Перелом нижней челюсти

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2021 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S02.6 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Перелом нижней челюсти — нарушение целостности кости, чаще травматическое; возможны также патологические переломы на участке, ослабленном заболеванием. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, исключению сочетанных повреждений, выбору фиксации отломков, профилактике инфекции и восстановлению функции.

Главное

- О переломе говорят боль, усиливающаяся при открывании рта и жевании, нарушение прикуса, патологическая подвижность или крепитация отломков, костная «ступенька», гематома с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части; онемение подбородка и нижней губы указывает на возможное повреждение нижнего альвеолярного нерва.
- При сборе анамнеза уточняют головокружение, тошноту, рвоту, потерю сознания и памяти для своевременной верификации черепно-мозговой травмы и назначения консультации врача-невролога.
- Для подтверждения перелома используют рентгенографию лицевого скелета в прямой и боковой проекциях и ортопантомографию; спиральную КТ челюстно-лицевой области применяют при сложном переломе для планирования лечения. УУР С, УДД 5.
- Ортопедическая фиксация подходит прежде всего при линейных переломах в пределах зубного ряда без смещения или с легко вправимыми отломками и достаточным числом устойчивых зубов; при одностороннем переломе шины оставляют на 4–5 недель, при двустороннем — до 6 недель. УУР С, УДД 4.
- Хирургическую фиксацию выбирают, если отломки нельзя сопоставить ортопедически, устойчивых зубов недостаточно, в щели интерпонированы мягкие ткани или имеется перелом-вывих мыщелкового отростка; также она необходима при значительном смещении, переломах вне зубного ряда, оскольчатых и патологических переломах. УУР С, УДД 4.
- При хирургическом лечении предпочтителен остеосинтез накостными мини-пластинами для стабильной фиксации, восстановления прикуса и анатомического сопоставления; при возможности выбирают внутриротовой доступ. УУР А, УДД 2 для остеосинтеза мини-пластинами; УУР С, УДД 4 для внутриротового доступа.
- Перелом нижней челюсти требует экстренной госпитализации: при смещении отломков — независимо от срока, при переломе без смещения — если с момента травмы прошло не более 2 недель, а при более позднем обращении — при осложнениях со стороны ЛОР-органов, органа зрения или нервной системы.

Диагностика

1. При сборе анамнеза уточнить, когда, где и при каких обстоятельствах получена травма; спросить о головокружении, тошноте, рвоте, потере сознания и памяти. УУР С, УДД 5.
2. Оценить общее состояние: сознание и контактность, характер дыхания, пульс, артериальное давление, наличие мышечной защиты или боли при пальпации живота; исключить повреждения других областей тела.
3. Осмотреть лицо и полость рта: выявить отек, гематомы, раны, деформацию, смещение подбородка, нарушение прикуса, уменьшение амплитуды движений, гематому с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части, разрыв слизистой и видимые костные фрагменты.
4. Пальпировать челюсть симметрично и проверить симптом нагрузки, болезненность, костные выступы и дефекты; определить подвижность отломков и их смещение. При подозрении на перелом мыщелкового отростка сравнить движения отростков через наружные слуховые проходы. УУР С, УДД 5.
5. Иглой проверить чувствительность кожи нижней губы и подбородка на стороне повреждения для выявления травмы нижнего альвеолярного нерва. УУР В, УДД 3.
6. Выполнить рентгенографию лицевого скелета в прямой и боковой проекциях и ортопантомограмму для определения линии перелома и оценки всей нижней челюсти; при сложном переломе — КТ для планирования лечения. УУР С, УДД 5.

7. Перед операцией выполнить лабораторные диагностические исследования всем пациентам с переломом нижней челюсти. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При отсутствии условий для лечебной фиксации, необходимости транспортировки, недостатке времени или тяжелом общем состоянии выполнить временную иммобилизацию для уменьшения боли и предупреждения смещения отломков и кровотечения. При признаках повреждения мозга избегать обычной межчелюстной фиксации; использовать метод Оливера—Айви или способ без межчелюстного скрепления из-за риска аспирации рвотных масс. УУР С, УДД 5.
- Для ортопедической фиксации применяют назубные шины. Гладкая шина-скоба возможна при линейном переломе в пределах зубного ряда без смещения или с легко вправимыми отломками, если на большем отломке есть не менее 4, а на меньшем — не менее 2 устойчивых зубов; при двусторонних, двойных, множественных и трудновправимых переломах используют двучелюстные шины с зацепными петлями. УУР С, УДД 4.
- При невозможности стабильной ортопедической фиксации выполнить хирургическое лечение; основным методом является остеосинтез накостными мини-пластинами, при возможности через внутриротовой доступ. УУР А, УДД 2 для мини-пластин; УУР С, УДД 4 для внутриротового доступа.
- При планируемой операции провести антибиотикопрофилактику. При закрытом переломе и наружном доступе без сообщения с полостью рта: цефазолин 1,0–3,0 г или цефуроксим 1,5 г внутривенно за 30–60 минут до разреза; альтернативы — ванкомицин 15 мг/кг внутривенно за 120 минут до разреза или клиндамицин 0,6–0,9 г внутривенно за 30–60 минут до разреза.
- При внутриротовом доступе, риске сообщения с полостью рта или открытом переломе: цефазолин 1,0–3,0 г плюс метронидазол 0,5–1,0 г, либо цефуроксим 1,5 г плюс метронидазол 0,5–1,0 г, либо амоксициллин/клавулановая кислота 1,2 г; введение — внутривенно за 30–60 минут до разреза. При контаминированной операции профилактику продолжают не более 24 часов.
- Обычно антибиотикопрофилактику проводят однократно; при операции длительностью более двух периодов полувыведения препарата вводят дополнительную разовую дозу. При высоком риске осложнений профилактику допускается продлить на 24–48 часов. УУР А, УДД 2 для профилактики и разовой дозы; УУР С, УДД 5 для дополнительного введения.
- Ортопедическое лечение проводят под премедикацией и местной анестезией; репозицию и остеосинтез обычно выполняют под общим комбинированным эндотрахеальным наркозом. УУР С, УДД 4.
- При бимаксиллярной фиксации назначают первый челюстной стол консистенции сливок; при фиксации, позволяющей открывать рот, — второй челюстной стол консистенции густой сметаны. При бессознательном состоянии или нарушении глотания используют парентеральное питание: питательные смеси в среднем 1,0–1,5 л/сут, вводят 2–3 раза в сутки со скоростью 20–25 капель в минуту. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать в отделение челюстно-лицевой хирургии при переломе со смещением отломков.
- Экстренно госпитализировать при переломе без смещения, если с травмы прошло до 2 недель; при сроке более 2 недель — если есть осложнения со стороны ЛОР-органов, органа зрения, центральной или периферической нервной системы.
- При подозрении на повреждение внутренних органов обеспечить консультацию врача-хирурга. УУР С, УДД 5.
- При признаках сотрясения или ушиба мозга в кратчайшие сроки организовать первичную консультацию врача-невролога. УУР С, УДД 5.
- Если от травмы прошло более 28 суток, состояние кодируют не как перелом нижней челюсти, а как последствия перелома черепа и костей лица — T90.2.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее убедительны для перелома нижней челюсти?

Наиболее характерны патологическая подвижность отломков, костная крепитация, нарушение прикуса, костная «ступенька», гематома с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части и видимые костные фрагменты. При переломе мыщелкового отростка подбородок при открывании рта смещается к стороне перелома, а движения на этой стороне ограничены.

Как обследовать пациента с подозрением на сопутствующую ЧМТ?

При выявлении признаков сотрясения или ушиба мозга в кратчайшие сроки обеспечивают первичную консультацию врача-невролога. УУР С, УДД 5.

Когда достаточно шин, а когда нужен остеосинтез?

Шины применяют при переломах в пределах зубного ряда без смещения или с легко вправимыми отломками и достаточным числом устойчивых зубов. Остеосинтез показан при невозможности репозиции или стабильной фиксации ортопедически, недостатке устойчивых зубов, интерпозиции мягких тканей, значительном смещении, оскольчатом, патологическом переломе или переломе вне зубного ряда.

Какова антибиотикопрофилактика при операции на нижней челюсти?

При закрытом переломе и наружном доступе без сообщения с полостью рта используют цефазолин 1,0–3,0 г или цефуроксим 1,5 г внутривенно за 30–60 минут до разреза. При внутриротовом доступе, открытом переломе или риске сообщения с полостью рта применяют цефазолин либо цефуроксим с метронидазолом или амоксициллин/клавулановую кислоту 1,2 г; обычно введение однократное, а при контаминированной операции — не более 24 часов.

Что важно делать при шинировании?

Ежедневные перевязки сопровождают очисткой шин и зубов от пищи, контролем положения шин, петель и лигатур. Пациент должен полоскать рот антисептиком после каждого приема пищи, между приемами пищи и перед сном, а также чистить зубы щеткой и пастой. УУР В, УДД 3 для обучения индивидуальной гигиене.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/653-perelom-nizhnej-chelyusti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/653_1