

Епуліс: класифікація, клініко-морфологічні ознаки, диференційна діагностика

ІНФОРМАЦІЯ

Надійшла до редакції/Received:
17.10.2023 р.

Ключові слова: тканини пародонта; реактивні проліферативні ураження; фіброзний епуліс; піогенна гранульома; епуліс вагітних; часточкова фіброма.

АНОТАЦІЯ

Резюме. Епуліс – це збірний клінічний термін, яким називають пухлиноподібне утворення тканин пародонта. На даний час більшість дослідників визначає епуліс як реактивний проліферативний процес у відповідь на тривале місцеве подразнення або механічне ушкодження ясен. Також на розвиток епулісу має вплив рівень статевих жіночих гормонів, чим можна пояснити виникнення піогенної гранульоми (судинного епулісу) у вагітних жінок. **Мета дослідження** – визначити клініко-морфологічні критерії диференційної діагностики різних видів епулісу.

Матеріали і методи. За період 2020–2023 рр. обстежено 15 пацієнток з епулісом, з яких 1 дівчинка 16 років та 14 дорослих жінок віком 21–84 роки. Серед них було 5 жінок 7 на III триместрі вагітності та 2 жінки з протезною часточковою фібромою (epulis fissuratum). У всіх пацієнток проведено хірургічне видалення епулісу та патогістологічне дослідження ексцизійного біоптату.

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що епуліси зустрічаються переважно у жінок молодого віку (78,6 %), середній вік пацієнтів склав $(36,0 \pm 4,7)$ року ($n=15$). Клінічні спостереження свідчать, що епуліс частіше виникає на верхній щелепі (66,7 %), ніж на нижній (33,3 %), при цьому локалізація його на верхній щелепі переважно в ділянці різців і премолярів, а на нижній – у ділянці ікл. Епуліс може бути невеликого розміру (до 0,5 см – 26,7 % випадків), середнього розміру (0,6–2,0 см – 53,3 %) та великого розміру (20 %), частіше неправильної форми. Доведено, що ймовірно причиною розвитку його у 60,0 % жінок була хронічна травма, у 33,4 % – гормональні зміни, а саме вагітність. За гістологічним типом піогенна гранульома зустрічається частіше (60 % випадків), ніж фіброзний епуліс (40 %), що можна пояснити розвитком судинного епулісу у вагітних жінок (epulis gravidarum). Показано, що з метою диференційної діагностики епулісу з іншими новоутвореннями м'яких тканин ротової порожнини необхідно проводити рентгенологічне дослідження зубів (щелеп) у ділянці пухлиноподібного утворення та патоморфологічне дослідження ексцизійного біоптату.

Висновки. Для діагностики епулісу обов'язковим є патоморфологічне дослідження. Уточнення гістологічного типу епулісу стає основою для визначення лікувально-профілактичних заходів та тактики подальшого спостереження за пацієнтом з метою попередження рецидиву утворення.

Вступ. Однією з проблем у сучасній стоматології є своєчасна діагностика та лікування пухлинних та пухлиноподібних захворювань ротової порожнини. До пухлиноподіб-

них утворень тканин пародонта відносять епуліс.

Епуліс – це збірний клінічний термін, яким називають будь-які розростання на яснах (си-

ноніми: пародонтома, над'ясенник), а точніше – не пухлинні, а своєрідні пухлиноподібні ураження щелеп із локалізацією патологічного процесу в ділянці ясен.

Існує багато різних за клінічним виглядом та гістологічною будовою гіперпластичних (проліферативних) утворень з локалізацією на яснах або на альвеолярному відростку щелеп. При цьому питання їх систематизації поки остаточно не вирішено, і ці патологічні процеси включені у різні класифікації стоматологічних захворювань: хвороб пародонта, пухлин м'яких тканин, васкулярних аномалій, остеогенних пухлин і пухлиноподібних утворень і одонтогенних [1]. Тому діагностика і вибір тактики лікування епулісу часто є складним завданням для лікаря-стоматолога, особливо, коли немає можливості провести якісне патоморфологічне дослідження біопсійного матеріалу, бо саме підтверджений патогістологічний діагноз визначає прогноз і необхідність подальшого спостереження за пацієнтом.

Згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (2024 ICD-10-CM), розрізняють наступні види епулісу (K06.8 code): фіброзний епуліс, гігантоклітинний епуліс, периферійну гігантоклітинну та піогенну гранульоми ясен [2].

У Міжнародній класифікації захворювань і станів тканин пародонта і періімплантних тканин (AAP&EFP, Chicago, 2017) епуліді включені окремим підпунктом у пункт D «Реактивні процеси» підрозділу 3 «Гінгівіт, не спричинений зубною біоплівкою» I групи – «Здоровий пародонт. Захворювання та стани ясен» [3]. У цій пародонтологічній класифікації було використано систематизацію епулідів за гістопатологічними ознаками, яку запропонували В. W. Neville та співав. [1], де виділяють наступні види епулісу: 1 – фіброзний епуліс (син.: фокальна фіброзна гіперплазія, травматична фіброма), K06.8; 2 – периферійну осифікуючу фіброму (син.: кальцифікуюча фібробластична гранульома, фіброзний епуліс із осифікацією), L92.8; 3 – піогенну гранульома (син.: судинний епуліс, гранульома вагітних), K06.8; 4 – периферійну гігантоклітинну гранульома (син.: гігантоклітинний епуліс, периферійна гігантоклітинна репаративна гранульома), K06.8 або центральну, M27.1. Тому стає очевидним, що, якщо ми вважаємо епуліс пухлиноподібним утворенням тканин пародонта, то повинні використовувати у клінічній практиці саме цю класифікацію.

