

# ФИБРОМАТОЗ ДЕСЕН: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

## Актуальность

В стоматологической практике, в том числе и ортодонтической, участились случаи обращений пациентов с таким заболеванием, как фиброматоз десен. По данным специалистов фиброматоз десен — доброкачественное заболевание полости рта, которое проявляется медленно прогрессирующим невоспалительным фиброзным увеличением десен верхней и нижней челюстей. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

По гистологическому строению фиброматоз представляет собой плотно-волокнистую соединительную ткань, которая имеет небольшое количество сосудов, среди которых можно обнаружить цементоподобные включения. S. J. Zachin и D. Weisberger характеризуют фиброматоз как умеренную гиперплазию эпителия с гиперкератозом. Увеличение тканевой массы происходит в основном за счет разрастания пучков коллагеновых волокон высокодифференцированной соединительной ткани, содержащей молодые фибробласты. [9]

Клиницисты различают генетически и ятрогенно индуцированные формы фиброматоза десен. Самая распространенная генетическая форма — наследственный фиброматоз десен, который наследуется по аутосомно-доминантному типу. Эту редкую форму гингивита называют также слоновостью десен (elephantiasis) или наследственной гиперплазией десен.

T. C. Hart (1998) первым обнаружил полиморфный маркер фенотипа наследственного фиброматоза десен на хромосоме 2p21. [10]

До недавнего времени не была четко выяснена причина возникновения фиброматоза десен, но сейчас международная группа ученых выделила ген SOS1, который, по их мнению, играет ключевую роль в развитии клеток десен, а его мутация приводит к патологии роста. [11]. Все приведенное выше дает надежду на то, что в недалеком будущем станет возможным предупреждение данного заболевания уже на генетическом уровне, а пока существуют в этом плане много нерешенных проблем, которые требуют дальнейшего исследования.

Специалистами достаточно тщательно изучена клиника фиброматоза десен. Фиброматоз десен, как отмечают они, может проявляться уже на первом году жизни ребенка или в течении следующих десяти лет. Сначала десны при рождении младен-

ца имеют нормальный вид, но вскоре после прорезывания временных зубов начинают разрастаться. На деснах появляются плотные бугристые образования, которые почти не отличаются от окружающей неизмененной слизистой оболочки, иногда немного бледнее ее. Чаще фиброзные разрастания ограничиваются определенной группой зубов, но возможен и генерализованный фиброматоз десен. Коронки зубов покрываются на 2/3 или полностью. Разрастания плотной консистенции, безболезненные и могут иметь частичную локализацию или выглядеть сплошным утолщением всей десны. С прорезыванием постоянных зубов процесс усиливается. Фиброзная ткань часто вызывает смещение зубов и таким образом способствует развитию зубочелюстных деформаций. В зависимости от сроков проявления заболевания задерживается прорезывание временных или постоянных зубов, нарушается речь и жевание, а также соотношение челюстей. При длительном существовании фиброматоза десен возможно разрушение межзубных перегородок с последующим появлением симптома дистопии и подвижности зубов. [3, 4, 5, 3, 7, 10, 12]

При фиброматозе десен меняется лицо больных (вид «доисторического человека» или «полный рот еды»), наблюдается напряжение губ, «симптом наперстка» при глотании, макроглоссия и укорочение уздечки языка. Уши большие, необычной формы (рис. 1). Однако основным стоматологическим симптомом заболевания является множественная ретенция временных и постоянных зубов, обусловленная патологическим изменением структуры слизистой оболочки десен. По данным рентгенологических исследований наблюдается ускоренная резорбция корней временных и медленное формирование корней постоянных зубов [5, 7].

Лечение фиброматоза десен комплексное, но преимущественно хирургическое. Некоторые специалисты, при развитии процесса вокруг временных зубов, рекомендуют своевременно их удалять, чтобы избежать разрастания десен. [12]. Ю. И. Бернадский (1998) считает целесообразным удалять разрастания десен до самого периода, раневую поверхность покрывать йодоформной марлей. Таким образом, после операции, как он отмечает, удаётся высвободить зубы из-под фиброзных разраста-

ний. Однако через несколько месяцев возможны рецидивы, а затем через несколько лет гиперплазия становится такой же, как и до хирургического вмешательства. [13]

Фиброзная ткань, хотя и имеет небольшое количество сосудов, но достаточно плотная. Поэтому операционные вмешательства сопровождаются значительным кровотечением. Учитывая последнее, D. Bixler и D. K. Khartsfield (2003) предлагают удалять гиперплазированную ткань по квадратам. Хирургическое удаление фиброзного разрастания позволяет в определенной мере лишь приостановить процесс и расшатывание временных зубов, а постоянным — обеспечить более физиологические условия для их прорезывания. Все это можно осуществить традиционным хирургическим методом, т.е. скальпелем. [14]

В последнее время получили широкое использование менее травматичные способы деструкции мягких тканей полости рта при различных заболеваниях слизистой оболочки: диатермокоагуляция, криодеструкция и другие. В частности, R. S. Brown et al. (1995) и Е. А. Вакушина (2007) для удаления тканей, которые разрослись использовали углекислый лазер. Однако каждый из выше перечисленных способов, имея свои преимущества, имеет и свои недостатки: они не могут одновременно обеспечить надежный гемостаз, безболезненность, обеззараживание раневой поверхности, осуществить контролируемую четкую зону демаркации мягких тканей и избежать послеоперационного воспаления, а также других возможных осложнений. Все это важно учитывать при выборе адекватных методов комплексного лечения фиброматоза десен, особенно при проведении аппаратной коррекции зубочелюстных деформаций и аномалий, у пациентов с данным заболеванием, что и стало предметом проводимых нами исследований. [15, 16]

## Материал и методы исследования

Нами было принято на лечение и обследовано 75 пациентов в возрасте от 5 до 32 лет с фиброматозом десен, которые имели определенные зубочелюстные деформации и требовали ортодонтического лечения, из них 24 (29,2%) лиц мужского и 51 (70,8%) женского пола. Обследование больных осуществлялось по общепринятой методике. Особое внимание уделялось

бору анамнестических данных. При этом выясняли наличие фиброматоза десен у родителей и близких родственников, а также в каком возрасте пациенты (или их родители) стали наблюдать разрастание десен. Кроме того, выясняли было ли появление заболевания связано с приемом лекарств (и если да, то каких именно), либо с инфекционным заболеванием, перенесенным в раннем детстве, и др.

При клиническом обследовании обращали внимание на локализацию, топографию и площадь (объем) разрастания десен, расположение зубов в зубной дуге и их количество, а также на характер межжюкклюзионных взаимоотношений, и т.д. Кроме того использовали вспомогательные методы исследования: биометрию диагностических моделей, рентгенологические методы (прицельную, аксиальную рентгенографию, ортопантомографию, телерентгенографию, КТ), фотометрию. По данным рентгенологических исследований выявляли наличие ретенированных зубов и глубину их залегания в челюстных костях, направление оси прорезывания, состояние корней, а у прорезавшихся зубов степень резорбции корней временных и сформированности их в постоянных зубах. На телерентгенограммах определяли взаиморасположение челюстей, положение их в черепе и степень развития, индивидуальный генетический профиль пациента и др. Расшифровку телерентгенограмм проводили по методу А.М. Schwarz'a. Всего было получено 58 ортопантомограмм и расшифровано 26 телерентгенограмм, не считая других рентгенологических снимков. Проведены антропометрические измерения 59 пар диагностических моделей.

Комплексное лечение ортодонтических пациентов с фиброматозом десен заключалось в отсечении фиброзных тканей, в коррекции положения отдельных зубов в зубной дуге, нормализации межжюкклюзионных и межчелюстных взаимоотношений с помощью, как съемных, так и несъемных ортодонтических аппаратов, а также зубных протезов (при наличии дефектов зубных рядов, особенно у взрослых).



Рис. 1. Характерный фас и профиль пациента с фиброматозом десен



Рис. 2. Фото полости рта пациента С-ко А., 18 лет с локализованной формой фиброматоза десен

Отсечение десен, которые разрослись, осуществляли с помощью разработанного нами в 1988 году электрохирургического бесконтактного устройства «Электрофульгуратор» (А.С. № 1648410, выданное Госкомизобретений СССР и Патент на изобретение № 73454, выданный Государственным департаментом интеллектуальной собственности Украины).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что среди 75 обследованных пациентов с фиброматозом десен у 49 (65,3%) человек в анамнезе фигурировалаотяженная наследственность: у 9-ти пациенток фиброматоз десен наблюдался у двоюродных сестер по материнской линии, у 3-х девочек в семье болели фиброматозом тети по отцовской линии и только у одного мальчика и одной девочки данная аномалия десен была обнаружена у родителей (отца или матери, соответственно). Шесть (9,2%) пациентов старшего возраста связывали заболевание с приемом лекарств (преимущественно кортикостероидов), 5 (7,7%) чел.— с перенесенными в раннем детстве тяжелыми инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, краснуха и т.д.). Кроме того, у 4 (6,6%) пациентов в анамнезе фигурировала травма челюстно-лицевой области, а 8 (12,3%) пациентов связывали разрастания десны с окклюзионной травмой, обусловленной аномалией прикуса. У других пациентов установить причину появления фиброматоза десен не удалось. Таким образом, анамнестические данные свидетельствуют о том, что чаще всего болеют фиброматозом женщины. Кроме того, превалирует в этиологии заболевания наследственность по материнской линии. Это дает определенные основания предполагать, что носителями гена данной аномалии являются женщины.

По данным клинических исследований генерализованная форма фиброматоза десен наблюдалась у 16 (24,6%) пациентов, в том числе у 9 человек, в анамнезе которых фигурировала наследственность. Разрастание десен родители замечали у детей еще в раннем детстве после прорезывания молочных зубов, которое происходило хаотично, не в свои физиологические сроки, зубы рано расшатывались и выпадали, что было подтверждено нами клинически у 3х пациентов в возрасте от 5 до 6 лет. С прорезыванием постоянных зубов разрастание десен усиливалось. На ортопантомограммах у пациентов наблюдалась ранняя резорбция корней временных зубов. Постоянные зубы также прорезывались поздно с нарушением своих сроков, большинство из них находилось в ретенции или полуретенции, оставаясь покрытыми разросшейся десной. Пациенты обращались ранее к стоматологам, но адекватного лечения не получили. Лишь у 2 взрослых пациентов (25 и 32 года, соответственно) проводилось хирургическое вмешательство — отсечение

фиброзных разрастаний по традиционной методике — скальпелем. Однако через некоторое время разрастание десен возобновилось. У всех пациентов с генерализованной формой фиброматоза были обнаружены: ретенция большого количества зубов, особенно постоянных; аномалии положения отдельных зубов, нарушение межжюкклюзионных и межчелюстных соотношений, значительные нарушения функции жевания и речи, а также эстетики.

При локализованной форме фиброматоза, выявленной в подавляющем большинстве пациентов — 49 (75,4%) человек, разрастание десен имело различную локализацию и топографию, т.е. на одной из челюстей или на обеих, во фронтальном или боковом участках (рис. 2).

Нами прослежена определенная взаимозависимость фиброзных разрастаний с формой прикуса. Так, при трансверзальных аномалиях прикуса процесс наблюдался на боковых участках: при лингвоокклюзии — на верхней челюсти от премоляров до верхнечелюстного бугра (tuber maxille), при буккальной окклюзии — на нижней челюсти с лингвальной стороны. При дистальном прикусе фиброматоз десен локализовался на фронтальном участке с небной стороны. Однако, утверждать, что травматическая окклюзия служила первопричиной разрастания десен проблематично, поскольку в анамнезе у пациентов фигурировали и тяжелые инфекционные заболевания, медикаментозная интоксикация, наследственность и др. У всех пациентов с локализованной формой фиброматоза десен наблюдались различные зубочелюстные деформации. Преобладали, как правило, аномалии положения отдельных или группы зубов, а также ретенция и позднее прорезывание постоянных зубов. Так, у 15 (23,0%) человек в возрасте от 14 до 19 лет не произошло прорезывание вторых постоянных моляров. По данным рентгенологических исследований они были покрыты лишь разросшимися деснами, хотя вышли из кости, но не смогли преодолеть фиброзно-измененную слизистую оболочку над ними. Следует заметить, что место для прорезывания этих зубов по вертикали отсутствовало, т.е. не было межальвеолярного пространства.

Ортодонтическое лечение пациентов с фиброматозом десен начинали, как отмечалось выше, после подготовки полости рта, которая включала в первую очередь отсечение фиброзных разрастаний десен. При локализованной форме фиброматоза со значительным объемом и протяженностью патологически измененных тканей, особенно в боковых участках на небе, отсечение последних проводилось по традиционной методике — скальпелем. Однако, учитывая обширную раневую поверхность после оперативного вмешательства и возможные с этим осложнения, нами был разработан «Способ защиты послеоперационной поверхности неба» (Д.П. № 37014). Сущность способа заключалась в следующем. Перед хирургическим



Рис. 3. Фото пациента М-я Е., 32 лет, пациента с фиброматозом десен: а — до начала лечения; б, в — защитные пластинки на гипсовой модели и в полости рта; г, д — состояние полости рта сразу после хирургического вмешательства; е — состояние полости рта через неделю



Рис. 4. Фото полости рта пациента с генерализованной формой фиброматоза десен до лечения (а) и на этапах проведения электрофульгурации в области 22 зуба (б, в)



Рис. 5. Фото полости рта пациентки В-ной С., 16 лет, с фиброматозом десен: а — до лечения; б — после проведения электрофульгурации; в — через 2 дня после проведения электрофульгурации

вмешательством у пациента получали оттиск челюсти, отливали гипсовую модель и на ней из воска моделировали форму тампона, который должен соответствовать рельефу и площади будущей раневой поверхности, предварительно срезав на модели фиброзные разрастания. После чего изготавливали на небо пластинку с упругими проволочными кламмерами, которые фиксировались на боковых зубах и прижимали тампон к раневой поверхности неба (рис. 3). Предложенный способ позволял создать ложе для тампона, пропитанного медикаментами, на внутренней поверхности пластинки, обеспечить надежную его фиксацию на небе, улучшить условия проведения дальнейшей медикаментозной обработки раневой поверхности, а также гигиенический уход за полостью рта. Кроме того, такой защитной пластинкой пациент мог пользоваться круглосуточно. По такому же способу изготавливалась пластинка на нижнюю челюсть при локализации фиброзных разрастаний на ней.

