**История болезни**

**Клинический диагноз: Одонтогенная флегмона подчелюстной области справа**

**1. Жалобы**

На момент поступления: на боли и припухлость в поднижнечелюстной области, нижнего отдела щёчной и околоушно-жевательной области справа, умерено выраженную боль при глотании, чувство болезненности при жевании, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонницу, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90 С.

На момент курации: на боль в области раны после перевязки, ограничение открытия полости рта.

**2. История развития заболевания**

Считает себя больной с 06.11.14 когда в Сакмарской ЦРБ был удалён дистопированный зуб 48, после удаления появилась боль в области удалённого зуба. На следующий день была контрольно осмотрена врачом-стоматологом, был назначен Нимесил. 08.11.14. появилась припухлость в области удалённого зуба. 09.11.14 отёк распространился на нижний отдел щёчной и околоушно-жевательной области справа, затем на правую поднижнечелюстную область, появилось нарушение глотания, болезненное жевание, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонница, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90 С. За медицинской помощью не обращалась. 10.11.14 вновь обратилась в Сакмарскую ЦРБ, где был поставлен диагноз: поднижнечелюстной абсцесс справа. Была направлена в ЧЛХО ГБУЗ ГКБ №1. Была госпитализирована для стационарного лечения. После проведённого лечения состояние улучшилось: уменьшился отёк, глотание безболезненное и свободное, жевание безболезненно, ограничение открытия полости рта на 1,5 пальца, t 36.9 0 С.

**3. История жизни**

Родилась в Сакмарском районе в п. Красный Коммунар. Нормальное умственное и физическое развитие, от сверстников не отставала, в школу пошла вовремя. Имеет высшее образование. Замужем. Материальные и жилищные условия удовлетворительные.

Вредные привычки отрицает. ВИЧ, гепатит, туберкулёз отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевые продукты не отмечает. Травм и операций не было. Гемотрансфузий не было.

Наследственный анамнез не отягощён.

Менструация с 14 лет регулярная, безболезненная, не обильная. Имеет троих детей, беременность и роды протекали без осложнений. Три аборта.

**. Данные объективного исследования**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, ориентируется во времени и пространстве, свободно и правильно отвечает на вопросы. Выражение лица спокойное. Положение активное. Питание удовлетворительное. Гипостенический конституциональный тип. Вес - 42 кг. Рост - 154 см. ИМТ - 17. Дефицит массы тела. Температура тела - 36, 6 0 С.

Цвет кожи и слизистых не изменен. Эластичность, тургор и влажность не изменены. Придатки кожи не изменены. Оволосение по женскому типу. Подкожножировая клетчатка не выражена, распределена равномерно, по женскому типу. При пальпации затылочных, околоушных, подподбородочных, задних и передних шейных лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями.

Деформации суставов нет, околосуставные ткани не измены. Пассивные и активные движения в полном объёме, безболезненны.

Деформации костей нет. Степень развития мускулатуры, тонус и сила мышц нормальная и симметричная. При пальпации болезненных ощущений не возникает.

**5. Локальный статус**

**Система дыхания**

Гипостенический тип грудной клетки, симметрично участвует в акте дыхания, смешанный тип дыхания. ЧДД 16 раз/мин. При пальпации эластичность не изменена, болезненности нет, голосовое дрожание спереди и сзади в симметричных участках не изменено.

При сравнительной перкуссии спереди и сзади в симметричных участках ясный лёгочный звук. При топографической перкуссии границ легких без отклонений от нормы.

В лёгких везикулярное дыхание, побочных шумов нет. При форсированном дыхании обструкции не выявляется. Бронхофония спереди и сзади в симметричных участках не изменена.

**Сердечнососудистая система**

Область сердца без видимых изменений, патологических пульсаций сердца и сосудов нет.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 ом межреберье кнаружи от средне-ключичной линии на 1,5 см, невысокий, локализованный. Сердечный толчок не пальпируется. Пульс на a. radialis 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжённый, пульс на обеих руках симметричный. АД 125/85 мм. рт. ст. на правой и левой руке.

