

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение .....                                                                                                                                                                                | 8  |
| <b>Глава 1.</b> Терминология .....                                                                                                                                                            | 11 |
| <b>Глава 2.</b> История вопроса .....                                                                                                                                                         | 12 |
| <b>Глава 3.</b> Этиология и патогенез одонтогенной подкожной<br>гранулёмы лица .....                                                                                                          | 16 |
| <b>Глава 4.</b> Частота встречаемости и ошибки диагностики.....                                                                                                                               | 22 |
| <b>Глава 5.</b> Классификация заболевания.....                                                                                                                                                | 26 |
| <b>Глава 6.</b> Клиническая картина и диагностика .....                                                                                                                                       | 31 |
| <b>Глава 7.</b> Принципы лечения одонтогенной подкожной гранулёмы<br>лица.....                                                                                                                | 38 |
| Заключение .....                                                                                                                                                                              | 40 |
| Тестовое задание.....                                                                                                                                                                         | 42 |
| Список рекомендуемой литературы .....                                                                                                                                                         | 46 |
| Герой Социалистического Труда, заслуженный деятель науки РСФСР,<br>член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, доктор<br>медицинских наук, профессор Александр Иванович ЕВДОКИМОВ..... | 49 |

## CONTENTS

|                                                                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                                                                                                                                                      | 8  |
| <b>Chapter 1.</b> Terminology.....                                                                                                                                                                     | 11 |
| <b>Chapter 2.</b> Case record .....                                                                                                                                                                    | 12 |
| <b>Chapter 3.</b> Etiology and pathogenesis of odontogenic subcutaneous<br>granuloma of the face.....                                                                                                  | 16 |
| <b>Chapter 4.</b> Frequency of occurrence and error of diagnosis.....                                                                                                                                  | 22 |
| <b>Chapter 5.</b> Classification of the disease.....                                                                                                                                                   | 26 |
| <b>Chapter 6.</b> Clinical picture and diagnosis .....                                                                                                                                                 | 31 |
| <b>Chapter 7.</b> Principles of treatment of odontogenic subcutaneous<br>granuloma of the face.....                                                                                                    | 38 |
| Conclusion.....                                                                                                                                                                                        | 40 |
| Test.....                                                                                                                                                                                              | 42 |
| List of recommended literature.....                                                                                                                                                                    | 46 |
| Hero of Socialist Labor, Honored Scientist of the RSFSR, Corresponding<br>Member of the USSR Academy of Medical Sciences, Doctor of Medical<br>Sciences, Professor Alexander Ivanovich Evdokimov ..... | 60 |

## ГЛАВА 2. ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Вопрос об одонтогенной подкожной гранулёме лица (так часто называемой врачами-специалистами мигрирующей подкожной гранулемой лица) мало освещен в современной отечественной и иностранной литературе. До середины 60-х годов XX столетия на эту тему в периодической медицинской печати были опубликованы лишь единичные краткие сообщения и отдельные казуистические наблюдения врачей-стоматологов, хирургов, дерматологов и врачей других специальностей.

В конце XVIII – начале XIX века встречается описание заболевания, клиническая картина которого укладывается в современное представление одонтогенной подкожной гранулёмы лица (ОПГЛ). Так, в начале прошлого века J. Archer приводит случай абсцесса щеки, исходящего от зуба, и называет этот процесс «мигрирующим абсцессом». Следует подчеркнуть, что B. Mayrhofer в своих учебниках по зубным болезням (1912, 1913) описал ОПГЛ как особый вид щечных свищей (фистул), исходящих от зубов, и назвал это заболевание хронической гранулёмой щеки. В последующем в одной из своих статей B. Mayrhofer описал пять случаев поражения мягких тканей лица, исходящих от зубов, и назвал это заболевание «мигрирующая гранулёма щеки» (*granuloma migrans der wange*). Именно это название, предложенное B. Mayrhofer, прочно вошло в специальную литературу по медицине и, в частности, по стоматологии. Однако S. Brenner называл это заболевание псевдоактиномикозом, из-за внешнего сходства мигрирующей гранулёмы щеки с актиномикозом. В то же время исследование отделяемой гранулёмы не выявило наличия актиномицетов. Было отмечено присутствие небольшого количества грамположительных диплококков и стафилококков.

