

Б.Р. Бахмудов,
к.м.н., врач высшей категории¹

А.М. Шахназаров,
д.м.н., профессор²

¹ Стоматологическая поликлиника,
г. Дербент

² Зав. кафедрой патологической анатомии
Дагестанской медицинской академии,
г. Махачкала

Особенности клиники и тактика лечения гиперплазии десны у беременных женщин

Согласно современной классификации МКБ-10С, эпюлис соответствует рубрике К-06.8 «Другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края»

Резюме. В течение 14 лет (с 2000 по 2013 г.) в стоматологическом кабинете женской консультации г. Дербента на диспансерном учете по поводу эпюлисов наблюдались 16 беременных в возрасте от 20 до 32 лет. В результате проведенных клинических и гистологического исследований было установлено, что эпюлис у беременных имеет не опухольную, а воспалительную природу.

Ключевые слова: эпюлис, беременные, воспаление

Summary. For 14 years (2000 to 2013) in the dental office prenatal Derbent on the books because of epulis observed 16 pregnant women aged 20 to 32 years. As a result of clinical and histological studies have shown that pregnant epulis is not a tumor and inflammatory nature.

Key words: epulis, pregnant, inflammation

Слово «эпюлис» с греческого языка переводится как наддесневик (греч. ері — на, илон — десна). Другими словами, этот термин указывает топографо-анатомическую особенность данной патологии, для которой характерна специфическая локализация — десна альвеолярного отростка челюсти.

Судя по имеющимся публикациям, это весьма часто встречающаяся патология в практике врача-стоматолога, под которым понимают объемное образование, локализующееся на десне [3, 9, 10, 16, 17]. Так, по данным А.И. Евдокимова и соавт. [7], за 35 лет деятельности клиники хирургической стоматологии ММСИ из 4620 больных, обратившихся за помощью с различными новообразованиями челюстно-лицевой области, — 1705 (36,90%) были с эпюлисами. Б.И. Мигунов [12] отмечает, что среди присланных на патогистологическое исследование 4762 биопсий и операционного материала по поводу опухолей челюстно-лицевой области 836 (17,55%) были эпюлисы.

Однако врачу на основании данных визуального осмотра и пальпаторных характеристик эпюлиса не всегда удается установить правильный клинический диагноз из-за вариабельности его патогистологической картины. А.В. Щипский и соавт. [20], проведя гистологическое исследование 45 объемных образований в области альвеолярного отростка, только 25 (56%) из них отнесли к эпюлисам. При этом автор и соавторы пришли к выводу, что в некоторых эпюлисах сочетались разные гистологические варианты — гигантоклеточный эпюлис с фиброзно-ангиоматозным, фиброзный эпюлис с болезнью Фордайса.

Среди исследователей существуют разные мнения и по поводу самой характеристики гистоморфологической картины эпюлисов, в соответствии с которой чаще принято различать три типа эпюлисов: ангиоматозный, фиброзный и гигантоклеточный [3, 6, 11–13, 23, 24]. Так, J. Wnukiewicz и J. Rabczynski [24], изучив 399 гистологических препаратов, пришли к выводу, что только гигантоклеточный эпюлис имеет четко выраженную и легко дифференцируемую микроскопическую характеристику, а остальные типы эпюлисов трудно отличить из-за сходной гистопатологической картины. Более того, по мнению ряда других авторов [6, 11, 19, 22], разные варианты эпюлиса могут переходить из одной формы в другую, и они, выделяя в своих классификациях разные клинические и гистологические варианты заболевания, утверждают, что конечной формой развития всегда является фиброзный эпюлис.

Вышеизложенным объяснимо и отсутствие до сих пор единой классификации этих образований, которая отражала бы их основные клинические и гистоморфологические признаки и помогала бы врачу в практической деятельности. Вопрос систематизации эпюлисов настолько запутан, что эта патология приводится разными исследователями в самых разных классификациях стоматологических заболеваний: остеогенных опухолей и опухолеподобных образований [10, 13], одонтогенных опухолеподобных образований [3], опухолей мягких тканей [9, 17, 18], заболеваний пародонта [8].

