

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
30 марта 2026 г. № 24

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественным новообразованием слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями костей черепа и лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями мягких тканей челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гемангиомой челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с лимфангиомой челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями кожи, меланоформным невусом лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с кистами области рта, не классифицированными в других рубриках» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гигантоклеточной гранулемой центральной» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с периимплантитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с альвеолитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с флегмонами и абсцессами области рта» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулемой и гранулемоподобными поражениями слизистой оболочки полости рта» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с открытой раной челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с переломом лицевых костей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вывихом нижней челюсти» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с подкожной эмфиземой челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с осложнениями хирургических и терапевтических вмешательств в челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рубцовыми деформациями и дефектами мягких тканей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с последствиями перелома костей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с параличом мимических мышц лица вследствие травмы лицевого нерва» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 2017 г. № 80 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Министр**

**А.В.Ходжаев**

СОГЛАСОВАНО

Государственный пограничный комитет  
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям  
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
30.03.2026 № 24

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с переломом лицевых костей»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической помощи пациентам (взрослое население) с переломом лицевых костей (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – S02.4 Перелом скуловой кости, верхней челюсти; S02.3 Перелом дна орбиты; S02.4 Перелом скуловой дуги; S02.6 Перелом нижней челюсти).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

перелом скуловой кости – травматическое нарушение целостности скуловой кости, при котором линии переломов проходят в следующих анатомических областях: скулоальвеолярный гребень; нижний край орбиты – латеральнее скуловерхнечелюстного шва; в области скуловой дуги – медиальнее скуловисочного шва; в области тела скуловой кости у основания лобного отростка; в области скулоклиновидного шва;

перелом скуло-орбитального комплекса – травматическое нарушение целостности костей средней зоны лица, формирующих орбиту, при котором линии переломов проходят в следующих анатомических областях: скулоальвеолярный гребень – часто у основания в области альвеолярного отростка верхней челюсти; нижний край орбиты – в области скуловерхнечелюстного шва; в области скуловой дуги – по скуловисочному шву или вблизи него; в области латерального края орбиты – по скулолобному шву или вблизи него, в области скулоклиновидного шва;

перелом скуловой дуги – травматическое нарушение целостности скуловой дуги: скулового отростка височной кости и (или) височного отростка скуловой кости и (или) скуловисочного шва;

перелом дна орбиты – травматическое нарушение целостности оправы (нижнего края) и (или) нижней стенки, с формированием дефекта нижнего края и (или) нижней стенки орбиты и дислокацией структур орбиты за пределы ее анатомических границ в просвет верхнечелюстного синуса (либо без формирования дефекта и дислокации структур);

перелом верхней челюсти – повреждение верхней челюсти с нарушением ее целостности и ее соединения с прилежащими костями мозгового и лицевого черепа в результате воздействия силы, которая превышает физические возможности костной ткани;

перелом нижней челюсти – повреждение нижней челюсти с нарушением ее целостности в результате воздействия силы, которая превышает физические возможности костной ткани или при нормальной функциональной нагрузке в участках с уменьшенной прочностью из-за деструкции кости воспалительными или опухолевыми патологическими процессами.

3. Для лечения пациентов с переломом лицевых костей применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

4. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

5. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

6. Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не предусмотренным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), при этом, дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

7. Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов или ЛП, не включенных в настоящий клинический протокол.

8. Лечение пациентов с переломом лицевых костей проводится в стационарных условиях.

## ГЛАВА 2

### КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ

9. Классификация переломов скуловой кости:

по отношению к внешней среде:

открытые;

закрытые;

по наличию смещения:

со смещением;

без смещения;

по наличию осколков:

линейные;

оскольчатые.

Классификация переломов скуловой дуги:

по отношению к внешней среде:

открытые;

закрытые;

по наличию смещения:

со смещением;

без смещения;

по наличию осколков:

линейные;

оскольчатые.

Классификация переломов дна орбиты:  
перелом нижней стенки орбиты;  
перелом нижнего края и нижней стенки орбиты.

Переломы скуло-орбитального комплекса всегда являются травматическими, открытыми, со смещением, оскольчатыми, сопровождаются гемосинусом.

Классификация переломов верхней челюсти:  
по типу Le Fort (Рене Ле Фор):

I – нижний тип;  
II – средний тип;  
III – верхний тип;  
по характеру перелома:  
без смещения;  
со смещением.

