

# ЧАСТОТА И ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЕКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА

*Тесевич Л.И., Черченко Н.Н.*

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь*

**Реферат.** У 201 пациента изучена частота топографо-анатомической локализации основных вариантов одонтогенных остеофлегмон дна полости рта и преимущественные векторы распространения флегмонозного процесса контактным путем с учетом вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс соседних смежных клетчаточных пространств и областей.

**Ключевые слова:** одонтогенные флегмоны дна полости рта.

**Summary.** In 201 patients have been studied the incidence of topographic and anatomic localization the main types of the mouth floor odontogenic osteophlegmons and the primary propagation vectors of the phlegmonous process spreading by the contact way with accounting of contiguous cellular spaces and regions involved in inflammatory processes.

**Keywords:** odontogenic phlegmons of the mouth floor.

**Введение.** Причиной возникновения одонтогенных флегмон в тканях дна полости рта чаще всего являются остеомиелиты нижней челюсти, обусловленные наличием очагов острой или хронической одонтогенной инфекции (чаще в области моляров и премоляров, реже — фронтальной группы зубов) [4]. Наиболее частым путем проникновения и дальнейшего распространения инфекции из одонтогенных очагов нижней челюсти в окружающие ткани дна полости рта является контактный, т. е. вовлечение в гнойный воспалительный процесс по протяжению непосредственно прилежащих друг к другу клетчаточных пространств и анатомических областей [1, 2]. Очевидно, что топографо-анатомические особенности взаимоотношения этих клетчаточных пространств и областей создают возможность для дальнейшего распространения такого флегмонозного процесса и должны учитываться при диагностике и лечении пациентов с такой патологией.

**Цель** исследования — определение частоты и топографо-анатомических особенностей распространения контактным путем одонтогенных флегмонозных процессов в тканях дна полости рта с учетом особенностей взаимоотношения клетчаточных пространств этой зоны.

**Материалы и методы.** Изучен архивный материал отделения челюстно-лицевой хирургии (гнойного) УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска, на базе которого с 2008 по 2012 гг. проходили стационарное специализированное лечение взрослые пациенты с одонтогенными остеофлегмонами дна полости рта (ОФДПР), околочелюстных тканей нижней челюсти, в т. ч. и с распространением их на область шеи. При этом изучались: распространенность и локализация гнойного процесса в области дна полости рта (вовлечение клетчаточных пространств дна полости рта и соседних смежных клетчаточных пространств или областей лица и шеи, варианты локализации флегмонозного процесса с учетом вовлечения в него отдельных клетчаточных пространств и областей); характер его дальнейшего распространения в 3 пространственных измерениях (одно-, двусторонний, преимущественно горизонтальный (передний-задний; медиальный-латеральный), преимущественно вертикальный (верхний-нижний), смешанный) по протяженности с учетом особенностей анатомо-топографического взаимоотношения вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс клетчаточных пространств и выявлением преимущественного (с частотой не менее 50% случаев) вектора распространения флегмонозного процесса [3].

**Результаты и их обсуждение.** В 2008–2012 гг. в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска находилось на стационарном лечении 8484 пациента с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи, из них 3930 (46,3%) — с одонтогенными процессами. У 465 (11,8%) из них отмечались одонтогенные флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти, в т. ч. и с распространением их на область тканей шеи (309 мужчин (66,4%) 18–74 лет и 156 женщин (33,6%) 20–84 лет). Из них у 201 (43,2%) пациента диагностированы ОФДПР (в различных вариантах их локализации и распространения). В 74,6% случаев отмечалась односторонняя локализация ОФДПР, а в 25,4% случаев флегмонозный процесс контактным путем распространялся 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: поднижнечелюстного — 44,7% (в т. ч. в 9,0% случаев — с двусторонним поражением); подподбородочного — 35,7%; крыловидно-нижнечелюстного — 8,1% (в т. ч. в 0,7% случаев — с двусторонним поражением); окологлоточного — 4,9% (в т. ч. в 0,7% случаев — с двусторонним поражением); корня языка — 1,9%; околоушно-жевательного — 1,8%; щечного — 0,5%; зачелюстного — 0%; поверхностных верхне-бокового отдела передней области шеи — 2,4% (в т. ч. в 0,5% случаев — с двусторонним поражением) от всех случаев локализации при таких флегмонах соответственно.

Первую группу составили 150 пациентов с односторонними ОФДПР со 100% поражением поднижнечелюстного и подподбородочного клетчаточных пространств. При этом в 24,0% случаев отмечалось дальнейшее распространение флегмонозного процесса на соседние смежные клетчаточные пространства или области (в различных его вариантах). Наиболее часто в

гнойно-воспалительный процесс в такой ситуации вовлекались крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное клетчаточные пространства (в 75,0 и 25,0% случаях соответственно), а дальнейшее распространение на поверхностные пространства верхне-бокового отдела передней области шеи отмечалось у 4,7% пациентов 1-й группы.

Вторую группу составил 51 пациент с двухсторонними ОФДПР со 100% поражением подподбородочного и поднижнечелюстных с двух сторон клетчаточных пространств. При этом уже в 41,2% случаев отмечалось дальнейшее распространение флегмонозного процесса на соседние смежные клетчаточные пространства или области (в различных его вариантах). Наиболее часто в гнойно-воспалительный процесс в такой ситуации вовлекались крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное клетчаточные пространства (в 71,4 и 61,9% всех случаев соответственно), а дальнейшее распространение на поверхностные пространства верхне-бокового отдела передней области шеи отмечалось у 7,8% пациентов 2-й группы.

В практическом аспекте диагностики при наличии ОФДПР с вовлечением в флегмонозный процесс суммарно 4 и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти целесообразно решить вопрос о назначении ядерно-магнитно-резонансной компьютерной томографии (или рентгенокомпьютерной томографии) тканей дна полости рта и шеи с целью уточнения преимущественного вектора распространения гнойно-воспалительного процесса и выбора адекватной оперативной тактики. При хирургической обработке ОФДПР уровень классических оперативных доступов (разрезов) целесообразно смещать в сторону преимущественного вектора распространения флегмонозного процесса так, чтобы из него можно было выйти на гнойно-воспалительный инфильтрат клетчаточного пространства без образования затеков и карманов.

**Заключение.** На основе полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования односторонней ОФДПР являлись: вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство) с последующим горизонтальным передним (в подподбородочное клетчаточное пространство) (до 100% всех случаев соответственно). При дальнейшем одностороннем распространении первоначального флегмонозного процесса преимущественным вектором становится горизонтальный задневнутренний (в крыловидно-нижнечелюстное пространство) — до 75,0% всех случаев такого развития событий.

2. Преимущественным вектором дальнейшего распространения контактным путем первоначального одностороннего флегмонозного процесса при формировании двухсторонней ОФДПР являлся горизонтальный задний (при распространении процесса из подподбородочного клетчаточного пространства в поднижнечелюстное на другую сторону (до 100% всех случаев). При дальнейшем распространении двустороннего флегмонозного процесса дна полости рта преимущественным вектором становится односторонний горизонтальный задневнутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства) — до 71,4 и 61,9% всех случаев такого развития событий соответственно.

3. У пациентов с двусторонней ОФДПР дальнейшее распространение флегмонозного процесса на поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи отмечалось в 1,66 раза чаще, чем у пациентов с односторонним вовлечением в гнойно-воспалительный процесс тканей дна полости рта.

#### **Литература**

1. Соловьев, М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьев, О.П. Большаков. — М.: Из-во «Медпресс», 2001. — 230 с.
2. Бондаровец, А.А. Структура одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи / А.А. Бондаровец, Л.И. Тесевич // *Arsmedica*. — 2008. — № 3 (4). — С. 151–152.
3. Тесевич, Л.И. Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи / Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко // *Стоматолог*. — 2013. — № 4 (11). — С. 41–51.
4. Абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти: учеб.-метод. пособие / О.П. Чудаков [и др.]. — Минск: БГМУ, 2003. — 28 с.