Провокуючими чинниками для виникнення епулісу можуть бути: аномалії положення окремих зубів та інші зубощелепні аномалії; неякісні зубні протези і пломби на апроксимальних поверхнях та у пришийковій ділянці зуба; ортодонтичні апарати; значні зубні відкладення (зубний камінь), каріозні порожнини у приясенній зоні, зруйновані корені зубів, тобто все, що зумовлює хронічну травму ясен і вуздечок верхньої та нижньої губ [4–6]. Саме тому більшість дослідників трактує епуліс як реактивне проліферативне утворення у відповідь на тривале місцеве подразнення або ушкодження [4, 5, 7–9].

Унаслідок хронічної травми знімним протезом на альвеолярному відростку беззубої щелепи може виникнути часточкова фіброма. Враховуючи те, що ця протезна фіброма розташована у зоні прикріплених ясен та альвеолярної слизової оболонки, її відносять до різновиду фіброзного епулісу та називають «epulis fissuratum» [10, 11].

За даними різних авторів, у структурі усіх реактивних гіперпластичних уражень ротової порожнини відсоток епулідів коливається від 32,8 до 80,2 % [4, 5, 8, 12, 13]. Також істотні відмінності визначаються при порівнянні даних про частоту виявлення різних гістологічних типів епулісу. Так, із 7 дотичних досліджень, у 4-х автори виявили переважну кількість випадків фіброзного епулісу – від 31,8 до 60,9 % [4, 9, 14, 15]. За результатами інших 3-х досліджень, найчастіше діагностували піогенну гранульома – відповідно 45,5 % випадків [16], 57 % [17] і 66,2 % [7]. Третє місце за поширеністю серед усіх епулідів займає периферійна осифікуюча фіброма (9,4–29,3 %) і четверте місце – периферійна гігантоклітинна гранульома (1,0–18,7 %) [4, 7, 9, 14–17].

В усіх проаналізованих дослідженнях автори встановили, що епуліс частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків. Це можна пояснити впливом статевих жіночих гормонів (естрогену, прогестерону) на розвиток епулісу саме з тканин пародонта [18]. Більш за все це стосується судинного епулісу. Піогенна гранульома дуже часто спостерігається у вагітних жінок, за що отримала назву «epulis gravidarum» або «pregnancy granuloma» [19, 20].

Диференційна діагностика епулісу від інших реактивних гіперпластичних утворень, доброякісних пухлин і пухлиноподібних захворювань часто представляє труднощі, бо вони можуть мати схожі клінічні ознаки та аналогічну

локалізацію у порожнині рота. Тому актуальним є аналіз факторів, які можуть слугувати предикторами розвитку епулісу, уточнення клініко-морфологічних критеріїв діагностики різних видів епулісу та визначення тактики їх лікування.

Метою дослідження було визначити клініко-морфологічні критерії диференційної діагностики різних видів епулісу.

Матеріали і методи. За період 2020–2023 рр. в Університетську клініку Міжнародного гуманітарного університету звернулися 15 пацієнтів зі скаргами на новоутворення у ротовій порожнині, в яких було діагностовано епуліс. Усіх проведено: збір анамнезу з уточненням ймовірної причини та тривалості новоутворення; огляд порожнини рота і зубних рядів; ретель-

ний огляд патологічного утворення з визначенням розміру, щільності, локалізації; за показаннями лабораторні дослідження (аналіз крові, коагулограма тощо). Усім хворим обов'язково здійснювали професійну гігієну ротової порожнини, а далі – хірургічне видалення епулісу зі взяттям матеріалу для патогістологічного дослідження (ексцизійна біопсія).

Біопсійний матеріал занурювали у 10 % розчин нейтрального формаліну і скеровували для дослідження у відділення судово-медичної гістології КУ «Одеське обласне бюро судово-медичної експертизи».

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведеного аналізу контингенту пацієнтів (табл.) встановлено, що епулід було діагностовано лише в осіб жіночої статі:

Таблиця. Поділ пацієнтів за статтю, віком, із визначенням локалізації та патогістологічного діагнозу

Прізвище та ім'я	Стать	Вік (роки)					Локалізація		Розмір (см)	Патогістологічний діагноз
		0–17	18–29	30–44	45–59	≥60	щелепа	у ділянці зуба		
А. О.	ж			38			верхня	зуб 1.2 вестибулярно	<0,5	Фіброзний епуліс
В. А.	ж			37			нижня	зуб 4.3 орально	0,6–2,0	Піогенна гранульома (epulis gravidarum, 32 т.)
Д. Л.	ж	16					нижня	зуб 4.6 орально	>2,0	Фіброзний епуліс
Д. К.	ж			33			верхня	зуб 21 вестибулярно	<0,5	Фіброзний епуліс
З. І.	ж		27				верхня	зуб 1.4 вестибулярно	0,6–2,0	Піогенна гранульома (epulis gravidarum, 35 т.)
К. Л.	ж			38			нижня	зуб 41 орально	0,6–2,0	Піогенна гранульома
К. В.	ж				57		нижня	зуб 43 вестибулярно	0,6–2,0	Піогенна гранульома
Л. І.	ж		24				верхня	зуб 1.2 вестибулярно + орально	>2,0	Піогенна гранульома (epulis gravidarum, 34 т.)
М. А.	ж		29				верхня	зуб 1.4 орально	0,6–2,0	Піогенна гранульома (epulis gravidarum, 39 т.)
О. Д.	ж		23				верхня	зуб 2.1 вестибулярно + орально	<0,5	Фіброзний епуліс
П. О.	ж		21				нижня	зуб 4.3 вестибулярно	0,6–2,0	Піогенна гранульома
П. В.	ж					61	верхня	а/в 2.1, 2.2	<2,0	Фіброзний епуліс (epulis fissuratum)
Р. С.	ж					84	верхня	а/в 1.4, 1.5	0,6–2,0	Піогенна гранульома (epulis fissuratum)

