

Редкое клиническое наблюдение одонтогенной подкожной гранулемы лица



Костина И.Н.

к.м.н., доцент кафедры
хирургической стоматоло-
гии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург



Николаева А.А.

студентка 4 курса стома-
тологического факультета
ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург

Резюме

В статье описаны редкие случаи наблюдения одонтогенной подкожной гранулемы лица, представлены литературные данные о частоте встречаемости, причинах, клинических проявлениях, лечении.

Ключевые слова: гранулема, гранулематозное воспаление.

GRANULOMA ODONTOGENIC SUBCUTANEOUS OF THE PERSON: RARE CLINICAL SUPERVISION

Kostina I.N., Nikolaeva A.A.

Summary

In clause the rare cases of supervision granuloma odontogenic subcutaneous of the person are described, the literary data on frequency are met with reason, clinical displays, treatment are submitted.

Keywords: granuloma, granulomatous an inflammation.

Гранулема (granuloma; от лат. granulum – зернышко, – ома – греч. окончание существительного, указывающего в данном термине на новообразование. Гранулема – воспалительное разрастание тканей, обусловленное гранулематозным воспалением ткани. Гранулематозное воспаление – хроническое очаговое воспаление, вызванное нерастворимыми или медленно разрушающимися раздражителями, сопровождающееся образованием гранулем [2].

Одонтогенная подкожная гранулема – частный случай гранулематозного воспаления в подкожной жировой клетчатке одонтогенной этиологии. Данное заболевание в литературе имеет следующие синонимы: «ползучая гранулема», «подкожная мигрирующая гранулема», «подкожная гранулема», «мигрирующая гранулема щеки» [1, 3, 4, 5].

Данные о распространенности одонтогенной подкожной гранулемы в литературе представлены недостаточно. Большинство авторов описывают небольшое количество наблюдений. Частота встречаемости одонтогенной подкожной гранулемы составляет 3,5% [5]. Заболевание наблюдается у пациентов в возрасте 9–59 лет [5], чаще у лиц 10–45 лет [5], одинаково часто у мужчин и женщин.

Причиной развития одонтогенной подкожной гранулемы считают очаги хронической инфекции, локализующиеся на верхней или нижней челюсти при периодонтите, перикороните, остеомиелите [6, 7]. «Причинными» зубами при развитии одонтогенной подкожной гранулемы описаны нижние моляры, резцы, верхние первые моляры, верхние вторые премоляры [5, 6].

Одонтогенная подкожная гранулема чаще всего локализуется под кожей щечной, поднижнечелюстной, подподбородочной, подбородочной областей [5].

Длительность заболевания чаще всего (30,8–32%) составляет 2–3 месяца [5, 6]. Описаны случаи (5,4–14%) длительности заболевания 1–3 года и более [5, 6]. По мнению Л.М. Рабиновича [5], большая длительность болезни указывает на недостаточное знание врачей-стоматологов клинических симптомов одонтогенной подкожной гранулемы.

Клинические проявления одонтогенной подкожной гранулемы Л.М. Рабиновичем [5] описаны следующим образом: «Одонтогенная подкожная гранулема лица характеризуется воспалительным процессом в подкожной клетчатке. Процесс сопровождается образованием грануляций при незначительном скоплении гноя. Отдельные гнойные очаги самопроизвольно вскрываются, и образуются неглубокие свищи, из которых выделяются капли кровянистой или кровянисто-гнойной жидкости. Одни свищи закрываются, но по соседству с ними возникают новые».

Л.М. Рабинович [5] предложил выделять два периода в развитии одонтогенной подкожной гранулемы: 1) скрытый период, при котором изменений со стороны кожи лица не отмечается, 2) период кожных проявлений. Автор также описал четыре клинические формы заболевания: начальная, стационарная, ползучая, абсцедирующая.

Для всех форм одонтогенной подкожной гранулемы Л.М. Рабинович [5] описывает наличие трех клинических признаков: «причинный» зуб, подкожная гранулема, подкожный тяж, идущий к «причинному» зубу.

В литературе описаны разные методы лечения одонтогенной подкожной гранулемы: удаление «причинного» зуба, кюретаж лунки зуба [3, 4], иссечение пораженной кожи с пластикой местными тканями [5], введение йодоформной эмульсии в свищевые ходы [4], применение УФО, кварца, аутогемотерапии, общеукрепляющих средств [1].

Клинический пример 1

Больной А., 21 год, обратился с жалобами на наличие свища в щечной области слева с кровянистыми выделениями.

Анамнез: один год назад проведено лечение осложненно-го кариеса 3.7 зуба. Через 6 месяцев появился отек, уплотнение десны в проекции корней зуба. Два месяца назад появился свищ на щеке слева. Общее состояние не нарушалось.

При осмотре в щечной области слева кожа истончена, бугристая, красноватого цвета, определяется устье свища без отделяемого. Пальпаторно определяется плотный, слабо болезненный тяж в толще щеки, идущий к альвеолярному отростку нижней челюсти. Коронка 3.7 зуба восстановлена пломбой. Перкуссия отрицательная. Патологической подвижности нет.