10. Выделяют клинические и рентгенологические признаки перелома скуловой кости, скуловой дуги, скуло-орбитального комплекса, перелома дна орбиты, верхней челюсти:

10.1. клинические признаки перелома скуловой кости:

умеренно выраженные постоянные боли в скуловой области, усиливающиеся при пальпации скуловой кости;

изменение конфигурации лица за счет посттравматического отека в скуловой, щечной, подглазничной областях, области нижнего века;

слабо выраженная деформация средней зоны лица за счет смещения (западения) скуловой кости;

кровоизлияние в структуры нижнего века, подглазничной и скуловой области, слизистую оболочку переходной складки в области премаляров, первого и второго маляров;

носовое кровотечение из-за нарушения целостности стенок верхнечелюстного синуса;

определяется слабо выраженный «симптом ступеньки» по нижнему краю орбиты – латеральнее скуловерхнечелюстного шва, по скуловой дуге – медиальнее скуловисочного шва, в области тела скуловой кости у основания лобного отростка, по скулоальвеолярному гребню;

10.2. рентгенологические признаки перелома скуловой кости:

определяются линии перелома в следующих анатомических областях: скулоальвеолярный гребень, нижний край орбиты – латеральнее скуловерхнечелюстного шва, в области скуловой дуги – медиальнее скуловисочного шва, в области тела скуловой кости у основания лобного отростка, в области скулоклиновидного шва;

смещение костных фрагментов минимальное или отсутствует в области скулоклиновидного шва, минимальное в области нижнего края орбиты, скулоальвеолярного гребня, скуловой дуги;

наблюдаются повреждения передней и задненаружной стенок верхнечелюстного синуса;

могут наблюдаться дополнительные линии перелома в области тела скуловой кости;

может отмечаться рентгенологическая картина гемосинуса;

10.3. клинические признаки перелома скуловой дуги:

умеренно выраженные постоянные боли в области скуловой дуги, усиливающиеся при пальпации, при открывании рта;

изменение конфигурации лица за счет посттравматического отека в скуловой, околоушно-жевательной, височной областях;

деформация средней зоны лица за счет смещения скуловой дуги; «симптом ступеньки» при пальпации скуловой дуги;

может быть ограничение открывания рта из-за смещения и блокирования движений нижней челюсти в области венечного отростка;

10.4. рентгенологические признаки перелома скуловой дуги:

могут определяться линии перелома в одной или нескольких следующих анатомических областях: скуловой отросток височной кости, височный отросток скуловой кости, скуловисочный шов с формированием либо без формирования одного, либо нескольких осколков;

10.5. клинические признаки перелома скуло-орбитального комплекса:

умеренно либо сильно выраженные постоянные боли в скуловой области, области орбиты, усиливающиеся при пальпации скуловой кости, медиального и латерального краев орбиты, скуловой дуги. Боль может иррадиировать в область орбиты, область носа, верхнюю губу, верхнюю челюсть на стороне перелома;

изменение конфигурации лица за счет посттравматического отека в скуловой, щечной, подглазничной областях, области верхнего и нижнего век, умеренно либо сильно выраженная деформация средней зоны лица за счет смещения (западения и ротации) скуло-орбитального комплекса;

кровоизлияние в нижнее и верхнее веки, подглазничной и скуловой области, слизистую оболочку переходной складки в области премоляров, первого и второго маляров, в клетчатку орбиты и склеру глаза, возможно возникновение хемоза из-за повреждения наружной стенки орбиты;

носовое кровотечение из-за нарушения целостности стенок верхнечелюстного синуса;

при смещении лобного отростка скуловой кости наблюдается боль и затруднение движения глазного яблока, возможна диплопия при значительном смещении скуло-орбитального комплекса вниз;

определяется умеренно либо сильно выраженный «симптом ступеньки» по нижнему краю орбиты в области скуловерхнечелюстного шва или медиальнее, по латеральному краю орбиты в области скулолобного шва, по скуловой дуге в области скуловисочного шва, по скуло-альвеолярному гребню;

возможно ограничение открывание рта и болезненность за счет смещения скуло-орбитального комплекса в области скуловой дуги в сторону венечного отростка, что ведет к блокированию движений нижней челюсти, а также за счет травмы жевательной и височной мышц;