Продовження табл.

Прізвище та ім'я	Стать	Вік (роки)					Локалізація		Розмір (см)	Патогістологічний діагноз
		0-17	18-29	30-44	45-59	≥60	щелепа	у ділянці зуба		
Ш. Т.	ж		28				верхня	зуб 2.1 вестибулярно	<	Фіброзний епуліс
Я. С.	ж		24				верхня	зуб 1.5 щічна	0,6-2,0	Піогенна гранульома (epulis gravidarum, 34 т.)
Усього, n=15		1	7	4	1	2	10в : 5н	7р : 3і : 4п : 1м	4 : 8 : 3	6 : 9

в однієї дівчинки 16 років та у 14 дорослих жінок віком від 21 до 84 роки. Більшість пацієнток була молодого віку (до 44 років) – 11 з 14, що склало 78,6 %, також 1 жінка середнього віку (45–59 років) і 2 жінки з протезною фібромою (epulis fissuratum) похилого (60–74 роки) і старечого віку (75–90 років) відповідно до вікової класифікації ВООЗ. Середній вік пацієнтів із епулісом склав (36,0±4,7) року (n=15). Серед обстежених було 5 жінок на III триместрі вагітності.

За гістологічним типом у наших пацієнток визначено 6 фіброзних епулісів (40 %) та 9 піогенних гранульом (60 %), серед яких – 5 epulis gravidarum.

За локалізацією епуліс частіше спостерігали на верхній щелепі – 10 випадків (66,7 %), на нижній щелепі – 5 випадків (33,3 %). Треба відзначити, що фіброзні та судинні епуліди були частіше розташовані в ділянці різців – у 7 пацієнток з 15 (6 – на верхній щелепі, 1 – на нижній), що склало 46,7 %. Біля ікла були локалізовані 3 епуліси (20,0 %), усі на нижній щелепі. У ділянці премолярів були 4 епуліси (26,6 %), усі на верхній щелепі, у ділянці молярів – 1 епуліс на нижній щелепі (6,7 %). Таким чином, з'ясовано, що на верхній щелепі епуліс переважно спостерігали у ділянці різців і премолярів, а на нижній – в ділянці ікл.

Характерною особливістю епулісу вважають його локалізацію на альвеолярному відростку з вестибулярної сторони, але у наших пацієнток таких випадків було 9 з 15 (7 – на верхній щелепі, 2 – на нижній), тобто усього 60 %. У 4 жінок епуліс був розташований з оральної сторони: 1 – на верхній щелепі біля зуба 1.4, 3 випадки – на нижній щелепі в ділянці зубів 4.1, 4.3 та 4.6 відповідно. У 2 пацієнток епуліс складався якби з двох частин (вестибуло-орально) і повністю закривав міжзубний простір (рис. 1).

Епуліси часто мають неправильну форму, а тому дуже важко визначити їх чіткий розмір. Тому ми умовно поділили їх на невеликі – до 0,5 см у діаметрі; середні – від 0,6 до 2,0 см і великі – більше 2,0 см. У нашому дослідженні виявлено 4 фіброзних епуліси невеликого розміру (рис. 2) і 2 фіброзних епуліси більше 2 см (рис. 3). Піогенні гранульози практично всі були середнього розміру – 8 з 9, та 1 – більше 2 см. У цілому 4 пацієнтки мали епуліс невеликого розміру (26,7 %), 8 – середнього розміру (53,3 %) та 3 – великого розміру (20 %).

У 4 хворих фіброзний епуліс виглядав як поодинокий вузол, що прилягає до зубів, округлої або неправильної форми, на більш чи менш широкій ніжці, діаметром до 0,5 см, з чіткими межами, з гладкою або горбистою



Рис. 1. Піогенна гранульома у ділянці зуба 1.2 (хвора Л., 24 роки, 34 тижень вагітності).



Рис. 2. Фіброзний епуліс у ділянці зуба 1.2 (хвора А., 38 років).



Рис. 3. Фіброзний епуліс у ділянці зуба 4.6 (хвора Д., 16 років: А. Загальний вигляд, Б. Макропрепарат після видалення).

поверхнею, щільно-еластичної консистенції, блідо-рожевого або яскраво-червоного кольору з ціанотичним відтінком, безболісний при пальпації, не кровоточить при зондуванні (рис. 2).

У пацієнтки Д., 16 років спостерігали епуліс великого розміру, який розвинувся медіально-орально біля зуба 4.6. Зі слів пацієнтки, утворення виникло 6 місяців тому, повільно зростає, не болить, але дуже заважає при споживанні їжі та при розмові (рис. 3).

Фіброзний епуліс здатний призводити до деструкції кісткової тканини. Тому при підозрі на фіброзний епуліс, а також на периферійну осифікуючу фіброму і периферійну гігантоклітинну гранульому, потрібно обов'язково призначити рентгенологічне дослідження. На рисунку 4 представлено ортопантограму пацієнтки Д., де видно розширення періодонтальної щілини і деструкцію кісткової тканини до 1/3 довжини медіального кореня та в зоні фуркації зуба 4.6.

Гістологічно фіброзний епуліс відповідає фібромам із невеликою кількістю судин капілярного типу. На рисунку 5 представлено морфологічну картину фіброзного епулісу пацієнтки Д.: утворення покрите зрілим багатошаровим плоским епітелієм з ділянками звирозкування; в стромі переплітаються пучки фіброцитів без ознак клітинної та ядерної атипії, з наявністю невеликої кількості дрібних кровоносних судин і вогнищевої помірної змішано-клітинної запальної інфільтрації у поверхневих ділянках зі значною кількістю лейкоцитів.

Ознаки хронічного запалення і звирозкування епітелію можна пояснити постійною травматизацією епулісу. Тому фіброзний епуліс, згідно з класифікацією В. W. Neville та співавт., має синоніми: запальна фіброзна гіперплазія, травматична фіброма [1].

За нашими спостереженнями, піогенна гранульома, або судинний епуліс, – це утворення м'яко-еластичної консистенції, безболісне, округлої (рис. 6) або неправильної форми



Рис. 4. Ортопантомограма хворої Д., 16 років.

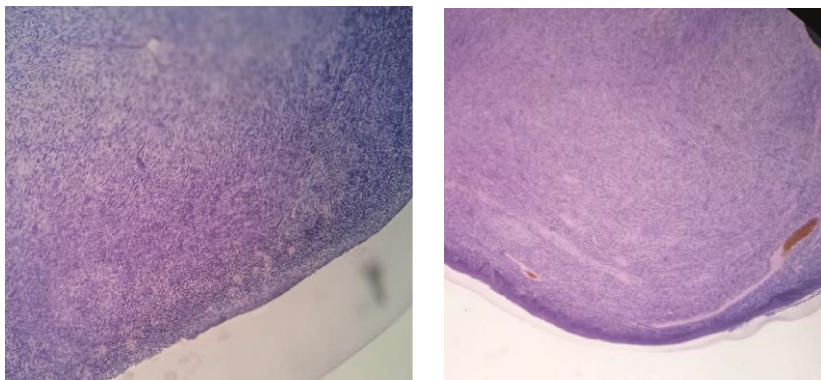


Рис. 5. Морфологічна будова фіброзного епулісу хворої Д., 16 років. Мікропрепарати. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об. х4, ок. х100.



Рис. 6. Піогенна гранульома в ділянці зуба 1.5 (хвора Я., 24 роки, 36 тиждень вагітності).

(див. рис. 1), з нерівною дрібнозернистою або горбистою поверхнею, розміром від 0,5 до 2 см, за кольором може бути різним – від рожевого до яскраво-червоного кольору з ціанотичним відтінком. На відміну від фіброзного епулісу піогенна гранульома схильна до кровоточивості навіть при незначних ушкодженнях, у тому числі при обережному зондуванні. Саме

це стає причиною й основною скаргою при зверненні пацієнтів до лікаря, особливо вагітних жінок.

Серед наших пацієнтів було 2 жінки з протезними часточковими фібромами (epulis fissuratum). У пацієнтки П. віком 61 рік гістологічно був підтверджений фіброзний епуліс. У хворої Р. віком 84 роки за результатами патоморфологічного дослідження діагностовано піогенну гранульому, або судинний епуліс (рис. 7).

Клінічно часточкова фіброма на беззубій щелепі виглядає як розростання слизової оболонки неправильної форми, що складається з двох часток довгастої форми, з чіткими межами, довжиною до 2–2,5 см уздовж альвеолярного гребеня, неоднорідної товщини, з горбистою поверхнею, щільно-еластичної консистенції, рожевого кольору з ціанотичним відтінком (рис. 7, А).

Патогістологічна картина піогенної гранульоми хворої Р. представлена на рисунку 7, Б: утворення на тонкій основі, покриті зрілим багатопшаровим плоским епітелієм з ділянками

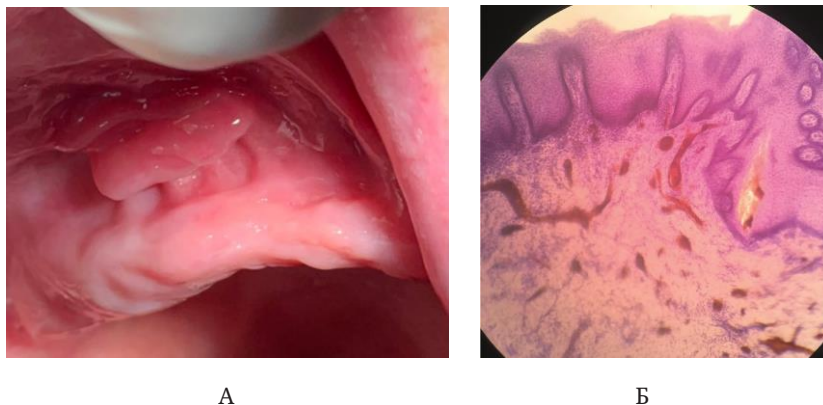


Рис. 7. Піогенна гранульома (epulis fissuratum) (хвора Р., 84 роки: А. Загальний вигляд, Б. Мікроскопія). Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об. х4, ок. х100.

звизначування, вогнищевим паракератозом і акантозом; у сполучнотканинній основі серед пучків фіброцитів визначаються судини із нерівномірним кровонаповненням.

Серед усіх видів епулісу саме піогенна гранульома найбільш здатна до рецидивів. У пацієнтки В., 37 років, яка вперше звернулася на 32 тижні вагітності, їй у неї було проведено видалення епулісу діодним лазером, на 38 тижні стався рецидив – повторний розвиток епулісу в тій же ділянці – на язиковій поверхні біля зуба 4.3. Це можна пояснити перш за все вагітністю і значним зростанням рівня жіночих статевих гормонів в організмі жінки. Доведено, що естроген і прогестерон мають опосередкований вплив на експресію ангіогенних факторів у тканинних макрофагах і ендотеліальних клітинах. Фактор росту ендотелію судин VEGF стимулює утворення кровоносних судин, а фактор росту фіброblastів FGF не тільки безпосередньо сприяє розвитку та зростанню піогенної гранульоми у вагітних, а також підсилює неоваскуляризацію через стимуляцію VEGF [21].

За результатами збору анамнезу і клінічного обстеження пацієнтів з епулісом можна констатувати, що у 9 жінок (60,0 %) причиною розвитку пухлиноподібного утворення тканин пародонта була хронічна травма, а саме: у пацієнток № 1, 4, 6, 11, 14 – зубощелепні аномалії (№ 1 – неправильне положення зуба 1.2, № 4 – скупчення зубів, № 6 – діастема, тріми на нижній щелепі, № 11 – прямий прикус, № 14 – глибокий прикус та коротка вуздечка верхньої губи); у № 7 – протрузія зубів нижньої щелепи при пародонтиті; у № 10 – травма краєм керамічного вініру, в № 13 – травма знімним протезом на беззубій щелепі. Серед пацієнток було 5 вагітних жінок (33,4 %), у яких причиною розвитку піогенної гранульоми

були гормональні зміни. І тільки в одному випадку (пацієнтка № 3) ми не змогли чітко визначити причину епулісу.

Окрім епулісу на яснах та альвеолярному відростку щелеп зустрічаються такі реактивні гіперпластичні утворення і доброякісні пухлини, як фіброма, папілома, гемангіома. За результатами нашого дослідження [22], при аналізі збігів попереднього клінічного діагнозу та результатів гістологічного дослідження встановлено декілька випадків не збігу діагнозів стосовно епулісу та папіломи, коли вона розташована на яснах і має горбисту поверхню.

З метою диференційної діагностики епулісу з іншими новоутвореннями м'яких тканин ротової порожнини потрібно зробити рентгенограму зубів у ділянці утворення і визначити стан кісткової тканини (рис. 8, 9). Так, у випадку фіброзного епулісу біля зуба 2.1 на рентгенограмі видно резорбцію верхівки міжальвеолярної перегородки з більшою деструкцією кістки у зуба 2.1, ніж у зуба 1.2 (рис. 8, Б). У випадку папіломи ніяких відмінностей у стані кісткової тканини біля зубів 3.4 і 3.5 не спостерігається (рис. 9, Б).

Представлені клінічні випадки також ще раз підкреслюють важливість обов'язкового проведення патогістологічного дослідження ексцизійного біоптату для уточнення діагнозу. Це необхідно для визначення лікувально-профілактичних заходів, наприклад, ліквідації травматичного чинника у порожнині рота та тактики подальшого спостереження за пацієнтом із метою попередження рецидиву утворення.

У 9 пацієнтів епуліс було видалено традиційним хірургічним способом, а у 6 пацієнтів – із застосуванням високоінтенсивного діодного лазера (980 nm, 2,2–3,0 W, CW, волокно 300 μm). У всіх 15 хворих після видалення епулісу тра-

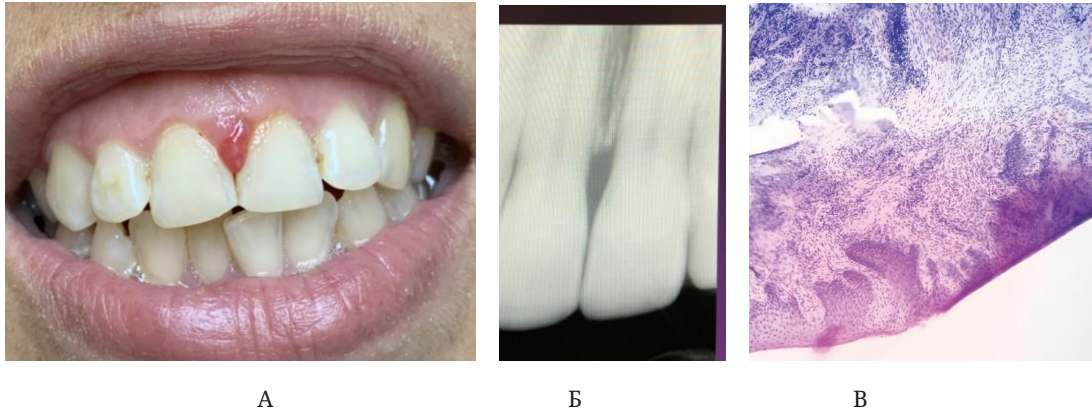


Рис. 8. Фіброзний епуліс у ділянці зуба 2.1 (хвора Д., 33 роки: А. Загальний вигляд, Б. Рентгенограма зубів 1.2 і 2.1, В. Мікроскопія: фіброзний епуліс із запальною клітинною інфільтрацією і звиразкуванням епітелію). Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об. х4, ок. х100.

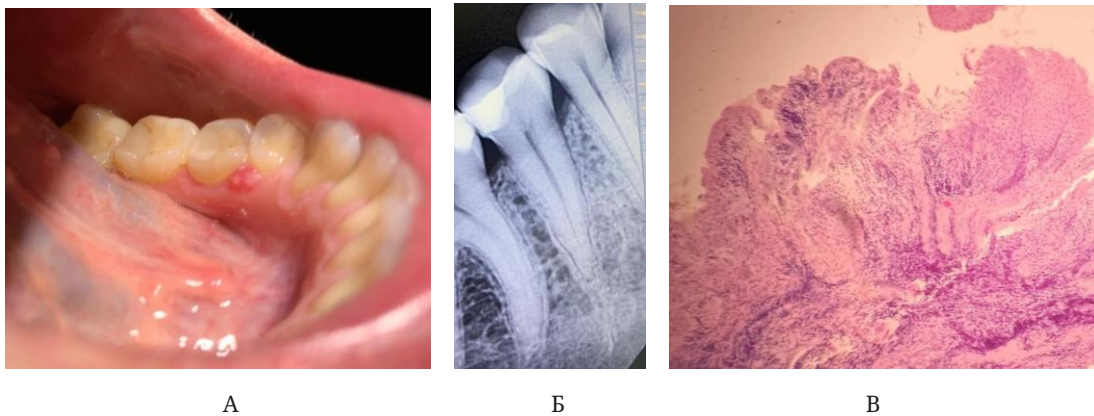


Рис. 9. Папілома у ділянці зуба 3.4 (хвора Ж., 34 роки: А. Загальний вигляд, Б. Рентгенограма зубів 3.4, 3.5, В. Мікроскопія: плоскоклітинна папілома). Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об. х4, ок. х100.

диційним хірургічним способом або високоінтенсивним діодним лазером загоєння було без ускладнень, без рубців. Необхідно зазначити, що видалення епулісу діодним лазером має переваги у пацієнтів похилого віку, які приймають антикоагулянти, та у випадках піогенної гранульоми (судинного епулісу) з сильною кровотечею. Перевагами використання діодного лазера, на наш погляд, можна вважати: різке зниження або повну відсутність інтраопераційної кровотечі й тому кращу візуалізацію операційного поля; посилений інфекційний контроль та усунення бактеріємії; не потрібно накладання швів; відсутність післяопераційного набряку тканин і болю.

Висновки. За результатами клінічних спостережень визначено, що епуліси зустрічаються переважно у жінок молодого віку (78,6 %). На верхній щелепі епуліс переважно спостерігається у ділянці різців і премолярів, а на нижній – в ділянці ікл. Епуліс може бути невеликого розміру (до 0,5 см – 26,7 % випадків), середнього

розміру (0,6–2,0 см – 53,3 %) та великого розміру (20 %), частіше неправильної форми.

Встановлено, що ймовірною причиною розвитку епулісу в 60,0 % жінок була хронічна травма, у 33,4 % – гормональні зміни, а саме вагітність. За гістологічним типом піогенна гранульома зустрічається частіше (60 % випадків), ніж фіброзний епуліс (40 %), що можна пояснити розвитком судинного епулісу у вагітних жінок.

З метою диференційної діагностики епулісу з іншими новоутвореннями м'яких тканин ротової порожнини необхідно проводити рентгенологічне дослідження зубів (щелеп) у ділянці пухлиноподібного утворення та обов'язково патоморфологічне дослідження ексцизійного біоптату.

Перспективи подальших досліджень. Планується продовжити набір пацієнтів із пухлиноподібними утвореннями тканин пародонта та відповідні клініко-морфологічні дослідження для визначення статистично значимих критеріїв діагностики епулісу різних гістологічних типів.

©Y. G. Chumakova, V. S. Chernets

International Humanitarian University, Odessa

Epulis: classification, clinicomorphological features, differential diagnostic

Summary. Epulis is a clinical term called the tumor-like lesion of periodontal tissues. Currently, most researchers define epulis as a reactive proliferative lesion that result from persistent local irritation or mechanical damage to the gingiva. Also, the development of epulis is influenced by the level of female sex hormones, which can explain the occurrence of pyogenic granuloma (vascular epulis) in pregnant women.

The aim of the study – to determine the clinical and morphological criteria for differential diagnosis of various types of epulis.

Materials and Methods. For the period 2020–2023 15 patients with epulis were examined, of which 1 girl 16 years old and 14 adult women aged 21–84 years old. Among them, 5 women were on the III trimester of pregnancy and 2 women had denture-related fibroma (epulis fissuratum). Surgical removal of epulis and pathohistological study of excisional biopsy was performed in all patients.

