пациентам с переломом верхней челюсти, у которых у которых сохранены глотательные функции и функция сосания рекомендуется вторая челюстная диета для адекватного питания. [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *пища при этом виде диеты доводится до кашицеобразного состояния путем пропуска ее через мясорубку, а для необходимого разжижения разбавляется бульоном, молоком и даже теплой кипяченой водой до сметаноподобной консистенции. Такая пища легко проходит через резиновую дренажную трубку, надетую на носик поильника. Разница между челюстной первой и челюстной второй диетами заключается лишь степенью размельчения компонентов.*

<https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Отрицательно влияют на исход лечения:

1. Присоединение инфекционных осложнений.
2. Несоблюдение режима местной контактной гипотермии
3. Несоблюдение личной гигиены полости рта.
4. Несоблюдение пациентом диеты и ограничений жевательной активности.
5. Несоблюдение рекомендаций по лечебной физкультуре в послеоперационном периоде.
6. Участие в контактных видах спорта в течение 3 месяцев.
7. Отсутствие на контрольных осмотрах.
8. Несоблюдение других рекомендаций лечащего врача.

Список используемых сайтов

1. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
2. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
3. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>
4. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
5. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
6. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
7. <https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>

8. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>
9. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
10. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-khirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
11. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
12. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
13. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ»**

Ташкент – 2025

Коды МКБ-10:

Код	Название
S02.4	Перелом скуловой кости и верхней челюсти

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу перелома верхней челюсти, рекомендуется проведение реабилитационных мероприятий целью которых является полное социальное и физическое восстановление пациента [30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Необходимость реабилитации пациентов обусловлена травмой челюстно-лицевой области. Наличие послеоперационных ран (нарушение целостности) в указанной эстетически значимой анатомической области, их заживление, болевой синдром различной степени выраженности и возможные нарушения функции мимических мышц, жевания, а так же неврологические расстройства могут приводить к значительной социальной дезадаптации и снижать качество жизни пациентов данной категории.*

Общие принципы реабилитации после хирургического лечения переломов верхней челюсти:

- *Комплексная оценка исходного состояния пациента и формулировка программы реабилитации;*
- *Составление плана необходимых для реабилитации диагностических и лечебных мероприятий;*
- *Мультидисциплинарный принцип организации реабилитационной помощи;*
- *Контроль эффективности проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации.*

Этапы реабилитации пациентов после хирургического лечения:

1-й этап – ранняя реабилитация, со 7 по 10 сутки после хирургического вмешательства.

В данный период пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 3-5 дней, после чего дальнейшая реабилитация происходит в течение 10-15 дней амбулаторно.

Наиболее важными задачами 1 этапа реабилитации является контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, лечение сопутствующей патологии при наличии.

2-й этап с 15 по 45 сутки после операции, направлен на ускорение репаративных процессов, профилактику развития послеоперационных осложнений, травматического верхнечелюстного синусита, внесуставной контрактуры нижней челюсти, патологии органа зрения.

<https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-khirurgii/>

- *Программируемый раневой процесс: одним из важнейших аспектов послеоперационного восстановления пациентов, позволяющий избежать развития поздних послеоперационных осложнений (рубцовой деформации, профилактика воспалительных осложнений в области послеоперационной раны и верхнечелюстного синуса и т.д.).*

Правильное ведение раневого процесса, начиная со 2-х суток после операции до полного заживления мягких ран тканей подразумевает: ежедневную обработку области ран растворами антисептиков, перевязку с мазевыми аппликациями (состав мази определяется стадией раневого процесса); динамический контроль врачом челюстно-лицевым хирургом; микробиологический контроль (при подозрении на гнойно-септические осложнения и раневую инфекцию).

Важнейшее значение в обеспечении гладкого течения раннего послеоперационного периода имеет соблюдение гигиены полости рта. Если пациент самостоятельно не может обеспечить гигиену, то она должна обеспечиваться силами специально подготовленного среднего медицинского персонал.

*Врачебная обработка полости рта состоит в тщательной очистке шин и зубов от остатков пищи при помощи орошения и промывания преддверия рта антисептическими растворами (калия перманганат**, хлоргексидин**, и др.). К этим растворам добавляют пищевую соду (1 столовая ложка на 1 л жидкости) для облегчения смывания жирных частиц пищи. Промывание производят путем орошения струей антисептика из шприца.*

После промывания производят очистку шин от остатков пищи, застрявшей между шиной, зубами, десной, лигатурами и резиновыми кольцами. Делают это с помощью зубочистки. После очистки повторно производится орошение преддверия полости рта растворами антисептиков. Во время перевязок необходимо контролировать положение шины, состояние проволочных лигатур. Если имеются пролежни от крючков на слизистой оболочке губ, десен или щек, их необходимо отогнуть в соответствующее положение. Ослабленные лигатуры подкручивают и подгибают к зубам. Межчелюстные тяги рекомендуется заменять по мере их ослабления, но не реже 1 раза в 7 дней.

- *Жевательная гимнастика: одним из важных компонентов послеоперационной реабилитации является нормализация функции жевания. После снятия эластичной межчелюстной тяги пациенту даются рекомендации относительно ограничений в диете, проводится контроль динамики нормализации амплитуды движений нижней челюсти.*

Купирование болевого синдрома: степень выраженности болевых ощущений зависит от тяжести травмы, индивидуального болевого порога.

Системные средства для купирования болевого синдрома подбираются индивидуально лечащим врачом в зависимости от степени его интенсивности, а также выраженности психоэмоциональных нарушений. С целью ускорения репаративных процессов, снижения воспалительной реакции целесообразно проведение физиотерапевтических процедур по рекомендации врача-физиотерапевта [30].

Комментарии: *пациентам с черепно-мозговой травмой, не рекомендуется проведение физиотерапевтических процедур.*

При использовании в процессе хирургического лечения титановые минипластины и винты, вопрос о целесообразности их удаления после консолидации отломков верхней челюсти решается индивидуально и строго по показаниям.

Госпитализация

Организация оказания медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

Рентгенологически подтвержденный диагноз перелома верхней челюсти.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

Показания отсутствуют.

Комментарий: *поскольку перелом верхней челюсти является неотложным состоянием, то всем пациентам с данным заболеванием (состоянием) должны госпитализироваться по неотложным показаниям.*

Если от момента получения травмы (факта последнего движения отломков) прошло более 28 суток, то такое состояние не относится к данной группе заболеваний и кодируется по МКБ – Т90.2 – Последствия перелома черепа и костей лица.

Показания к выписке пациента:

1. при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре (послеоперационный период без осложнений, удовлетворительное положение отломков, отсутствие ликвореи и прогрессирующих гнойно-

воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области травматического генеза);

2. при необходимости перевода пациента в другое лечебное учреждение;

3. по требованию пациента или его законного представителя;

4. в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка стационара, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.

<https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- По показаниям с целью профилактики послеоперационных осложнений в области ЛОР-органов, органа зрения и нервной системы при выписки может быть рекомендовано наблюдение у врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-невролога (нейрохирурга) [31,32,33,34].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Всем пациентам через 6 недель после операции рекомендуется выполнение контрольного рентгенологического исследования для подтверждения консолидации отломков в правильном положении и исключения посттравматического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе [35,36,37,38,39,40].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

<http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном Протоколе рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (Приложение 4).

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ
Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации Узбекистана.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с переломами верхней челюсти у детей, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 5).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола. Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию Узбекистана учреждением, ответственным за мониторингование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати. Пересмотра протокола протокола через 3 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности; Список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бельченко В.А. Реконструкция верхней и средней зон лица у больных с посттравматическими деформациями и дефектами лицевого скелета с использованием аутотрансплантатов мембранозного происхождения и металлоконструкций из титана. Дисс. д-ра мед. наук. М. — 1996. 463 с.
2. Буров Н.Е., Братищев И.В., Каверина К.П. Определение степени риска транспортировки пострадавших с тяжёлой сочетанной травмой. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 23-24
3. Гунько В.И., Занделов В.Л., Труфанов В.Д., Белов О.М. Особенности реабилитации больных с переломами скуловой кости. Актуальные проблемы

- стоматологии: тезисы докладов научно-практической конференции. М. — 1999. С. 26-28
4. Еолчян С.А., Потапов А.А., Ван Дам Ф.А., Ипполитов В.П., Катаев М.Г. Краниофациальная травма. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. М. — 2002. С. 313-364
5. Иващенко Н.И., Иващенко А.Н. Некоторые показатели статистики осложнений травм челюстно-лицевой области у больных юношеского возраста. Актуальные вопросы стоматологии: Сб. науч. работ ЦНИИС., М. — 2002. С. 31-37
6. Ипполитов В.П. Посттравматические деформации средней зоны лица. Дисс. д-ра мед. наук. М. — 1986. 408 с.
7. Кашлян В.А. Лечение и реабилитация детей с сочетанными переломами скулоглазничного комплекса. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. М. — 2004. 138 с.
8. Кешишян Р.А., Селютина Н.С., Саруханян О.О., Андреев А.А., Янющкина О.Г. Анализ смертельного детского травматизма в Москве. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 46
9. Рогинский В.В., Седых А.А., Коринская Н.Н., Резникова А.Е., Арсенина О.И., Берлова М.В., Ибрагимова А.Э. Реабилитация детей с сочетанной травмой лица и других областей. Актуальные проблемы стоматологии: Тез. докл. III Всерос. Научно-практической конфер., М. — 1999. С. 123
10. Рыбальченко Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа. Дисс. Канд. мед. наук. М. — 2000. 134 с.
11. Садчиков Д.В., Архипов И.В., Лушников А.В. Условия безопасной транспортировки пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях с тяжёлой сочетанной травмой. Неотложная медицина в мегаполисе: тезисы докладов. М. — 2006. С. 83-84
12. Строганов И.А., Мельникова Н.И., Размахов В.М. Принципы неотложной терапии детей с челюстно-лицевой патологией в условиях отделения реанимации. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии: 10 лет — результаты, итоги выводы. М. — 2002. С. 345-349
13. Harle F., Champy M., Terry B. Atlas of Craniomaxillofacial Osteosynthesis. Stuttgart. New York 1999. P. 4
14. Ерадзе Е.Г1. Современные методы лечения острой травмы зубов у детей : метод, реком. для студентов / Е.Г1. Ерадзе. - Москва, 2001. - 18 с.
15. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова. - Москва : Медицина, 1988. - 255 с.
16. Водолацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанных форм аномалий окклюзии зубных рядов у детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.М.Водолацкий. - Ставрополь, 2010. - 42 с.

17. Воробьев Ю.И. Рентгеноанатомия верхней челюсти на ортопантомограммах / Ю.И. Воробьев, А.Г. Надточий // Стоматология. - 1989. - Т. 8, № 6. - С. 40-42.
18. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области: дифференциальный диагноз, лечение / под ред. А.С. Артюшкевич. - Минск: Беларусь, 2001. - 253 с.
19. Геворкян А.А. Обоснование критериев оценки степени вреда здоровью при изолированных повреждениях зубов : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Геворкян. - Москва, 2001. - 19 с.
20. Герасимов С.Н. Оценка результатов ортодонтического лечения методом последовательного наложения обрисовок телерентгенограмм / С.Н. Герасимов // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2003. - № 1-2. - С. 51-55.
21. Гинали Н.В. Острая травма зубов у детей : методич. рекомендации / Н.В. Гинали, А.А. Аникиенко, Е.П. Ерадзе. - Москва, 1987. - 16 с.
22. Гинзбург Д.Л. Совершенствование методов диагностики, планирования и прогнозирования результатов лечения зубочелюстных аномалий у взрослых : автореф. дис.... канд. мед. наук / Д.Л. Гинзбург. - Санкт - Петербург, 2006. - 16 с.
23. Голочалова Н.В. Лечение детей с острой травмой постоянных зубов / Н.В. Голочалова // Институт стоматологии. - 2002. - № 1. - С. 46-48.
24. Голочалова Н.В. Повышение эффективности лечения травматических переломов коронок постоянных резцов у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Голочалова. - Омск, 2002. - 22 с.
25. Госьков И. А. Диагностика и лечение поперечных переломов корней постоянных зубов / И.А. Госьков, Л.П. Киселышкова, Н.В. Кротова // Институт стоматологии. - 2002. - №3. - С. 36-38.
26. Госьков И.А. Клиническая тактика при поперечных переломах корней постоянных зубов : материалы VIII Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов / И.А. Госьков, Л.П. Киселышкова, Н.В. Кротова. - Санкт Петербург, 2003. - С. 52-53.
27. Григорьева Л.П. Возрастные особенности строения челюстно-лицевой области у детей 7-15 лет при ортогнатическом и прогнатическом прикусах по данным телерентгенографии / Л.П. Григорьева, Т.Ю. Эйхгорн // Стоматология. - 1988. - №2. - С. 70-73.
28. Гутнер Я.И. Особенности процесса резорбции при реплантации зуба / Я.И. Гутнер // Стоматология. - 1972. - № 1. - С. 34.
29. Гуцан А.Э. Челюстно-лицевые операции / А.Э. Гуцан. - Витебск : Белмедкнига, 1997. - 387 с.
30. Еловицова А. Н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения зубов у детей после травмы / А.Н. Еловицова // Стоматология. - 1995. - Т. 74, № 1. - С. 57-61.

31. <http://kids-dentist.ru/service/profilakticheskaya-stomatologiya/profilaktika-zubochelyustnykh-anomaliy>
32. <https://dsp44.ru/pravila-i-sroki-gospitalizacii-pacientov.html>
33. <https://medsi.ru/articles/reabilitatsiya-posle-chelyustno-litsevoy-kirurgii/>
34. <https://faciomax.com/portfolio/fractured-upper-jaw/>
35. <https://montrealchildrenshospital.ca/broken-jaw/>
36. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/fracture-upper-jaw/>
37. <https://www.msmanuals.com/home/injuries-and-poisoning/facial-injuries/fractures-of-the-jaw-and-midface>
38. <https://cmfsurgery.ru/fracture/fracture-upper-jaw>
39. <https://volynka.ru/Diseases/Details/436>
40. <https://centr-hirurgii.ru/surgery/chelyustno-litsevaya-kirurgiya/perelom-verkhney-chelyusti/>
41. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr632-perelom-verhnej-chelyusti.pdf>
42. <https://probolezny.ru/perelom-chelyusti/>
43. <https://www.rlsnet.ru/mkb/perelom-skulovoi-kosti-i-verxnei-celyusti-8765#:~:text=%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8,S02.,%D0%B8%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B5%D0%B9%20%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%B8%2C%20%D0%9C%D0%9A%D0%91%2D10>