нарушение чувствительности области иннервации подглазничным нервом: кожа нижнего века, крыла носа, верхней губы, подглазничной, скуловой областей, верхней части щечной области, слизистая оболочка десны и зубы верхней челюсти на стороне перелома;

10.6. рентгенологические признаки перелома скуло-орбитального комплекса:

определяются линии перелома в следующих анатомических областях: скулоальвеолярный гребень – часто у основания в области альвеолярного отростка верхней челюсти, нижний край орбиты – в области скуловерхнечелюстного шва, в области скуловой дуги – по скуловисочному шву или вблизи него, в области латерального края орбиты – по скулолобному шву или вблизи него, в области скулоклиновидного шва;

умеренное смещение костных фрагментов в области скулолобного и скулоклиновидного швов, умеренное или выраженное в области нижнего края орбиты, скулоальвеолярного гребня, скуловой дуги;

имеются выраженные повреждения передней и задненаружной стенок верхнечелюстного синуса;

могут наблюдаться дополнительные линии перелома в области тела скуловой кости, по нижнему краю орбиты с формированием одного или нескольких осколков, в области нижней стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки орбиты в полость верхнечелюстного синуса;

отмечается рентгенологическая картина гемосинуса;

10.7. клинические признаки перелома дна орбиты:

кровоизлияние в клетчатку орбиты и склеру глаза, кровоизлияние в нижнее веко;

возможное возникновение хемоза;  
носовое кровотечение из-за нарушения целостности стенок верхнечелюстного синуса;

возможна диплопия при значительном увеличении объема орбиты;

при переломе нижнего края определяется умеренно либо сильно выраженный «симптом ступеньки» по нижнему краю орбиты, нарушение чувствительности области иннервации подглазничным нервом: кожа нижнего века, крыла носа, верхней губы, подглазничной, скуловой областей, верхней части щечной области, слизистая оболочка десны и зубы верхней челюсти на стороне перелома;

10.8. рентгенологические признаки перелома дна орбиты:

определяются линии перелома по нижнему краю орбиты с формированием одного или нескольких осколков, в области нижней стенки орбиты с пролабированием жировой клетчатки орбиты в полость верхнечелюстного синуса;

отмечается рентгенологическая картина гемосинуса;

10.9. клинические признаки перелома верхней челюсти:

отек, кровоподтеки мягких тканей подглазничных областей, век;  
деформация средней зоны лица;  
боль в области верхней челюсти, усиливающаяся при смыкании зубов и жевании;  
гипестезия, парестезия зубов и слизистой оболочки десны верхней челюсти, кожи верхней губы, крыла и подвижной части перегородки носа, подглазничной области и нижнего века;

неправильное смыкание зубных рядов;

затрудненное носовое дыхание и кровотечение из полости носа;

слезотечение;

снижение или потеря обоняния;

диплопия;

10.10. рентгенологические признаки перелома верхней челюсти:

линия перелома в области скулоальвеолярного гребня, грушевидной апертуры;  
линии перелома в области носолобного шва, нижнего края орбиты, скулоальвеолярного гребня;

линии перелома в области носолобного шва, наружного края орбиты, скуловой дуги;  
снижение пневматизации околоносовых пазух.

11. Классификация переломов нижней челюсти согласно локализации линии перелома:

перелом альвеолярной части;

перелом тела;

перелом мышечкового отростка;

перелом венечного отростка;

перелом ветви;

перелом симфиза (фронтального отдела);

перелом угла.

По отношению линии перелома к внешней среде выделяют:

открытые переломы (в пределах зубного ряда или вне его с нарушением целостности кожных покровов лица и (или) слизистой оболочки полости рта);

закрытые переломы (за пределами зубного ряда, без нарушения целостности кожных покровов лица или слизистой оболочки полости рта).

По характеру смещения отломков выделяют переломы:

без смещения;

со смещением.

12. Выделяют клинические и рентгенологические признаки перелома нижней челюсти:

12.1. клинические признаки перелома нижней челюсти:

подвижность отломков при бимануальном исследовании;

боль при осевой нагрузке, положительный симптом нагрузки;

боль при открывании рта;  
наличие отека, гематом мягких тканей околочелюстных тканей;  
рваные раны слизистой оболочки альвеолярного отростка;  
нарушение окклюзии зубных рядов, патологическая подвижность зубов;  
гипестезия или парестезия кожных покровов подбородочной области, нижней губы, слизистой оболочки альвеолярного отростка;  
нарушение движения суставной головки мыщелкового отростка;

12.2. рентгенологические признаки:

линия перелома нижней челюсти;  
вывих суставной головки из суставной впадины.