Достаточно полную клиническую картину ОПГЛ приводит в своём учебнике C. Partsch. Он пишет, что воспалительные процессы, исходящие от зубов с хроническими периапикальными очагами инфекции, иногда как бы продвигаются к поверхности кожи лица, истончают её, деформируют лицо из-за выпячиваний кожи, которая становится синевато-красной. Именно это создавало картину подкожной гранулёмы лица. C. Partsch отметил, что получаемые при пальпации подкожной гранулёмы лица ощущения зыбления дали ему основание предполагать, что под выпячиванием имеется гнойное

отделяемое. Однако после вскрытия гранулёмы её основная масса состояла исключительно из грануляционной ткани.

Следует также отметить, что в начале XX века отмечалось, что ОПГЛ может возникать через некоторое время после удаления причинного зуба, а также у детей и подростков, когда «причинным» может явиться молочный зуб (B. Mayrhofer).

По мнению Л.М. Рабиновича (1967) впервые в нашей стране в 1924 году Н.А. Ягубов продемонстрировал на Научном заседании Ленинградского института травматологии и ортопедии пациентку с «мигрирующей гранулёмой» лица, у которой имелся инфильтрат правой щеки на уровне первого моляра нижней челюсти. После использования тепловых процедур было отмечено усиление воспалительного процесса, который удалось купировать хирургическим пособием (разрез). Однако спустя два месяца на том же месте вновь образовался абсцесс, который пришлось вскрывать. Затем на этой же половине лица у пациентки появилось шесть свищей, которые закрылись после грязелечения. На том же заседании, в прениях, выступил Р.Р. Вреден, который отметил, что он в своей сельской врачебной практике лечил пациента с таким же заболеванием путём впрыскивания 5% раствора карболовой кислоты.

Многие отечественные специалисты публиковали научные статьи и клинические наблюдения в связи с ОПГЛ (А.А. Кьяндский, А.Р. Хесина, С.И. Бух, М.Г. Каменецкий, М.П. Жаков, Б.М. Тумаркин, Н.Г. Васильева, Е.В. Скопец, Г.В. Старенькова, А.Е. Верлоцкий, и др.). Об актуальности данной проблемы свидетельствует доклад А.А. Кьяндского на III Всесоюзном одонтологическом съезде, который был посвящен «Хирургическому лечению *granuloma migrans*» (1929).

В «Учебнике хирургической стоматологии» А.А. Лимберга и П.П. Львова (Москва-Ленинград: Медгиз, 1938) в главе «*granuloma migrans*», написанной П.П. Львовым в разделе частных форм воспалительных заболеваний, указывается, что данная разновидность медленно развивающегося воспалительного процесса без острых симптомов возникает от гангренозных зубов. И уже в те годы было отмечено, что для лечения этого заболевания необходима ликвидация первичного очага удалением гангренозных зубов и выскабливание.

В то же время до 1967 года единого мнения о происхождении ОПГЛ среди специалистов не было, в том числе и в нашей стране. Интересно заметить, что не внесла ясности для клиницистов по проблеме одонтогенной подкожной гранулёмы лица кандидатская диссертация С.П. Барышевой (Москва, 1965),

которая указывала в работе, что термин «одонтогенная подкожная гранулема лица» является собирательным, включающим в себя в одних случаях хронический гнойный неспецифический лимфаденит, в других – подкожную форму актиномикоза. Именно это создало «неразбериху» в диагностике и лечении больных одонтогенной подкожной гранулёмой в 60–80-е годы прошлого века. Даже в руководстве профессора Ю.И. Бернадского для врачей-стоматологов «Основы хирургической стоматологии» (Киев, 1970) описание одонтогенной подкожной гранулёмы представлено в разделе хронические лимфадениты, что впоследствии критиковалось рядом рецензентов.

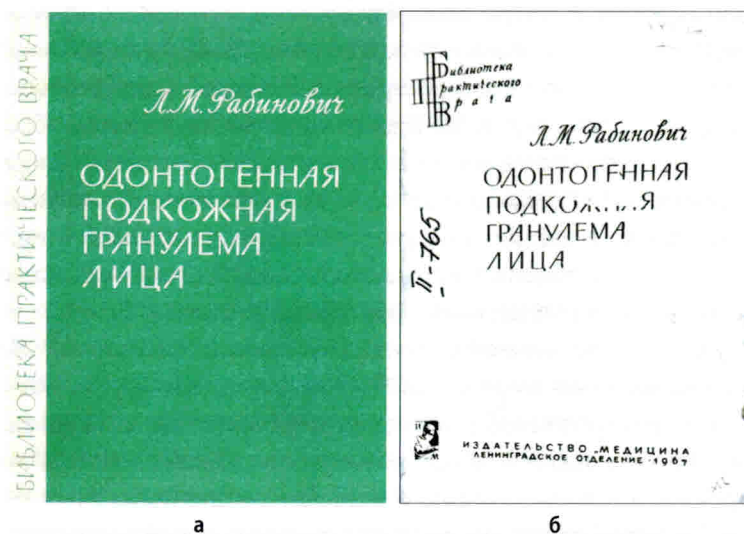


Рис. 1. Монография Л.М. Рабиновича «Одонтогенная подкожная гранулема лица, изданная в Ленинграде в 1967 году (а), и её титульный лист (б)

Лишь с появлением монографии Лазаря Менделеевича Рабиновича «Одонтогенная подкожная гранулема лица» (Ленинград: Медицина, Ленинградское отделение, 1967) достаточно детально была описана этиология этого заболевания (рис. 1), а именно хронические инфекционные гранулирующие периапикальные воспалительные процессы зубов, разработана клиническая классификация различных форм этой патологии (начальная, стационарная, ползучая и абсцедирующая), выделены два периода заболевания (скрытый период и период кожных проявлений), представлена дифференциальная диагностика одонтогенной подкожной гранулёмы с

одонтогенным хроническим остеомиелитом челюстей и подкожно-межмышечной формой актиномикоза, описана тактика лечения больных с различными клиническими формами заболевания, которая в обязательном порядке заключалась не только в выскабливании грануляций из полости гранулёмы и по всему свищевому ходу, но и в удалении первичного очага.

В настоящее время как смежные врачи специалисты, так и врачи-стоматологи разных специализаций лечебно-профилактических амбулаторно-поликлинических учреждений, по-прежнему недостаточно знакомы с клинической картиной одонтогенной подкожной гранулемы лица. Изменения со стороны кожи лица часто напоминают по своему внешнему виду такие заболевания, как актиномикоз, туберкулез кожи лица, вульгарный абсцесс и т.п., часто приводя к постановке ошибочного диагноза, что в свою очередь влечет за собой симптоматическое лечение без устранения первопричины.

## ГЛАВА 4.

### ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ

Одонтогенная подкожная гранулёма лица в клинической практике врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов встречается редко. Это подтверждают данные по изучению первичных медицинских документов (истории болезни) 28725 (17358 (60,43%) мужчин и 11340 (39,57%) женщин) взрослых пациентов, которые в разное время прошли стационарное лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) гг. Санкт-Петербурга (ЛПУ № 1), Екатеринбурга (ЛПУ № 2) и Ростова-на-Дону (ЛПУ № 3), относящихся к системе Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также других министерств и ведомств нашей страны (рис. 3). Анализ был проведён по медицинской документации учреждений за 6 лет (2011–2016 гг.). При анализе историй болезни была выявлена та первичная медицинская документация, в которой окончательный диагноз звучал: «Одонтогенная подкожная гранулёма лица». При изучении первичной медицинской документации не только уточняли частоту встречаемости таких пациентов в специализированных отделениях стационарных многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, но и анализировали диагноз поступления, который выставлялся врачами амбулаторно-поликлинических учреждений, что позволяло выявить дефекты диагностики.

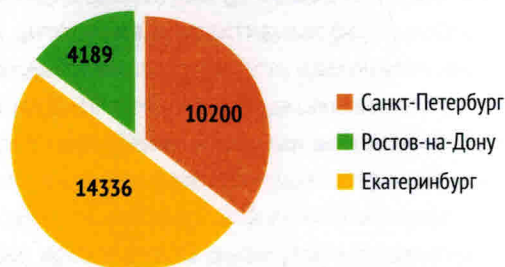


Рис. 3. Количество изученных историй болезни с учётом расположения лечебно-профилактического учреждения, (n)

В ходе анализа полученного цифрового материала было установлено, что независимо от ведомственной принадлежности стационара (МЗ РФ,

другие министерства и ведомства), пациенты, страдающие ОПГЛ, поступали относительно редко и составляли среди всех госпитализированных в отделения челюстно-лицевой хирургии редко – в 0,07–0,42% случаев (1–5 пациентов в год на специализированное отделение многопрофильного стационара). Всего в трёх ЛПУ было выявлено 54 (0,19%) человека, которые лечились в отделениях челюстно-лицевой хирургии и стоматологии по поводу ОПГЛ, среди которых было 32 (59,26%) мужчины и 22 (40,74%) женщины. На рисунке 4 представлена частота встречаемости пациентов, страдающих ОПГЛ в разные годы и прошедших лечение в обследованных ЛПУ гг. Санкт-Петербурга, Екатеринбурга и Ростова-на-Дону.

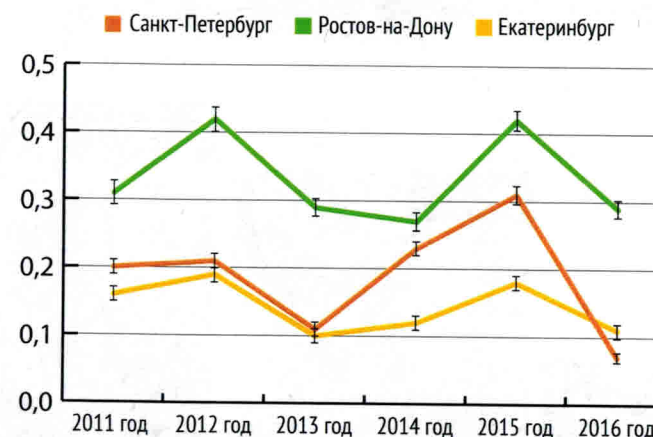


Рис. 4. Частота встречаемости пациентов, страдающих ОПГЛ в специализированных отделениях челюстно-лицевой хирургии в разных городах Российской Федерации, (%)

Таким образом, в настоящее время пациенты, страдающие ОПГЛ, поступают в специализированные отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильных стационаров не часто. Эти пациенты, страдающие ОПГЛ, составляют 0,07–0,42% среди больных таких отделений. Очевидно, редкость встречаемости ОПГЛ приводит к тому, что врачи-стоматологи поликлинического звена по-прежнему недостаточно знакомы с клинической картиной ОПГЛ. Изменения со стороны кожи лица при ОПГЛ они в 87,04% случаев трактуют как обострение хронического одонтогенного остеомиелита челюстей, нагноившуюся атерому, абсцедирующий фурункул, реже пиогенную гранулёму (рис. 5), приводя к постановке

## ГЛАВА 5.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В разработке классификации одонтогенной подкожной гранулёмы лица (ОПГЛ) приняли многие учёные стоматологи и клиницисты. Особое внимание следует уделить трудам И.Г. Лукомского (1948) и Л.М. Рабиновича (1948, 1967). И.Г. Лукомским (1936) были описаны стационарная и ползучая формы ОПГЛ. Л.М. Рабиновичем (1948) впервые была описана начальная форма ОПГЛ, а затем выделена абсцедирующая форма ОПГЛ. Таким образом, в настоящее время выделяют два периода развития ОПГЛ: 1) начальный (скрытый) и 2) период кожных изменений, а также четыре клинические формы ОПГЛ: 1) начальная; 2) стационарная; 3) ползучая; 4) абсцедирующая (таблица 3).

Таблица 3.

#### Классификация и основные клинические признаки одонтогенной подкожной гранулёмы лица

| Стадия (период) развития ОПГЛ       | Клиническая форма ОПГЛ | Основные клинические признаки заболевания                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Скрытый период развития заболевания | Начальная форма        | Наличие хронического одонтогенного очага инфекции (периапикальный, пародонтальный), возможны периодические обострения воспалительного процесса. При пальпации возможно определить безболезненное уплотнение мягких тканей (инфильтрат) в диаметре до 5–7 мм без признаков изменения кожных покровов, а также плотный безболезненный тяж, соединяющий альвеолу «причинного» зуба и инфильтрат, локализующийся в подкожной клетчатке. |
| Период кожных проявлений ОПГЛ       | Стационарная форма     | Наличие ограниченного инфильтрата в подкожной жировой клетчатке, кожа над ним синюшно-багрового цвета, истончена, часто сморщена. При отсутствии лечения в области инфильтрата формируется длительно незаживающий свищ с кровянисто-гнойным отделяемым.                                                                                                                                                                             |
|                                     | Ползучая форма         | Характеризуется периодическим закрытием свищевых ходов на коже лица и шеи и образованием новых свищей (отсюда «мигрирующая гранулёма»).                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                     | Абсцедирующая форма    | Характерно формирование абсцесса, расположенного поверхностно по отношению к кожным покровам.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

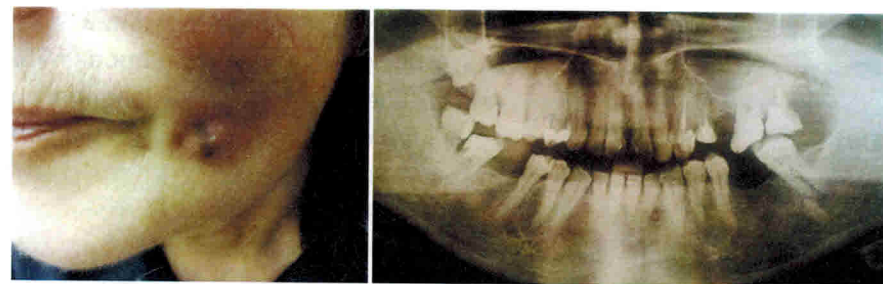


Рис. 6. Стационарная форма одонтогенной подкожной гранулёмы лица (а), и ортопантомограмма пациентки, указывающая на «причинный» зуб (2,4) (б)



Рис. 7. Одонтогенная подкожная гранулёма от нижних центральных резцов, ползучая форма: внешний вид пациента и состояние органов и тканей полости рта



Рис. 8. Абсцедирующая форма одонтогенной подкожной гранулёмы от нижнего первого левого моляра

Г.А. Васильев (1972) и Т.Г. Робустова (1990, 2014) при описании хронического гранулирующего периодонтита указывают, что при прорастании хронического гранулирующего очага из периодонта под надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти – подслизистую и подкожную клетчатку, возникает одонтогенная гранулёма (одонтогенная подкожная гранулёма). Согласно Т.Г. Робустовой (1990, 2014) различают три типа одонтогенной гранулёмы: поднадкостничную, подслизистую и подкожную (табл. 4).

Таблица 4.

#### Типы одонтогенной гранулёмы

| Тип одонтогенной гранулёмы | Клинические признаки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Поднадкостничная           | Выбухание костной ткани альвеолярного отростка (части) челюсти, чаще округлой формы на уровне «причинного» зуба; слизистая оболочки над этим участком обычно не изменена, иногда отмечаются небольшие воспалительные изменения (гиперемия, отёк).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Послизистая                | Ограниченный плотный очаг, расположенный в подслизистой ткани переходной складки или щеке вблизи от «причинного» зуба, который связан с ним при помощи тяжа. Слизистая оболочка с очагом не спаяна. При абсцедировании образуется свищ. Купирование воспалительного процесса способствует рубцеванию свища.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Подкожная                  | Круглый инфильтрат в подкожной клетчатке, плотный, безболезненный или малоболезненный. От альвеолы «причинного» зуба к очагу в мягких тканях идёт «соединительный» тяж. Подкожная гранулёма может нагнаиваться, создавая картину обострения воспалительного процесса. При обострении воспалительного процесса (нагноении) кожа спаивается с подлежащими тканями, приобретает интенсивно-розовый или красный цвет, появляется участок размягчения тканей. Абсцедирующий очаг может вскрываться наружу, прорывая истончённый участок кожи; через образовавшийся свищ выделяется скудное сукровично-гнойное отделяемое. |

Согласно мнению Т.Г. Робустовой, для поднадкостничной одонтогенной гранулёмы характерно выбухание костной ткани альвеолярного отростка (части) челюсти, чаще округлой формы на уровне «причинного» зуба. Слизистая оболочки над этим участком обычно не изменена, иногда отмечаются небольшие воспалительные изменения: гиперемия, отёк (рис. 10).

Для подслизистого типа одонтогенной гранулёмы характерен ограниченный плотный очаг, расположенный в подслизистой клетчатке переходной складки или в тканях щек в непосредственной близости от «причинного» зуба, который связан с ним при помощи тяжа. Слизистая оболочка с очагом не спаяна. Нередко наблюдается обострение процесса

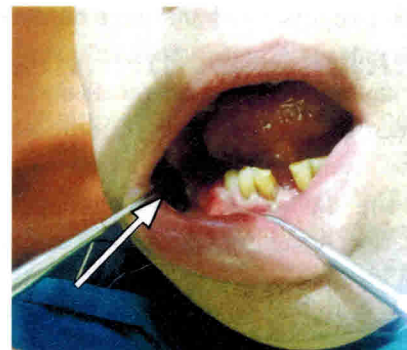


Рис. 9. Подслизистая одонтогенная гранулёма

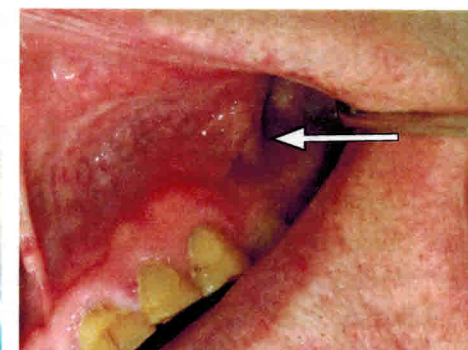


Рис. 10. Поднадкостничная одонтогенная гранулёма



Рис. 11. Подкожная форма одонтогенной подкожной гранулёмы (ранее проводилось вскрытие абсцесса без устранения первичного очага хронической одонтогенной инфекции)

и нагноение подслизистой гранулёмы. При этом появляются боли в очаге поражения. Слизистая оболочка приобретает ярко-красный цвет, слизистая оболочка спаивается с подлежащими тканями. Абсцедирование подслизистого очага и выход сукровично-гнойного отделяемого в полость рта через образовавшийся свищ может вести к купированию обострения воспалительного процесса, но не излечению. В таких случаях свищ рубцуется, а подслизистая гранулёма снова приобретает спокойное течение. На месте зажившего десневого свища виден втянутый рубец или небольшой выступающий над поверхностью окружающей слизистой оболочки рубец, имеющий более интенсивную окраску, чем неизменённая десна.

Таблица 4.

**Основные клинические признаки одонтогенной поджойной гранулёмы лица**

|                                                                                              |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Хронический воспалительный очаг периапикальной или пародонтальной инфекции («причинный» зуб) | Поджойная гранулёма – вяло текущее продуктивное воспаление в поджойной жировой клетчатке лица или шеи, как правило, на стороне «причинного» зуба | Уплотнение в виде тяжа, соединяющего инфильтрат в поджойной жировой клетчатке с «причинным» зубом (определяется при пальпации со стороны полости рта под слизистой оболочкой) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Стационарная форма ОПГЛ характеризуется наличием ограниченного инфильтрата в поджойной жировой клетчатке диаметром до 2–3 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, истончена, часто сморщена. Часто кожа при стационарной форме ОПГЛ бугристая (И.Н. Муковозов, 1982). При отсутствии лечения в области инфильтрата формируется длительно незаживающий свищ с кровянисто-гнойным отделяемым. Ползучей формы характеризуется периодическим закрытием свищевых ходов на коже лица и шеи и образованием новых свищей (отсюда «мигрирующая гранулёма»). Л.М. Рабинович (1967) указывал, что миграция процесса вообще не имеет места при ОПГЛ (миграция – от латинского migration – перемещение). Под миграцией в медицине и биологии понимают также блуждание в тканях подвижных клеточных элементов, активное и пассивное перемещение животных-паразитов из одних частей организма в другие, а также это слово употребляют для обозначения патологического процесса, имеющего тенденцию к распространению в ближайшие и отдалённые участки поражённого органа. При ОПГЛ создаётся ложное представление о миграции тем, что свищи, просуществовавшие некоторое время в одном месте, закрываются (рубцуются), а по соседству открываются новые свищи. То есть в действительности процесс имеет тенденцию к ремиссиям и, то затухая, то обостряясь, постепенно распространяется по поджойной жировой клетчатке (Л.М. Рабинович, 1967).

Для абсцедирующей формы характерно формирование абсцесса (рис. 12), расположенного поверхностно по отношению к кожным покровам. Именно в эту стадию ОПГЛ у пациентов повышается температура тела, появляется общий интоксикационный синдром, что побуждает их обратиться к врачу. Абсцедировать могут как стационарная, так и ползучая формы ОПГЛ.

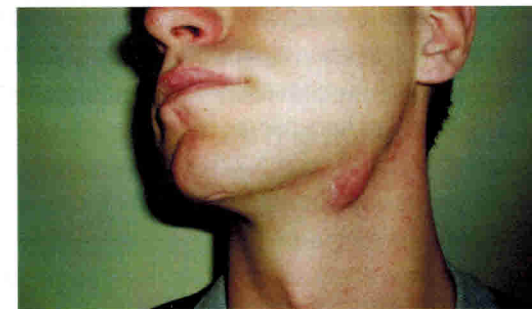


Рис. 12. Внешний вид больного М., 28 лет, страдающего стационарной формой одонтогенной поджойной гранулёмы левой подчелюстной области

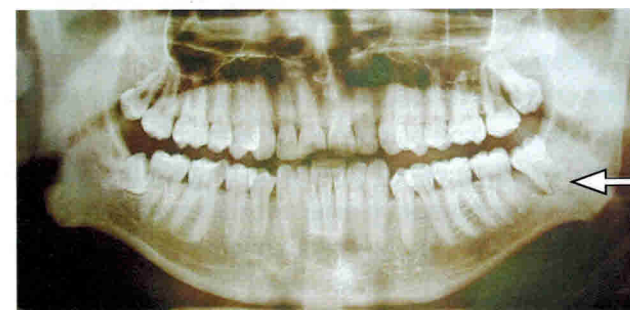


Рис. 13. Фрагмент ортопантограммы больного М., 28 лет, страдающего стационарной формой одонтогенной поджойной гранулёмы левой подчелюстной области от фолликулярной кисты 38 зуба (отмечено стрелкой)

Уплотнение в виде тяжа, соединяющего инфильтрат в поджойной жировой клетчатке с «причинным» зубом (рис. 13), определяемое пальпаторно, характерно для стационарной, ползучей и абсцедирующей форм ОПГЛ.

В период кожных проявлений локализация воспалительного процесса в поджойной жировой клетчатке зависит от «причинного» зуба. Так, патологический процесс в области подбородка возникает при поражении пародонта (периодонта) нижних резцов. При поражении нижних премоляров и моляров процесс в поджойной клетчатке локализуется на уровне нижнего края нижней челюсти. При поражении верхних премоляров и моляров процесс в поджойной клетчатке локализуется на подглазничной или скуловой области, а при поражении верхних клыков – вблизи от внутреннего угла глаза. Сравнительно редко такие свищи при ОПГЛ открываются на коже нижних отделов шеи (Г.А. Васильев, 1972).

Анализ первичной медицинской документации специализированного челюстно-лицевого отделения стационарного многопрофильного лечебно-профилактического учреждения показывает, что среди пациентов, проходящих лечение, одонтогенная подкожная гранулема лица диагностируется не часто. Такие пациенты составляют 0,22% больных, проходящих лечение в специализированном челюстно-лицевом отделении, а именно 1,2% от больных, страдающих одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. В связи с редкостью рассматриваемой патологии на этапе амбулаторно-поликлинической помощи, дефекты первичной диагностики одонтогенной подкожной гранулемы лица выявляются достаточно часто. Следует отметить, что в последнее время одонтогенная подкожная гранулема лица чаще встречается у людей молодого и среднего возраста, поэтому врачи поликлиник, к сожалению, путают эту патологию с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей, что является не только диагностической ошибкой, но ошибкой, определяющей неверную лечебно-профилактическую тактику по отношению к такому больному. При проведении хирургического вмешательства на околочелюстные мягкие ткани при сохранении хронического очага периапикальной инфекции, возникновение рецидива патологии неизбежно.

Характеристика «причинных» зубов представлена на рисунке 14. Анализ «причинных» зубов, которые послужили источником поступления инфекции при развитии ОПГЛ, чаще были зубы нижней челюсти (46 зубов, 85,2%), чем верхней челюсти (8 зубов, 14,8%).

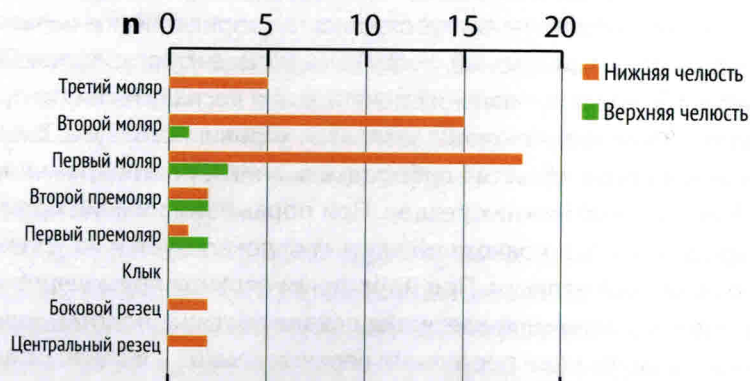


Рис. 14. Характеристика «причинных» зубов при развитии ОПГЛ, (n)

Наиболее часто «причинными» зубами были первый и второй моляры нижней челюсти, несколько реже – зубы мудрости нижней челюсти, а также первые моляры верхней челюсти. Наиболее часто ОПГЛ располагалась (рис. 15) в подчелюстных областях (39 случаев, 72,2%), реже – в щёчных (11 случаев, 20,4%) и подподбородочной областях (4 случая, 7,4%).



Рис. 15. Локализация одонтогенной подкожной гранулемы лица у пациентов, (n)



Рис. 16. Различные варианты первичного диагноза у пациентов, лечившихся в стационаре по поводу ОПГЛ, (%)

Анализ историй болезни, сравнение диагноза при поступлении и при выписке пациента из стационара позволило установить, что в 87% случаев первичный диагноз в амбулаторно-поликлинических учреждениях был ошибочным (рис. 16). Наиболее часто врачи первичного звена здравоохранения путали ОПГЛ с обострением хронического одонтогенного остеомиелита челюстей (у 19 чел.), нагноившейся атеромой (у 11 чел.), абсцедирующим фурункулом (16 чел.), а также пиогенной гранулёмой (1 чел.). Больные, страдающие ОПГЛ

часто впервые обращаются за медицинской помощью не только к стоматологам, но и к врачам смежных специальностей (врачи общей практики, терапевты, дерматологи, общие хирурги) с жалобами на поражение кожи лица в период, когда явления со стороны полости рта у пациентов незначительны и не беспокоят их. Следует подчеркнуть, что в 38 (70,4%) случаях пациенты, страдающие ОПГЛ, были направлены в стационар врачами-стоматологами, а в 16 (29,6%) – врачами других специальностей (врачи общей практики, терапевты, дерматологи, общие хирурги), при этом дефекты диагностики встречались не независимо от специализации врача первичного звена.

Таким образом, учитывая сложности диагностики ОПГЛ алгоритм диагностических мероприятий должен включать: выяснение жалоб и анамнеза (заболевания, жизни); обследование пациента при помощи физических (осмотр лица и полости рта, пальпация, перкуссия, аускультация) и специальных методов исследования: лабораторные (в том числе иммунологические), инструментальные, в том числе электроодонтодиагностику, а также рентгенологические (лучевые), патогистологические и другие методы исследования.

По типичной совокупности симптомов ОПГЛ, наблюдающихся наиболее часто при этом заболевании можно установить прямой диагноз, что наиболее вероятно при отсутствии атипичного течения ОПГЛ.

Реже правильный диагноз ОПГЛ устанавливается путём наблюдения и (или) по лечебному эффекту.

Так, на основе сравнения конкретной клинической картины ОПГЛ с рядом сходных абстрактных клинических картин других заболеваний (фурункул, хронический остеомиелит челюстей, гранулёма инородного тела, актиномикоз, туберкулёз кожи и лимфатических узлов, опухоли кожи) правильный диагноз ОПГЛ устанавливается как дифференциальный. Как разновидность дифференциального диагноза возможно установление диагноза ОПГЛ в процессе наблюдения за её развитием у конкретного пациента, в сравнении клинической картиной развития указанных сходных заболеваний с идентификацией одного из них и исключения остальных болезней (диагноз путём наблюдения).

Диагноз ОПГЛ также может устанавливаться по лечебному эффекту, что тоже является одной из форм дифференциального диагноза, на основе эффективного лечения, являющегося грамотным и правильным именно для ОПГЛ. Так, например, отдалённый положительный лечебный эффект наблю-

дается при ОПГЛ только при устранении одонтогенного очага хронической инфекции и изменённых мягких тканей (непосредственно подкожная гранулёма и соединительнотканый тяж, соединяющий «причинный» зуб и воспалительный процесс в подкожной жировой клетчатке).

Учитывая сказанное, важным является дифференциальная диагностика ОПГЛ, которую следует различать с такими заболеваниями как фурункул, хроническим остеомиелитом челюстей, гранулёмой инородного тела, актиномикозом, туберкулёзом кожи и лимфатических узлов, а также опухолями кожи (базально- или плоскоклеточным раком кожи лица и шеи).

При проведении дифференциальной диагностики ОПГЛ следует помнить, что это вяло протекающее воспаление подкожной жировой клетчатки, возникшее в результате распространения инфекции из хронического одонтогенного очага. В подкожной клетчатке лица, реже шеи, обычно на уровне «причинного» зуба (чаще хронический гранулирующий периодонтит) определяется округлой формы безболезненный инфильтрат в диаметре до 2–2,5 см, расположенный поверхностно. Кожа на нем часто истончена, лоснится, имеет сине-багровую окраску. Со стороны полости рта прощупывается в подслизистом слое тяж, идущий от лунки «причинного» зуба к инфильтрату. Инфильтрат может нагнаиваться с образованием свища, из которого определяется незначительное сукровично-гнойное отделяемое. При хирургическом лечении (вскрытии гранулёмы) гноя крайне мало, а её полость заполнена вялыми грануляциями (Н.И. Муковозов, 1982), за исключением абсцедирующей формы ОПГЛ.

Обычно ОПГЛ развивается без предшествующей острой фазы, асимметрии лица практически не определяется, а при наличии свища и его зондировании, зонд, как правило, не проникает до костной ткани челюсти (последнее характерно для хронического остеомиелита челюсти). Также для ОПГЛ характерно наличие длительно существующего свища (свищей) и медленное распространение патологического процесса на новые участки лица при вялом течении воспалительного процесса.

При рентгенологическом исследовании челюстей (ортопантомография) на стороне подкожной гранулёмы лица определяется хронический(е) очаг(и) одонтогенной инфекции (периапикальный и/или пародонтальный). Каких-либо специфических рентгенологических признаков ОПГЛ не имеет.

Следует помнить, что ОПГЛ может являться осложнением хронического одонтогенного и посттравматического остеомиелита челюстей.