Results and Discussion. It was found that epulis occurs mainly in young women (78.6 %), the average age of patients was 36.0±4.7 years (n = 15). Clinical results determined that epulis occurs more often on the maxilla (66.7 %) than on the mandible (33.3 %), with epulis localization on the maxilla predominantly around incisors and premolars, and on the mandible - around canines. Epulis can be small (up to 0.5 cm – 26.7 % of cases), medium size (0.6-2.0 cm – 53.3 %) and large size (more than 2 cm – 20 %), more often irregular shape. It was proved that the probable cause of epulis in 60.0 % of women was chronic trauma, in 33.4 % – hormonal changes, namely pregnancy. Histologically, pyogenic granuloma is more common (60% of cases) than fibrous epulis (40 %), which can be explained by the development of vascular epulis in pregnant women (epulis gravidarum). It was shown that for the purpose of differential diagnostic of epulis with other neoplasms of oral soft tissues, X-ray examination of teeth (jaws) in the site of tumor-like lesion and pathomorphological study of excision biopsy should be carried out.

Conclusions. For the epulis diagnostic, pathomorphological study is mandatory. Clarification of the histological type of epulis becomes the basis for determining treatment and preventive measures and tactics of follow-up of the patient in order to prevent recurrence of lesion.

Key words: periodontal tissue; reactive hyperplastic lesions; fibrous epulis; pyogenic granuloma; epulis gravidarum; epulis fissuratum.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Oral and Maxillofacial Pathology, Fifth edition / B. W. Neville, D. D. Damm, C. M. Allen, A. Chi. – St Louis, MO: Elsevier Health Sciences, 2023. – 992 p.
2. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям: МКХ-10-КМ – Клінічна модифікація. 2024 ICD-10-CM Codes: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes>.
3. Holmstrup P. Non-plaque-induced gingival diseases / P. Holmstrup, J. Plemons, J. Meyle // J. Clin. Periodontol. – 2018. – Vol. 45 (Suppl. 20). – P. S28–S43.
4. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil / K. L. Dutra, L. Longo, L. J. Grando, E. R. C. Rivero // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2019. – Vol. 85, No. 4. – P. 399–407.
5. Retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity / J. Farynowska, K. Błochowiak, D. Trzybulska, M. Wyganowska-Świątkowska // Eur. J. Clin. Exp. Med. – 2018. – Vol. 16, No. 2. – P. 92–96.
6. Hankinson P. A review of oral pathology in orthodontics. Part 1: Soft-tissue pathology / P. Hankinson, C. Brierley, D. Brierley // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2024 No. 165 (1). – P. 7–17.
7. Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study / S. Hunasgi, A. Koneru, M. Vanishree, V. Manvikar // J. Oral. Maxillofac. Pathol. – 2017. – Vol. 21, No. 1. – P. 180–185.
8. Kadeh H. Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity / H. Kadeh, S. Saravani, M. Tajik // Iran J. Otorhinolaryngol. – 2015. – Vol. 27, No. 79. – P. 137–144.
9. A large-cohort study of 2971 cases of epulis: focusing on risk factors associated with recurrence / N. Zhao, Y. Yesibulati, P. Xiayizhati [et al.] // BMC Oral Health. – 2023. – Vol. 23, No. 1. – P. 1–8.
10. Canger E. M. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group / E. M. Canger, P. Celenk, S. Kayipmaz // Braz. Dent. J. – 2009. – Vol. 20. – P. 243–248.
11. Mucogingival overgrowth in a geriatric patient / P. Kafas, T. Upile, C. Stavrianos [et al.] // Dermatol. Online J. – 2010. – Vol. 16, No. 8. DOI: 10.5070/D399z2d3tc.
12. Naderi N. J. Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases / N. J. Naderi, N. Eshghyar, H. Esfahanian // Dent. Res. J. (Isfahan). – 2012. – Vol. 9, No. 3. – P. 251–255.

13. Narwal A. Osteopontin expression and clinicopathologic correlation of oral hyperplastic reactive lesions: An institutional 6-year retrospective study / A. Narwal, S. Bala // *J. Oral. Maxillofac. Pathol.* – 2017. – Vol. 21, No. 3. – P. 382–386.

14. Buchner A. Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel / A. Buchner, A. Shnaiderman-Shapiro, M. Vered // *J. Oral. Pathol. Med.* – 2010. – Vol. 39, No. 8. – P. 631–638.

15. Ramu S. Reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 260 cases / S. Ramu, C. Rodrigues // *World J. Dent.* – 2012. – Vol. 3, No. 2. – P. 126–30.

16. Pattern of distribution of reactive localised hyperplasia of the oral cavity in patients at a tertiary health institution in Nigeria / O. O. Soyele, A. M. Ladeji, K. E. Adebisi [et al.] // *Afri. Health Sci.* – 2019. – Vol. 19, No. 1. – P. 1687–1694.

17. Effiom O. A. Focal reactive lesions of the gingiva: An analysis of 314 cases at a tertiary Health Institution in Nigeria / O. A. Effiom, W. L. Adeyemo, O. O. Soyele // *Niger. Med. J.* – 2011. – Vol. 52, No. 1. – P. 35–40.

REFERENCES

1. Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., & Chi, A. (2023). *Oral and Maxillofacial Pathology, Fifth edition*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.

2. Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta problem, poviazanykh zi zdoroviam: MKKh-10-KM [International statistical classification of diseases and problems related to health: MKH-10-KM]. Klinichna modifikatsiia. 2024 ICD-10-CM Codes: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes>. – Clinical modification. 2024 ICD-10-CM Codes: <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes> [in Ukrainian].

3. Holmstrup, P., Plemons, J., & Meyle, J. (2018). Non-plaque – induced gingival diseases. *J. Clin. Periodontol.*, 45(20), S28-S43.

