Воспалительные заболевания челюстей. Одонтогенный остеомиелит челюсти.

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K10.2 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Рекомендация посвящена периоститу и одонтогенному остеомиелиту челюстей — гнойно-воспалительным заболеваниям, связанным преимущественно с инфекцией из одонтогенного очага. Главное в практике: быстро установить распространённость процесса, устранить источник инфекции хирургически, обеспечить дренирование и назначить антибактериальную терапию с последующей коррекцией по результатам микробиологии.

Главное

- Периостит ограничен одним зубо-альвеолярным сегментом и при остром течении сопровождается поднадкостничным абсцессом; остеомиелит распространяется за пределы этого сегмента на пародонт соседних зубов или тело челюсти.
- Остеомиелит челюсти лечат в стационаре в режиме неотложной помощи; при декомпенсированной сопутствующей патологии или гиперергическом течении нужен многопрофильный стационар.
- При обращении хирургическое вмешательство выполняют экстренно, желательно не позднее 2 часов после установления диагноза: устраняют одонтогенный источник и дренируют гнойный очаг. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
- Секвестрэктомию проводят после подтверждения сформированного и отграниченного секвестра: обычно через 4–5 недель на верхней челюсти и 6–8 недель на нижней; при хроническом остеомиелите — при сроках более этих значений или после ранее выполненной секвестрэктомии.
- Системную антибиотикотерапию начинают эмпирически в первые часы пребывания в челюстно-лицевом стационаре после дренирования, материал очага направляют на посев и чувствительность; после получения результатов переходят на целенаправленную схему.
- Для профилактики одонтогенных воспалительных заболеваний нужна санация полости рта: осмотр стоматолога — не реже 1 раза в год, профессиональная гигиена — не реже 1 раза в 6 месяцев.

Диагностика

1. Первичный осмотр проводит челюстно-лицевой хирург и/или стоматолог-хирург; желательно сделать это не позднее 2 часов после поступления в стационар. При отсутствии таких специалистов осмотр может выполнить хирург с последующей маршрутизацией. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
2. Уточняют начало и динамику заболевания, связь с причинным зубом или его удалением, характер и распространение боли, подвижность зубов, отёк, свищи, ограничение открывания рта, боль при глотании, парестезию и симптомы интоксикации. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
3. Проводят общий осмотр с оценкой температуры, частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания; осматривают лицо, лимфоузлы и полость рта, пальпируют инфильтрат, оценивают флюктуацию, открывание рта, перкуссию и патологическую подвижность зубов, чувствительность губы и подбородка. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
4. Перед экстренной операцией выполняют лабораторный комплекс: общий анализ крови с СОЭ, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, исследование группы и резус-принадлежности крови; при сопутствующей патологии или нетипичном течении объём расширяют, включая СРБ и по показаниям прокальцитонин. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
5. Для поиска причинного зуба и оценки кости используют внутриротовую или внеротовую рентгенографию, ортопантомографию, КЛКТ или МСКТ; при остром диффузном периостите, субтотальном или тотальном остеомиелите, хроническом процессе и его обострении КТ проводят при технической возможности. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
6. У стационарных пациентов исследуют раневое отделяемое из лунки удалённого причинного зуба или свища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности. При необходимости для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики проводят цитологическое или

патолого-анатомическое исследование; дифференциальную диагностику проводят, в частности, с периодонтитом, абсцессами, флегмонами, лимфаденитом и опухолями. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.

