

Опухоль Неймана у новорожденных

С.И. Рапекта, А.А. Слетов, Т.В. Малимон, А.А. Хлебников, М.Н. Савельева, Мохамед Салем

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия

РЕЗЮМЕ

Опухоль Неймана или врожденный эпюлис – крайне редкое доброкачественное новообразование, чаще всего локализующееся в области альвеолярного отростка верхней челюсти и обнаруживается при рождении. **Цель:** анализ результатов хирургического лечения врожденных эпюлисов в неонатальном периоде. **Материалы и методы:** представлен анализ данных собранных на этапе клинической диагностики врожденных эпюлисов, результаты хирургического лечения выполненного в раннем постнатальном периоде (на 2–5 сутки после рождения), что обусловленных длительным кровотечением. Морфологически проявления дизэмбриогенеза диагностировали у 2 в слизисто-надкостничном слое альвеолярного отростка верхней, у 1 и альвеолярном гребне нижней челюсти. В послеоперационном периоде весь материал направлен на патоморфологическое исследование. **Результаты:** в двух случаях новообразование диагностировали акушеры сразу после рождения. Их настороженность была обусловлена продолжавшимся кровотечением из полости рта, без явных причин, хоть как бы то связанных с родами. На фоне возбуждения новорожденного, прогрессирующих рисков связанных с кровопотерей и невозможностью кормлению к новорожденным приглашены консультанты. У одного новорожденного диагноз установлен внутриутробно по данным ультразвукового скрининга в 37 недель, выявлены признаки объемного образования мягких тканей в проекции угла рта слева. Окончательный диагноз установлен после рождения, на основании периодически возобновлявшегося кровотечения из полости рта. Учитывая риски аспирации и развития анемии, под общим обезболиванием, выполнено радикальное иссечение образования высокочастотным радиоволновым скальпелем Surgitron ((Сургитрон) EMC Высокочастотный радиоволновой хирургический генератор, Ellman США) с частотой волны 3,8 МГц, с одномоментным окончательным гемостазом. Послеоперационный период без особенностей, пациентов передавали матерям в удовлетворительном состоянии. **Выводы:** раннее хирургическое вмешательство на фоне продолжающихся кровотечений из новообразований в полости рта у новорожденных, является эффективным средством профилактики прогнозируемых геморрагических осложнений, а так же надежным способом их окончательного прекращения. Использование радиоволновых методик способствовало окончательному гемостазу, снижению риска аспирации, и развитию постгеморрагической анемии. Отсутствие зарегистрированных послеоперационных осложнений, стабильная положительная динамика и благоприятные клинические исходы, с минимальными сроками реабилитации новорожденных свидетельствуют о целесообразности представленного алгоритма действий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врожденный зернистоклеточный эпюлис, опухоль Неймана, челюстно-лицевая область, радиоволновая хирургия.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Congenital granular cell epulis (Neumann's tumor) of the maxillofacial region in newborns

S.I. Rapekta, A.A. Sletov, T.V. Malimon, A.A. Khlebnikov, M.N. Savelyeva, Mohamed Salem

Perm State Medical University named E.A. Wagner the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Perm, Russia

SUMMARY

Neumann's tumor, or congenital epulis, is an extremely rare benign neoplasm, most commonly localized in the alveolar process of the maxilla and detected at birth. **Objective:** to analyze the results of surgical treatment of congenital epulis in the neonatal period. **Materials and methods:** this paper presents an analysis of data collected during the clinical diagnosis of congenital epulis and the results of surgical treatment performed in the early postnatal period (2–5 days after birth) due to prolonged bleeding. Morphological manifestations of dysembryogenesis were diagnosed in the mucoperiosteal layer of the alveolar process of the maxilla in two cases and in the alveolar ridge of the mandible in one case. Postoperatively, all material was sent for pathological examination. **Results:** in two cases, the neoplasm was diagnosed by obstetricians immediately after birth. Their concern was prompted by ongoing oral bleeding, with no apparent cause related to labor. Given the newborn's agitation, the increasing risks associated with blood loss, and the inability to feed, consultants were called in. One newborn was diagnosed prenatally based on ultrasound screening at 37 weeks, revealing signs of a soft tissue mass in the left corner of the mouth. The final diagnosis was made after birth, based on intermittent oral bleeding. Given the risks of aspiration and anemia, radical excision of the mass was performed under general anesthesia using a Surgitron high-frequency radio wave scalpel (EMC High-Frequency Radio Wave Surgical Generator, Ellman USA) operating at 3.8 MHz, with immediate definitive hemostasis. The postoperative period was uneventful, and the patients were handed over to their mothers in satisfactory condition. **Conclusions:** early surgical intervention for ongoing bleeding from neoplasms in the oral cavity in newborns is an effective means of preventing predicted hemorrhagic complications, as well as a reliable method for their definitive cessation. The use of radio wave techniques facilitated definitive hemostasis, reduced the risk of aspiration, and the development of posthemorrhagic anemia. The absence of recorded postoperative complications, stable positive dynamics, and favorable clinical outcomes, with minimal rehabilitation time for newborns, indicate the feasibility of the presented algorithm.

KEYWORDS: congenital granular cell epulis, Neumann tumor, maxillofacial region; radio wave surgery.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflicts of interest.

Введение

Опухоль Неймана (врожденный зернистоклеточный эпюлис) относят к гамартомам – крайне редким образованиям мягких тканей полости рта с доброкачественным течением, возникающим вследствие дизэмбриогенеза [1]. Первое сообщение о данной патологии у новорожденного было представлено в 1871 г. в Германии профессором Кенигсбергского университета (ныне Калининград) Эрнстом Нейманом. Автором дано подробное описание опухоли локализованной в области верхней челюсти, гистологическая характеристика представлена клетками с зернистой цитоплазмой и зафиксировано ее успешное хирургическое лечение.

Этиология возникновения врожденного зернистого эпюлиса (опухоль Неймана) до конца не изучена и до настоящего времени остается предметом дискуссий. Опухоль развивается у плода в утробе матери и берет свое начало из производных мезенхимы. Ведущая роль в патогенезе заболевания отводится гормональной теории, предполагается, что развитие опухоли является результатом стимулирования опухолевых клеток женскими половыми гормонами (эстрогенами), которые в избытке поступают через плацентарный барьер [2]. Есть основания полагать, что главными аргументами в пользу «гормональной теории» выступают: – выраженный половой диморфизм и способность опухоли к спонтанной регрессии. Согласно данным литературы, частота встречаемости патологии у новорожденных девочек в 10 раз превышает аналогичный показатель у мальчиков. Описаны случаи спонтанной регрессии новообразования. Инволюцию опухоли связывают с прекращением гематогенного поступления материнских гормонов после рождения, а именно, после пересечения пуповины происходит купирование «питающего фактора» и последующая стагнация неопластического процесса.

Диагностируются опухоли пренатально (посредством УЗИ или МРТ плода), либо в раннем – неонатальном периоде [3]. Характерной особенностью является манифестная пролиферация опухоли в третьем триместре беременности, обусловленная пиковым уровнем эстрогенов в организме матери в этот период, именно с этим фактом связана скорость роста новообразования у плода и ее обнаружение после 34 недели внутриутробного развития [4].

Единый реестр статистических данных о встречаемости опухоли Неймана у новорожденных в доступной литературе отсутствует.

В отличие от тератом, имеющих зрелые (доброкачественные) и незрелые (злокачественные) формы, которые ассоциированы с другими врожденными пороками, требующие безотлагательного хирургического лечения с последующей верификацией, опухоль Неймана (врожденный эпюлис), отличается доброкачественным течением [5]. Данная патология редко сочетается с другими аномалиями развития, образования небольшого размера допускают выбор выжидательной тактики и динамического наблюдения.

Клинические проявления опухоли Неймана новорожденных разнообразны и зависят от размеров, ло-

кализации опухоли и могут приводить к нарушению витальных функций, затрудняя дыхание и прием пищи, вызывая расстройства функций ЖКТ при проглатывании крови. Излюбленной локализацией опухоли Неймана является слизистая альвеолярного отростка в проекции резцов или клыков. В области верхней челюсти регистрируют в 3 раза чаще, чем на нижней челюсти. Визуально, чаще имеют вид узловых образований на широком основании от нескольких миллиметров, до огромных размеров, реже в виде много узлового поражения [6].

Основными методами диагностики опухоли Неймана являются: экспертное УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием и компьютерная томография в III триместре беременности, позволяющие пренатально оценить локализацию и размеры образования [7 и 8]. Хирургическое удаление врожденных эпюлисов является основным методом, особенно образований большого размера [9, 10, 11, 12]. Крупные образования могут провоцировать явления асфиксии или респираторного дистресс-синдрома, вследствие механического препятствия для захвата груди или соски, что ведет к дефициту питания [13].

При малых размерах новообразования и отсутствии функциональных нарушений обоснована тактика динамического наблюдения. Авторами подчеркивается отсутствие рецидивов образования даже в случаях неполного удаления опухоли.

Представлено три клинических случая диагностированных у младенцев и прооперированных в возрасте от 2 до 5 дней с момента рождения.

Обзор клинических случаев

С 2023 по 2025 гг. в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клинической стоматологической больницы Пермского государственного медицинского университета имени Е.А. Вагнера (КСБ ПГМУ).

У двух пациентов опухоли локализовались в альвеолярном отростке верхней и одна в альвеолярном гребне нижней челюсти. Пациентка Ш., возраст 5 дней, доставлена в отделение из родильного дома в ноябре 2023 года с новообразованием в области альвеолярного гребня нижней челюсти слева, с признаками продолжающегося кровотечения, усиливающегося при механическом раздражении во время кормления грудью. Пациентка являлась третьим ребенком у матери, перенесшей четыре беременности, две из которых закончились родами путем кесарева сечения. Масса тела – 3300 г, рост – 53 см, питание – грудное вскармливание. Во время беременности в 37 недель проведено ультразвуковое исследование, выявлено объемное образование мягких тканей лица (рис. 1а).

Общее состояние пациентки при поступлении удовлетворительное, активна, клинически значимой неврологической патологии и иных проявлений заболеваний внутренних органов не обнаружено.

Кожные покровы лица физиологической окраски, чистые, признаки воспаления и повреждения отсутствуют. Ткани лица при пальпации мягкие, безболезненные. Ре-



а



б

Рисунок 1. а – объемное образование мягких тканей в проекции нижней трети лица выявлено при исследовании на 37 неделе по данным ультразвукового скрининга, б – внешний вид новорожденного, образование в проекции левого угла рта, неправильной формы, на широком основании, ножка фиксирована на слизистой альвеолярного гребня нижней челюсти

гионарные лимфатические узлы визуально и пальпаторно не определяются. Рот открывает свободно, до 2,5 см, болезненных ощущений не вызывает. На слизистой оболочке альвеолярного гребня нижней челюсти слева визуализировано округлое образование полигональной формы на широком основании. Размер образования 1,0×1,5×2,5 см, темно-бордового цвета, мягко-эластической консистенции, безболезненное, частично покрыто геморрагическим струпом (рис. 1 б). Выводные протоки слюнных желез без патологических изменений. Движения языка свободные, в полном объеме. Ткани ротоглотки без изменений. Зев не гиперемирован, положение челюстей физиологическое.

терапия (цефекон 50 мг дважды в сутки, ректально), антигистаминные препараты (фенистил 3 капли дважды в сутки). Общая продолжительность курса лечения составила пять дней. Послеоперационный период протекал без осложнений, ежедневно проводилась антисептическая обработка полости рта 0,05 % раствором хлоргексидина, аппликации с кератопластическими препаратами.

Гистологическое исследование образца (№ 1062 от 27.11.23): подтвердило врожденную природу опухоли. Опухолевидное образование представлено крупным клеткам с эозинофильной зернистой цитоплазмой с большим количеством тонкостенных сосудов, заключение: врожденный эпулис (рис. 3а).

Установлен предварительный диагноз: «(D10.0) Доброкачественное новообразование слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти слева». Под общей анестезией, радиоволновым высокочастотным скальпелем Surgitron, выполнены вертикально ориентированные разрезы длиной до 1,5 см каждый, окаймляющие образование с двух сторон (рис. 2а). Осуществлен тщательный гемостаз, рана обработана раствором хлоргексидина 0,05%, сшита узловыми швами, рассасывающейся синтетической нитью 4-0. Асептическая повязка. Макропрепарат направлен на патогистологическое исследование (рис. 2б, в). Профилактика болевого синдрома препаратом цефекон введенного ректально 50 мг.

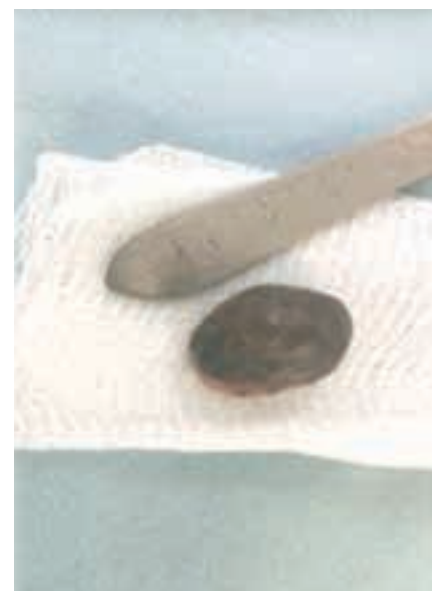
В послеоперационном периоде



а

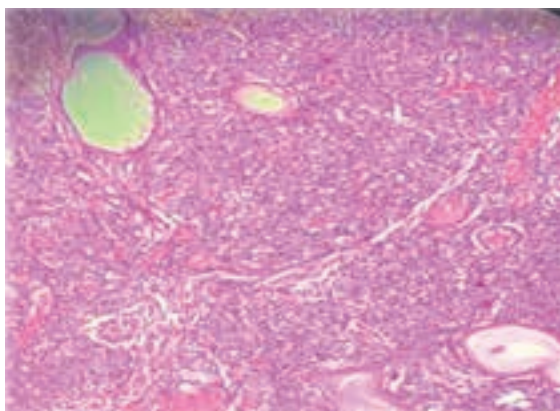


б



в

Рисунок 2. а – вид раны в полости рта (2 окаймляющих разреза, длиной до 1,5 см каждый), б – внешний вид новообразования, в – анализ размеров макропрепарата



а



б

Рисунок 3. а — гистологическая картина представлена крупными клетками с эозинофильной зернистой цитоплазмой с большим количеством тонкостенных сосудов, б — внешний вид рубца через месяц после оперативного лечения

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после проведенной операции. Через месяц после выписки зона вмешательства представлена наличием белого гладкого рубца, структура которого соответствовала срокам послеоперационного периода (рис. 3б).

В августе 2024 года зарегистрирован **второй клинический случай** опухоли Неймана у мальчика двухдневного возраста, в области альвеолярного отростка верхней челюсти, переведенного из родильного отделения в КСБ ПГМУ.

Ребенок от первой беременности, роды путем кесарева сечения в сроке 40,5 недель, родился с массой тела 3405 грамм и ростом 52 см. Отмечались осложнения беременности: перенашивание, индуцированное бесплодие, отрицательный резус фактор без титра антител (иммунизация), плацентарная недостаточность, токсикоз, веге-

тососудистая дистония, анемия легкой степени, дистресс плода, миопия I степени, экстренная лапаротомия. При рождении установлен диагноз Q07.9 – неутонченная врожденная челюстно-лицевая аномалия. Дополнительные факторы риски включали инфекционное поражение центральной нервной системы и риски гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору. С рождения отмечено наличие образования во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти.

Альвеолярный отросток верхней челюсти во фронтальном отделе имеет тенденцию к не сращению: по срединной линии альвеолярного отростка отмечается углубление костной ткани в виде желобка, которое прослеживается на всю его высоту, без нарушения целостности альвеолярного отростка.

Из костного желобка отмечается рост округлого образования, правильной формы, бледно-розового цвета диаметром до 1,8 см на узком основании, возвышающееся над поверхностью альвеолярного отростка. Образование при пальпации мягкотканное, безболезненное (рис. 4а). Слизистая оболочка вокруг образования в цвете не изменена. Признаки резорбции костной ткани отсутствуют. Соотношение челюстей физиологическое.

Операция проведена под общим обезболиванием с иссечением радиоволновым аппаратом Surgitron, образования двумя полукруглыми разрезами (рис. 4 б). Методика хирургического вмешательства, консервативного лечения аналогичны ранее представленному случаю (рис. 4 в).



а



б



в

Рисунок 4. а – внешний вид пациента с образованием во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти; б – внешний вид операционного поля после иссечения образования двумя сходящимися разрезами аппаратом «Surgitron», в— вид макропрепарата на разрезе

Проведено патогистологическое исследование. Результат гистологического исследования (№ 842 от 03.09.24) «пучки зрелой соединительной ткани с кровеносными сосудами, с включением жировых клеток, выстлан многослойным плоским эпителием». Заключение: врожденный эпюлис.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 5-е сутки после операции.

Третий клинический случай.

Младенец – девочка в возрасте 4-х дней госпитализирована в августе 2025 г., в КСБ ПГМУ с образованием в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева, осложнившимся кровотечениями.

Ребенок от 7 беременности, роды третьи, своевременные на сроке 38,5 недель. Ребенок родился с интранатальными изменениями пуповины, признаками внутриутробной патологии полости рта, сложным миотическим астигматизмом. Масса тела на момент рождения 3300 г, рост – 53 см. С рождения наблюдали постепенное увеличение образования в области альвеолярного отростка верхней челюсти, отмечали случаи самостоятельного кровотечения из образования после механических воздействий (рис. 5а). После выписки из родильного дома ребенок экстренно госпитализирован для оперативного лечения в отделение детской челюстно-лицевой хирургии.

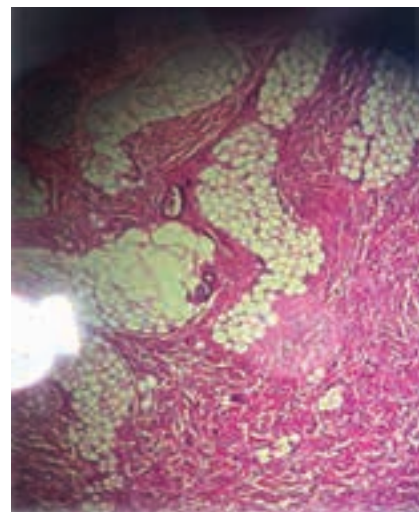
По данным осмотра: конфигурация лица не изменена. Альвеолярный отросток верхней челюсти во фронтальном отделе имеет тенденцию к не сращению: на альвеолярном отростке верхней челюсти во фронтальном отделе по средней линии определяется округлое новообразование на ножке с четкими ровными контурами и гладкой поверхностью, эластической консистенции, безболезненное, верхний полюс новообразования покрыт геморрагическим струпом. Отделяемого на момент осмотра нет, размеры образования 1,5×0,9×0,6 см, возвышается над поверхностью неизменной слизистой оболочки на 1,5 см. Выводные протоки слюнных желез без патологических изменений. Соотношение челюстей физиологическое. Предварительно установлен диагноз «(D10.0) Образование в области альвеолярного отростка верхней челюсти во фронтальном отделе».

Хирургическое вмешательство выполнено под ингаляционным масочным наркозом. Методом радиоволновой хирургии проведено удаление новообразования альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Раневая поверхность обработана 0,05% р-м хлоргексидина. Материал направлен на патогистологическое исследование. Введен цефекон 50 мг ректально.

Результат гистологического исследования (№ 760 от 15.08.25) подтвердил врожденный характер образова-



а



б

Рисунок 5. а – внешний вид пациента с образованием в области фронтального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти, отмечены признаки кровотечения из образования, б – гистологическая картина представлена опухолью солидного строения, образованной крупными клетками полигональной формы, с округлыми ядрами, эозинофильной зернистой цитоплазмой

ния. В доставленном материале: опухоль солидного строения, образована крупными клетками полигональной формы, с округлыми ядрами, эозинофильной зернистой цитоплазмой (рис. 5б). Заключение: врожденный зернистый эпюлис.

В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная терапия (цефекон 50 мг по 2 раза в день ректально в течение 5 дней, фенистил 3 капли по 2 раза в день в течение 5 дней). Послеоперационный период протекал без особенностей, ежедневно проводилась антисептическая обработка полости рта 0,05% раствором хлоргексидина, аппликации с кератопластическими препаратами.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после проведенной операции.

Обсуждение

Клинические случаи свидетельствуют о врожденном происхождении зернистых эпюлисов локализовавшихся на этапе диагностики в челюстно-лицевой области. Редкая патология, с еще более редким большим размером образований позволяет предполагать риск развития жизненно важных дисфункций – дыхания и питания. Наличие выраженного сосудистого компонента создает угрозу проффузных кровотечений, особенно опасных для детей первых дней жизни. Из представленных случаев, лишь у одного ребенка диагноз был установлен в III триместре внутриутробного периода, во время УЗИ-скрининга, у двух детей сразу после рождения. Локализация опухолей в двух случаях на альвеолярных отростках верхней и в одном – в области нижней челюсти, является классическим проявлением данных образований. Жалобы на эпизоды кровотечения, выявленные у пациентов, связаны с травмированием нежной капсулы опухоли при сосании. Данное обстоятельство и прогнозируемые риски, служат дополнительным аргументом в пользу ранней хирургии, а не выжидательной тактики.

Важным аспектом ведения этих пациентов является дифференциальная диагностика. Первичные клинические диагнозы были сформулированы как доброкачественное новообразование челюстей (D10.0). Окончательная верификация диагноза «врожденная зернистоклеточный эпюлис» актуализирована после гистологического исследования.

Выбор метода лечения – радикальное хирургическое иссечение в условиях общего обезболивания – является общепризнанным стандартом. Преимущества радиоволнового ножа в детской челюстно-лицевой хирургии очевидны: точный разрез с одномоментной коагуляцией мелких сосудов, минимальной кровопотерей у пациентов с малым объемом циркулирующей крови; минимальное повреждение здоровых тканей, оптимизирует процесс регенерации и эстетические показатели.

В аналогичных клинических ситуациях выжидательная тактика не всегда является целесообразной, так как сопряжена с высоким риском прогрессирования осложнений. При наличии объемных образований, осложненных рецидивирующим геморрагическим синдромом и дефицитом питания, вследствие невозможности инициации сосания, тактика активного хирургического вмешательства является патогенетически обоснованной и приоритетной.

Заключение

Врожденный зернистый эпюлис (опухоль Неймана) челюстно-лицевой области, относятся к редки патологическим процессам, вследствие чего недостаточно изучен, именно по этому требует повышенного внимания со стороны неонатологов, педиатров, детских челюстно-лицевых хирургов.

Размер образования является, доминирующим клиническим признаком в неонатальном периоде визуализации опухолевидного образования локализующегося в полости рта, особенно с эпизодами кровотечения. В рамках антенна-

льного скрининга высокоинформативным методом верификации патологии является ультразвуковое исследование. Его использование целесообразно в III триместре беременности, что позволяет своевременно диагностировать проблему и определить тактику после родоразрешения.

Список литературы / References

1. Vered, M. Congenital epulis: an update / M. Vered, A. Dobriyan, A. Buchner. // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. – 2009. – Vol. 107, iss. 2. – P. 232–239.
2. Fuhr, A.H. Congenital epulis of the newborn: Century of managed cases / A.H. Fuhr, P. H. Krogh // *Journal of Oral Surgery*. – 1972. – Vol. 30, no. 10. – P. 729–735.
3. Zhu, Y. From prenatal diagnosis to surgical treatment: two case reports of congenital granular cell epulis / Y. Zhu, X. Zhang, L. Chen [et al.] // *Pathology and Oncology Research*. – 2024. – Vol. 30. – Art. 1611736. – DOI: 10.3389/pore.2024.1611736.
4. Loyola, A.M. Congenital epulis: report of two cases and review of magnetic resonance imaging (MRI) findings / A.M. Loyola, A.F. Gatti, D.S. Pinto Jr., R.A. Mesquita. – // *Dentomaxillofacial Radiology*. – 2001. – Vol. 30, iss. 5. – P. 273–278. DOI: 10.1259/dmfr.30.5.300273
5. Тополянский О.З. Челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учебник / О.З. Тополянский, А.Ю. Васильев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 232 с. – ISBN 978-5-9704-5856-3
6. Topolnitsky O.Z. *Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery: textbook* / O.Z. Topolnitsky, A.Yu. Vasilyev. – Moscow: GEOTAR-Media, 2021. – 232 p. – ISBN 978-5-9704-5856-3.
7. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебное пособие / В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 206 с. – ISBN 978-5-9704-2617-3.
8. Zelensky V.A. *Pediatric Surgical Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery: a study guide* / V.A. Zelensky, F.S. Mukhoramov. – Moscow: GEOTAR-Media, 2013. – 206 p. – ISBN 978-5-9704-2617-3.
9. Кох Т.А., Смирнова С.В. Выявление пороков развития плода во втором триместре при проведении ультразвукового скринингового исследования. 2021. С. 1–2. Koh T.A., Smirnova S.V. Detection of fetal malformations in the second trimester during ultrasound screening. 2021. P. 1–2.
10. Козлова Т.Ю., Ионова С.Г., Зайцев С.Б. Пренатальная диагностика // Владивосток: ДГМУ. 2022. С. 138–140. Kozlova T.Yu., Ionova S.G., Zaitsev S.B. Prenatal diagnosis // Vladivostok: DSMU. 2022. P. 138–140.
11. Singh A. Congenital granular cell tumor: report of a case with literature review and differential diagnosis / A. Singh [et al.] // *Clinical Case Reports*. – 2022. – Vol. 10, iss. 11. – Art. e6545. – URL: onlinelibrary.wiley.com.
12. Kang, M.J. Congenital epulis in a newborn / M.J. Kang, S. H. Kang // *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. – 2022. – Vol. 48, no. 4. – P. 237–239. – DOI: 10.5125/jkaoms.2022.48.4.237.
13. Кузьмина Д.А. Клинический случай врожденного эпюписа у новорожденного / Д.А. Кузьмина, И.В. Березина, Н.В. Скрыль // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2018. – Т. 17, № 2 (65). – С. 48–51. – DOI: 10.25636/PMP.3.2018.2.9.
14. Kuzmina D.A., Berezina I.V., Skryl N.V. A clinical case of congenital epulis in a newborn // *Pediatric Dentistry and Dental Prophyllaxis*. – 2018. – Vol. 17, No. 2 (65). – P. 48–51. – DOI: 10.25636/PMP.3.2018.2.9.
15. Персин Л.С. Клинический случай врожденного зернистоклеточного эпюписа (опухоль Неймана) / Л.С. Персин, О.З. Тополянский, С.В. Дьякова, В.В. Рогинский, Н.С. Шора // *Стоматология*. – 2011. – Т. 90, № 5. – С. 60–62. Persin L.S., Topolnitskiy O.Z., Dyakova S.V., Roginskiy V.V., Shora N.S. A clinical case of congenital granular cell epulis (Neumann's tumor). *Stomatologiya*. 2011; 90(5): 60–62. (In Russ.)
16. Guidone P.C. Congenital granular cell epulis in a neonate: a case report and review of diagnosis, treatment, and prognosis / P.C. Guidone [et al.] // *Frontiers in Oral Health*. – 2025. – Vol. 6. – Art. 1548291. – URL DOI 10.3389/froh.2025.1548291.

Статья поступила / Received 20.02.2025

Получена после рецензирования / Revised 24.02.2026

Принята в печать / Accepted 21.03.2026

Информация об авторах

Рапекта Светлана Ивановна – к.м.н., заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: rapsvi@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9643-8473>

Слетов Александр Анатольевич – д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: sletov.aa@psma.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5183-9330>

Малимон Татьяна Владимировна – к.м.н., заведующий детским отделением, врач челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии
E-mail: docmalimon@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/009-0007-9274-4099>

Хлебников Александр Александрович – директор Клинического многопрофильного медицинского центра, главный врач клинической стоматологической больницы, врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации
E-mail: Hlebnikov.aa@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/009-0007-9274-4099>

Савельева Марина Николаевна – врач челюстно-лицевой хирург отделения детской челюстно-лицевой хирургии Клинической стоматологической больницы
E-mail: saveljeva.mn@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3674-776X>

Салем Мохамед Сабри Эльсайед Абоэльфетоух – ординатор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
E-mail: Mohammedsabryms1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3106-8078>

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия

Контактная информация:

Рапекта Светлана Ивановна. E-mail: rapsvi@mail.ru

Для цитирования: Рапекта С.И., Слетов А.А., Малимон Т.В., Хлебников А.А., Савельева М.Н., Салем Мохамед. Опухоль Неймана у новорожденных. Медицинский алфавит. 2026;(10):1–16. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-10-11-16>

Author information

Rapekta Svetlana Ivanovna – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
E-mail: rapsvi@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9643-8473>

Sletov Alexander Anatolyevich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Surgical Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery
E-mail: sletov.aa@psma.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5183-9330>

Malimon Tatyana Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Head of the Children's Department, Maxillofacial Surgeon at the Maxillofacial Surgery Department of the Clinical Dental Hospital
E-mail: docmalimon@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/009-0007-9274-4099>

Alexander Alexandrovich Hlebnikov – Director of the Clinical Multidisciplinary Medical Center, Chief Physician of the Clinical Dental Hospital, anesthesiologist-intensive Care Unit of the Department of Anesthesiology and Intensive Care
E-mail: Hlebnikov.aa@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/009-0007-9274-4099>

Saveljeva Marina Nikolaevna – Dentofacial Surgeon at the Department of Pediatric Dentofacial Surgery at the Clinical Dental Hospital
E-mail: saveljeva.mn@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3674-776X>

Salem Mohamed Sabri Elsayed Aboelfetouh – Resident of the Department of Surgical Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery
E-mail: Mohammedsabryms1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3106-8078>

Perm State Medical University named E.A. Wagner the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Perm, Russia

Contact information

Rapekta Svetlana Ivanovna. E-mail: rapsvi@mail.ru

For citation: Rapekta S.I., Sletov A.A., Malimon T.V., Hlebnikov A.A., Saveljeva M.N., Salem Mohamed Sabri Elsayed Aboelfetouh. The maxillofacial region in newborns. Medical alphabet. 2026;(10):1–16. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-10-11-16>