4. Dutra, K.L., Longo, L., Grando, L.J., & Rivero, E.R.C. (2019). Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, 85(4), 399-407.

5. Farynowska, J., Błochowiak, K., Trzybulska, D., & Wyganowska-Świątkowska, M. (2018). Retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity. *Eur. J. Clin. Exp. Med.*, 16(2), 92-96.

6. Hankinson, P., Brierley, C., & Brierley, D. (2024). A review of oral pathology in orthodontics. Part 1: Soft-tissue pathology. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, 165(1), 7-17.

7. Hunasgi, S., Koneru, A., Vanishree, M., & Manvikar, V. (2017). Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. *J. Oral. Maxillofac. Pathol.*, 21(1), 180-185.

8. Kadeh, H., Saravani, S., & Tajik, M. (2015). Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*, 27(79), 137-144.

9. Zhao, N., Yesibulati, Y., Xiayizhati, P., He, Y. N., Xia, R. H., & Yan, X. Z. (2023). A large-cohort study of 2971

18. Mealey B. L. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium / B. L. Mealey, A. J. Moritz // *Periodontology* 2000. – 2003. – Vol. 32, No. 1. – P. 59–81.

19. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil / J. A. Cardoso, J. C. Spanemberg, K. Cherubini [et al.] // *J. Appl. Oral. Sci.* – 2013. – Vol. 21, No. 3. – P. 215–218.

20. Frequency of epulis gravidarum in pregnant / T. Molania, N. Salehabadi, S. Zahedpasha [et al.] // *J. Nurs. Midwifery. Sci.* – 2022. – Vol. 9, No. 4. – P. 303–309.

21. Assessment of angiogenic markers and female sex hormone receptors in pregnancy tumor of the gingiva / M. Andrikopoulou, I. Chatzistamou, H. Gkilas [et al.] // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2013. – Vol. 71, No. 8. – P. 1376–1381.

22. Чумакова Ю. Г. Клініко-топографічна характеристика доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень ротової порожнини / Ю. Г. Чумакова, В. С. Чернець // *Вісник стоматології*. – 2023. – № 2 (123). – С. 59–66.

cases of epulis: focusing on risk factors associated with recurrence. *BMC Oral. Health*, 23(1), 1-8.

10. Canger, E.M., Celenk, P., & Kayipmaz, S. (2009). Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz. Dent. J.*, 20, 243-248.

11. Kafas, P., Upile, T., Stavrianos, C., Angouridakis, N., & Jerjes, W. (2010). Mucogingival overgrowth in a geriatric patient. *Dermatol. Online J.*, 16(8) DOI: 10.5070/D399z2d3tc.

12. Naderi, N.J., Eshghyar, N., & Esfahanian, H. (2012). Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent. Res. J. (Isfahan)*, 9(3), 251-255.

13. Narwal, A., & Bala, S. (2017). Osteopontin expression and clinicopathologic correlation of oral hyperplastic reactive lesions: An institutional 6-year retrospective study. *J. Oral. Maxillofac. Pathol.*, 21(3), 382-386.

14. Buchner, A., Shnaiderman-Shapiro, A., & Vered, M. (2010). Relative frequency of localized reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 1675 cases from Israel. *J. Oral. Pathol. Med.*, 39(8), 631-638.

15. Ramu, S., & Rodrigues, C. (2012). Reactive hyperplastic lesions of the gingiva: a retrospective study of 260 cases. *World J. Dent.*, 3(2), 126-30.

16. Soyele, O.O., Ladeji, A.M., Adebisi, K.E., Adesina, O.M., Aborisade, A.O., Olatunji, A.S., & Adeola, H.A. (2019). Pattern of distribution of reactive localised hyperplasia of the oral cavity in patients at a tertiary health institution in Nigeria. *Afri. Health Sci.*, 19(1), 1687-1694.

17. Effiom, O.A., Adeyemo, W.L., & Soyele, O.O. (2011). Focal reactive lesions of the gingiva: An analysis of 314 cases at a tertiary Health Institution in Nigeria. *Niger. Med. J.*, 52(1), 35-40.

18. Mealey, B.L., & Moritz, A.J. (2003). Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous

female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontology* 2000, 32(1), 59-81.

19. Cardoso, J.A., Spanemberg, J.C., Cherubini, K., de Figueiredo, M.A.Z., & Salum, F.G. (2013). Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. *J. Appl. Oral. Sci.*, 21(3), 215-218.

20. Molania, T., Salehabadi, N., Zahedpasha, S., Charati, J.Y., Imani, B., Ghasemi, S., & Salehi, M. (2022). Frequency of epulis gravidarum in pregnant. *J. Nurs. Midwifery Sci.*, 9(4). 303-309.

21. Andrikopoulou, M., Chatzistamou, I., Gkilas, H., Vilaras, G., & Sklavounou, A. (2013). Assessment of angiogenic markers and female sex hormone receptors in pregnancy tumor of the gingiva. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 71(8), 1376-1381.

22. Chumakova, Y.G., & Chernets, V.S. (2023). Kliniko-topografichna kharakterystyka dobroiakisnykh pukhlyn i pukhlynopodobnykh utvoren rotovoi porozhnyny [Clinical and topographic characteristics of benign tumors and tumor-like formations of the oral cavity]. *Visnyk stomatolohii – Journal of dentistry*, 2, 59-66 [in Ukrainian].