

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЯЗЫКА

М.В. Козлова, Е.А. Горбатова, А.В. Зубарев, М.Д. Маркина*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH A PYOGENIC GRANULOMA OF THE TONGUE

M.V. Kozlova, E.A. Gorbatoва, A.V. Zubarev, M.D. Markina*

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: dr.markinamd@yandex.ru

Аннотация

На примере клинического случая реализован комплексный и мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с пиогенной гранулемой полости рта. Проведение трансорального ультразвукового исследования высокочастотным датчиком позволило определить истинный размер образования и выбрать метод хирургического вмешательства. Диагностика с помощью ультразвукового исследования пиогенной гранулемы свела к минимуму риск развития рецидива заболевания.

Ключевые слова: пиогенная гранулема, трансоральное ультразвуковое исследование.

Abstract

The present case is a good example of the successful outcome in patients with pyogenic granulomas of the oral cavity under a comprehensive and multidisciplinary approach. A transoral ultrasound examination with a high-frequency sensor was performed to determine the true lesion size and to select a proper surgical tactics. Ultrasound diagnostics of pyogenic granulomas minimizes the risk of disease recurrence.

Keywords: pyogenic granuloma, transoral ultrasound.

Ссылка для цитирования: Козлова М.В., Горбатова Е.А., Зубарев А.В., Маркина М.Д. Особенности ведения пациентов с пиогенной гранулемой языка. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2025; 4: 141–144.

Введение

Пиогенная гранулема (другие используемые названия – ботриомикома, капиллярно-дольчатая гемангиома, телеангиоэктатическая гранулема, гранулема на ножке и др.) относится к доброкачественным сосудистым опухолям, образуется вследствие разрастания грануляционной ткани [1]. Существует несколько разных теорий этиопатогенеза пиогенной гранулемы (ПГ) – воспалительного характера и неопластической природы [2].

Новообразования сосудистого генеза составляют 2–3% от всех новообразований человека, а в детском возрасте – до 7% [3], при этом в 32% случаев выявляется ПГ [2].

Пусковым механизмом образования ПГ является хроническая травма, курение, гормональный дисбаланс. Ключевым фактором в патогенезе ботриомикомы является пролиферация эндотелия сосудистой стенки в условиях хронического воспаления [4].

Наиболее часто ПГ диагностируют в период изменения гормонального статуса в подростковом возрасте и у беременных. По данным ряда авторов установлено, что ПГ у беременных встречается в 1–5% случаев [5].

В стоматологической практике зонами локализации ПГ являются: 65% – слизистая десны, 14% – красная кайма, 9% – язык, 7% – слизистая щек, 5% – другие локализации полости рта [6].

При клиническом осмотре ботриомикомы, как правило, визуализируется в виде узла грибовидной формы на широком основании, достигающего размеров от 0.5 до 3.0 см в диаметре [7]. Может сопровождаться болевым синдромом,

кровотечением, способна к некротизации, озлокачествлению, также имеет склонность к рецидивированию после хирургического лечения.

Дифференциальную диагностику ПГ проводят со злокачественными новообразованиями (ЗНО): кератоаканомой, узловой меланомой, ангиосаркомой и др. [1]. Риск озлокачествления ботриомикомы связан с анатомическими особенностями строения кровеносной и лимфатической систем челюстно-лицевой области, наиболее частой локализацией малигнизации является язык – 55% [8].

Общепринятым ведением пациентов с ПГ считается междисциплинарный подход с выявлением и коррекцией сопутствующей патологии, исключением вредных привычек. Местное лечение направлено на устранение травмирующих факторов (пришлифовывание острых краев зубов, проведение профессиональной гигиены полости рта, лечение кариеса и его осложнений, коррекция ортопедических конструкций) [5].

Клинический случай

Пациент А., 60 лет, в соответствии с правилами надлежащей клинической практики (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 апреля 2016 г. № 200н) подписал добровольное информированное согласие на обработку персональных данных, фотосъемку (Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 24.06.2025) «О персональных данных»).

Пациент предъявлял жалобы на наличие образования в области кончика языка, периодически кровоточащее при приеме пищи.

Из анамнеза выяснили, что обследуемый имеет стаж курения более 20 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечал хронический гастрит.

Впервые заметил новообразование на языке в августе 2024 г. и обратился в стоматологическую клинику по месту жительства. Врачом стоматологом-хирургом под местной анестезией образование иссечено, с последующим гистологическим исследованием (ГИ). На основании клинической картины и результатов ГИ выставили окончательный диагноз: «D10.1 Пиогенная гранулема кончика языка».

В октябре 2024 г. пациент снова отметил появление «опухоли» на языке и был направлен для консультации на клиническую базу кафедры стоматологии, расположенной в ФГБУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента РФ.

При внешнем осмотре: кожные покровы физиологической окраски; при пальпации поднижнечелюстных областей справа и слева отмечаются увеличенные до 1.5 см лимфатические узлы, безболезненные, подвижные, эластической консистенции, не спаянные с тканями; открывание рта в полном объеме, безболезненное.

Объективно: слизистая оболочка рта сухая, матовая, свободная слюна отсутствует. В области кончика языка отмечалось образование багрового цвета, мягко-эластической консистенции, возвышающееся над поверхностью, размерами 0.5 × 0.8 см в диаметре, на широком основании, безболезненное при пальпации. На спинке языка визуализировали гипертрофированные нитевидные сосочки, окрашенные в темно-желтый и коричневый цвета. Язык покрывало значительное количество серовато-белого налета, легко снимающегося при поскобливании шпателем (рис. 1).

Гигиена полости рта неудовлетворительная. Отмечали значительное количество мягкого налета, над- и поддесневых зубных отложений. Межзубные сосочки, маргинальная десна в области всех зубов цианотичные, отечные, при пародонтальном зондировании кровоточили.

Зубы 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имели стираемость режущего края I степени с острыми краями.

На зубах 3.4, 4.6 определяли пломбы на окклюзионно-медиальных поверхностях (II класс по Блеку), при зондировании в пришеечной области на контактах выявили кариозные полости с размягченным дентином.

По результатам осмотра выставили следующие диагнозы:

- D10.1 Рецидив пиогенной гранулемы кончика языка;
- K11.7 Ксеростомия;
- K14.3 Гипертрофия сосочков языка («волосатый» язык);
- K02.1 Кариес дентина зубов 3.4, 4.6;
- K05.4. Хронический генерализованный пародонтит.

Выставлен предварительный диагноз: «V37.0 Хронический гиперпластический кандидоз», составлен план обследования и лечения:

- 1) консультация врача-гастроэнтеролога (лечение по поводу хронического гастрита);
- 2) трансоральное ультразвуковое исследование (УЗИ) образования на кончике языка;
- 3) шлифование острых краев зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2;
- 4) проведение профессиональной гигиены рта, включающее снятие минерализованных зубных отложений и обучение индивидуальной гигиене;
- 5) лечение кариеса 3.4, 4.6 зубов;
- 6) хирургическое иссечение образования кончика языка по данным УЗИ после устранения очагов хронического воспаления.



Рис. 1. Пациент А., 60 лет, диагноз: «D10.1 Пиогенная гранулема кончика языка (рецидив)»

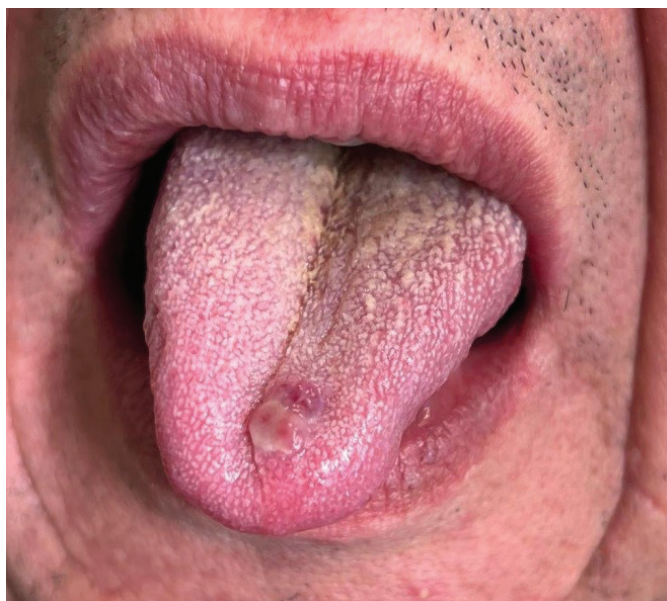


Рис. 2. Пациент А., рецидив пиогенной гранулемы кончика языка

Дополнительно провели беседу с пациентом о необходимости отказа от курения.

В первое посещение провели взятие налета со спинки языка на цитологическое исследование (ЦИ). Назначили саливовозместительную терапию.

По данным ЦИ в полученном материале обнаружены клетки плоского эпителия поверхностных слоев с реактивными изменениями, обильная смешанная флора, определяются бластоспоры и псевдомидии гриба типа *Candida*. Сформулирован окончательный диагноз: «V37.0 Хронический гиперпластический кандидоз».

Пациенту А. после курса противогрибковой терапии и устранения хронических очагов воспаления удалили образование при помощи радиоволнового ножа в пределах здоровых тканей, с последующим ГИ, по результатам которого диагноз был подтвержден.

Через месяц пациент обратился с повторным рецидивом образования на кончике языка (рис. 2).



Рис. 3. Ультразвуковой датчик Г-образной формы с частотой 24 МГц

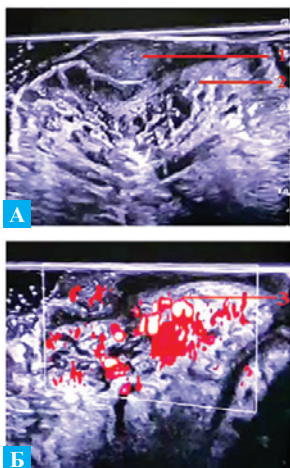


Рис. 4. Ультразвуковое исследование области кончика языка. А – исследование в В-режиме: гипэхогенный очаг, окруженный капсулой, дольчатое строение (1), мышечные волокна (2); Б – исследование в режиме цветового доплеровского картирования: зона повышенной васкуляризации (3)



Рис. 5. А – клиновидная резекция кончика языка; Б – интраоперационный макропрепарат; В – наложены узловые швы

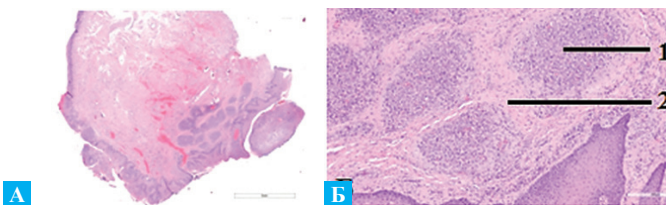


Рис. 6. Гистологическая картина образования (окрашивание гематоксилином и эозином): А – увеличение $\times 5$; Б – увеличение $\times 400$ (1 – долька ПГ; 2 – прослойка фиброзной ткани)



Рис. 7. Контрольный осмотр пациента через месяц: первичное заживление раны

Для визуализации глубины патологического очага провели трансоральное УЗИ высокочастотным датчиком 24 МГц Г-образной формы с размером сканирующей головки 30 мм (рис. 3).

УЗ-датчик с проводящим гелем устанавливали на патологический очаг, располагающийся в области кончика языка слева. На эхограммах в В-режиме в толще собственных мышц языка определили гипэхогенный участок с ровными контурами по периметру, ограниченный гиперэхогенной капсулой размером $0.5 \times 0.8 \times 1.0$ см. В режиме цветного доплеровского картирования выявили высокую степень васкуляризации внутри патологического образования (рис. 4).

По результатам УЗИ установили локализацию и истинные размеры образования. На основании клинической картины и данных эхографии провели частичную глоссэктомию. Полученный макропрепарат направили на гистологическую верификацию (рис. 5).

Заключение ГИ № 3813 от 14.03.2025 г.: «Фрагмент ткани языка с неравномерно утолщенным многослойным плоским эпителием, наличием ПГ, широкими полями кровоизлияний, наличием структур малой слюнной железы. Гранулема имеет дольчатое строение. Каждая долька разделена прослойкой фиброзной ткани. В центре просматривается крупный сосуд, вокруг которого наблюдаются скопления капилляров. Резекция в пределах неизмененных тканей» (рис. 6).

При контрольном осмотре пациента через месяц после хирургического вмешательства жалобы отсутствовали. Объективно: слизистая оболочка кончика языка незначительно гиперемирована, отмечается первичное заживление раны (рис. 7).

Заключение

На примере клинического случая реализован комплексный и мультидисциплинарный подход к ведению пациентов с пиогенной гранулемой полости рта. Проведение трансорального ультразвукового исследования высокочастотным датчиком позволило определить истинный размер образования и выбрать метод хирургического вмешательства. УЗ-диагностика пиогенной гранулемы свела к минимуму риск развития рецидива заболевания.

Литература

1. Тарасенко Г.Н. и др. Пиогенная гранулема в практике врача дерматолога // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2017. – Т. 20. – № 3. – С. 50–52. [Tarasenko G.N. et al. Pyogenic granuloma in the practice of a dermatologist // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. – 2017. – V. 20. – No 3. – P. 50–52. In Russian]. DOI: 10.18821/1560-9588-2017-20-1-50-52.
2. Гуськова О.Н. и др. Особенности ангиогенеза в пиогенной гранулеме // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – Т. 25. – № 3. – С. 127–130. [Guskova O.N. et al. Features of angiogenesis in pyogenic granuloma // Bulletin of New Medical Technologies. – 2018. – V. 25. – No 3. – P. 127–130. In Russian]. DOI: 10.24411/1609-2163-2018-16123.
3. Скарязкина О.Н. и др. Морфологическая характеристика пиогенной гранулемы у де-

- тей // Современные тенденции науки, практики и образования в педиатрии: Материалы региональной учебно-методической и научно-практической конференции, посвященной 60-летию кафедры детских болезней ТГМУ, Тверь, 22 сентября 2017 года / под общей редакцией А.Ф. Виноградова, Ю.С. Апенченко. – 2018. – С. 175–179. [Skaryakina O.N. et al. Morphological characteristics of pyogenic granuloma in children // Modern trends in science, practice and education in pediatrics: Proceedings of the regional educational-methodical and scientific-practical conference dedicated to the 60th anniversary of the Department of Children's Diseases of TSMU, Tver, September 22, 2017 / edited by A.F. Vinogradov, Yu.S. Apenchenko. – 2018. – P. 175–179]. In Russian]. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35163537>.
4. Пономарев И.В. и др. Лечение пиогенной гранулемы излучением лазера на парах меди // Вестник дерматологии и венерологии. – 2021. – Т. 97. – № 2. – С. 41–49. [Ponomarev I.V. et al. Treatment of pyogenic granuloma with copper vapor laser radiation // Bulletin of Dermatology and Venereology. – 2021. – V. 97. – No 2. – P. 41–49. In Russian]. DOI: 10.25208/vdv120.
 5. Бурдина П.А. и др. Эпулисы: современное состояние проблемы // Пародонтология – 2020. – № 25 (2). – С. 163–170. [Burdina P.A. et al. Epulis: current state of the problem // Periodontology – 2020. – No 25 (2). – P. 163–170. In Russian]. DOI: 10.33925/1683-3759-2020-25-2-163-170.
 6. Anwar S.K. et al. Diode laser versus sclerotherapy: bloodless approaches in the treatment of oral pyogenic granuloma (randomised controlled clinical trial) // Odontology. – 2023. – V. 111. – No 2. – P. 511–521. DOI: 10.1007/s10266-022-00759-9.
 7. Скарякина О.Н. и др. Особенности ангиогенеза в пиогенной гранулеме // Вестник КРСУ. – 2020. – Т. 20. – № 9. – С. 176–180. [Skaryakina O.N. et al. Features of angiogenesis in pyogenic granuloma // Vestnik KRSU. – 2020. – Vol. 20. – No. 9 – P. 176–180. In Russian]. DOI: 10.24411/1609-2163-2018-16123.
 8. Кутукова С.И. и др. Прогностическое значение экспрессии PD-L1 в опухолевых и иммунных клетках при плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63. – № 5. – С. 759–765. [Kutukova S.I. et al. The prognostic value of PD-L1 expression in tumor and immune cells in oral squamous cell carcinoma // Oncology Issues. – 2017. – V. 63. – No 5. – P. 759–765. In Russian]. DOI: 10.37469/0507-3758-2017-63-5-759-765.