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в норме.

Тоны сердца ясные, ритмичные, с частотой 70 уд/мин.

**Система пищеварения**

Живот округлой формы, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живота не напряжён, мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации областей сигмовидной, слепой, поперечно-ободочной, восходящей и нисходящей толстой кишки безболезненные, мягкие. Большая кривизна пальпируется на два пальца выше пупка. Область желудка безболезненна. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Край печени пальпируется по краю рёберной дуги, мягкий, безболезненный, острый. Размеры печени по Курлову 10 см\*9 см\*8 см. Селезенка не пальпируется, при перкуссии размеры 6\*7 см.

Шум перистальтики. Стул регулярный, ежедневный, безболезненный. Кал коричневого цвета, без патологических примесей, оформленный.

**Система мочевыделения**

Область почек не изменена. При пальпации области почек и мочеточниковых точек болезненных ощущений не возникает. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Диурез в пределах нормы. Моча светлая, соломенно-жёлтого цвета, без патологических примесей.

## **Нервная система и органы чувств**

Нарушения памяти и сна нет. Состояние спокойное. Внимание, ориентировка не нарушены. Критика окружающего адекватны. Расстройств умственного развития, речи, письма нет. Рефлексы не нарушены, тонус мышц, сила, объем движений и координация в норме. Все виды чувствительности сохранены. Симптом Ромберга отрицательный. Слух, зрение и обоняние без отклонений.

## **Эндокринная система**

Общее развитие соответствует полу и возрасту. Степень развития вторичных половых признаков удовлетворительная.

Лицо симметричное, правильное. Придатки кожи не изменены. Оволосение по женскому типу. Подкожножировая клетчатка не выражена, распределена равномерно, по женскому типу. Щитовидная железа при пальпации расположена спереди щитовидного хряща, не увеличена, эластичная, безболезненная, подвижная.

**6. Данные объективного исследования челюстно-лицевой области и шеи**

одонтогенный флегмона челюстной лицевой

При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека в поднижнечелюстной области, нижнего отдела щёчной и околоушно-жевательной области справа. Кожа над отёком в границе поднижнечелюстной области гиперемирована, в складку не собирается, лоснится. При пальпации в поднижчелюстной области определяется плотный болезненный инфильтрат, в глубине которого ощущается флюктуация. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа пропальпировать не удаётся из-за плотного инфильтрата, слева узлы умеренно увеличены в размерах, слегка болезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями.

Открывание полости рта ограничено, на 1 палец, глотание затрудненно, болезненно. Жевание болезненно. Слюна тягучая, густая, сплёвывается с трудом. Язык влажный, с белосоватым налётом, не увеличен. Слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, несколько отёчна в области зуба 48. Слизистая оболочка челюстно-язычного желобка справа гиперемирована, отёчна, при пальпации определяется умеренно болезненный инфильтрат в подлежащих тканях.

**7. Лабораторные методы исследования**

ОАК от 10.11.14- 125 г./л

Лейкоциты - 20х10^9/лОЭ - 28 мм/ч

палочкоядерные - 3%

сегментоядерные - 82%

лимфоциты - 7%

моноциты - 8%

Заключение: лейкоцитоз, нейтрофилёз, лимфоцитопения, ускоренная СОЭ.

ОАК от 13.11.14

Лейкоциты - 6.25\*109/л

Эритроциты - 3.56\*1012/л

Hb - 106 г./л

Тромбоциты - 322\*109/л

СОЭ - 55 мм/ч

Палочкоядерные - 3%

Сегментоядерные - 60%

Лимфоциты - 30%

Моноциты - 3%

Эозинофилы - 4%

Заключение: анемия, ускоренная СОЭ.