Лечение

- Основу лечения составляет хирургическая санация: удаление причинного зуба, вскрытие и дренирование гнойного очага. Оперативный доступ выбирают по локализации очага, обеспечивая наиболее короткий путь и полноценный отток.
- При остром или обострившемся хроническом остеомиелите причинный зуб обычно удаляют одновременно со вскрытием очага; поднадкостничные абсцессы при муфтообразном инфильтрате вскрывают с вестибулярной и язычной/нёбной сторон. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
- При остром периостите дренаж оставляют на 1–2 суток после удаления зуба или до 4–5 дней при его сохранении — до прекращения гноетечения и купирования острого воспаления. Сохранение зуба возможно только при остром серозном периостите, наличии проходимого корневого канала и благоприятного прогноза.
- При подостром или хроническом остеомиелите после подтверждения секвестра выполняют секвестрэктомию; операционный материал направляют на гистологическое и микробиологическое исследование. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
- Эмпирическую системную антибиотикотерапию начинают после дренирования очага препаратами группы J01 с учётом локального протокола и риска полирезистентных возбудителей; после получения посева и антибиотикограммы схему корректируют. Эффективность оценивают через 2–3 дня.
- Типичная продолжительность антибактериальной терапии составляет 5–10 дней, в большинстве случаев — 5–7 дней; прекращение определяют по стойкой нормализации температуры, улучшению местных и общих симптомов, отсутствию системной воспалительной реакции и нормализации лабораторных показателей. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
- Для местного лечения используют антисептики и противомикробные средства с учётом фазы раневого процесса: хлоргексидин 0,05–0,2%, перекись водорода 3%, гексэтидин 0,2%, раствор гидроксиметилхиноксалиндиоксида 0,5%, повидон-йод 10% в разведении в 10 или 100 раз. Уровень убедительности рекомендации С, УДД 5.
- При тканевой гипоперфузии и подозрении на гиповолемию начальная водная нагрузка должна составлять не менее 30 мл/кг раствора, влияющего на водно-электролитный баланс, с контролем гемодинамики; состав инфузионной терапии согласуют с анестезиологом-реаниматологом при тяжёлом или осложнённом течении.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при остром серозном или гнойном периостите на фоне суб- или декомпенсированной сопутствующей патологии, гиперергическом течении, злокачественных новообразованиях или иммунодефиците.
- Пациентов с одонтогенным остеомиелитом госпитализируют в стационар; при распространении на мягкие ткани, возможном синусите или необходимости общего обезболивания предпочтителен многопрофильный стационар.
- Плановая госпитализация показана при остеомиелите в подострой фазе и сформированном секвестре, а также при затяжном, торпидном или прогрессирующем хроническом остеомиелите с длительным формированием секвестров.
- После неосложнённого раннего послеоперационного периода, удовлетворительного состояния, контролируемой боли и возможности амбулаторного приёма антибиотиков пациента выписывают под наблюдение челюстно-лицевого хирурга или стоматолога-хирурга.

Частые вопросы

Как отличить периостит от остеомиелита по клинике?

При периостите инфильтрат и воспаление обычно ограничены одним зубо-альвеолярным сегментом, болезненен преимущественно причинный зуб. При остеомиелите боль и перкуссионная болезненность

распространяются на несколько зубов, появляется их патологическая подвижность, двусторонний инфильтрат и возможен симптом Венсана.

Когда при остеомиелите выполнять секвестрэктомию?

После клинико-рентгенологического подтверждения формирования и отграничения секвестра: обычно через 4–5 недель на верхней челюсти и 6–8 недель на нижней. При хроническом остеомиелите ориентируются на сроки более 4–5 и 6–8 недель соответственно.

Нужно ли удалять причинный зуб при одонтогенном остеомиелите?

Да, лечение обычно начинают с решения вопроса об удалении причинного зуба; в большинстве случаев его удаляют одновременно со вскрытием гнойных очагов. Это улучшает отток экссудата из первичного одонтогенного очага.

Когда начинать антибиотики и когда их менять?

Эмпирическую системную терапию начинают после дренирования очага, в первые часы пребывания в стационаре, одновременно направляя отделяемое на микробиологическое исследование. После получения результатов посева и чувствительности переходят на целенаправленную схему; отсутствие клинического ответа через 1–3 дня требует дополнительного обследования и пересмотра тактики.

Можно ли лечить периостит амбулаторно?

Да, но только у пациентов без сопутствующей патологии, при нормергическом течении, отсутствии риска осложнений и возможности оказания неотложной помощи в стоматологической поликлинике. Одонтогенный остеомиелит лечат в стационаре.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1049-vospalitelnye-zabolevaniya-chelyustej-odontogennyj-osteomielit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1049_1