

**ЧАСТОТА И ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ  
ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЕКТОРЫ  
РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОФЛЕГМОН  
ДНА ПОЛОСТИ РТА КОНТАКТНЫМ ПУТЕМ**

**Тесевич Л. И., Черченко Н. Н.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра челюстно-лицевой хирургии, 2. Минск, Беларусь*

**Введение.** Причиной возникновения одонтогенных остеофлегмон в тканях дна полости рта (ОФДПР) чаще всего являются остеомиелиты нижней челюсти, обусловленные наличием очагов острой или хронической одонтогенной инфекции в виде различных форм верхушечных или маргинальных периодонтитов (чаще в области моляров и премоляров, реже – фронтальной группы зубов) [1]. Наиболее частым путем проникновения и дальнейшего распространения инфекции из одонтогенных очагов нижней челюсти в окружающие ткани дна полости рта является контактный (по протяжению) [4, 5]. ОФДПР формируются в течение первых 3–5 суток от начала заболевания. Ведущая роль в таком агрессивном развитии флегмонозного процесса принадлежит вирулентности микробного фактора [2, 3]. Вместе с тем, топографо-анатомические особенности распространения ОФДПР также должны учитываться при диагностике и лечении пациентов с такой патологией.

**Цель работы** – определение преимущественных векторов распространения одонтогенных остеофлегмон в тканях дна полости рта контактным путем с учетом особенностей топографо-анатомического взаимоотношения клетчаточных пространств этой зоны.

**Объекты и методы.** На базе 2-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска исследован архивный материал по специализированному стационарному лечению взрослых пациентов с ОФДПР и окологлазничных тканей нижней челюсти и шеи за период с 2008 по 2012 год. При исследовании учитывались варианты локализации патологического процесса с учетом вовлечения в него отдельных клетчаточных пространств и областей дна полости рта; характер его дальнейшего распространения в 3-х пространственных изме-

рениях ((односторонний, двусторонний, преимущественно горизонтальный (передний-задний; медиальный-латеральный), преимущественно вертикальный (верхний-нижний), смешанный)) по протяженности и выявлением преимущественного (с частотой не менее 50 % наблюдений) [5].

**Результаты.** В 2008–2012 гг. во 2-ом отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска находились на стационарном лечении 201 пациент с ОФДПР (с различными вариантами их локализации и распространением на соседние смежные клетчаточные пространства или области), что составило 43,2 % от общего числа диагностированных одонтогенных остеофлегмон окологлоточных тканей нижней челюсти. В 74,6 % наблюдений отмечалась односторонняя локализация гнойного процесса, а в 25,4 % – флегмона распространялась на другую сторону тканей дна полости рта.

Частота вовлечения контактным путем основных клетчаточных пространств дна полости рта и соседних смежных пространств и областей при различных вариантах ОФДПР составила: поднижнечелюстного – 44,7 % (в том числе в 9,0 % – с двусторонним поражением); подподбородочного – 35,7 %; крыловидно-нижнечелюстного – 8,1 % (в том числе в 0,7 % – с двусторонним поражением); окологлоточного – 4,9 % (в том числе в 0,7 % – с двусторонним поражением); корня языка – 1,9 %; околоушно-жевательного – 1,8 %; щечного – 0,5 %; зачелюстного – 0 %; поверхностных верхнебокового отдела передней области шеи – 2,4 % (в том числе в 0,5 % – с двусторонним поражением) от всех установленных фактов локализации при таких флегмонах, соответственно.

В группе пациентов с односторонними ОФДПР преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования являлись вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство) с последующим горизонтальным передним (в подподбородочное клетчаточное пространство) (до 100 % всех наблюдений, соответственно). При дальнейшем одностороннем распространении первоначального флегмонозного процесса на соседние смежные клетчаточные пространства или области (до 24,0 % всех пациентов этой группы в различных их вариантах) преимущественным вектором становится горизонтальный заднесвнутрсний (в крыловидно-нижнечелюстное пространство) – до 75,0 % всех фактов такого развития событий в этой группе, при этом дальнейшее распространение на поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи отмечалось у 4,7 % пациентов этой группе.

В группе пациентов с двусторонними ОФДПР преимущественным вектором распространения контактным путем первоначального односто-

ронного флегмонозного процесса при формировании двухстороннего являлся горизонтальный (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство на другую сторону – до 100 % всех наблюдений). При дальнейшем распространении двустороннего флегмонозного процесса дна полости рта на соседние смежные клетчаточные пространства или области (до 41,2 % всех наблюдений этой группы в различных их вариантах) преимущественным вектором становится односторонний горизонтальный задне-внутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства) – до 71,4 % и 61,9 % всех наблюдений подобного развития событий в этой группе, соответственно.

Дальнейшее распространение на поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи отмечалось у 7,8 % пациентов данной группы.

В связи с этим в практическом аспекте диагностики, при наличии у пациента ОФДПР и при подозрении на вовлечение в процесс суммарно 4 и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти целесообразно решить вопрос о проведении ядерно-магнитно-резонансной компьютерной томографии (или компьютерной томографии) тканей дна полости рта и шеи с целью уточнения преимущественного вектора распространения гнойно-воспалительного процесса и определения адекватной оперативной тактики. При проведении хирургической обработки ОФДПР уровень классических оперативных доступов (разрезов) целесообразно смещать в сторону преимущественного вектора распространения флегмонозного процесса, опережая его.

**Заключение.** Преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования одонтогенной флегмоны дна полости рта являлись: вертикальный-нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство) с последующим горизонтальным-передним (в подподбородочное клетчаточное пространство). При этом формируется односторонняя флегмона дна полости рта.

Преимущественным вектором дальнейшего распространения контактным путем первоначального одностороннего флегмонозного процесса при формировании двухсторонней одонтогенной флегмоны дна полости рта являлся: горизонтальный задний (при распространении процесса из подподбородочного клетчаточного пространства в поднижнечелюстное на другую сторону). При дальнейшем распространении двустороннего флегмонозного процесса дна полости рта преимущественным вектором становится односторонний горизонтальный задне-внутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства).

У лиц с двусторонней флегмоной дна полости рта дальнейшее распространение флегмонозного процесса на поверхностные пространства

верхнебокового отдела передней области шеи отмечалось в 1,66 раз чаще, чем у пациентов с односторонним вовлечением в гнойно-воспалительный процесс тканей дна полости рта.

#### **Литература.**

1. Абсцессы и флегмоны окологлазничных тканей нижней челюсти: учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. – Минск: БГМУ, 2003. – 28 с.
2. Глинник, А. В. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи: учеб.-метод. пособие / А. В. Глинник, Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко. – Минск: БГМУ, 2012. – 75 с.
3. Миранович, С. И. Бактериологическая характеристика флегмон челюстно-лицевой области / С. И. Миранович, Е. В. Петровский // *Стоматолог.* – 2013. – № 1 (8). – С. 69–72.
4. Соловьев, М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. – М.: Из-во «Медпресс», 2001. – 230 с.
5. Тесевич, Л. И. Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти и шеи / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко // *Стоматолог.* – 2013. – № 4 (11). – С.41–51.