

ISSN 2221-7088

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

СТОМАТОЛОГ

1 (20)-2016



Подпишитесь!

74817

индивидуальных
подписчиков

748172

организаций

в РФ –

ormnauka.ru,

+7 (495) 787 38 73

odicals.ru,

+7 (495) 672 70 72

+7 (495) 672 70 12

в Украины –

sa.ua,

(044) 248 76 63,

(044) 248 04 06

в Латвии –

lv,

+371 673 20 148

+371 675 09 742

STOMATOLOGIST

JOURNAL SCIENTIFIC-PRACTICAL

WWW.JOURNAL-STOMATOLOG.BY

MINSK



А.И. Тесевиц, Н.Н. Черченко
ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЕКТОРЫ И ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОФЛЕГМОН В КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ШЕИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. У 10-ти пациентов с одонтогенными медиастинитами шейного отдела средостения изучена частота топографо-анатомической локализации основных вариантов одонтогенных остеофлегмон околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи с учетом вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс соседних смежных клетчаточных пространств и областей. В 50,0% случаев развивался только передний, а в 40,0% случаев – тотальный (передний-задний) медиастинит шейного отдела средостения. Для характеристики направления распространения контактным путем флегмонозного процесса была использован термин «преимущественный вектор распространения», обозначающий, в каком направлении флегмона может распространяться контактным путем с частотой не менее 50% случаев. Преимущественными векторами распространения контактным путем одонтогенных флегмон клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи при развитии медиастинита шейного отдела средостения являлись: вертикальный-нижний, горизонтальный (передний и задний-внутренний) с последующим вертикальным-нижним и горизонтальным-задним (при распространении процесса на другую сторону). Ключевым моментом для возможного развития одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения является вовлечение в гнойно-воспалительный процесс глубоких клетчаточных пространств (околотрахеальных и околопищеводных) верхне-бокового отдела передней области шеи.

Ключевые слова: топография одонтогенных флегмон; одонтогенные флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи; одонтогенный медиастинит

L.I. Tesevich, N.N. Cherchenko

TOPOGRAPHIC AND ANATOMICAL VECTORS, FREQUENCY OF SPREADING OF THE ODONTOGENIC OSTEOPHLEGMONS IN THE CELLULAR SPACES OF ADMAXILLARY TISSUES THE LOWER JAW AND NECK IN PATIENTS WITH ODONTOGENIC MEDIASTITIS

Belarusian State Medical University, Minsk

Summary. Have been studied the incidence of topographic and anatomic localization the main types of the odontogenic osteophlegmons of admaxillary tissues the lower jaw and neck with accounting of contiguous cellular spaces and regions involved in inflammatory processes in 10 patients with odontogenic mediastinitis. In 50.0% of cases the only anterior odontogenic mediastinitis has been developed. The total (anterior-posterior) odontogenic mediastinitis has been developed in 40.0% of cases. To characterize the propagation direction by contact way the phlegmonous process have been used the term of primary propagation vector indicating the direction in which the phlegmon can spread by contact way with frequency at least 50% of the cases. The vertical-lower, horizontal (anterior and posterior-interior) directions and following directions were the primary propagation vectors of the phlegmonous process spreading by the contact way in cellular spaces of admaxillary tissues the lower jaw and neck for odontogenic mediastinitis formation. Involvement the deep odontogenic mediastinitis formation by the contact way.

Keywords: topography of odontogenic phlegmons; odontogenic phlegmons of the admaxillary tissues the lower jaw and neck; odontogenic mediastinitis

Причиной возникновения одонтогенных флегмон в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи являются остеомиелиты нижней челюсти, обусловленные наличием очагов острой или хронической

одонтогенной инфекции в виде различных форм верхушечных или маргинальных периодонтитов зубов (чаще в области моляров и премоляров, реже – фронтальной группы зубов) [9]. Такие одонтогенные остеофлегмоны формируются в течение первых 3-5

суток от начала заболевания. Ведущая роль в таком агрессивном развитии флегмонозного процесса принадлежит вирулентности микробного одонтогенного фактора (в настоящее время чаще всего из очага гнойного воспаления высеваются: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*; *Streptococcus viridans*; *Klebsiella pneumoniae*), которые, по своей сути являясь сапрофитными представителями микрофлоры полости рта, в значительной степени адаптированы к защитным иммунным механизмам организма больного, с нарастающей тенденцией выделения штаммов аэробных и анаэробных микроорганизмов (ассоциативная микрофлора), резистентных к антибиотикам [3, 5, 6].