На внутриротовой рентгенограмме (рис. 1) корневые каналы 3.7 зуба запломбированы до верхушек, очаг деструкции костной ткани в периапикальной области до 0,8-0,9 мм в диаметре, с неровными границами.

На основании клинических и рентгенологических симптомов поставлен диагноз: хронический гранулирующий периодонтит 3.7 зуба. Одонтогенная подкожная гранулема щечной области слева.

Пациенту проведено хирургическое лечение под местной анестезией: иссечение подкожной гранулемы, свища, резекция верхушки дистального корня 3.7 зуба. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

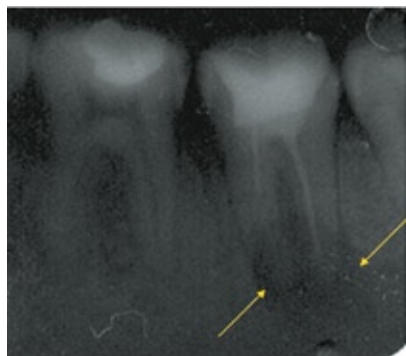


Рис. 1.
Внутриротовая рентгенограмма 3.7 зуба пациента А. Деструкция кости (стрелки) в периапикальной области



Рис. 2.
Кожа щечной области справа пациента И. на участке до 1,5 см истончена, бугристая, синевато-красного цвета. Определяется устье свища



Рис. 3. Ортопантомограмма пациента И. Вдоль дистальной части коронки 4.8 зуба полулунной формы деструкция кости



Рис. 4.
В послеоперационном периоде рана на коже щеки справа у пациента И. зажила первичным натяжением

Клинический пример 2

Больной И., 26 лет, обратился с жалобами на наличие свища на щеке справа.

Анамнез: около двух лет отмечает непостоянную боль, отек тканей в ретромолярной области справа. Один год назад появился свищ в щечной области справа с гнойным отделяемым. Общее состояние не нарушалось. При осмотре в приемном покое ЦГКБ № 23 поставлен диагноз: хронический остеомиелит нижней челюсти справа, пациент был направлен на амбулаторное лечение в стоматологическую поликлинику.

При осмотре в щечной области справа кожа на участке размером до 1,5 см истончена, бугристая, синевато-красного цвета, безболезненная при пальпации, определяется устье свища с гнойным отделяемым (рис. 2). При зондировании свищ длиной 2–2,5 см сообщается с лункой 4.8 зуба. Пальпируется плотный, безболезненный лимфатический узел в правой поднижнечелюстной области до 1 см в диаметре. Коронка 4.8 зуба не разрушена, частично закрыта слизистой оболочкой, видны только медиальные бугры зуба. Слизистая оболочка ретромолярной области справа бледно-розовая, отека нет, при пальпации из-под «капюшона» 4.8 зуба выделяется гной.

На ортопантомограмме (рис. 3) 4.8 зуб расположен вертикально, вдоль дистальной части коронки полулунной формы деструкция кости до 5 мм шириной.

На основании клинических и рентгенологических симптомов поставлен диагноз: хронический перикоронит 4.8 зуба. Одонтогенная подкожная гранулема щечной области справа.

Пациенту проведено хирургическое лечение под местной анестезией: иссечение подкожной гранулемы, свища, удаление 4.8 зуба. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением (рис. 4).

Выводы

1. Одонтогенная подкожная гранулема лица – редкое заболевание, которое недостаточно описано в современной научной литературе. На эту тему опубликованы единичные статьи и небольшие разделы в учебной литературе.

2. Пациенты с данным заболеванием обращаются к врачу-стоматологу с жалобами на поражение кожи лица в период, когда клинические симптомы со стороны «причинного» зуба отсутствуют, что затрудняет проведение дифференциального диагноза заболевания.

3. Лечение одонтогенной подкожной гранулемы – хирургическое, которое включает иссечение подкожной гранулемы лица, свища и устранение очага хронической инфекции (удаление «причинного» зуба, удаление грануляций в периапикальной области «причинного» зуба).

ЛИТЕРАТУРА

1. Верлоцкий А.Е. Хирургическая стоматология. М., – 1960. – 252 с.
2. Воспаление. Рук-во для врачей/ Под ред В.В.Серова, В.С.Паукова. М., – 1995. – 640 с.
3. Гофунг Е.М., Лукомский И.Г. Клиника болезней зубов и полости рта. Госмедиздат УССР, 1936. – 687 с.
4. Лимберг А.А., Львов П.П. Учебник хирургической стоматологии. Медгиз, – 1938. – 191 с.
5. Рабинович Л.М. Одонтогенная подкожная гранулема лица. Л., – 1967. – 112 с.
6. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие. М., – 2007. – 696 с.
7. Энтин Д.А. Краткий учебник стоматологии. – 1954. – 169 с.