

ბორჯაძე მ., ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგიშვილი ხ., გოგებაშვილი ნ.

მაკროპეილიტით მიმდინარე სხვადასხვა დაავადების დიფერენციული დიაგნოსტიკა და გამოკვლევის ალგორითმი

თსსუ, პაროდონტისა და პირის ღრუს ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტი; ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი HBI-dentImpant

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის არცთუ იშვიათ პათოლოგიას წარმოადგენს ტუჩებზე განვითარებული სხვადასხვა ხასიათის პროცესი მაკროპეილიტის სახით.

1928 წელს შვედმა ექიმმა მელკერსონმა (Melkersson) აღწერა ავადმყოფი, რომელსაც აღენიშნებოდა ტუჩების ანგიოტროფიკული შეშუპება და სახის ნერვის ცალმხრივი დამბლა. 1931 წელს კი როზენტალმა (Rosenthal) აღწერა პაციენტების მდგომარეობა, რომლებსაც მდგრადი მაკროპეილიტის გარდა ჰქონდათ ნაოჭიანი ენა და სახის ნერვის დამბლა. ამ დროიდან დაავადებას, რომელიც სიმპტომთა აღნიშნული ტრიადით ვლინდებოდა, მელკერსონ-როზენტალის სინდრომი ეწოდა. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ სახის ნერვის დამბლა და ნაოჭიანი ენა ყოველთვის შეიძლება არ გამოვლინდეს.

1945 წელს მიშერმა (Mischer) შეისწავლა ჰისტოლოგიური ცვლილებები მაკროპეილიტის დროს და დაადგინა, რომ ისინი გრანულომატოზური ხასიათისაა (მიშერის იდიოპათიური მაკროპეილიტი). დღესაც, ზოგიერთი ავტორი მიშერის მაკროპეილიტს მიიჩნევს მელკერსონ-როზენტალის სინდრომის მონოსიმპტომურ ფორმად (1,2,3,4,5,7.).

მელკერსონ-როზენტალის სინდრომის ეტიოლოგია საბოლოოდ გარკვეული არ არის (6). ზოგიერთი მეცნიერი მიიჩნევს, რომ დაავადება კონსტიტუციური, მემკვიდრეობითი ხასიათისაა. მეცნიერთა უმეტესობის აზრით, ეს სინდრომი, თავისი ბუნებით, ანგიონევროზულია (ნეიროდისტროფია). მიშერის (Mischer, 1945), შურმანის (Schuermann) და სხვათა შეხედულებით, თვით ის ფაქტი, რომ შეცვლილ სისხლ-ძარღვებში ვითარდება გრანულომები, მოწმობს, რომ მაკროპეილიტი ჰემატოგენურ-ინფექციური ბუნებისაა. გამოთქმულია ვარაუდი სინდრომის პოლიეტოლოგიური ხასიათის თაობაზე. გარდა ამისა, არსებობს აზრი ამ დაავადების წარმოშობის ინფექციურალერგიული ხასიათის შესახებ, რაც რიგ შემთხვევაში ართულებს ამ დაავადების დიფერენციულ დიაგნოსტიკას კვინკეს შეშუპებასთან, რომლის დროსაც, ტუჩების გარდა, აღინიშნება ქუთუთოების, ზოგჯერ ზედა და ქვედა კიდურების, ხორხის შეშუპება. საკმაოდ ხშირად ამ დაავადების მიზეზი უცნობია. იგი შეიძლება იყოს შედეგი ალერგიული რეაქციისა ცხოველის ბეწვზე, საკვებზე, მწერის ნაკბენზე, მედიკამენტებზე, მზის სხივებზე, მაღალ და დაბალ ტემპერატურაზე, ინფექციაზე ან სხვადასხვა დაავადებაზე, მათ შორის აუტოიმუნურ დარღვევებზე.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ გამოგვეკვლია მაკროპეილიტით მიმდინარე სხვადასხვა ეტიოლოგიის დაავადებების მქონე

პაციენტები, შეგვემუშავებინა გამოკვლევის ალგორითმი და კლინიკურ - ჰისტოლოგიური კორელაციები, რის საფუძველზეც გავატარებდით ამ დაავადებების დიფერენციულ დიაგნოსტიკას და გამოვყოფდით სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების სარწმუნო კომპლექსს.

მასალა და კვლევის მეთოდები. ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 17-45 წლის ასაკის 6 პაციენტი (4 მამაკაცი და 2 ქალი), რომლებიც უჩიოდნენ ტუჩების უჩვეულო გადიდებას, დაჭიმულობის შეგრძნებას, მეტყველების და კვების პროცესის გაძნელებას. დეტალური ანამნეზის შეგროვების შემდეგ პაციენტებს უტარდებოდათ მაკრო, მიკრომორფოლოგიური კვლევა და სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი სხვადასხვა ალერგენებზე და ტოქსინებზე. ჰისტოლოგიური კვლევა ჩაუტარდა 3 პაციენტს, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი სხვადასხვა ალერგენებზე და ტოქსინებზე, აგრეთვე, 3 პაციენტს. პაციენტების კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფისას ჩვენ ვითვალისწინებდით სახისა და სხეულის სხვა ნაწილების შეშუპება-გადიდების შესაძლო არსებობას, მიმიკური კუნთების (VII ქალა ტვინის, სახის ნერვის n. facialis საინერვაციო ზონა) მდგომარეობას და ენის ზედაპირის დანაოჭებას.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა. კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ტუჩების და პერიორალური მიდამოს გადიდება აღენიშნებოდა ყველა პაციენტს. დანარჩენი კლინიკური მონაცემების საფუძველზე გამოყოფილ იქნა პაციენტების 3 კლინიკური ჯგუფი:

I კლინიკურ ჯგუფში გაერთიანდა პაციენტი, რომელსაც მაკროჰელიტიზის გარდა აღენიშნებოდა ნაოჭიანი ენა და მოგვიანებით განვითარებული VII წყვილის _ სახის ნერვის ქვედა ტოტის ორმხრივი დამბლა.