Одонтогенные флегмоны в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи, которые локализуются в пределах только 1-го клетчаточного пространства или области, встречаются только в 30,1% случаев [7]. Гнойно-воспалительный флегмонозный процесс, поражающий 2 и более анатомические области мягких тканей челюстно-лицевой области или шеи, является уже распространенным (разлитым). Наиболее частым путем проникновения и дальнейшего распространения инфекции из одонтогенных очагов нижней челюсти в окружающие ткани является контактный, т.е. вовлечение в гнойный воспалительный процесс по протяжению непосредственно прилежащих друг к другу клетчаточных пространств и анатомических областей [1, 2, 4, 9]. Ранее нами было установлено, что при наличии у пациента варианта флегмоны дна полости рта с вовлечением в гнойно-воспалительный процесс 5-ти и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи с горизонтальным задним-внутренним преимущественным вектором распространения флегмонозного процесса (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства), гнойно-воспалительный процесс сразу приобретает стремительно нарастающий характер и может угрожать развитием дальнейшего одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения с вероятностью о 33,3% случаев [7, 8].

● ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение частоты и преимущественной направленности распространения контактным путем разлитых остеофлегом в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита с учетом особенностей топо-

графо-анатомического взаимоотношения клетчаточных пространств этой зоны.

● ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучен архивный материал гнойного отделения челюстно-лицевой хирургии «УЗ 11-ой клинической больницы г. Минска», на базе которого в период с 2008 по 2014 гг. проходили стационарное специализированное лечение взрослые пациенты с одонтогенными остеофлегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи и средостения. 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-х пространственных измерениях (односторонний, 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 выявлении преимущественного вектора распространения флегмонозного процесса, т.е. в каком направлении флегмона может распространяться контактным путем с частотой не менее 50% случаев [7].

● РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2008–2014 гг. в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии «УЗ 11-й клинической больницы г. Минска» находилось на стационарном лечении – 11921 пациент с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, из них 6207 (52,06%) – с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами. У 695-ти (11,2%) из них отмечались одонтогенные флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи (462 мужчины (66,5%) 18–76-ти лет и 233 женщины (33,5%) 20–85-ти лет). Среди них у 10-ти (1,4%) пациентов (6 мужчин (60,0%) 21–73-ти лет и 4 женщины (40,0%) 31–84-ти лет) диагностированы одонтогенные остеофлегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи с дальнейшим распространением

Л.И. Тесляк, Н.Н. Чернышова

Таблица 1. Частота вовлечения отдельных клетчаточных пространств и областей околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи в зависимости от распространенности остеофлегмонозного процесса при развитии одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения

Топографическая локализация клетчаточного пространства или области, вовлеченных в одонтогенный флегмонозный процесс		Количество вовлеченных пространств и областей (% от всего количества случаев)	
Поднижнечелюстное	одностороннее	10 (10,3%)	
	с другой стороны	7 (7,2%)	
Крыловидно-нижнечелюстное	одностороннее	10 (10,3%)	
	с другой стороны	3 (3,1%)	
Окологлоточное	одностороннее	10 (10,3%)	
	с другой стороны	3 (3,1%)	
Заглоточное	непарное	1 (1,0%)	
Подподбородочное	непарное	9 (9,3%)	
Корень языка	непарное	2 (2,1%)	
Околоушно-жевательное	одностороннее	3 (3,1%)	
	с другой стороны	0	
Щечная	одностороннее	1 (1,0%)	
	с другой стороны	0	
Зачелюстное	одностороннее	0	
	с другой стороны	0	
Верхне-бокового отдела передней области шеи	поверхностные	одностороннее	3 (3,1%)
		с другой стороны	3 (3,1%)
	глубокие	одностороннее	10 (10,3%)
		с другой стороны	8 (8,2%)
Шейный отдел средостения	передний	9 (9,3%)	
	задний	5 (5,2%)	
ВСЕГО: 10 пациентов		97 (100%)	

гноино-воспалительного процесса контактным путем на клетчаточные пространства шейного отдела средостения (медиастинит). Сводные результаты исследований приведены в табл. 1 и 2.

