

Б.Р. Бахмудов¹,
к.м.н., врач-стоматолог высшей категории

М.Б. Бахмудов²,
к.м.н., врач первой категории, стоматолог

Г.-М. М. Муртазалиев³,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии ФПК
и ППС

Г.И. Изабакарова²,
врач-стоматолог

Клинические варианты рецидивов гиперплазии десны (эпулисов) у беременных женщин

¹ Стоматологическая поликлиника, Дербент

² Женская консультация, Дербент

³ Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Резюме. В статье рассматриваются варианты развития рецидивов эпулиса у беременных женщин. Приведены клинические примеры.

Ключевые слова: беременные женщины, рецидивы эпулиса

Summary. In article options of development of recurrence of an epulis in pregnant women are considered. Clinical examples are given.

Keywords: pregnant women, recurrence of an epulis

Изучение литературы по стоматологии свидетельствует, что с годами мнения исследователей на сущность процесса развития эпулиса и тактику его лечения менялись, и особенно это было характерно для последних двух—трех десятилетий [1—4, 6, 7, 10—16]. При этом во все времена ученые были едины во мнении, что одной из особенностей клинического течения эпулиса является довольно высокая вероятность его рецидивирования.

Так, по опубликованным в начале прошлого столетия данным Л.А. Говсеева [6], рецидивы эпулиса независимо от его строения наблюдались до 20% случаев. По результатам исследования Д.Ю. Гладилина [5], проведенного в наше время, послеоперационный рецидив эпулиса наблюдался в 14,2%, при этом рецидив эпулиса мог наблюдаться в сроках от 2 месяцев до 7 лет после хирургического вмешательства.

Очевидно, что с медицинской точки зрения рецидив эпулиса после хирургического лечения может быть обусловлен неполным удалением образования и продолжением его роста. При этом следует заметить, что если считать, что после хирургического лечения образования «рецидив эпулиса является ничем иным как продолжение развития неудаленной его части» [7, 9], то объяснение повышенной склонности к рецидивированию эпулиса при беременности в литературе мы не нашли. Более того, установлено, что после родов нередко наблюдается полное обратное развитие эпулиса [2, 6, 8], даже при его рецидиве при повторной беременности [1].

Целью настоящей работы является описание и анализ клинических вариантов рецидивов эпулиса, наблюдаемых у женщин при беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение 14 лет (с января 2000 г. по январь 2014 г.) в стоматологическом кабинете женской консультации Дербента наблюдали за 16 случаями эпулиса, которые были диагностированы у 15 беременных женщин в возрасте от 20 до 32 лет. У 12 женщин эпулис возник при первой беременности, из них у одной эпулис был диагностирован и при второй беременности, а у 3 женщин первая беременность и роды протекали без особенностей, а эпулис развился при второй беременности.

При первичном обращении беременной с эпулисом проводили фотографическую регистрацию исходной ситуации и все повторные осмотры по поводу заболевания документировали с использованием внутриворотной фотосъемки. После родов проводили рентгенологическое исследование в области зубов, где был локализован эпулис. У 3 беременных, когда эпулис приводил к функциональным нарушениям, часть образования, мешающую смыканию зубов, иссекали для патогистологического исследования, которые проводили на кафедре патологической анатомии Дагестанской государственной медицинской академии. Материал фиксировали в нейтральном забуференном 10% растворе формалина

с последующим обезвоживанием в спиртах возрастающей концентрации и заключали в парафин. Окраску срезов проводили гематоксилином и эозином.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно изучению анамнестических данных, у 15 беременных женщин с эпюлисами только у одной из них до беременности был эпюлис, который после хирургического удаления через 4 года клинического благополучия дал рецидив при текущей первой беременности. Ниже рассмотрим данный случай.

Клинический случай 1

Беременная Н., 1984 года рождения, в 2009 г. в частной стоматологической клинике провела профессиональную чистку зубов и удаление эпюлиса в области зубов 22 и 23. Патогистологическое заключение от 15.04.2009 г. — ангиоматозный эпюлис с эрозивным дефектом покровного эпителия с активной воспалительной реакцией.

Срок беременности при первом посещении женской консультации 26.03.2013 г. — 15–16 недель. Заключение стоматолога от 09.05.2013 г. — санация полости рта сохранена, глубокий прикус, небное положение зуба 22. По поводу наступившего рецидива эпюлиса обратилась 10.07.2013 г. — срок гестации 30–31 неделя (рис. 1).