13. Для постановки или подтверждения диагноза осуществляются:

медицинский осмотр пациента: сбор анамнеза, жалоб пациента с выяснением времени, места и обстоятельств получения травмы, локализации болей, аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, определение общесоматического статуса (гемодинамика, сознание, общая и очаговая неврологическая симптоматика), внешний осмотр, определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, пальпация околочелюстных тканей и региональных лимфатических узлов, пальпация и бимануальное исследование верхней челюсти, скуловых костей и стенок орбиты, визуальное исследование полости рта; перкуссия зубов верхней челюсти;

инструментальные и лабораторные исследования:

обязательные: рентгенография скуловых костей в носоподбородочной укладке или полуаксиальной проекции, при переломах нижней челюсти – рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекциях;

дополнительные: прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография, ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография или мультиспиральная компьютерная томография, электроодонтометрия, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;

врачебные консультации врача-невролога или врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога и врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии или врачебные консилиумы.

14. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику перелома лицевых костей с переломом костей носа, переломом основания черепа, ушибами околочелюстных мягких тканей.

### ГЛАВА 3

#### ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМом ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

15. Лечение пациентов с переломом лицевых костей направлены на:

профилактику осложнений, угрожающих жизни;  
репозицию костных отломков;  
стабильную фиксацию костных отломков;  
предупреждение развития гнойно-воспалительных осложнений;  
оптимизацию условий для репаративного остеогенеза.

16. Обязательными лечебными мероприятиями у пациентов с переломом скуловой кости, скуло-орбитального комплекса, переломом дна орбиты в стационарных условиях являются:

консервативное лечение показано в случае наличия перелома скуловой кости без смещения, а также у пациентов с сопутствующей патологией, при которой риск возникновения осложнений для здоровья превосходит пользу от репозиции скуловой кости;

хирургический метод лечения показан всем пациентам с переломом скуловой кости, скуло-орбитального комплекса, переломом дна орбиты со смещением:

закрытая репозиция скуловой кости, скуло-орбитального комплекса крючком Лимберга или другими методами;

открытая репозиция и остеосинтез скуловой кости, скуло-орбитального комплекса, стенок орбиты при невозможности осуществить жесткую репозиционную устойчивость фрагментов другими методами;

дополнительными лечебными мероприятиями (по медицинским показаниям) у пациентов с переломом скуловой кости, скуло-орбитального комплекса, переломом дна орбиты являются:

редрессация костных отломков или остеотомия и остеосинтез при застарелых переломах;

устранение дефекта нижней стенки орбиты, коррекция контура трансплантатами или имплантатами.

17. Обязательные хирургические лечебные мероприятия у пациентов с переломом верхней челюсти:

бимаксилярное шинирование индивидуальными или стандартными назубными шинами с эластичной теменно-подбородочной пращевидной повязкой. Метод противопоказан до стабилизации состояния пациента при черепно-мозговой травме средней или тяжелой степени, при нестабильности основных гемодинамических параметров, тошноте, рвоте (из-за опасности аспирационной асфиксии);

при неудовлетворительной репозиции, отсутствии устойчивой фиксации отломков, невозможности проведения бимаксилярного шинирования показаны открытая репозиция и остеосинтез верхней челюсти;

при наличии сочетанной травмы нижней стенки орбиты с ее дислокацией, раздроблением и пролабированием ретробульбарной клетчатки в полости верхнечелюстной пазухи проводят репозицию нижней стенки орбиты или восстановление с применением аутокостных трансплантатов, сетчатых индивидуальных или стандартных титановых или полимерных имплантатов;

дополнительные хирургические лечебные мероприятия (по медицинским показаниям) у пациентов с переломом верхней челюсти:

при наличии съемных ортопедических конструкций возможна иммобилизация челюстей двумя протезами, фиксированными между собой лигатурами через сформированные перфорационные отверстия, с дополнительной фиксацией нижней челюсти эластичной пращевидной теменно-подбородочной повязкой;

хирургическо-ортопедический метод лечения перелома верхней челюсти (краниомаксилярное подвешивание по Фальтину-Адамсу или аналогичные);

при сочетанной черепно-мозговой травме средней или тяжелой степени специализированная медицинская помощь оказывается в условиях нейрохирургического отделения больницы организации здравоохранения после стабилизации состояния пациента.