У данных пациентов с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения, флегмона дна полости рта (в различных ее вариантах) встречается в 100% случаев (причем в 70,0% имеется двустороннее поражение тканей), с вовлечением глубоких околонижнечелюстных пространств (крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, корня языка в 100,0%, 100,0%, 20,0% случаев соответственно). При этом глубокие пространства верхне-бокового отдела передней области шеи (околотрахеальные и околопищеводные) вовлекаются в 100% случаев (причем в 80,0% случаев имеет место двустороннее поражение тканей). В 50,0% случаев развивался только передний, а в 40,0% случа-

ев – тотальный (передний-задний) медиастинит шейного отдела средостения (рис. 1–4).

Преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса у таких пациентов являются: вертикальный-нижний (в поднижнечелюстное пространство), горизонтальный (передний (в подподбородочное пространство), задний-внутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства)) (до 100%; 90,0%; 100% и 100% всех случаев соответственно) с последующим вертикальным-нижним (в глубокие (околотрахеальные и околопищеводные) пространства верхне-бокового отдела передней области шеи и шейного отдела средостения) в 100% случаев, с 70,0% вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное пространство (с последующим горизонтальным-задним направлением распространения процесса в поднижнечелюстное пространство), а также в 80,0% через глубокие клетчаточные пространства передней области шеи.

Таблица 2. Распространенность и варианты локализации разлитых остеофлегмон окологлоточных тканей нижней челюсти и шеи при развитии одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения

Локализация флегмонозного процесса (клетчаточные пространства или области)	Количество пациентов (% от общего количества пациентов)
Односторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстное + подподбородочное) + корня языка + крыловидно-нижнечелюстное + окологлоточное + глубокие верхне-бокового отдела передней области шеи с одной стороны + передние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Односторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстное) + крыловидно-нижнечелюстное + окологлоточное с одной стороны + глубокие верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передне-задние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Односторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстное + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстное + окологлоточное + околоушно-жевательная с одной стороны + глубокие верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передне-задние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + корня языка + крыловидно-нижнечелюстные с одной стороны + окологлоточное с одной стороны + глубокие верхне-бокового отдела передней области шеи с одной стороны + передние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстное с одной стороны + окологлоточное с одной стороны + глубокие верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передние шейного отдела средостения	2 (20,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстные с двух сторон + окологлоточные с двух сторон + щечная с одной стороны + околоушно-жевательная с одной стороны + глубокие и поверхностные верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстное с одной стороны + окологлоточное с одной стороны + заглоточное + глубокие верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + задние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстные с двух сторон + окологлоточные с двух сторон + глубокие и поверхностные верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передне-задние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Двухсторонняя флегмона дна полости рта (поднижнечелюстные с двух сторон + подподбородочное) + крыловидно-нижнечелюстные с двух сторон + окологлоточные с двух сторон + околоушно-жевательная с одной стороны + глубокие и поверхностные верхне-боковых отделов передней области шеи с двух сторон + передне-задние шейного отдела средостения	1 (10,0%)
Всего	10 (100%)

У 2-х пациентов (20,0%) с гнилостно-некротическим характером гнойно-воспалительного флегмонозного процесса отмечалось дальнейшее распространение медиастинита на клетчаточные пространства грудного отдела средостения с развитием одно- и двухсторонней эмпием плевральной полости, для обеспечения дренирования которых возникла необходимость проведения торакотомии и торакоцентеза (рис. 5, 6).

Такие особенности распространения флегмонозного процесса контактным путем, по нашему мнению, обусловлены вирулентностью патогенной одонтогенной микрофлоры; влиянием силы тяжести гнойного инфильтрата в зависимости от вертикального или горизонтального положения головы

больного; наличием анатомических структур (отрогов клетчатки и фасций, сосудов, нервов с сопровождающей их клетчаткой), способствующих сообщению соседних клетчаточных пространств головы и шеи. При этом из-за выраженного коллатерального отека такой клетчатки «анатомо-топографические ворота» между соседними пространствами становятся шире, что увеличивает вероятность дальнейшего распространения разлитого гнойно-воспалительного процесса.

В связи с этим в практическом аспекте диагностики при подозрении на вовлечение в одонтогенный флегмонозный процесс 4-х клетчаточных пространств окологлоточных тканей нижней челюсти целесообразно решить вопрос о проведении у пациента

Л.И. Теслявич, Н.Н. Черченко



Рис. 1. Клинический случай одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа, осложненного разлитой двухсторонней флегмоной дна полости рта и шеи с развитием переднего одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения: а) вид спереди; б) вид слева; в) вид справа.