Рис. 1. Беременная Н., 30 лет, срок беременности — 30–31 неделя. Эпюлис в области anomalно расположенного зуба 22

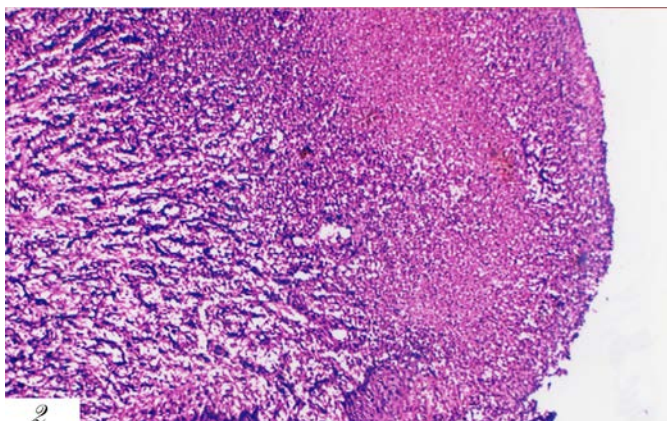


Рис. 2. Ангиоматозный эпюлис с активной воспалительной лимфоплазмочитарной нейтрофильной инфильтрацией (ув. 100)

Из-за постоянной травмы, обусловленной аномалией прикуса и положения зуба 22, приводящей к частым кровотечениям из эпюлиса, под местной анестезией 31.07.2013 г. резецировали часть образования, которая мешала смыканию зубов, и провели патогистологическое исследование. Патогистологическое заключение — ангиоматозный эпюлис с очаговым изъязвлением эпителиального покрова с явлениями акантоза и паракератоза (рис. 2).

Роды прошли 16.09.2013 г., через 2 недели после родов проведена рентгенография зубов 21 и 22, и на рентгенограмме выявлена картина очагового остеопороза межальвеолярных перегородок между зубами 21, 22 и 23 (рис. 3). После родов размеры эпюлиса в динамике наблюдения к каждому очередному осмотру уменьшались. Состояние эпюлиса и его размеры через 6 месяцев после родов представлены на рис. 4. По своим начальным размерам эпюлис у данной беременной был одним из самых маленьких среди наблюдавшихся нами образований, однако срок его полного обратного регресса был самым длительным — 7 месяцев после родов (рис. 5). По-видимому, этому способствовала



Рис. 3. Рентгенограмма зуба 22: остеопороз межальвеолярных перегородок



Рис. 4. Размеры эпюлиса через 6 месяцев после родов



5

Рис. 5. Исход эпулиса: обратное развитие через 7 месяцев после родов

постоянная хроническая травма, обусловленная аномалией прикуса и положения зуба 22.

Данный клинический случай интересен еще и тем, что через 4 года после хирургического удаления эпулиса и клинического благополучия на протяжении этого времени при первой же беременности возник рецидив, и гистологическая картина рецидива эпулиса соответствовала первичному образованию.

Из 12 первородящих беременных с эпулисами за период наблюдения нам удалось проследить повторную беременность у 9 женщин, при этом у 2 из них мы наблюдали, на наш взгляд, совершенно разные клинические варианты рецидивов заболевания. Рассмотрим эти случаи как возможные варианты рецидивов эпулисов у женщин при повторной беременности.

Клинический случай 2

Беременная Г., 1993 года рождения, беременность первая. Направлена к нам 23.05.2012 г. из села Рукель Дербентского района по поводу появившегося образования на небе, срок беременности — 32 недели. Со слов беременной, новообразование появилось около 2 месяцев назад примерно на 20–22-й неделе беременности, а за последнее время начало быстро расти. Эпулис располагался на небной поверхности и исходил из шейки зуба 16. За один месяц до предстоящих родов эпулис стал настолько большим, что свисал в полость рта и стал мешать приему пищи, изменилась дикция, беременную стали мучить частые непроизвольные глотательные движения (рис. 6).

Под местной анестезией было проведено удаление свисающей части эпулиса, а материал направлен на патогистологическое исследование. Заключение патогистологического исследования — ангиоматозный эпулис с очаговым эрозивным дефектом многослойного плоского эпителия с активной воспалительной реакцией (рис. 7). Роды, срочные с дородовым излиянием околоплодных вод, прошли 18.07.2012 г. Размеры эпулиса через 2 месяца после родов значительно уменьшились (рис. 8). Полное обратное развитие эпулиса с развитием

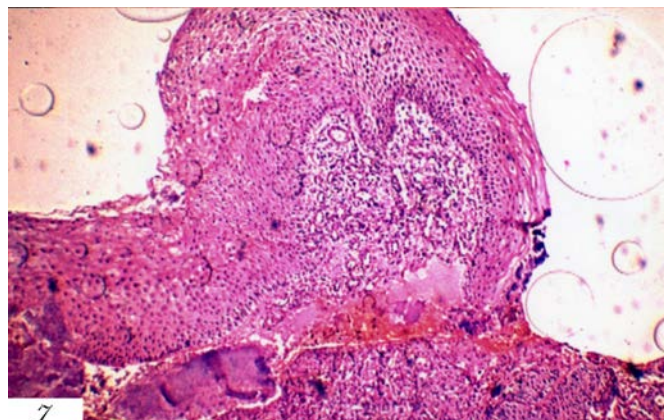
рецессии десны в области зуба 16 наступило через 4 месяца после родов (рис. 9). Заключение рентгенологического исследования после полного обратного развития эпулиса — остеопороз межальвеолярных перегородок с резорбцией верхушки межзубной перегородки между зубами 15 и 16 (рис. 10).

По поводу повторной беременности женщина обратилась в консультацию 15.05.2013 г. на сроке гестации 10 недель. Заключение стоматолога от 29.05.2013 г. — полость рта санирована, гиперемия и рецессия десны



6

Рис. 6. Беременная Г., 20 лет, срок беременности 35 недель. Эпулис на ножке локализован в области зуба 16



7

Рис. 7. Ангиоматозный эпулис, осложненный эрозивным дефектом покровного многослойного плоского эпителия, с активной воспалительной реакцией (ув. 100)



8

Рис. 8. Состояние эпулиса через 2 месяца после родов

в области зуба 16, грануляций нет. Через полтора месяца (13.07.2013 г.) на небной поверхности был выявлен рецидив эпюлиса (рис. 11). В течение двух месяцев его размеры настолько увеличились, что он стал занимать большую часть правой половины полости рта, оттесняя язык книзу, и, распространяясь в преддверие рта, закрывал вестибулярные поверхности зубов 15 и 16 (рис. 12). Невозможность смыкания зубов, постоянная травма



Рис. 9. Полное обратное развитие эпюлиса через 6 месяцев после родов с развитием рецессии десны в области зуба 16



Рис. 10. Рентгенограмма в области зубов 15 и 16—остеопороз и резорбция межальвеолярных перегородок

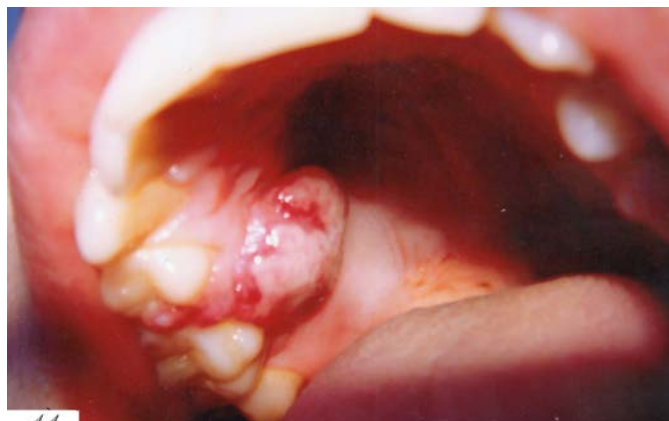


Рис. 11. Рецидив эпюлиса при повторной беременности на сроке 18 недель

образования, затрудненное дыхание и невозможность полноценного питания вынудили нас 20.09.2013 г. удалить мешающие смыканию зубов части эпюлиса под местной анестезией. Размеры обоих удаленных частей образования представлены на рис. 13. Патогистологическое заключение — ангиоматозный эпюлис с отеком стромы и акантозом эпителия (рис. 14). Исход заболевания после обратного развития эпюлиса — увеличение рецессии десны по сравнению с рецессией после первой беременности (рис. 15). Рентгенологическое заключение от 15.01.2014 г. — очаговая вертикальная форма деструкции межзубной перегородки между зубами



Рис. 12. Гигантские размеры эпюлиса, локализованного на обеих поверхностях альвеолярного отростка



Рис. 13. Размеры удаленных фрагментов эпюлиса

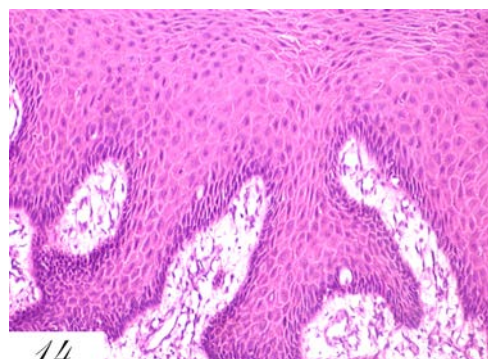


Рис. 14. Ангиоматозный эпюлис с акантозом эпителия, отеком стромы и явлениями ангиогенеза (ув. 100)



Рис. 15. Исход эпюлиса: увеличение рецессии десны в области зуба 16 по сравнению с первыми родами



Рис. 16. На рентгенограмме локальная вертикальная форма резорбции межзубной перегородки с образованием костного кармана

15 и 16 с распространением на межкорневую перегородку зуба 16 (рис. 16).

Таким образом, в данном случае «отсутствие» эпюлиса после спонтанного обратного регресса образования без врачебного вмешательства продолжалось всего 8 месяцев и наступил рецидив при повторной беременности.

У другой первородящей женщины вторая беременность наступила до полного обратного развития новообразования и в результате произошла приостановка регресса эпюлиса и интенсивный повторный его рост, который, по нашему мнению, также можно расценивать как рецидив заболевания.

Клинический случай 3

Беременная А., 1990 года рождения, взята на учет по поводу первой беременности 30.11.2011 г. при сроке гестации 14–15 недель. Заключение стоматолога при первичном осмотре 19.12.2011 г. — нуждается в санации полости рта. По поводу появившейся кровоточивости

образования при чистке зубов обратилась к стоматологу 14.02.2012 г. на сроке беременности 25–26 недель.

Эпулис округлой формы, диаметром 1,2–1,3 см, расположен на нижней челюсти в области межзубного сосочка зубов 42 и 43 (рис. 17). Роды прошли 22.05.2012 г., через 6 месяцев (22.11.2012 г.) после родов эпюлис значительно уменьшился в размерах и клинически напоминал картину гипертрофического папиллита (рис. 18). На повторный прием явилась 04.02.2013 г. с жалобой на быстрое увеличение размеров новообразования (рис. 19). Обследование, проведенное участковым акушером-гинекологом, показало, что женщина беременна и срок гестации составляет 13–14 недель. Другими словами, наступившая вторая беременность приостановила регресс эпюлиса и способствовала значительному его росту. При сроке беременности 16–17 недель (27.02.2013 г.) произошел самопроизвольный выкидыш, после которого через три месяца наступило полное обратное развитие эпюлиса (рис. 20).

На рентгеновском снимке от 17.03.2013 г. — остеопороз и убыль межзубных перегородок зуба 42 (рис. 21). При третьей беременности рецидива эпюлиса не было и беременность завершилась родами в срок — 20.05.2014 г.



Рис. 17. Беременная А., 21 год, срок беременности 31 неделя: эпюлис, растущий из межзубного сосочка зубов 42 и 43



Рис. 18. Размеры эпюлиса через 6 месяцев после родов



19

Рис. 19. Увеличение размеров эпюлиса из-за наступившей повторной беременности до его полного обратного развития



20

Рис. 20. Исход эпюлиса — полное клиническое выздоровление через 3 месяца после самопроизвольного выкидыша



21

Рис. 21. Рентгенограмма в области зубов 42 и 43 — остеопороз и убыль высоты межальвеолярной перегородки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по нашему мнению, вышеприведенные случаи повторного роста эпюлиса у беременных женщин можно рассматривать как возможные клинические варианты рецидива этого заболевания. Их изучение показывает, что наряду с типичным рецидивом эпюлиса, который первый раз появился при беременности и после клинического выздоровления дал повторный рост при очередной беременности, возможен также вариант рецидива эпюлиса, который был у женщины ранее, но он не был связан с беременностью. Считать эти случаи рецидивами заболевания позволяют следующие обстоятельства — топографически они располагались на одном и том же месте и патогистологическая картина первичного эпюлиса и его рецидива были одинаковы. В наших случаях они являлись ангиоматозными эпюлисами.

Как один из вариантов рецидива эпюлиса, скорее всего, следует рассматривать и приведенный нами случай, когда у беременной женщины происходит ускорение роста (или «рецидив роста») эпюлиса, который полностью не подвергся обратному развитию до наступления очередной 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—83.
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. Гладиллин Д.Ю. Клинико-морфологические особенности эпюлисов у детей: дис... к.м.н. — Тверь, 2005. — С. 49—51.
6. Говсеев Л.А. Краткий курс одонтологии. — М.-Л., 1926. — С. 219—220.
7. Гофунг Е.М., Лукомский И.Г. Клиника болезней зубов и полости рта. — Гос. мед. издат. УССР, 1936. — С. 793—805.
8. Лимберг А., Львов П. Учебник хирургической стоматологии. — М.-Л., 1938. — С. 259—261.
9. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. — М., 1963. — С. 55—59.
10. Евдокимов А.И. (ред.) Руководство по хирургической стоматологии. — М., 1972. — С. 343—344.
11. Рывкинд А. Эпулиды. В кн: Большая медицинская энциклопедия. — М., 1936. — Т. 35. — С. 578—579.
12. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. — М., 2007. — С. 645—647.
13. Робустова Т.Ф. (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2003. — С. 384—450.
14. Афанасьев В.В. (ред.) Хирургическая стоматология. — М., 2010. — С. 735—738.
15. 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.
16. Port и Euler. Руководство по зубоохранению (пер. с нем.). — Берлин, 1923. — С. 714—716.