Биохимия крови от 10.11.14

Мочевина - 4.4 ммоль/л

Креатинин 71 мкм/л

Общий белок - 96 г./л

Билирубин прямой - 5.0 мкм/ л

Билирубин непрямой - 14.0 мкм/л

Заключение: все показатели в норме

ОАМ от 10.11.14

Цвет соломенно-желтый

Реакция - слабокислая

Прозрачная

Удельный вес - 1011

Белок - отриц.

Сахар - отриц.

Желчные пигменты - отриц.

Ацетон - отриц.

Лейкоциты - 3-4 в п/з

Эпителий - 0-1 в п/з

Эритроциты - 7-8 в п/з

Цилиндры - отсутств.

Соли - отсутств.

Заключение: микрогематурия

ОАМ от 12.11.14

Цвет соломенно-соломенно-желтый

Реакция - слабокислая

Прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - отриц.

Сахар - отриц.

Желчные пигменты - отриц.

Ацетон - отриц.

Лейкоциты - 1-3 в п/з

Эпителий - 6-8 в п/з

Эритроциты - отсутств.

Цилиндры - отсутств.

Соли - отсутств.

Заключение: все показатели в норме

ОАМ от 13.11.14

Цвет соломенно-желтый

Реакция - слабокислая

Прозрачная

Удельный вес - 1011

Белок - отриц.

Сахар - отриц.

Желчные пигменты - отриц.

Ацетон - отриц.

Лейкоциты - 2-3 в п/з

Эпителий - 4-6 в п/з

Эритроциты - отсутств.

Цилиндры - отсутств.

Соли - отсутств.

Заключение: все показатели в норме

**8. Инструментальные методы исследования**

Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции справа от 10.11.14: зуб 48 отсутствует полностью, на его уровне киста размером 18\*10 мм.

ЭКГ от 10.11.14: Синусовый ритм с частотой 93 уд/мин. Полувертикальное положение ЭОС. Нарушение процессов реполяризации в нижней стенке и передней септальной области.

**9. Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб на момент поступления: боли и припухлость в поднижнечелюстной области, нижнего отдела щёчной и околоушно-жевательной области справа, умерено выраженную боль при глотании, чувство болезненности при жевании, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонницу, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90 С.

Из анамнеза известно, что 06.11.14 когда в Сакмарской ЦРБ был удалён дистопированный зуб 48, после удаления появилась боль в области удалённого зуба. На следующий день была контрольно осмотрена врачом-стоматологом, был назначен Нимесил. 08.11.14. появилась припухлость в области удалённого зуба. 09.11.14 отёк распространился на нижний отдел щёчной и околоушно-жевательной области справа, затем на правую поднижнечелюстную область, появилось нарушение глотания, болезненное жевание, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонница, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90.

На основании данных объективного исследования челюстно-лицевой области и шеи: при внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека в поднижнечелюстной области, нижнего отдела щёчной и околоушно-жевательной области справа. Кожа над отёком в границе поднижнечелюстной области гиперемирована, в складку не собирается, лоснится. При пальпации в поднижчелюстной области определяется плотный болезненный инфильтрат, в глубине которого ощущается флюктуация. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа пропальпировать не удаётся из-за плотного инфильтрата, слева узлы умеренно увеличены в размерах, слегка болезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями. Открывание полости рта ограничено, на 1 палец, глотание затрудненно, болезненно. Жевание болезненно. Слюна тягучая, густая, сплёвывается с трудом. Слизистая оболочка полости рта несколько отёчна в области зуба 48. Слизистая оболочка челюстно-язычного желобка справа гиперемирована, отёчна, при пальпации определяется умеренно болезненный инфильтрат в подлежащих тканях.

ОАК от 10.11.14: Лейкоциты - 20х10^9/л, CОЭ - 28 мм/ч, сегментоядерные - 82%, лимфоциты - 7%.Заключение: лейкоцитоз, нейтрофилёз, лимфоцитопения, ускоренная СОЭ.

Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции справа от 10.11.14: зуб 48 отсутствует полностью, на его уровне киста размером 18\*10 мм.

На основании этих данных можно поставить диагноз: Одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области справа.

**10. Дифференциальный диагноз**

Флегмоны необходимо дифференцировать по происхождению, а так же от имеющих сходство с ними заболеваний, таких как абсцесс, гнойный лимфоденит, аденофлегмона, остеофлегмона.

При абсцессе и флегмоне наблюдаются качественно одинаковые клинические симптомы: заболевание чаще всего начинается остро и связано с наличием «причинного» зуба, наблюдается отечность мягких тканей с выраженной гиперемией кожных покровов и инфильтратом. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. Определяется ограничение открывания полости рта, нарушения и резкая болезненность акта глотания и жевания. Нарушение слюноотделения, слюна густая, тягучая, трудно сплёвывается. Появляются неспецифические симптомы, обусловленные реакцией организма на воспалительный процесс: недомогание, повышение температуры тела. При исследовании крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В сыворотке крови определяется С - реактивный белок.

Однако для абсцесса характерны ограниченная припухлость, инфильтрат небольших размеров, четкие границы гиперемии кожи, отсутствие тенденции к распространению нагноительного процесса.

У курируемой больной припухлость имеет разлитой характер, гиперемия над припухлостью без четких границ, кожа натянута, блестящая, в складку не берется. Инфильтрат более обширных размеров, имеет тенденцию к распространению на соседние области. Общие неспецифические симптомы при флегмонах в значительно большей степени выражены, чем при абсцессах.

**11. Этиология и патогенез**

В зависимости от локализации входных ворот инфекционные процессы в челюстно-лицевой области делят:

одонтогенные (84%)

стоматогенные

тонзилогенные

риногенные

дерматогенные

посттравматические

Возбудителями одонтогенных воспалительных заболеваний является постоянная микрофлора полости рта: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, Гр+ и Гр - палочки, протей.

Чаще всего это ассоциации микроорганизмов: стафилококки со стрептококками, стафилококки с диплококками, Гр - палочки. Часто анаэробы утяжеляют течение заболевания.

Развитие обострения хронической очаговой инфекции может быть связанна с изменением функционального состояния иммунологической системы под влиянием переохлаждения, перегревания, физического и эмоционального перенапряжения, чрезмерного УФ излучения. Утяжеляют течение грипп, ангина, инфекционный гепатит, иммунодефицитные состояния различного генеза и другие заболевания.

Одонтогенные инфекционно воспалительные заболевания возникают в результате распространении инфекции из апикальных очагов инфекции:

обострение хронического периодонтита или острый периодонтит

при затруднённом прорезывании нижнего зуба мудрости

нагноение радикулярной или фолликулярной кисты челюсти

инфицирование лунки удалённого зуба

Флегмоны могут развиваться как осложнение острого периостита челюсти, а так же сопутствовать хроническому одонтогенному остеомиелиту. Неодонтогенные источники инфекции:

язвенно-некротический гингивит, стоматит, глоссит

травматическое воспаление оболочки рта и языка

обострение хронического или острое воспаление окологлоточных миндалин

наличие воспалительного процесса в полости носа, носоглотки

инфекционно-воспалительные процессы в верхне-челюстных пазухах

нагноение костной раны при переломе челюсти

инфекционные процессы на голове - фурункул, карбункул, нагноение атеромы и другие

нарушение правил асептики при инъекциях.

Развитие и течение обусловлено:

концентрацией и вирулентностью микроорганизмов

общими и местными специфичекими и неспецифическими факторами защиты

состояние органов и систем органов организма

анатомо-топографические особенности тканей

У курируемой больной флегмона поднижнечелюстной области одонтогенной природы, этиологией которой является нагноение радикулярной кисты челюсти.

**12. Лечение**

Протокол операции 10.11.14 21:00-21:40 Вскрытие флегмоны правой подчелюстной области.

Под м/а Sol. Novocaini 1% - 30 мл + НЛА. Проведён разрез в правой подчелюстной области на 2 см ниже края нижней челюсти, длиною 7 см. Тупо и остро пройдены мягкие ткани, гемостаз по ходу. Выделены, пересечены, перевязаны лицевые сосуды. Обнажена кость. Пройдено по внутреннему краю нижней челюсти. Свободного гноя нет. Пройдено в крыло-челюстное пространство и в окологлоточное пространство, получено большое количества гноя. Гной взят на бактериологический посев. Пройдено под подчелюстную слюнную железу, свободного гноя нет. Рана многократно промыта 3% раствором перикиси водорода, перманганата калия, хлоргексидина и дренирована резиново-марлевыми тампонами. Наложена асептическая повязка с хлоргексидином.

Послеоперационное лечение:

Стол №1

Режим постельный

Sol. Cefazolini 1 мл\*2 раза в день, в/м

Sol. Metronidazoli 100 мл\* 3 раза в день в/в капельно

Sol. Natrii chloridi 0.9% 800 мл в/в капельно

Sol. Glucosea 5% 400 мл в/в капельно

Sol. Analgini 50% - 2.0 мл

Sol. Dimedroli 1%-1.0 мл в/м при повышенной температуре и боли

Физлечение: УФО раны, электрофорез антибиотиками

**13. Дневник**

14.11.14: Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны, после перевязки, ограничение открытия полости рта. Объективно: Бледность кожного покрова и слизистых. Конфигурация лица не изменена. Язык влажный с белым налётом, не увеличен. Ротовая полость открывается на 1.5 пальца. Глотание безболезненно, голос звучный. Жевание безболезненно. Слюна жидкая, хорошо сплёвывается. Пульс 68 уд/мин, АД 120/90 мм. рт. ст. ЧДД 17 раз/мин. t 36.80 С. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов, узлы умеренно увеличены, слегка болезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями. Аппетит не нарушен. Выпито 1.5 литра. Дизурии нет. Стул однократный, безболезненный.

Перевязка: в правой поднижнечелюстной области имеется рана длиной около 7 см, на всем протяжении края раны гиперемированы, отёчны. При пальпации дна полости рта и переднебоковой области шеи умеренная болезненность и незначительная инфильтрация. В ране небольшое количество гнойно-некротических тканей с гнойным экссудатом. После снятия повязки раны обработана УФО. Рана многократно промыта 3% раствором перекиси водорода, перманганата калия, хлоргексидина и дренирована резиново-марлевыми тампонами. Наложена асептическая повязка с хлоргексидином.

Назначения: Sol. Cefazolini 1 мл\*2 раза в день, в/м

Sol. Metronidazoli 100 мл\* 3 раза в день в/в капельно

Sol. Natrii chloridi 0.9% 800 мл в/в капельно

Sol. Glucosea 5% 400 мл в/в капельно

Sol. Analgini 50% - 2.0 мл

Sol. Dimedroli 1%-1.0 мл в/м при повышенной температуре и боли

Физлечение: УФО раны, электрофорез антибиотиками

.11.14: Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны, после перевязки, ограничение открытия полости рта. Объективно: Бледность кожного покрова и слизистых. Конфигурация лица не изменена. Язык влажный с белым налётом, не увеличен. Ротовая полость открывается на 2 пальца. Глотание безболезненно, голос звучный. Жевание безболезненно. Слюна жидкая, хорошо сплёвывается. Пульс 65 уд/мин, АД 125/90 мм. рт. ст. ЧДД 17 раз/мин. t 36.70 С. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов, узлы умеренно увеличены, слегка болезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями. Аппетит не нарушен. Выпито 3 литра. Дизурии нет. Стул однократный, безболезненный.

Перевязка: в правой поднижнечелюстной области имеется рана длиной около 7 см, на всем протяжении края раны гиперемированы, отёчны. При пальпации дна полости рта и переднебоковой области шеи умеренная болезненность и незначительная инфильтрация. В ране небольшое количество гнойно-некротических тканей с гнойным экссудатом. После снятия повязки раны обработана УФО. Рана многократно промыта 3% раствором перекиси водорода, перманганата калия, хлоргексидина и дренирована резиново-марлевыми тампонами. Наложена асептическая повязка с хлоргексидином.

Назначения: те же.

18.11.14: Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны. Объективно: Бледность кожного покрова и слизистых. Конфигурация лица не изменена. Язык влажный, розового цвета, не увеличен. Ротовая полость открывается на 2,5 пальца. Глотание безболезненно, голос звучный. Жевание безболезненно. Слюна жидкая, хорошо сплёвывается. Пульс 67 уд/мин, АД 125/90 мм. рт. ст. ЧДД 18 раз/мин. t 36.60 С. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов, узлы не увеличены, безболезненны, мягкие, не спаяны между собой и окружающими тканями. Аппетит не нарушен. Дизурии нет. Стул однократный, безболезненный.

Перевязка: в правой поднижнечелюстной области имеется рана длиной около 7 см, на всем протяжении края раны гиперемированы, отёчны. При пальпации дна полости рта и переднебоковой области шеи слабая болезненность и незначительная инфильтрация. В дне раны небольшое количество грануляций, розового цвета, блестящие. Рана многократно промыта раствором перманганата калия, хлоргексидина и дренирована резиново-марлевыми тампонами. Наложена асептическая повязка с хлоргексидином.

Назначения: Назначения: Sol. Cefazolini 1 мл\*2 раза в день, в/м

Sol. Metronidazoli 100 мл\*3 раза в день в/в капельно

Физлечение: УФО раны, электрофорез антибиотиками.

**14. Прогноз заболевания**

Жизненный и трудовой прогноз благоприятный

**15. Эпикриз**

года, поступила 10.11.14 в ЧЛХО ГБУЗ ГКБ №1 с целью стационарного лечения. Клинический диагноз: Одонтогенная флегмона подчелюстной области справа. На момент поступления жаловалась на боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области, умерено выраженную боль при глотании, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонницу, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90 С.

Из анамнеза известно, что 06.11.14 в Сакмарской ЦРБ был удалён дистопированный зуб 48, после удаления появилась боль в области удалённого зуба. На следующий день была контрольно осмотрена врачом-стоматологом, был назначен Нимесил. 08.11.14. появилась припухлость в области удалённого зуба. 09.11.14 отёк распространился на нижний отдел щёчной и околоушно-жевательной области справа, затем на правую поднижнечелюстную область, появилось нарушение глотания, болезненное жевание, ограничение открытия полости рта, общая слабость, снижение работоспособности, бессонница, снижение аппетита, чувство озноба, t 38.90.

Было проведено лечение: 10.11.14 21:00-21:40 Вскрытие флегмоны правой подчелюстной области.

Послеоперационное лечение: Sol. Cefazolini 1 мл\*2 раза в день, в/м, Sol. Metronidazoli 100 мл\* 3 раза в день в/в капельно, Sol. Natrii chloridi 0.9% 800 мл в/в капельно, Sol. Glucosea 5% 400 мл в/в капельно, Sol. Analgini 50% - 2.0 мл, Sol. Dimedroli 1%-1.0 мл, в/м при повышенной температуре и боли. Физлечение: УФО раны, электрофорез антибиотиками

После проведённого лечения состояние улучшилось: уменьшился отёк, глотание безболезненное и свободное, жевание безболезненно, ограничение открытия полости рта на 1,5 пальца, t 36.9 0 С.

**Список литературы**

1. Бажанов Н.Н. Стоматология. М., Медицина 1990.

. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Медицина 1990.

. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М., Медицина 1985.

. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей. Л., Медицина 1985