II კლინიკური ჯგუფის 3 პაციენტს აღენიშნებოდა მხოლოდ მაკროჰელიტი, პერიორალური ნაწილის გადიდებით.

III კლინიკურ ჯგუფს წარმოადგენდა 2 პაციენტი, რომელთაც მაკროჰელიტიზის გარდა აღენიშნებოდათ ქუთუთოების და კიდურების ნაწილობრივი შეშუპება.

პაციენტების დაყოფამ კლინიკურ ჯგუფებად საშუალება მოგვცა გაგვეკეთებინა შემდეგი დასკვნები:

I ჯგუფში არსებული პაციენტის მონაცემებმა _ ტრიადის (მაკროჰელიტი, ნაოჭიანი ენა, VII წყვილის სახის ნერვის ქვედა ტოტის ორმხრივი დამბლა) არსებობამ მოგვცა საშუალება დამატებითი გამოკვლევების გარეშე დაგვესვა მელკერსონ-როზენტალის სინდრომის დიაგნოზი. შემკვიდრეობითი ფაქტორის არსებობა კიდევ ერთხელ ადასტურებდა დასმულ დიაგნოზს.

მეტ სირთულეებთან იყო დაკავშირებული II და III ჯგუფის პაციენტების დიაგნოსტიკა. დეტალური ანამნეზის შეგროვებამ, სხეულის და სახის სხვა ნაწილების გადიდებამ, მოგვცა საბაზი გვეფიქრა კვინკეს შეშუპებაზე, რაც დადასტურდა სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით ალერგენებზე. ამრიგად კვინკეს შეშუპების დიაგნოზი დაესვა 2 პაციენტს.

რაც შეეხება იზოლირებული მაკროჰელიტიზის მქონე პაციენტებს, დიაგნოზის დასაზუსტებლად მათ ჩაუტარდათ ჰისტოლოგიური კვლევა (გრანუპ31 ლომების არსებობა სისხლძარღვების ირგვლივ) რაც მეტყველებდა პროცესის

გრანულომატოზურ ხასიათზე და ადასტურებდა მიშერის გრანულომატოზური მაკროჭეილიტის დიაგნოზს.

პაციენტთა დაყოფამ კლინიკურ ჯგუფებად მოგვცა საშუალება განგვემტკიცებინა ამ დაავადებების დიაგნოსტიკის და დიფერენციული დიაგნოსტიკის გარკვეული ალგორითმი, რაც დროული, სწორი დიაგნოზის დასმის და პაციენტის შესაბამისი პროფილის ექიმთან გაგზავნის საშუალებას გვაძლევს.

ლიტერატურა:

1. Critchlow WA, Chang D. Cheilitis granulomatosa: a review. Head Neck PaTol. 2014 Jun. 8(2):209-13.
2. C Marques, A Machado, A P Baptista. Macrocheilitis and Melkerson-Rosenthal syndrome. Review of 19 cases. Acha Medica Portuguesa 1994, 7(10):533-40.
3. Miest R, Bruce A, Rogers RS 3rd. Orofacial granulomatosis. Clin Dermatol. 2016 Jul-Aug. 34(4):505-13.
4. Nair SP. Cheilitis granulomatosa. Indian Dermatol Online J. 2016 Nov-Dec. 7(6):561-562.
5. Sciubba JJ, Said-Al-Naief N. Orofacial granulomatosis: presentation, pathology and management of 13 cases. J Oral Pathol Med. 2003 Nov. 32(10):576-85.
6. Tilakaratne WM, Freysdottir J, Fortune F. Orofacial granulomatosis: review on aetiology and pathogenesis. J Oral Pathol Med. 2008 Apr. 37(4):191-5.
7. Wadhawan R, Singh Khurana PR, Khanduri N, Solanki G. Unveiling the Curtain on orofacial Granulomatosis: An Overview. Acta Biomedica Scientia. 2015. 2(3):148-151.

Borjadze M., Iverieli M., Abashidze N., Gogishvili Kh., Gogebashvili N.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIFFERENT DISEASES WITH MACROCHEILITIS AND ALGORITHM OF RESEARCH

TSMU DEPARTMENT OF PERIODONTOLOGY AND ORAL DISEASES; GEORGIAN-GERMAN IMPLANTATION CENTRE HBI-DENTIMPLANT..

Macrocheilitis is a very common condition associated with a variety of pathological processes developed on the lips. Therefore, the aim of our study was to examine the patients with various etiology diseases which manifest of macrocheilitis, to work out the algorithm and clinical-histological correlations, based on which we will conduct differential diagnostics of these diseases and identify reliable complexity of diagnostic criteria. Splitting patients into clinical groups allowed us to work out some algorithm of diagnostics and differential diagnostics of these diseases (Quincke's edema, Michre granulomatic macrocheilitis, Melkerson-Rosenthal syndrome), which is important for timely, correct diagnosis and sending of the patients to relevant profile physician.