Однако и после такого радикального хирургического вмешательства фиброзные разрастания десен рецидивировали — появлялись новые диффузные их очаги, требующие повторных вмешательств. Следует отметить, что отсечение патологических тканей в пришеечных частях зубов и в межзубных промежутках значительно осложнялось из-за анатомических особенностей рельефа данных участков и сопровождалось значительным кровотечением. В этих случаях, а также при генерализованной форме фиброматоза — когда разросшиеся десны покрывали окклюзионные поверхности зубов и возникала потребность удаления их в пришеечной части, применяли предложенный нами «Способ лечения фиброматоза десен» (Д.П. № 41607) с помощью электрофульгурации, используя разработанное нами еще в 1980 году бесконтактное электрохирургическое устройство «Электрофульгуратор» (А.С. № 1648410). Сущность способа заключается в том, что операционное поле перед удалением тканей высушивается, а термическая обработка проводится импульсами плазмы при температуре 4000...5000<sup>о</sup>С. При этом ткани десен, подлежащие удалению, не свариваются (как при диатермокоагуляции), а сжигаются (обугливаются), что обеспечивает надежный гемостаз и предотвращает отек тканей, т.е. воспалительную реакцию (рис. 4).

Поскольку обработка выполняется импульсами плазмы, содержащей озон, операционное поле не нуждается в дополнительной дезинфекции, т.к. происходит озонирование раневой поверхности. Обработка плазмой исключает налипание мягких тканей на электрод, т.к. проводится дистанционно (на расстоянии 2–3 мм от поверхности десен). Кроме того, обугливание — это сухой некроз тканей, который позволяет избежать послеоперационного их отека и обеспечить надежный гемостаз. Электрод «Электрофульгуратора», выполненный в виде углового зонда, дает





Рис. 6. Фото пациентки В-ной С., 15 лет с фиброматозом десен на фоне открытого прикуса. Фас (а) и профиль (б) лица, фото телерентгенограммы (w), состояние полости рта до лечения (в-д), состояние полости рта на этапах комплексного лечения с применением электрофульгурации и ортодонтических аппаратов (е-я)

возможность проведения рельефной деструкции патологически измененных десен в труднодоступных участках полости рта (рис. 5).

Разработанный нами способ лечения фиброматоза десен с помощью электрофульгурации эффективно использовался при комплексном лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями, которые протекали на фоне фиброматоза десны. Это позволяло наряду с аппаратурным лечением получить достаточно высокий эстетический эффект (рис. 6).

### Заключение

Клинические наблюдения показали высокую эффективность использования электрофульгурации, особенно при генерализованной форме фиброматоза, так как она позволяет проводить по показаниям многократную деструкцию патологически измененных мягких тканей, исключая их отек, регулировать глубину их повреждения, а также обеспечить надежный гемостаз.

Своевременное высвобождение зубов из-под фибрознозминенных десен позволяет избежать расшатывания и удаление временных зубов, а постоянным зубам обеспечить более физиологические условия для прорезывания, при котором не последнюю роль играет также функциональная нагрузка зубов. Кроме того, это дает возможность провести адекватное аппаратурное лечение зубочелюстных деформаций, которые являются обязательным спутником данного патологического процесса, а в случае дефектов зубных рядов осуществить соответствующее зубное протезирование.

### Выводы

- Фиброматоз десен довольно сложное системное заболевание организма человека с выраженными патологическими изменениями тканей полости рта, требующее особого подхода не только в проведении диагностики, но и в выборе адекватного метода лечения.

- Основным этиологическим фактором развития фиброматоза десен является наследственность. Данному заболеванию подвержены чаще (70,8%) лица женского пола.

- Разросшиеся ткани десен служат препятствием для прорезывания зубов, способствуют развитию зубочелюстных аномалий и деформаций, отягощая их ортодонтическое лечение.

- На современном этапе развития науки и практики основным методом лечения фиброматоза десен является хирургический. Традиционный метод иссечения разросшихся тканей десны — скальпелем достаточно травматичный. Более щадящий метод такого лечения является бесконтактная электрохирургия — электрофульгурация, которая не требует обезболивания, обеззараживает раневую поверхность озоном; позволяет предупредить развитие их отека, а также обеспечить надежный гемостаз.

Список литературы находится в редакции