18. Лечение пациентов с переломом нижней челюсти направлено на:

профилактику осложнений, угрожающих жизни;

репозицию костных отломков;

стабильную фиксацию костных отломков;

иммобилизацию нижней челюсти;

симптоматическое лечение и предупреждение развития гнойно-воспалительных осложнений;

оптимизацию условий для репаративного остеогенеза.

19. Первая медицинская помощь пациентам с переломами нижней челюсти заключается в осуществлении иммобилизации челюсти пращевидной или теменно-подбородочной повязкой.

При транспортировке положение пациентов с переломом нижней челюсти и признаками алкогольного, наркотического опьянения и (или) черепно-мозговой травмы – сидя с наклоном головы вперед или лежа на боку.

20. Обязательные хирургические лечебные мероприятия у пациентов с переломом нижней челюсти:

первичная хирургическая обработка линии перелома (по медицинским показаниям – удаление зубов из щели перелома с очагами одонтогенной инфекции, со сломанными корнями, препятствующих репозиции, не имеющих функциональной ценности, зашивание лунки и ран слизистой оболочки в области щели перелома), репозиция костных отломков и бимаксилярное шинирование с применением индивидуальных или стандартных на зубных шин;

при неудовлетворительной репозиции, отсутствии устойчивой фиксации отломков, невозможности проведения бимаксилярного шинирования показана открытая репозиция и на костный или внутрикостный остеосинтез.

Дополнительные хирургические лечебные мероприятия у пациентов с переломом нижней челюсти:

использование гладкой шины-скобы допускается для лечения пациентов с линейными переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда без смещения отломков, или с легко репозируемыми отломками, или с переломами альвеолярной части нижней челюсти при условии, что на отломках находится не менее 3 устойчивых зубов;

иммобилизация нижней челюсти с применением внутрикостных винтов;

при закрытых переломах в области ветви и отростков челюсти без смещения фрагментов допускается применение функционального метода лечения или межчелюстное лигатурное связывание по Айви;

у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, наличием съемных ортопедических конструкций и медицинскими противопоказаниями к эндотрахеальному наркозу возможна иммобилизация нижней челюсти к верхней двумя протезами, фиксированными между собой лигатурами через сформированные перфорационные отверстия, и дополнительной фиксацией нижней челюсти працевидной теменно-подбородочной повязкой;

фиксация отломков нижней челюсти по Блэку (при имеющемся съемном пластиночном протезе на нижнюю челюсть или косом переломе в области тела нижней челюсти);

одномоментная и отсроченная костная пластика с на костным остеосинтезом системой мини-пластин, реконструктивной стандартной или индивидуальной пластинами, либо аппаратный внеочаговый остеосинтез (оскольчатые множественные переломы и (или) с дефектом костной ткани нижней челюсти более 0,5 см);

при внутрисуставных переломах мыщелкового отростка при невозможности сохранения малого фрагмента головки сустава может быть проведена кондилэктомия без или с проведением артропластики ауто-трансплантатом, аллотрансплантатом, имплантатом;

при мелкооскольчатых переломах, отсутствии выраженных функциональных нарушений и наличии смещения костных отломков в труднодоступных для остеосинтеза отделах челюсти с высоким риском интраоперационных или послеоперационных осложнений допускается консервативное лечение ортопедическими методами с последующей ортопедической коррекцией прикуса по медицинским показаниям.

21. В ходе лечения пациентов с лицевых костей применяются следующие ЛП:

ЛП для местной анестезии согласно приложению 1;

антибактериальные ЛП для системного применения для подавления патогенной микрофлоры, периоперационной антибиотикопрофилактики и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений согласно приложению 2;

нестероидные противовоспалительные ЛП для уменьшения воспалительной реакции и снижения болевого симптома согласно приложению 3;

антисептики и дезинфицирующие ЛП для местного применения при перевязках согласно приложению 4.

22. Критерии эффективности лечения пациентов с переломом лицевых костей:

репозиция отломков в правильное анатомическое положение;

консолидация перелома;  
 восстановление чувствительности в области иннервации подглазничным нервом;  
 свободное открывание рта в полном объеме;  
 восстановление нарушенной окклюзии;  
 отсутствие болевого симптома (в том числе при пальпации);  
 отсутствие гнойно-воспалительных осложнений.

23. Сроки иммобилизации нижней челюсти:

при односторонних переломах иммобилизацию челюстей с помощью шин осуществляют в течение 3–4 недель (при закрытых переломах без смещения до 2 недель);  
 при двусторонних переломах – от 3 до 6 недель.

Сроки иммобилизации нижней челюсти у пациентов после проведения остеосинтеза могут быть уменьшены с целью ранней функциональной нагрузки.

24. В период лечения и до консолидации перелома следует придерживаться умеренной интенсивности физических нагрузок.

25. Медицинское наблюдение с переломом лицевых костей в амбулаторных условиях после проведенного лечения осуществляет врач-стоматолог-хирург территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения с периодичностью 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года, в дальнейшем в медицинском наблюдении пациент не нуждается.

Приложение 1

к клиническому протоколу  
 «Диагностика и лечение  
 пациентов (взрослое население)  
 с переломом лицевых костей»

**ЛП для местной анестезии, применяемые при лечении пациентов с переломом лицевых костей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
1	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). ЛП предназначен для инъекционного применения в ротовой полости и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛП следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза для взрослых не должна превышать 300 мг

Приложение 2  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с переломом лицевых костей»

**Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с переломом лицевых костей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
<b>1. J01C Бета-лактамы антибиотики, пенициллины</b>			
1.1	Амоксициллин/ Клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг. Таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг. Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг. Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. В/в медленно (1 г ЛП растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. Взрослые по 1 таб. 500 мг + 125 мг 3 раза/сут или по 1 таб. 875 мг + 125 мг 2 раза/сут. ЛП принимают внутрь вначале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
<b>2. J01D Прочие бета-лактамы антибиотики</b>			
2.1	Цефазолин	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг. Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг. Порошок разводится на растворе натрия хлорида 9 мг/мл	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Вводят внутримышечно или внутривенно (струйно или капельно). Обычная доза 1–2 г в сутки, которые вводят в 2–3 приема каждые 8 или 12 часов. Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 2 г при весе пациента меньше 120 кг или 3 г при весе пациента более 120 кг
2.2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг. Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 ч. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
2.3	Цефуросим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг и 1500 мг;	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или

		порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл; гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой 125 мг, 250 мг, 500 мг	инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 1,5 г. Для приема внутрь: 250–500 мг 2 раза в сутки. Длительность курса 7–10 дней
3. J01XA Гликопептидные антибактериальные средства			
3.1	Ванкомицин	Лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 500 мг; лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 1000 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 1000 мг	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. ЛПП вводится внутривенно капельно в течение 30–60 минут по 0,5 г 4 раза в сутки или по 1,0 г 2 раза в сутки. Перед введением ЛПП разводится в не менее, чем в 200 мл раствора декстрозы (50 мг/мл) или раствора для инфузий (9 мг/мл). Максимальная концентрация ЛПП в плазме крови не должна превышать 25–40 мг/мл. Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
4. J01XD Производные имидазола			
4.1	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл и 100 мл; таблетки 250 мг	Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток. После чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней). Периоперационная антибактериальная профилактика: 5 мг/мл 100 мл
5. J01M Антибактериальные средства, производные хинолона			
5.1	Ципрофлоксацин	Раствор для инфузий 2 мг/мл в бутылках стеклянных 100 мл; раствор для инфузий 0,8 мг/мл в полимерных контейнерах; раствор для инфузий 2,0 мг/мл в полимерных контейнерах	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Внутривенно: 400 мг 2 раза в сутки. Продолжительность внутривенной инфузии 60 минут. Общая продолжительность лечения 7–14 дней

Приложение 3  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с переломом лицевых костей»

**Нестероидные противовоспалительные ЛП, применяемые при лечении пациентов с переломом лицевых костей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
<b>M01A Нестероидные противовоспалительные препараты</b>			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг. Порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для взрослых в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Взрослым старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг и 400 мг; капсулы 200 мг, капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь 20 мг/мл	Ибупрофен назначают взрослым внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛП уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛП). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 ч. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 4  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с переломом лицевых костей»

**Антисептики и дезинфицирующие ЛП, применяемые при лечении пациентов  
с переломом лицевых костей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Применяется местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов – 5–10 мл раствора 2–3 раза в сутки. Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий ЛП следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально