Перелом нижней челюсти

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: S02.6 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Перелом нижней челюсти — нарушение целости ее костных структур; у детей возможны неполные поднадкостничные переломы по типу «зеленой ветки», а травма мыщелкового отростка, особенно его головки, способна повлиять на рост нижней челюсти. Рекомендация посвящена диагностике, госпитализации, ортопедической и хирургической фиксации, профилактике инфекции и последующему наблюдению детей.

Главное

- У детей встречаются неполные поднадкостничные переломы по типу «зеленой ветки»; повреждение мыщелкового отростка, особенно его головки — основной зоны роста нижней челюсти, может приводить к посттравматической микрогнатии.
- Переломы тела нижней челюсти в пределах зубного ряда обычно открытые, поскольку щель перелома сообщается с полостью рта; переломы ветви чаще закрытые.
- Ортопедическая фиксация — основной метод у детей при поднадкостничных переломах, переломах без смещения и значительной части переломов со смещением, если удается сопоставить и стабильно удержать отломки.
- Назубные проволочные шины у детей, как правило, применяют после 11 лет; при сформированном постоянном прикусе ортопедические методы рекомендуют после 12–13 лет. Для применения гладкой шины на фрагментах должны находиться не менее двух устойчивых зубов.
- Хирургическая фиксация нужна, если ортопедически нельзя сопоставить или стабилизировать отломки, нет достаточного числа устойчивых зубов, есть интерпозиция мягких тканей, многооскольчатый перелом или значительное смещение мыщелкового отростка.
- При планируемой операции обязательна профилактика инфекции области хирургического вмешательства; препараты выбора обычно вводят однократно за 30–60 минут до разреза, а при высоком риске осложнений профилактику допускается продлить до 24–48 часов.
- После перелома диспансерное наблюдение продолжают весь период роста лицевого отдела черепа. Контрольное рентгенологическое исследование выполняют через 4 недели после операции. Для контрольного исследования указаны УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы и сведения о травме у ребенка и сопровождающих: механизм и время повреждения, помощь до поступления, а также головокружение, тошноту, рвоту и амнезию для выявления возможной ЧМТ. УУР С, УДД 5.
2. Оценить общее состояние, осмотреть лицо и полость рта: искать отек, гематому, асимметрию, нарушение прикуса, раны слизистой, кровотечение, ограничение открывания рта и смещение подбородка.
3. Осторожно пропальпировать симметричные участки нижней челюсти, оценить болезненность, костные выступы и дефекты, патологическую подвижность отломков; проверить чувствительность и движения нижней губы и подбородка, а также синхронность движения головок челюсти.
4. Выполнить общий анализ крови и общий анализ мочи всем детям с переломом нижней челюсти. УУР С, УДД 5.
5. Провести рентгенографию черепа в одной или нескольких проекциях и ортопантомографию как базовые исследования; ортопантомография позволяет оценить нижнюю челюсть на всем протяжении. УУР С, УДД 5.
6. При возможности выполнить КТ лицевого отдела черепа, особенно при переломе головки челюсти, для уточнения повреждения и планирования лечения. УУР С, УДД 5.
7. При признаках сотрясения или ушиба головного мозга срочно привлечь нейрохирурга, а при его отсутствии невролога; при подозрении на повреждения других органов обеспечить консультации соответствующих специалистов. УУР С, УДД 4.

Лечение

- При одностороннем поднадкостничном переломе тела в пределах зубного ряда, особенно у дошкольника, можно использовать подбородочно-теменную повязку на 7–10 дней с симптоматическим лечением и диетой.
- У детей более старшего возраста при переломах тела без смещения применяют окклюзионную шину; при полном переломе с небольшим смещением без нарушения прикуса — двухчелюстную проволочную или ленточную шину. При двойных переломах у детей среднего школьного возраста и старше добавляют межчелюстную эластичную тягу.
- Обычно шинирование выполняют 3–5 недель при одностороннем переломе и до 5–6 недель при двустороннем.
- При поднадкостничном переломе мыщелкового отростка с углом деформации 5–15° или полном переломе без смещения используют подбородочно-теменную повязку на 7–10 суток, щадящую диету, симптоматическое, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.
- При большем угле деформации, частичном или полном выходе головки из суставной впадины, смещении отломков без вывиха или внутрисуставном переломе проводят медленную ортопедическую репозицию с индивидуальной каппой и межчелюстной эластической тягой. Возможность репозиции ограничена сроком не более 6–8 суток. УУР С, УДД 5.
- Если ортопедическая фиксация невозможна или нестабильна, применяют открытую репозицию и остеосинтез. Предпочтительны пластины и винты для черепно-лицевой хирургии, в том числе рассасывающиеся; при фиксации отломков в области тела челюсти часто используют внутриротовой доступ. УУР С, УДД 4.
- При полном переломе шейки мыщелкового отростка со значительным смещением и захождением отломков, а также при низком переломе-вывихе показана открытая репозиция; при других смещенных переломах без выраженного снижения суставной высоты, нарушения окклюзии, ограничения открывания рта, боли и асимметрии от операции следует воздержаться. УУР С, УДД 5.
- Для профилактики инфекции при внутриротовой операции, риске сообщения раны с полостью рта или открытом переломе используют цефазолин с метронидазолом, цефуроксим с метронидазолом или амоксициллин+[клавулановая кислота]; препараты вводят за 30–60 минут до разреза. При аллергии на бета-лактамы возможны ванкомицин или клиндамицин; для детей указана разовая доза клиндамицина 10 мг/кг внутривенно, а ванкомицин вводят за 120 минут до разреза.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии показана при переломе со смещением, при переломе без смещения давностью до 1–2 недель, а также при более давнем переломе без смещения с осложнениями со стороны ЛОР-органов, органа зрения или нервной системы.
- При любом повреждении челюстно-лицевой области у ребенка, если нельзя исключить ЧМТ или травму других органов в приемном покое, ребенка госпитализируют для уточнения диагноза.
- При подозрении на перелом до госпитализации обеспечивают временную транспортную иммобилизацию: подбородочно-теменную бинтовую повязку, гипсовую подбородочную лангету и другие варианты.
- При сочетании с ЧМТ сроки постоянной иммобилизации зависят от тяжести повреждений: при тяжелой ЧМТ и тяжелой травме лица лечебную ортопедическую иммобилизацию проводят на 2–5-е сутки, а остеосинтез — не ранее 7-х суток; при нетяжелой ЧМТ и тяжелой травме лица лечебную иммобилизацию, включая остеосинтез, проводят уже в первые сутки. Перед иммобилизацией указаны ориентиры: АД 90–95 мм, пульс менее 90/мин, частота дыхания менее 20/мин.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее подозрительны на перелом нижней челюсти у ребенка?

Нарушение прикуса, патологическая подвижность челюсти или отломков, боль и симптом «ступеньки» по краю челюсти, гематома в преддверии и с язычной стороны, подвижность зубов, рана слизистой и неврологические нарушения в зоне нижнего альвеолярного нерва.

Какое исследование выбрать первым?

Базовыми методами являются рентгенография черепа в одной или нескольких проекциях и ортопантомография. При возможности, особенно при повреждении головки челюсти, выполняют КТ лицевого отдела черепа.

Когда перелом нижней челюсти у ребенка лечат без операции?

Ортопедическое лечение используют при поднадкостничных переломах, переломах без смещения и значительной части переломов со смещением, если отломки можно сопоставить и стабильно удержать шинами или межчелюстной эластичной тягой.

Когда нужна операция?

Операция показана при невозможности ортопедически сопоставить или стабилизировать отломки, недостатке устойчивых зубов, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе и значительном смещении мыщелкового отростка, включая перелом-вывих.

Какие антибиотики используют для профилактики инфекции при операции?

При закрытом переломе и наружном доступе без сообщения с полостью рта используют цефазолин или цефуроксим, вводимые за 30–60 минут до разреза. При внутриротовом доступе, риске сообщения с полостью рта или открытом переломе применяют цефазолин с метронидазолом, цефуроксим с метронидазолом или амоксициллин+[клавулановая кислота], обычно за 30–60 минут до разреза; ванкомицин вводят за 120 минут до разреза. При аллергии на бета-лактамы возможны ванкомицин или клиндамицин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/866-perelom-nizhnej-chelyusti. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/866_1