ОДОНТОГЕННАЯ ПОДКОЖНАЯ ГРАНУЛЕМА.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Клиническая стоматологическая поликлиника БГМУ,

г. Уфа

А.З. Мингазева, Э.С. Ахмадуллина, Э.М. Рабинович, Б.А. Якупов

Длительное существование хронического одонтогенного очага инфекции, как известно, может привести к дистрофическим изменениям окружающих тканей. В литературе подробно изложены причины возникновения, клиника и лечение одонтогенных подкожных гранулем (Робустова Т.Г., 2011г.). Тактика лечения одонтогенной подкожной гранулемы направлена на устранение причины - прежде всего удаление зуба. Чаще всего причинами называют хронические формы периодонтита, и очень редко перикоронита (Солнцев А.М, Тимофеев А.А., 1989).

В нашей клинике за последние четыре года проходили лечение три пациента с одонтогенной подкожной гранулемой в подборочной области. В связи с этим представлен клинический случай пациентки М., 36 лет, которая обратилась с жалобами на появление свища на подбородке с периодически возникающими кровянисто-слизистым отделяемым, деформацию в виде появления «ямочки» и изменения цвета кожи в области дефекта. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В подбородочной области определяется втяжение кожных покровов, в области истонченной кожи по центру свищ, отделяемого нет. При пальпации околочелюстных тканей со стороны полости рта определяется уплотнение в виде тяжа, соединяющий безболезненный инфильтрат в подкожной жировой клетчатке с зубами 3.1, 4.1, 4.2. Зубы в цвете не изменены, перкуссия безболезненна, отмечается снижение перкуторного звука. На основании клинико-рентгенологического исследования поставлен диагноз: Одонтогенная радикулярная киста нижней челюсти во фронтальном отделе. Одонтогенная подкожная гранулема. Исходя из вышеизложенного, составлен план лечения: 1. Эндодонтическое лечение причинных зубов; 2. Операция цистоэктомия с резекцией верхушек корней; 3. Иссечение свищевого хода в подбородочной области.

Первый этап лечения заключался в трепанировании коронковой части причинных зубов, инструментальной обработке каналов эндомотором X-Smart (Dentsply), Pathfile и Protaper с растворами ЭДТА (RC-prep) и с растворами ЭДТА и 3,25% гипохлорида натрия. Обтурация корневых каналов: латеральная конденсация AH plus и гуттаперчевыми штифтами под рентгенологическим контролем. Наложена изолирующая прокладка Витребонд (стеклоиномер двойного отверждения), пломба филтек-Ultimate, полировка. Второй этап осуществлен по известной методике с замещением костного дефекта натуральным материалом «Alpha-Bios GRAFT» (патологистологическое исследование №12156-1 от 15.01.15г.). Третий этап заключался в рассечение тяжа у свода преддверия полости рта, соединяющего инфильтрат с фронтальной группой зубов, и свища в области подбородка. Закрытие дефекта костной ткани проведено коллагеновой мембраной «Alpha-Bio’s GRAFT». В данном случае резорбируемая мембрана выполняет барьерную функцию для прорастания эпителия, а также препятствует появления рецидива свищевого хода. Послеоперационный период без особенностей, снятие швов на 8 сутки. Через шесть месяцев на контрольном осмотре пациент никаких жалоб не предъявляет. При объективном осмотре в области подбородка определяется ели заметный рубец длиной 0,5 см, безболезненный при пальпации. На серии компьютерных томограмм за аналогичный период времени определяется полное восстановление костного дефекта.

Таким образом, лечение одонтогенных подкожных гранулем с использованием ксенографта и коллагеновой мембраны, позволяет добиться быстрого восстановления костной ткани в области дефекта, сохранить зубы, являющиеся источником дистрофических изменений мягких тканей лица и избежать рецидива.