Следует заметить, что в специальной литературе широко распространено мнение о более частом развитии эпюлисов у лиц женского пола и особенно при

беременности, когда происходит ускорение роста новообразования и увеличение случаев его рецидивов [3–6, 15, 22, 23].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической картины, лечения и прогноза эпюлиса у беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 14 лет, с 2000 по 2013 г., в стоматологическом кабинете женской консультации г. Дербента на диспансерном учете по поводу эпюлисов наблюдались 16 беременных в возрасте от 20 до 32 лет. При каждом случае выявления эпюлиса все осмотры по поводу заболевания документировали с использованием внутривидеосъемки. Количество осмотров зависело от срока гестации при выявлении эпюлиса и продолжительности периода полного обратного регресса новообразования после родов — до родов осматривали от 1 до 4 раз в месяц, в зависимости от размера новообразования, а после родов осмотры проводили перед выпиской из роддома и через каждый месяц после родов.

Лечение эпюлиса у беременных заключалось в соблюдении гигиены полости рта и полоскании после приема пищи 0,02% раствором фурацилина и раствором ротокана¹. При больших размерах эпюлиса для профилактики его изъязвления и инфицирования тупой иглой промывали промежуток между зубами и прилегающим новообразованием растворами 3% перекиси водорода и 0,1% перманганата калия. У трех беременных, когда эпюлис приводил к функциональным нарушениям, часть образования, мешающая смыканию зубов, иссекали методом клиновидной биопсии с целью получения всех слоев тканей [15] для патогистологического исследования, которые проводили на кафедре патологической анатомии Дагестанской государственной медицинской академии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обследовании беременных у стоматолога ни у одной из них эпюлис не был выявлен, что позволяет нам считать, что все наблюдаемые нами случаи заболевания возникли за период текущей беременности. Частота выявления эпюлиса у беременных по срокам гестации была следующей: при сроке беременности 15–20 недель — 4 случая, 21–23 недели — 8, 24–26 недель — 4 случая. Таким образом, по нашим данным, все эпюлисы у беременных женщин возникли во втором триместре беременности.

Из 16 случаев эпюлиса у беременных у 14 (87,5%) женщин новообразования были локализованы на верхней челюсти, из них в основном в области фронтальных зубов (10 случаев или 62,5%). У двух (12,5%) беременных эпюлисы были выявлены на нижней челюсти,

которые также были локализованы в области фронтальных зубов. Иными словами, у 12 (75,0%) беременных эпюлисы развились в области передних зубов. И только в 4 (25,0%) случаях нами были диагностированы эпюлисы в области коренных зубов — в 2 случаях в области зуба 16, у одной женщины в области зуба 26 и еще у одной — в области зубов 24 и 25.

Установлено, что чаще всего эпюлисы располагались с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка челюсти — у 12 (75,0%) беременных, в том числе у 10 (62,50%) на верхней и у 2 (12,5%) — на нижней челюсти. У двух (12,5%) женщин эпюлисы локализовались на небной поверхности альвеолярного отростка и еще у двух новообразования прилегли к зубам с двух сторон, с вестибулярной и оральной поверхностями альвеолярного отростка. Наши данные совпадают с результатами исследований и других авторов [3, 4, 16, 17].

Чаще всего (14 случаев, 87,5%) эпюлисы были неправильной формы, на ножке (10 случаев, 62,5%), с неровной мелкозернистой поверхностью (12 случаев, 75,0%) и мягкоэластической консистенцией (14 случаев, 87,5%). У 12 (75,0%) беременных образование имело дольчатое строение, состояло из 2 или 3–4 долей, в их числе оба случая эпюлиса, локализованные с двух сторон альвеолярного отростка челюсти. Только у двух беременных эпюлис имел правильную округлую форму. У всех 16 беременных при зондировании пародонтальным зондом отмечалась кровоточивость разной степени выраженности, пальпация их была безболезненной. Размеры эпюлиса колебались в широком диапазоне. Мы их условно делили на маленькие — до 0,5 см (3 случая, 18,75%), средние — от 0,6 до 2,0 см (9 случаев, 56,25%) и большие, которые часто травмировались, — более 2,0 см (4 случая, 25,0%). По цвету покрывающая эпюлис слизистая оболочка всегда отличалась от нормальной слизистой, чаще (11 случаев, 68,75%) была розового или ярко-красного цвета. При больших размерах эпюлисов цвет покрывающей их слизистой оболочки характеризовался весьма разной цветовой гаммой различных оттенков.