Рис. 2. Клинический случай одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева, осложненного разлитой двухсторонней флегмоной дна полости рта и шеи слева с развитием переднего одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения с переходом на переднюю поверхность грудной клетки: а) вид спереди; б) вид слева; в) вид справа.



Рис. 3. Клинический случай одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа, осложненного разлитой двухсторонней флегмоной дна полости рта и шеи с развитием тотального (передне-заднего) одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения: а) вид спереди; б) вид слева; в) вид справа.

ядерно-магнитно-резонансной компьютерной томографии (или рентгенокомпьютерной томографии) тканей дна полости рта и шеи с целью уточнения преимущественного вектора распространения гнойно-воспалительного процесса и определения объема необходимых оперативных мероприятий для предупреждения его дальнейшего распространения.

При вовлечении в гнойно-воспалительный процесс 5-ти и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей области

нижней челюсти с преимущественным задним-внутренним (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства) вектором его распространения целесообразно исследовать в динамике одновременно ткани дна полости рта, шеи и зоны передне-заднего шейного отдела средостения (обзорная рентгенография органов грудной клетки, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография (или рентгенокомпьютерная томография)) для выявления возможного распространения гнойно-воспалительного процесса



Рис. 4. Клинический случай одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева, осложненного разлитой двусторонней флегмоной дна полости рта и шеи слева с развитием тотального (передне-заднего) одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения: а) вид спереди; б) – в) вид слева.



Рис. 5. Торакотомия при заднем медиастините грудного отдела средостения с развитием эмпиемы плевральной полости.



Рис. 6. Торакоцентез при медиастините грудного отдела средостения с развитием эмпиемы плевральной полости.



Рис. 7. Рентгенограмма органов грудной клетки при одонтогенном медиастините: характерно расширение тени средостения и ее смещение.

в глубокие клетчаточные пространства верхне-бокового отдела передней области шеи (околотрахеальные и окологлоточные) и более ранней верификации развития медиастинита (рис. 7–10).

При проведении хирургической обработки гнойного очага 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. С этой же целью целесообразно использовать и дополнительные контрапертурные разрезы, а также одновременно сочетать пассивные и активные методы дренирования гнойных флегмонозных очагов. Больному с односторонней локализацией флегмонозного процесса целесообразно лежать в постели на боку на стороне поражения.

● ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований, которые целесообразно учитывать в прогнозировании течения одонтогенного флегмо-

нозного процесса окологлоточных тканей области нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения, а также при выборе необходимого объема дополнительного обследования и тактики хирургического лечения таких пациентов, показывают, что:

1) преимущественными векторами распространения контактным путем одонтогенных флегмон в клетчаточные пространства и области окологлоточных тканей нижней челюсти и шеи при развитии медиастинита шейного отдела средостения являлись: вертикальный-нижний, горизонтальный (передний и задний-внутренний (до 100%; 90,0% и 100% всех случаев соответственно) с последующим вертикальным-нижним в 100% случаев и горизонтальным задним в 70,0–80,0% случаев при распространении процесса на другую сторону;

2) пациенты с одонтогенными флегмонами дна полости рта с вовлечением 5-ти и более окологлоточных клетчаточных пространств с преимущественным вектором распространения в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства должны служить объектом повышенного внимания

Л.И. Тасевич, И.М. Черченко



Рис. 8. Отдельные срезы рентгенокомпьютерной томографии при диагностике распространения флегмонозного процесса на клетчаточные пространства и области шеи в динамике: до хирургической обработки гнойного очага – а) на уровне тканей дна полости рта и подъязычной кости; б) на уровне гортани; в) на уровне нижних отделов клетчаточных пространств передней области шеи; после хирургической обработки гнойного очага – г) на уровне подъязычной кости; д) на уровне трахеостомы; е) на уровне нижних отделов клетчаточных пространств передней области шеи.

