

Б.Р. Бахмудов,
к.м.н., врач высшей категории,
Стоматологическая поликлиника, г. Дербент

М.Б. Бахмудов,
к.м.н., врач первой категории, врач-
стоматолог женской консультации,
г. Дербент

З.Б. Алиева,
врач-стоматолог ЦГБ, г. Дербент

Клинические наблюдения за эпюлисами у беременных женщин, их лечение и прогноз

Среди нозологических форм патологии полости рта особое место занимает такое заболевание, как эпюлис, который известен специалистам с давних времен, но многие вопросы его этиологии, патогенеза, лечения и прогноза до сих пор трактуются по-разному [3–6, 13–22, 24–26, 29–32].

На протяжении двух последних столетий это заболевание в литературе описано под самыми разными названиями — круглоклеточная саркома, саркоматозный эпюлис, наддесневик, эпюлид, хронический фиброзный остит, периферическая оссифицирующая фиброма, остефиброма, истинный эпюлис, ложный эпюлис, обычный эпюлис, банальный эпюлис, фиброзный эпюлис, ангиоматозный эпюлис, гигантоклеточный эпюлис, периферическая форма остеобластокластомы, эпюлис беременных, эпюлисоподобное набухание, воспалительная гранулема, гигантоклеточная гранулема, репаративная гранулема, гранулема беременных, пародонтома [1–33].

По мере развития медицинской науки, в отношении эпюлиса менялась точка зрения на сущность его генеза. В XIX и в начале XX века эпюлис относили к саркоматозным опухолевым образованиям [5, 13, 18, 21, 22], или доброкачественным опухолям — остеофибромам [6, 7, 13, 25], а в конце XX века в Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ (серия 4) нашлось место только одной гистологической разновидности эпюлиса — под названием «пери-

ферическая гигантоклеточная гранулема» в подгруппу опухолеподобные состояния включен гигантоклеточный эпюлис [14, 16, 26]. Другие известные гистологические варианты — фиброзный и ангиоматозный эпюлисы, одни авторы [17] относят к дистрофическим процессам, другие [3] — к одонтогенным опухолеподобным образованиям, а третьи [1, 10, 32, 36] считают их реактивно-пролиферативными разрастаниями межзубных сосочков. Поэтому эпюлис встречается в разных классификациях стоматологических заболеваний: остеогенных опухолей и опухолеподобных образований [15, 16, 24], одонтогенных опухолеподобных образований [3], опухолей мягких тканей [14, 30, 31], заболеваний пародонта [1, 11, 26, 27].

Интересно отметить, что во все времена у большинства исследователей, при столь неоднозначных взглядах на вопросы этиопатогенеза эпюлиса, его классификационной принадлежности и разнообразии терминологического звучания заболевания, было единство во мнении о более частом развитии эпюлисов у женщин, особенно при беременности [1, 3–5, 7–10, 14, 17–20, 22–25, 27–32, 34, 36].

В тактике лечения эпюлиса большинство авторов придерживаются мнения о необходимости хирургического вмешательства, а имеющиеся разногласия касаются в основном радикализма оперативного воздействия из опасения рецидива заболевания [3–7, 9, 11–18, 20–27, 31–33].

Существуют весьма разные взгляды на лечение и прогноз эпюлиса у беременных женщин, нашедших отражение даже в изданиях последних десятилетий, в виде следующих формулировок:

- с прекращением беременности эпюлис заметно уменьшается, но полного обратного развития не происходит [3, 15, 24, 29];
- гранулема беременных после родов уменьшается, иногда исчезает [14, 30];
- у некоторых беременных эпюлис полностью не исчезает даже после родов [31];
- если эпюлис не исчезает после родов, его рекомендуют удалить хирургическим методом, обычно после окончания кормления грудью [32].

Вместе с тем в литературе встречаются упоминания о возможности исчезновения эпюлиса у беременных без специального лечения [4, 35], а также описаны иллюстрированные единичные случаи полного обратного развития эпюлиса у беременных после родов [2].

Разнообразие взглядов на этиопатогенез эпюлисов и его лечение подтверждает важность изучения этого заболевания и на сегодняшний день.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности, клинической картины, тактики лечения и прогноза эпюлиса у беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В стоматологическом кабинете при женской консультации Дербента в течение 9 лет с 2003 по 2011 г. на диспансерном учете наблюдались 18 987 бе-

ременных женщин (см. таблицу). При первичном обследовании на каждую записывалась специально разработанная «Карта осмотра полости рта беременной», где наряду с паспортными данными заносились сведения о динамике стоматологического и акушерско-гинекологического статусов, а также информация о сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях.

За все годы наблюдения из 18 987 беременных только у 8 были диагностированы эпюлисы (см. таблицу).

