Воспалительные заболевания челюстей. Одонтогенный остеомиелит челюсти

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K10.2, M86 · ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Хронический остеомиелит челюсти — воспаление костной ткани длительностью более 4 недель; формы различают по наличию инфекции, гноя, свищей и секвестров. Рекомендация описывает диагностику и лечение хронических одонтогенных и небактериальных поражений челюстей у детей, включая КТ, микробиологию, биопсию, хирургическую санацию и противовоспалительную/антибактериальную терапию.

Главное

- Хронический остеомиелит — процесс более 4 недель с секвестрами или без тенденции к самопроизвольному выздоровлению; первично-хронический вариант протекает без гноя, свища и секвестрации, вторично-хронический связан с одонтогенной инфекцией, инородным телом, травмой, пороком развития костной ткани или системными заболеваниями.
- Первично-хронический остеомиелит чаще рассматривается как асептическое воспаление: микробиологические исследования обычно безуспешны, а терапия системными противомикробными препаратами при этой форме неэффективна.
- Вторично-хронический остеомиелит связан с одонтогенной инфекцией или травмой; среди возбудителей указаны S. aureus, S. epidermidis, Actinomyces, а 65–75% микрофлоры составляют неспорообразующие анаэробы.
- Для диагноза первично-хронического остеомиелита нужно 2 больших критерия или 1 большой и 3 малых; среди больших — рентгенологические остеолитические/остеосклеротические очаги, множественные очаги, псориаз или ладонно-подошвенный пустулез, стерильная воспалительная/фиброзно-склеротическая биопсия.
- КТ челюстно-лицевой области используют для определения очага, распространенности, секвестров, периостальных наслоений и планирования операции; УУР С, УДД 5.
- При вторично-хроническом остеомиелите радикальное лечение — секвестрэктомия или частичная/полная резекция челюсти в пределах рентгенологически неизмененной кости; УУР С, УДД 4.
- Средняя длительность системной антибактериальной терапии при гнойно-воспалительных процессах — 5–10 дней; при S. aureus или P. aeruginosa с бактериемией у детей с отягощенным статусом — не менее 14 суток.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: боль в зубе или челюсти, иррадиация по ветвям тройничного нерва, подвижность зубов, отек, парестезия нижней губы/подбородка, ограничение открывания рта, боли при глотании/жевании/движении языком, свищи, деформация челюсти, симптомы интоксикации; УУР С, УДД 5.
2. Уточнить связь с заболеванием или удалением зуба, переохлаждением, простудным заболеванием, физическим/эмоциональным перенапряжением, динамику симптомов и эффект уже проведенного лечения.
3. Оценить общее состояние, температуру, костную систему, мягкие ткани, регионарные лимфоузлы, полость рта, степень открывания рта, подвижность нижней челюсти и местный статус; УУР С, УДД 4 и УУР В, УДД 3.
4. Выполнить ОАК для оценки воспалительной реакции; при обострении вторично-хронического остеомиелита возможны лейкоциты >10,0×10^9/л, нейтрофилы до 70–80%, палочкоядерные до 15–20%, СОЭ до 40 мм/ч при гиперергии; УУР С, УДД 4.
5. Определить С-реактивный белок для контроля динамики и коррекции терапии; при хронических формах лейкоциты и СРБ могут быть умеренно повышены, но это неспецифично и встречается только у половины пациентов; УУР С, УДД 4.
6. Провести культуральное исследование гнойного отделяемого, отделяемого из свищей и операционных ран на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; УУР С, УДД 4.

7. Провести КТ челюстно-лицевой области; при необходимости — УЗИ мягких тканей, костей и лимфоузлов шеи для оценки гнойного процесса и дифференциальной диагностики; КТ — УУР С, УДД 5, УЗИ — УУР С, УДД 3.

Лечение

- Лечение строится вокруг устранения источника воспаления: санация полости рта, удаление причинного зуба или инородного тела, вскрытие и дренирование гнойного очага, системная и местная терапия, профилактика осложнений.
- При первично-хроническом остеомиелите первая линия — санация полости рта и НПВП; вторая линия — плоскостная резекция зоны поражения, системные антибиотики, системные кортикостероиды, бисфосфонаты, ингибиторы ФНО-α или ингибиторы интерлейкина.
- Системные антибиотики при инфекционной причине назначают с учетом микробиологического исследования; при обострении вторично-хронического остеомиелита начинают антибиотики широкого спектра с первых часов в челюстно-лицевом стационаре, затем корректируют по антибиотикограмме; УУР С, УДД 5.
- Эффективность антибиотикотерапии оценивают через 2–3 дня с микробиологическим контролем; при отсутствии клинико-лабораторного ответа за 1–3 дня проводят дообследование, ищут осложнения/вторичные очаги и корректируют лечение; УУР С, УДД 5.
- Критерии достаточности антибиотиков: стойкая нормализация температуры, улучшение симптомов инфекции, отсутствие системной воспалительной реакции, нормализация лейкоцитов, формулы, СОЭ и СРБ, отрицательная гемокультура, нормализация функции ЖКТ; один остаточный признак или гранулирующая рана сами по себе не требуют продления курса.
- При хроническом небактериальном остеомиелите для боли используют НПВП; в комментарии также перечислены анальгетики/антипиретики: метамизол натрия, парацетамол, салициловая кислота и ее производные, ибупрофен, кетопрофен; УУР С, УДД 4.
- При первично-хроническом остеомиелите после неэффективности НПВП, при рецидивирующем или тяжелом течении применяют системные кортикостероиды: преднизолон 2 мг/кг/сут внутрь 1 неделю, затем снижать дозу на 25% каждые 5 дней; УУР С, УДД 5.
- После операции для увеличения ремиссии возможны бисфосфонаты; наиболее изучена памидроновая кислота 1 мг/кг/доза, максимум 60 мг/доза, ежемесячно или 1 мг/кг/доза максимум 60 мг/доза 3 дня подряд каждые 3 месяца; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при обострении хронического остеомиелита на фоне суб- или декомпенсированных сопутствующих заболеваний, гиперергического течения, злокачественных новообразований любой локализации или иммунодефицита.
- Детей госпитализируют экстренно, если нельзя выполнить операцию под местной анестезией, нет квалифицированного специалиста — врача-стоматолога-хирурга — или воспаление протекает по гиперергическому типу.
- Плановая госпитализация показана при хроническом остеомиелите со сформированным секвестром, а также при затяжном, торпидном или прогрессирующем течении и длительном формировании секвестров.
- Выписка возможна при неосложненном раннем послеоперационном периоде, удовлетворительном состоянии, контролируемой боли, возможности приема системных антибиотиков амбулаторно и наблюдения у челюстно-лицевого хирурга, стоматолога-хирурга или хирурга.
- После стационара пациент наблюдается амбулаторно у челюстно-лицевого хирурга; при его отсутствии — у стоматолога-хирурга, хирурга, детского стоматолога или детского хирурга.

Частые вопросы

Чем первично-хронический остеомиелит отличается от вторично-хронического?

При первично-хроническом варианте нет гноя, свищей и секвестров, течение упорно-рецидивирующее с избыточным костеобразованием. Вторично-хронический связан с одонтогенной инфекцией, инородными телами, травмой, пороком развития костной ткани или системными заболеваниями и характеризуется некрозом, нагноением, резорбцией, склерозом и гиперплазией.

Какие признаки больше говорят за вторично-хронический остеомиелит?

Типичны гной, свищевые ходы и секвестры. При обострении могут быть ухудшение общего состояния, температура, абсцесс или флегмона, подвижность зубов и ограничение открывания рта при поражении угла и ветви нижней челюсти.

Нужны ли антибиотики при первично-хроническом остеомиелите?

В тексте указано, что первично-хронический остеомиелит имеет признаки асептического воспаления, микробиологические поиски обычно безуспешны, а системные противомикробные препараты неэффективны. Основой первой линии названы санация полости рта и НПВП.

Когда выполнять секвестрэктомию при вторично-хроническом остеомиелите?

Операцию обосновывают после формирования секвестральной полости и полного отграничения секвестра по клинико-рентгенологической картине. Объем — секвестрэктомия либо частичная/полная резекция в пределах рентгенологически неизмененной кости.

Какие факторы повышают риск рецидива?

Указаны возраст 6–12 лет, лейкоцитоз и лихорадка при поступлении, лейкоциты >15×10^9/л или температура >39 °C как признаки тяжелой инфекции, MSI-инфекция, предварительное введение антибиотиков и диабет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/997-vospalitelnye-zabolevaniya-chelyustej-odontogennyj-osteomielit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/997_1