Согласно широко распространенной в специальной литературе травматической теории происхождения эпюлисов, важным фактором его развития считается местная хроническая механическая травма десны, обусловленная короткой уздечкой, аномалией положения зубов, разрушенными или кариозными зубами, нерационально изготовленным протезом или пломбой, зубным камнем [3–6, 9–11, 17–19].

По нашим данным, изучение состояния зубов в области эпюлисов показало, что у 15 (93,75%) беременных зубы, прилегающие к новообразованию, были интактными с неизменным цветом эмали, что не согласуется с мнением авторов, придерживающихся травматического генеза развития эпюлисов. Только у одной беременной Э., 20 лет, эпюлис возник в области зуба 26, покрытого металлической коронкой — опорного зуба мостовидного протеза (рис. 1). Значение влияния хронической травмы на развитие эпюлиса и в этом случае можно исключить, так как через 2 месяца после родов наступил

¹ Водно-спиртовой экстракт из смеси лекарственного растительного сырья: цветков ромашки, цветков календулы (ноготков) и травы тысячелистника в соотношении 2:1:1.



Рис. 1. Пациентка Э., 20 лет, срок беременности 26 недель. Эпулис, исходящий из межзубного сосочка зубов 25 и 26, покрытых коронками



Рис. 2. Исход эпулиса — обратное развитие образования через 2 месяца после родов без снятия мостовидного протеза



Рис. 3. Пациентка А., 22 года, срок беременности 35 недель. Эпулис средних размеров, растущий из межзубного сосочка зубов 42 и 43



Рис. 4. Исход эпулиса — полное клиническое выздоровление через 6 месяцев после родов



Рис. 5. Пациентка М., 20 лет, срок беременности 31 неделя. Дольчатый эпулис средних размеров в области зубов 12 и 13



Рис. 6. Исход эпулиса — полное клиническое выздоровление через 3 месяца после родов

регресс новообразования без врачебного вмешательства, без снятия коронки (рис. 2).

Основные жалобы беременных при первичном обращении были на наличие новообразования, на невозможность проведения полноценного ухода за полостью рта из-за кровоточивости из эпулиса. По мере роста эпулиса за период беременности в зависимости от его размера и локализации присоединялись жалобы на трудности при приеме пищи из-за частого травмирования новообразования и кровотечения, особенно при

небной локализации эпулиса, и на подвижность зубов при больших размерах эпулиса. Наиболее интенсивный рост эпулиса наблюдался после 30–32-й недели гестации, и при небной локализации новообразования это приводило не только к затруднению приема пищи, но и к фонетическим изменениям (изменению дикции и голоса), неблагоприятно отражающимся на психическом состоянии беременной. Размеры эпулисов значительно уменьшались после родов, на что указывали все женщины перед выпиской из роддома.



7 Рис. 7. Пациентка Р., 21 год, срок беременности 34 недели. Дольчатый эпюлис больших размеров, растущий с двух сторон альвеолярного отростка



8 Рис. 8. Исход эпюлиса — обратное развитие эпюлиса через 4 месяца после родов с формированием тремы между зубами 11 и 12



9 Рис. 9. Пациентка Г., 23 года, срок беременности 34 недели. Эпюлис больших размеров в области зуба 16, свисающий в полость рта



10 Рис. 10. Исход эпюлиса — сформировавшаяся рецессия десны в области 16 зуба после полного регресса эпюлиса через 5 месяцев после родов

В специальной литературе разных лет имеются упоминания о возможности в единичных случаях полного исчезновения эпюлиса у некоторых беременных после родов [4, 9, 14, 17, 21], хотя при этом не приводятся наглядные клинические случаи в качестве доказательства.

У всех 16 наблюдаемых нами беременных в зависимости от размера эпюлиса наступило полное обратное развитие новообразования через 2—6 месяцев после родов без хирургического вмешательства, подтверждая ранее опубликованные нами данные [1, 2].

При обратном развитии эпюлисов маленьких и средних размеров наступало полное клиническое выздоровление. Типичными примерами такого выздоровления служат клинические случаи с беременной А., 22 лет, с эпюлисом, исходящим из межзубного сосочка зубов 42 и 43 и подвергшимся обратному развитию через 6 месяцев после родов (рис. 3 и 4), и с беременной М., 20 лет, у которой наблюдался регресс эпюлиса в области зубов 12 и 13 через 3 месяца после родов (рис. 5 и 6).

При обратном развитии эпюлисов больших размеров в зависимости от локализации новообразования исходом заболевания являлось смещение зубов

с образованием между ними щели или рецессия десны. Наглядным подтверждением сказанного служат следующие клинические наблюдения.

Беременная Р., 21 год. Дольчатый эпюлис больших размеров развился между зубами 11 и 12, который располагался на вестибулярной и небной поверхностях альвеолярного отростка (рис. 7). Полное обратное развитие новообразования произошло через 4 месяца после родов, приведя к деформации зубного ряда и образованию тремы между зубами 11 и 12 (рис. 8).

Беременная Г., 23 года. Эпюлис больших размеров локализовался на небной поверхности в области шейки зуба 16 (рис. 9). При полном обратном развитии эпюлиса через 5 месяцев после родов на месте локализации новообразования сформировалась рецессия десны (рис. 10).

По результатам исследования биопсийного материала, у всех трех беременных были выявлены ангиоматозные формы эпюлиса с типичной патогистологической картиной. Во всех случаях в покровном эпителии эпюлиса были выявлены участки изъязвления и явления акантоза паракератоза, а в строме — картина разрастания соединительной ткани с очаговыми и диффузными воспалительными инфильтратами, состоящими

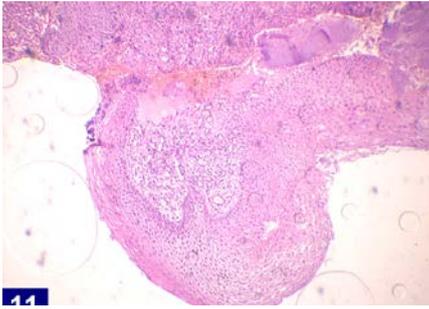


Рис. 11. Ангиоматозный эпюлис, осложненный эрозивным дефектом покровного многослойного плоского эпителия, с активной воспалительной реакцией. Окраска гематоксилином и эозином (увеличение 100)

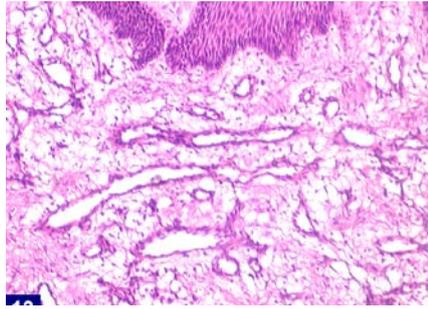


Рис. 12. Ангиоматозный эпюлис с акантозом эпителия, отеком стромы и явлениями ангиогенеза (увеличение 200)

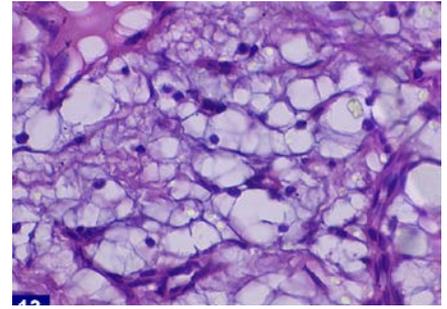


Рис. 13. Ткани ангиоматозного эпюлиса вне зоны воспалительной реакции. Выраженный отек соединительной ткани, по-видимому, дисгормонального генеза (увеличение 400)

из лимфоцитарных и плазматических элементов, отека и ангиогенеза. В качестве примера приводим данные патогистологической картины биопсийного материала, описанного выше случая обратного развития эпюлиса больших размеров у беременной Г. (рис. 11–13) с развитием рецессии десны в области зуба 16.

Таким образом, самопроизвольное полное обратное развитие патологического процесса через определенное

время после родов у всех наблюдаемых нами женщин, которое возникло у них за период беременности, позволяет нам считать, что эпюлис у беременных имеет не опухолевую, а воспалительную природу. Возникновение эпюлиса при беременности и его спонтанный регресс после родов, по-видимому, является результатом наступающих иммунологических и гормональных изменений в организме женщины при беременности.

ЛИТЕРАТУРА :

1. Бахмудов Б.Р., Алиева З.Б., Бахмудов М.Б. Случай полного обратного развития рецидива эпюлиса гигантских размеров у беременной женщины после родов. — *Клиническая стоматология*. — 2008; 1: 82—3.
2. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б. Клинические наблюдения за эпюлисами у беременных женщин, их лечение и прогноз. — *Клиническая стоматология*. — 2012; 2: 44—7.
3. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. — Витебск, 1998. — С. 238—320.
4. Верлоцкий А.Е. Хирургическая стоматология. — М. — Л., 1940. — С. 81—83.
5. Говсеев Л.А. Краткий курс одонтологии. — М. — Л., 1926. — С. 219—220.
6. Гофунг Е.М., Лукомский И.Г. Клиника болезней зубов и полости рта. — Гос. мед. из. УССР, 1936. — С. 793—805.
7. Евдокимов А.И., Ермолаев И.И., Колесов А.А., Ланюк С.В. Краткий анализ деятельности хирургической стоматологии в оказании помощи онкологическим больным за период с 1926 по 1961 гг. — Теория и практика стоматологии. Труды института. — М., 1963. — С. 171—180.
8. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — М., 1989. — С. 106.
9. Карпетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цигельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. — М., 2004. — С. 108—111.
10. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М., 1989. — С. 26—46.
11. Лимберг А., Львов П. Учебник хирургической стоматологии. — М. — Л., 1938. — С. 259—261.
12. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. — М., 1963. — С. 55—59.
13. Евдокимов А.И. (ред.) Руководство по хирургической стоматологии. — М., 1972. — С. 343—344.
14. Рывкинд А.В. Эпулиды. В кн: Большая медицинская энциклопедия. — М., 1936. — Т. 35. — С. 578—579.
15. Сильвермен С., Эверсоул Л.П., Трулав Э.Л. Заболевания полости рта (пер. с англ.). — М., 2010. — С. 290—308.
16. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. — М., 2007. — 645—647.
17. Робустова Т.Ф. (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2003. — С. 384—450.
18. Афанасьев В.В. (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2010. — С. 735—738.
19. Шабанов А.М., Доманин А.А., Аль-Мандили А.И. Клиническая морфология эпюлисов. — Тверь, 2001. — С. 110.
20. Щипский А.В., Хрипунков В.А., Хибутия Б.Н. Диагностика опухолей и опухолеподобных образований в области десен. — *Российский стоматологический журнал*. — 2008; 4: 29—31.
21. Geschikter Ch., Copeland M. Tumors of the jaws. Tumors of bone. — Philadelphia — London — Monreal, 1927. (Цит. по кн. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. — М., 1963. — С. 55—59).
22. Кавлакова П., Драгиева М. Клинико-морфологическая характеристика на эпюлите. — *Стоматология (София)*. — 1980; 2: 95-102.
23. Mak Leod R.I., Soames J.V. Epulides: A clinicopathological study of a series of 200 consecutive lesion. — *Brit. Dent. J.* — 1987; 2: 51—3.
24. Wnukiewicz J., Rabczynski J. Histologiczne postacie nadziaslakow. — *Czas. Stomat.* — 1978; 10: 901—6.