Беременные с эпюлисом в зависимости от размера новообразования до родов осматривались врачом-стоматологом от 1 до 4 раз в месяц. Последующие осмотры проводились перед выпиской из роддома, через 2 и 4 мес после родов. В каждом случае эпюлис фотографировали сразу при выявлении, в динамике наблюдения во время беременности, при выписке из родильного отделения и на момент его полного обратного развития.

Лечение эпюлиса заключалось в соблюдении гигиены полости рта и полоскании после приема пищи 0,02% раствором фурацилина и столь же доступным раствором ротокана — эффективного противовоспалительного средства, спиртового экстракта цветков ромашки аптечной (*Flores Chamomillae*), цветков календулы лекарственной (*Flores Calendulae*) и травы тысячелистника (*Herba Millefolii*). При больших размерах эпюлиса для профилактики его изъязвления и инфицирования тупой иглой промывали промежутки между зубами и прилегающую опухоль растворами 3% перекиси водорода и 0,1% перманганата калия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном обследовании 18 987 беременных эпюлис не был выявлен ни у одной из них. Все 8 случаев эпюлиса были выявлены при повторном обращении во втором триместре, из них 2 — при сроке гестации 14–15 нед; 3 — при сроке 17–18 нед; 3 — при сроке 19–20 нед. Возраст беременных женщин, у которых были выявлены эпюлисы, колебался от 19 до 26 лет, из них 6 были беременными впервые, а у одной из двух рожавших повторно при первой беременности также отмечался

СЛУЧАИ ЭПУЛИСА СРЕДИ ЖЕНЩИН, СОСТОЯВШИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В 2003—2011 ГГ.

Год	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего женщин	1902	1815	2011	1998	2086	2162	2312	2348	2353
Случаев эпюлиса	1	—	2	1	—	1	2	—	1

эпюлис той же локализации, но значительно меньших размеров. Из сопутствующей беременности патологий у 2 женщин выявлены экстрагенитальные заболевания — узловой зоб у одной и диффузный токсический зоб у другой.

По результатам нашего многолетнего исследования частота выявления эпюлиса беременных составила ничтожные $0,042 \pm 0,017\%$, что позволяет считать это заболевание весьма редким, хотя, по данным разных источников [1, 8, 34], эпюлисы среди беременных встречаются значительно чаще — от 1,8 до 5,0%.

Все наблюдаемые нами эпюлисы были локализованы исключительно на верхней челюсти, причем в 7 случаях — в области резцов и клыков, и в 1 случае — между премоляром и моляром, подтверждая данные литературы об их излюбленной локализации [4, 22, 23, 36]. Эпюлисы располагались в основном на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка (5 случаев), много реже — с вестибулярной и оральной (2 случая), и на оральной (небной, 1 случай).

Размеры эпюлисов колебались в широких пределах — от маленьких ($0,4 \times 0,5$ см, 3 случая) и средних ($0,7 \times 1,8$ см, 4 случая), до гигантских ($4,5 \times 2,5$ см, 1 случай), в основном имели дольчатое строение (5 случаев) и широкое основание (5 случаев).

Клинически эпюлис имел вид изолированного объемного образования с гладкой или дольчатой поверхностью, покрытой слизистой оболочкой — от розового до синевато-красного цвета. Клинически картина заболевания зависела от размера новообразования. Новообразования маленьких размеров субъективных неудобств не причиняли, и жалоб у беременных практически не было. При эпюлисах средних размеров, особенно при их расположении с оральной поверхности, жалобы были обусловлены их препятствием артикуляционным движениям, приводившим к травмированию и изъязвлению новообразования, и как следствие — кровотечению из них.

Темп развития эпюлисов за период беременности был разным. В 2 случаях эпюлис до родов практически не менялся в размерах. У 5 беременных новообразование за время наблюдения несколько увеличилось, достигая наибольших размеров к периоду родов, причем в 1 случае эпюлис, первоначально сидевший на ножке, не только увеличился, но и приобрел дольчатое строение и широкое основание. Только у 1 беременной наблюдался очень интенсивный темп роста эпюлиса. Новообразование, которое на 20-й неделе беременности выглядело размером с маленькую горошину ($0,3 \times 0,4$ см), перед родами заполнило всю переднюю треть твердого неба ($4,5 \times 2,5$ см), вызывая жалобы на затруднения при дыхании и приеме пищи, подвижность фронтальных зубов верхней челюсти и невозможность полного смыкания зубов [2].

У всех беременных при осмотре перед выпиской из родильного отделения эпюлисы значительно уменьшались в размерах, и в течение 2–4 мес после родов наступило их полное обратное развитие.

Проиллюстрируем справедливость вышеописанных особенностей клинического течения эпюлисов у беременных женщин на примере четырех характерных клинических случаев.

Клинический случай 1

Беременная М., 19 лет, образование — среднее, домохозяйка, беременность первая, течение беременности — физиологическое. Стоматологический статус при первичном обследовании (беременность 8 нед) без особенностей — санация полости рта сохранена. Обратилась повторно к стоматологу на сроке 15 нед с жалобами на новообразование на верхней челюсти (рис. 1), размерами около $0,5 \times 0,9$ см, исходящее на ножке из междесневого сосочка зубов 13 и 12. Перед родами, на 38-й неделе беременности образование имело широкое основание и дольчатое строение (рис. 2). Перед выпиской, на 7-е сутки после родов, эпюлис значительно уменьшился

в размерах (рис. 3), но сохранял дольчатое строение. Полное обратное развитие эпюлиса наступило через 3 мес после родов (рис. 4).

Клинический случай 2

Беременная Р., 21 год, образование — высшее, учитель, беременность первая, течение беременности — без особенностей. На первичном обследовании стоматологом при сроке беременности 6—7 нед — стоматологический статус без патологии. Обратилась к стоматологу с жалобами на возникшее новообра-

зование при сроке беременности 20 нед. Эпулис, расположенный на вестибулярной и небной поверхностях альвеолярного отростка верхней челюсти (рис. 5), исходил из интердентального сосочка зубов 11 и 12. На 7-е сутки после родов размеры новообразования, как с вестибулярной, так и оральной стороны значительно уменьшились (рис. 6). Через 2 мес после родов остатки эпюлиса сохранились только с вестибулярной поверхности, которые подверглись полному обратному развитию через 4 мес после родов (рис. 7), сформировав при этом трему между зубами 11 и 12.

Клинический случай 3

Подробно описан авторами 4 года назад [2]. Интерес к нему обусловлен тем, что у беременной Л., 28 лет, повторнородящей, эпюлис был и при первой беременности. Первые признаки рецидива

эпулиса были обнаружены на 20-й неделе гестации. Он на 36—37-й неделе беременности достиг размеров 4,5×2,5 см (рис. 8), через 3 мес после родов размером 0,4×0,3 см еще сохранялся на небной поверхности (рис. 9), и полностью исчез через 4 мес после родов. После обратного развития рецидива эпюлиса сформировалась несимметричная диастема (рис. 10).

Этот случай интересен еще и тем, что описанные в литературе случаи эпюлисов больших размеров росли десятки лет [12], в данном случае у беременной новообразование за 20 нед достигло гигантских размеров, и еще за 4 мес наступило его полное обратное развитие.

Клинический случай 4

Беременная Г., 20 лет, образование — среднее, беременность первая, течение ее без особенностей, сопутствующее за-



Рис. 1. Эпулис на ножке при сроке беременности 15 нед



Рис. 2. Дольчатый эпюлис с широким основанием на 38-й неделе беременности



Рис. 3. Размеры эпюлиса на 7-е сутки после родов



Рис. 4. Полное обратное развитие эпюлиса через 3 мес после родов



Рис. 5. Эпулис, растущий с двух сторон альвеолярного отростка, на 20-й неделе беременности



Рис. 6. Состояние эпюлиса на 7-е сутки после родов



Рис. 7. Сформировавшаяся щель (трема) между зубами 11 и 12 на месте эпюлиса через 4 мес после родов



Рис. 8. Гигантский эпюлис размером 4,5×2,5 см, локализованный на небной поверхности, на 36-й неделе беременности



Рис. 9. Остатки эпюлиса размером 0,3×0,4 см в проекции резцового канала через 3 мес после родов



Рис. 10. Сформировавшаяся несимметричная диастема после полного обратного развития эпюлиса через 4 мес после родов

болевание — узловой зоб. При первичном осмотре при сроке беременности 9 нед патологии в полости рта не выявлено. Обратилась повторно с жалобами на наличие новообразования при сроке беременности 17 нед. Эпулис размером 0,5×0,6 см (рис. 11) исходил из межзубного сосочка зубов 25 и 26, покрытых коронками из желтого металла, за период беременности не увеличился в размерах. Случай интересен тем, что важнейшей причиной развития эпулиса считается хроническое раздражение слизистой оболочки альвеолярного отростка острыми краями зубов или протезов. Поэтому абсолютно необходимой процедурой в терапии заболевания является устранение травмирующих факторов [3—6, 13—17, 21, 30—32]. В нашем случае протез у беременной не переделявали, и эпулис полностью регрессировал (рис.12) через 2 мес после родов.



Рис. 11. Эпулис, исходящий из межзубного сосочка зубов 25 и 26, покрытых металлическими коронками



Рис. 12. Обратное развитие эпулиса через 2 мес после родов

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из приведенных выше многочисленных наименований изучаемой патологии, с учетом особенностей клинического течения и его прогноза, выявленных у беременных, для данного заболевания наиболее подходящим, на наш взгляд, является словосочетание — «эпулис беременных».

Во всех 8 случаях развития эпулиса у беременных его полный регресс наступил в течение 2—4 мес после родов, что позволяет нам предполагать, что наиболее вероятной причиной этой патологии являются гормональные изменения, происходящие в их организме при беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В.** Клиническая периодонтология. — Минск, 2002. — С. 86—87.
2. **Бахмудов Б.Р., Алиева З.М., Бахмудов М.Б.** Случай полного обратного развития эпулиса гигантских размеров у беременной женщины после родов. — *Клиническая стоматология*. — 2008; 1: 82—3.
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.** Клиника болезней зубов и полости рта. — М.-Л., 1930. — С.517—519.
7. **Гофунг Е.М., Лукомский И.Г.** Клиника болезней зубов и полости рта. — Государственное медицинское издательство УССР, 1936. — С. 793—805.
8. **Губаревская В.Л.** О состоянии ткани десны у беременных. — *Стоматология*. — 1975; 1: 19—22.
9. **Евдокимов А.И., Ермолаев И.И., Колесов А.А., Ланюк С.В.** Краткий анализ деятельности клиники хирургической стоматологии в оказании помощи онкологическим больным челюстно-лицевой области за период с 1926 по 1961гг. — Теория и практика стоматологии. Труды ММСИ. Вып. 7. — М., 1963. — С. 171—180.
10. **Ермакова Ф.Б., Губаревская В.Л.** Гипертрофический гингивит у беременных женщин. — *Стоматология*. — 1980; 6: 28—30.
11. **Иванов В.С.** Заболевания пародонта. — М., 1989. — С. 106.
12. **Иващенко Н.И., Иващенко А.Н.** Гигантский эпулис как фактор хронической травмы челюсти. — *Клиническая стоматология*. — 2007; 2: 44—5.
13. **Канторович А.** Клиническая стоматология (пер. с нем.). — М.-Л., 1932. — С.205—208.
14. **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.
15. **Колесов А.А.** Новообразования лицевого скелета. — М., 1969. — С. 6—11, 53—70.
16. **Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н.** Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М., 1989. — С. 5—14, 26—33, 39—46.
17. **Лимберг А., Львов П.** Учебник хирургической стоматологии. — М.-Л., 1938. — С. 259—261.
18. **Маслов Г.А.** Болезни полости рта. — М., 1926. — С. 118—119.
19. **Мигунов Б.И.** Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. — М., 1963. — С. 55—59.
20. **Пачес А.И.** Опухоли головы и шеи. — М., 1983 — С. 186.
21. **Parreidt J.** Краткое руководство по зубным болезням (пер. с нем.). — СПб., 1890. — С. 95—96.
22. **Port, Euler.** Руководство по зубопротезированию (пер. с нем.). — Берлин, 1923. — С. 714—716.
23. **Рафикова С.Х.** К вопросу о лечении эпулидов. — Материалы конференции, посвященные 60-летию общества стоматологов ТАССР. — Казань, 1981. — С. 75—76.
24. **Евдокимов А.И.** (ред.) Руководство по хирургической стоматологии. — М., 1972. — С. 343—344.
25. **Сильвермен С., Эверсоул Л.П., Трулав Э.Л.** Заболевания полости рта (пер. с англ.). — М., 2010. — С. 290—308.
26. **Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д.** Стоматология. Учебник. — М., 2003. — С. 321—322, 535—566.
27. **Боровский Е.В.** (ред.) Терапевтическая стоматология. — М., 2003. — С. 574.
28. **Удовицкая Е.В.** Эндокринологические аспекты в стоматологии. — М., 1975. — С. 161—162.
29. **Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. и др.** Хирургическая стоматология. — М., 1981. — С. 437—439.
30. **Робустова Т.Ф.** (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2003. — С. 384—450.
31. **Афанасьев В.В.** (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2010. — С. 735—738.
32. **Шугар Л., Банойци Й., Рац И., Шаллаи К.** Заболевания полости рта (пер. с венгер.). — Будапешт, 1980. — С. 203—205.
33. **Щипский А.В., Хрипунков В.А., Хибутия Б.Н.** Диагностика опухолей и опухолеподобных образований в области десен. — *Российский стоматологический журнал*. — 2008; 4: 29—31.
34. **Burket L.W.** Oral medicine (Philadelphia-Montreal, 1961): цит. по кн. **Беляков Ю.А.** Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. — М., 1983. — С. 198.
35. **Gschickter Ch., Copeland M.** Tumors of the jaws. Tumor of bone (Phyladelphia-London-Montreal, 1949) — цит. по кн.: **Мигунов Б.И.** Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. — М., 1963. — С. 59.
36. **Кавлаков П., Драгиев М.** Клинико-морфологична характеристика на епулитиде. — *Стоматология (София)*. — 1980; 2: 95—102.