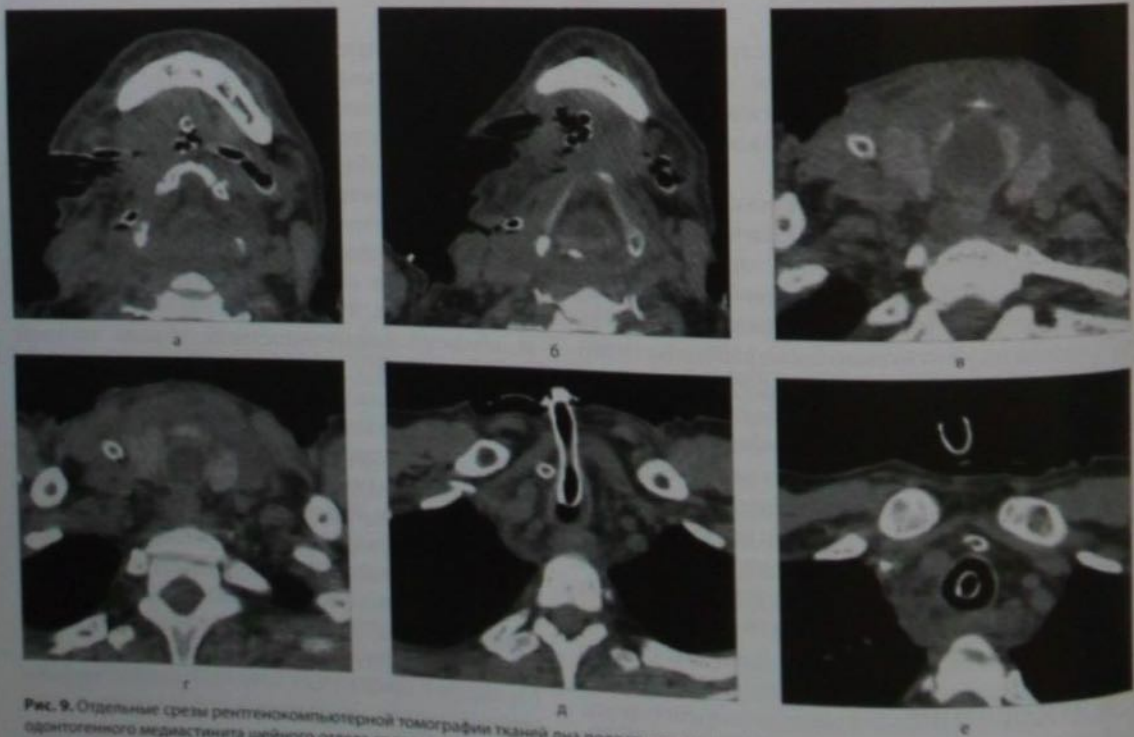


Рис. 9. Отдельные срезы рентгенокомпьютерной томографии тканей дна полости рта, шеи и средостения при развитии переднего одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения: а) на уровне тканей дна полости рта, шеи и средостения при развитии переднего гортани; б) на уровне тканей дна полости рта и подъязычной кости; в) – г) на уровне нижних отделов клетчаточных пространств передней области шеи и шейного отдела средостения; д) на уровне трахеостомы; е) на уровне нижних отделов клетчаточных пространств передней области шеи и шейного отдела средостения.

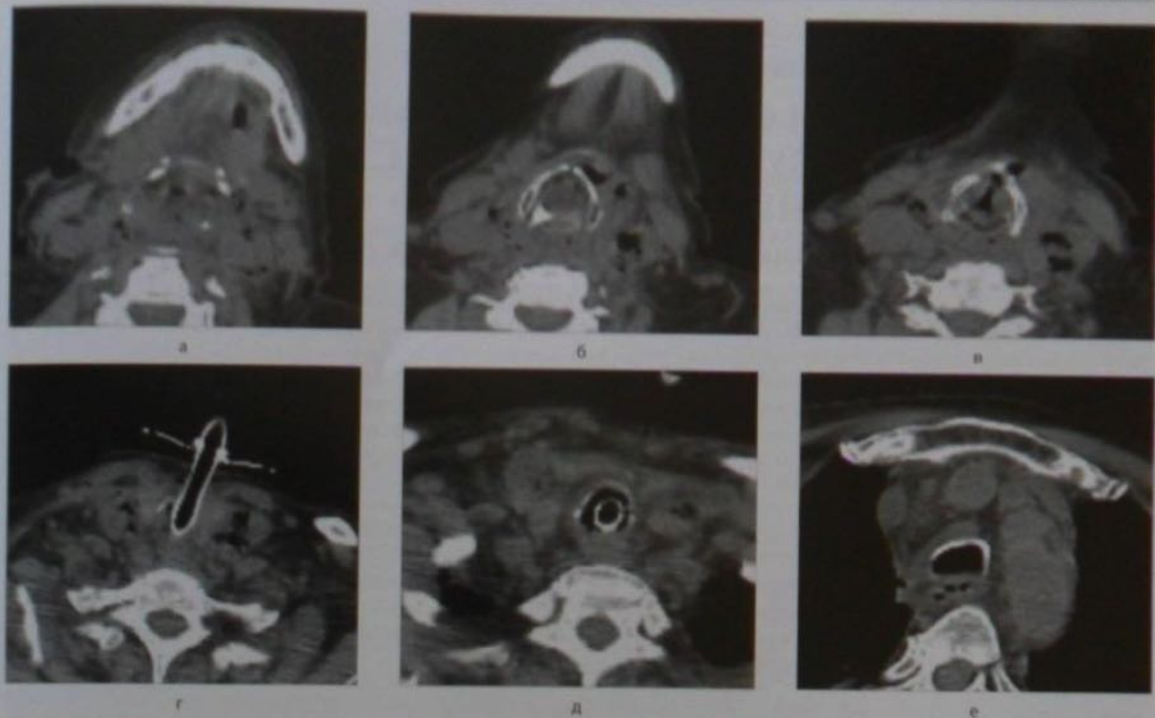


Рис. 10. Отдельные срезы рентгенокомпьютерной томографии тканей дна полости рта, шеи и средостения при развитии тотального (передне-заднего) одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения: а) на уровне тканей дна полости рта и подъязычной кости; б) – в) на уровне гортани; г) на уровне трахеостомы; д) на уровне нижних отделов клетчаточных пространств передней области шеи и шейного отдела средостения; е) на уровне грудного отдела средостения.

для проведения им в динамике дополнительных методов обследования с применением ядерно-магнитно-резонансной компьютерной томографии (или рентгенокомпьютерной томографии) тканей дна полости рта, шеи и зоны передне-заднего шейного отдела средостения для более ранней верификации возможного развития медиастинита;

3) выявленный преимущественный вектор распространения контактным путем одонто-

генных флегмон из околочелюстных тканей области нижней челюсти и шеи показывает, что для возможного развития медиастинита шейного отдела средостения ключевым моментом является вовлечение в гнойно-воспалительный процесс глубоких клетчаточных пространств (околотрахеальных и околопищеводных) верхне-бокового отдела передней области шеи.

● Литература

1. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьёв, О.П. Большаков. – М. : Изд-во «Медпресс», 2001. – 230 с.
2. Бондаровец, А.А. Структура одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной медицины», май 2008, г. Минск / А.А. Бондаровец, Л.И. Тесевич // *Arsmatica*. – 2008. – № 3 (4). – С.151–152.
3. Глинник, А.В. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи: учебно-методич. пособие / А.В. Глинник, Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко. – Минск : БГМУ, 2012. – 75 с.
4. Кабак, С.Л. Клиническая анатомия: голова и шея: учебно-методич. пособие. – Минск : МГМИ, 2000. – 96 с.
5. Миранович, С.И. Бактериологическая характеристика флегмон челюстно-лицевой области / С.И. Миранович, Е.В. Петровский // *Стоматолог. Минск*. – 2013. – 1 (8). – С. 69–72.
6. Писарик, С.Ф. Резистентность микроорганизмов и антибактериальная терапия гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: материалы VI съезда стоматологов Беларуси, г. Минск, 25–26 октября 2012 г. / С.Ф. Писарик, Л.А. Лунева, А.А. Бондаровец – Минск : Филнал №1 ОАО «Красная звезда», 2012. – С. 468–471.
7. Тесевич, Л.И. Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи / Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко // *Стоматолог. Минск*. – 4 (11). – 2013. – С. 41–51.
8. Тесевич, Л.И. Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных остеофлегмон дна полости рта / Л.И. Тесевич, Н.Н. Черченко // *Современная стоматология*. – 2014. – № 2. – С. 71–74.
9. Чудаков, О.П. Абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти: учебно-методич. пособие / О.П. Чудаков, Н.Н. Черченко, Л.И.Тесевич, А.В.Глинник. – Ми. : БГМУ, 2003. – 28 с.

Поступила в редакцию 10.06.2015