

«Էպուլիս» եզրույթը նկարագրողական բնույթի է և ունի միայն տեղագրական իմաստ՝ լնդի վրայի գոյացություն (epi՝ վրա, ulon՝ լինդ): Ըստ ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված ուռուցքների միջազգային հյուսվածքաբանական դասակարգման՝ էպուլիսները դասվում են ուռուցքանման գոյացությունների շարքին:

Էպուլիսի աճման աղբյուր կարող են լինել ատամի պերիոդոնտը, ծնոտի վերնոսկրը կամ լնդի խորանիստ շերտերը: Էպուլիսի առաջացմանը կարող են նպաստել վնասվածքը և հյուսվածքների քրոնիկական մեխանիկական գրգռումը (կենցաղային վնասվածք, վնասակար սովորություն, կարիեսից քայքայված ատամ, լինդը գրգռող լիցք, ատամի տրավմատիկ հեռացում, օրթոդոնտիկ սարքի հարուցած քրոնիկական վնասվածք, երբեմն էլ՝ խոր կտրիչային վրածածկը, որն առաջացնում է տրավմատիկ օկլուզիա): Ուռուցքանման գոյացությունների մեջ իրենց հաճախականությամբ (10,3%) էպուլիսները զիջում են միայն ռետենցիոն կիստաներին: Երեխաների շրջանում էպուլիսը հաճախ դիտվում է 12-16 տարեկանում, հազվադեպ՝ 7-12 տարեկանում: Աղջիկները փոքր-ինչ ավելի հաճախ են ախտահարվում, քան տղաները:

Էպուլիսները սովորաբար տեղակայվում են դիմային ատամների շրջանում: Դրանք կարող են լինել նաև նախաադորիքների, խիստ հազվադեպ՝ ադորիքների շրջանում: Ստորին ծնոտն ավելի հաճախ է ախտահարվում, քան վերինը:

Ըստ հյուսվածքաբանական կառուցվածքի՝ տարբերում են ֆիբրոմատոզ, անգիոմատոզ և հսկաբջջային էպուլիսներ, որոնց մեջ ֆիբրոմատոզ տարբերակը հաճախականությամբ գերազանցում է մյուս երկուսին:

Ֆիբրոմատոզ էպուլիսը սովորաբար կլորավուն, երբեմն էլ անկանոն ուրվագծով, հստակ սահմաններով սնկանման գոյացություն է: Այն ունի լայն հիմք (ոտիկ), գույնով չի տարբերվում լորձա-թաղանթից կամ փոքր-ինչ գունատ է, ունի առաձգական պինդ (ռետինանման) կոնսիստենցիա և շոշափելիս ցավոտ չէ (նկ. 137):



Նկար 137. Ֆիբրոմատոզ էպուլիս:

Ֆիբրոմատոզ էպուլիսը սովորաբար տեղակայվում է լնդի նախադոնային կողմում: Այն կարող է միջատամնային արանքով տարածվել նաև լնդի լեզվային կամ

քմային կողմը՝ ձեռք բերելով թամբի տեսք: Աճում է դանդաղ:

Էպուլիսի հարևանությամբ հաճախ հայտնաբերվում է բարձիթողի մատնված քայքայված պսակով կամ անհաջող լցավորված ատամ, երբեմն՝ վատ հարմարեցված եզրերով մետաղյա պսակով ատամ: Որոշ դեպքերում ակնհայտ է օրթոդոնտիկ սարքի կամ շարժական պրոթեզի կլամերի տևական վնասակար ազդեցությունը: Նշված պատճառագիտական գործոնները հանգեցնում են քրոնիկական գերաճական բորբոքային երևույթի զարգացմանը, որն էլ հանգեցնում է նախ՝ գրանուլացիոն, ապա՝ հասուն ֆիբրոզ շարակցական հյուսվածքի առաջացմանը: Նշված փոփոխություններն արտացոլում են ֆիբրոմատոզ էպուլիսի կազմաբանական (մորֆոլոգիական) պատկերի էությունը:

Ռենտգենաբանական հետազոտմամբ էպուլիսի հիմքի տեղակայման մասում կարելի է հայտնաբերել ատամնաբանային ելունի ոսկրի թույլ արտահայտված օստեոպորոզ: Հնարավոր է հարևան ատամների տեղաշարժ:

Անգիոմատոզ էպուլիսը վատ կարմիր գունավորում և ցիանոտիկ երանգ



Նկար 138. Անգիոմատոզ էպուլիս:

ունեցող փափուկ, ոչ ցավոտ գոյացություն է: Մակերեսը հաճախ թմբիկավոր է, երբեմն՝ հարթ: Հեշտորեն վնասվում է և կարող է արյունահոսել (նկ. 138): Էպուլիսի այս տեսակը համեմատաբար արագ է աճում և կարող է հասնել 0,5-1,5սմ տրամագծով գոյացության: Ունի կրկնվելու հակում: Անգիոմատոզ էպուլիսի մանրադիտակային պատկերում ֆիբրոզ հյուսվածքի հետ նկարագրվում են բազմաթիվ արյունատար անոթներ:



Նկար 139. Հսկաբջջային էպուլիս:

Հսկաբջջային էպուլիսը կլորավուն, ձվաձև կամ անկանոն գոյացություն է՝ փափուկ կամ առաձգական պինդ կոնսիստենցիայով, հարթ կամ թեթևակի թմբիկավոր մակերեսով: Այն ունի կապտամանուշակագույն գունավորում, իսկ երբեմն էլ՝ արտահայտված դարչնագույն երանգ: Շոշափելիս ցավոտ չէ, վնասվելիս չափավոր արյունահոսում է: Աճում է արագ, տրամագիծը կարող է լինել 0,5-3,0սմ: Մեծ ուռուցքը կարող է վնասվել անտագո-նիստ

ատամներից և խոցոտվել: Տվյալ դեպքում անտագոնիստ ատամներից խոցոտումը չպետք է դիտել որպես ուռուցքի քայքայում, ինչպես չարորակ նորագոյացությունների դեպքում է լինում (նկ. 139): Մեծ չափերի հասած ուռուցքը կարող է խանգարել արտասանությանը և սնունդ ընդունելուն:

Ռենտգենաբանական հետազոտմամբ հայտնաբերվում են ատամնաբնային ելունի ոսկրի օստեոպորոզի օջախներ՝ ոչ հստակ, անկանոն սփռված սահմաններով:

Բուժումը: Էպուլիսի բուժումը վիրահատական է: Ուռուցքը հեռացվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Դեստրուկտիվ փոփոխությունների ենթարկված ստորադիր ոսկրային հյուսվածքը խնամքով հեռացվում է մինչև տեսանելի առողջ հյուսվածքային տիրույթ: Առաջացող վերքի մակերեսը ծածկվում է յոդոֆորմով տոգորված վիրախձուժով: Միաժամանակ անհրաժեշտ է վերացնել լնդի հյուսվածքների քրոնիկական գրգռմանը հանգեցնող գործոնները. բուժել կարիեսային ատամները, հեռացնել արմատները, հղկել լիցքերի այն եզրերը, որոնք վնասում են լինդը, կանոնավորել կծվածքը և այլն: Ոչ արմատական կամ անփույթ կատարված վիրահատական միջամտությունից հետո ուռուցքը մեծ հավանականությամբ կարող է կրկնվել:

Ժամանակակից տեսակետները հսկաբջջային էպուլիսի վերաբերյալ: Ավանդաբար *հսկաբջջային էպուլիս* անվամբ գոյացությունների վերաբերյալ ներկայումս չկա միանշանակ վերաբերմունք: Հետազոտություններով պարզվել են, որ դրանց մի մասը ծագում է լնդի փափուկ հյուսվածքներից, իսկ մյուս մասը՝ ատամնաբնային ելուստի ոսկրից: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) ուռուցքների միջազգային հյուսվածքաբանական դասակարգման (ՈԻՄՀԴ) մեջ հստակեցված է երկու ախտահարումների տարաբնույթ էությունը, որն էլ հանգեցրել է դրանց բաժանմանը: Լնդի հյուսվածքներից ծագող գոյացությունը կոչվել է *ժայրամասային հսկաբջջային գրանուլոմա* և դասվել է փափուկ հյուսվածքների ուռուցքանման ախտահարումների շարքին: Գոյացության մյուս տարբերակը, որը ծագում է ոսկրից, կոչվել է *կենտրոնական հսկաբջջային գրանուլոմա* կամ *հսկաբջջային ռեպարատիվ գրանուլոմա*, որը ոսկրի ուռուցքանման ախտահարում է:

Ծայրամասային հսկաբջջային գրանուլոման կլինիկական դրսևորմամբ նման է էպուլիսներին, բայց ունի նաև որոշ բնորոշ առանձնահատկություններ: Այն կապտագորշավուն է, ունի թմբիկավոր մակերես, որի վրա կարող են դիտվել անտագոնիստ ատամների հետքեր և էրոզիայի մակերես, կոնսիստենցիան առաձգական պինդ է: Ուռուցքը կարող է արյունահոսել: Հեռացնելուց հետո հաճախ կարող է դիտվել ռեցիդիվ:

Հյուսվածքաբանորեն ախտահարումը բնութագրվում է բազմակորիզ հսկաբջջիջների մեծ քանակությամբ: Ստրոման առատ անոթավորված է և հարուստ է բջիջներով, ֆիբրոզ հյուսվածքի ձգանները հատուկենտ են: Առկա են հեմոսիդերինի կուտակումներ գնդիկներով (գրանուլներ):

Բուժումը: Գոյացությունը հեռացվում է առողջ հյուսվածքների սահմաններում, որի համար ուռուցքի (կամ դրա ոտիկի) պարագծին զուգահեռ՝ նրանից 2-3մմ հեռավորությամբ, վիրադանակով կատարվում է կտրվածք՝ հասնելով ոսկրին: Ախտաբանորեն փոփոխված հյուսվածքը վերնուկրով հանդերձ հեռացվում է: Փափուկ հյուսվածքների արյունահոսող հատվածներում կատարվում է էլեկտրակոագուլացում, կամ դրանք մշակվում են թերմոկաուտերով: Ախտահարման գոտում առկա կաթնատամները և արմատները հեռացվում են: Ինտակտ մշտական ատամները ցանկալի է պահպանել: Հնարավոր է, որ միջամտության հետևանքով դրանց վզիկները մերկանան: Եթե հնարավոր չէ վիրահատական վերքի եզրերը մոտեցնել և կարել, ապա այն ծածկվում է յոդոֆորմով տոգորված վիրախձուժով, որի առկայությամբ հետագայում ձևավորվում է գրանուլացիոն հյուսվածք, ապա կատարվում է էպիթելացում:

Կենտրոնական հսկաբջջային գրանուլոմա կամ **հսկաբջջային ռեպարատիվ գրանուլոմա:** Մա բացառապես ծնոտոսկրի ատամնաբնային ելունի ոսկրն ախտահարող ուռուցքանման գոյացություն է: Արտաքնապես դրսևորվում է որպես լնդի վրայի սահմանափակ ուռուցքանման գոյացություն: Կլինիկական նշաններով նման է ծայրամասային հսկաբջջային գրանուլոմային: Ախտորոշելու համար կարևոր է ռենտգենաբանական պատկերը, որում գոյացության տեղակայման մասում տեսանելի է ոսկրի դեստրուկցիայի տիրույթը՝ հարթ եզրագծերով ոսկրի նոսրացման օջախ, որում երբեմն աչքի են ընկնում ոսկրային բարակ խտրոցներ, և հնարավոր է նկատել ատամների արմատների ռեզորբցիա: Ոսկրի նոսրացումն առավել ցայտուն է դրսևորվում միջատամնային խտրոցների շրջանում:

Հյուսվածքաբանական հետազոտման տվյալներով ուռուցքը բջիջներով հարուստ ֆիբրոզ հյուսվածք է, որը պարունակում է արյունազեղումների բազմաթիվ օջախներ, բազմակորիզ հսկա բջիջների կուտակումներ, և որտեղ դիտվում է նաև հեմոսիդերին: Հաճախ դժվար է տարբերակել հսկաբջջային ուռուցքից, խերոսիդոզից և հիպերպարաթիրեոդիզմի դարչնագույն ուռուցքից:

Չարորակացում չի նկատվում:

Բուժումը վիրահատական է: Ռեցիդիվից խուսափելու համար վիրահատման ժամանակ պետք է դրսևորել առավելագույն արմատական մոտեցում՝ ուռուցքի հետ հեռացնելով ախտահարման գոտում առկա շարժուն ատամները: Անհրաժեշտության դեպքում պետք է իրականացվի ատամնաբնային ելուստի ոսկրի մասնահատում: