

DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_2\_63

[М.В. Сотникова](#)<sup>1</sup>,

к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

[Е.В. Кузьмина](#)<sup>1</sup>,

к.м.н., доцент, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

[В.Н. Боровой](#)<sup>1,2</sup>,

к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; зав. отделением челюстно-лицевой хирургии

[П.А. Ковалькова](#)<sup>3</sup>,

врач-патологоанатом отделения клинической патологии

<sup>1</sup> СмолГМУ, 214019, Смоленск, Россия<sup>2</sup> Смоленская областная клиническая больница, 214018, Смоленск, Россия<sup>3</sup> Смоленский областной институт патологии, 214018, Смоленск, Россия

## Периферическая оссифицирующая фиброма или фиброзный эпюлис с оссификацией

**Реферат.** Представлен клинический случай редко встречающейся патологии — фиброзного эпюлиса с оссификацией у пациентки 72 лет. В области альвеолярного отростка верхней челюсти в центральном отделе определялось образование округлой формы размером 2×3 см, в толще которого при рентгенологическом и гистологическом исследовании была выявлена костная ткань. Лечение заключалось в удалении эпюлиса. Во время контрольного осмотра через 11 месяцев рецидива не наблюдалось. Эпюлисы — широко распространенные опухолеподобные поражения слизистой оболочки рта. Наиболее часто наблюдаются фиброзные эпюлисы. Несмотря на то что патология довольно подробно изучена, данные о возможных признаках оссификации фиброзного эпюлиса описаны крайне редко. **Обсуждение.** По данным литературы, фиброзный эпюлис с явлениями оссификации и периферическая оссифицирующая фиброма являются синонимами. Причем последняя формулировка встречается гораздо чаще. Однако этот термин в корне не верен, так как патология не имеет связи с оссифицирующей фибромой кости и вместе с тем не является фибромой. Представленное в статье образование обусловлено не опухолевым, а реактивным разрастанием тканей в ответ на раздражение, оно представляет собой именно эпюлис. **Заключение.** В случае выявления в толще фиброзного наддесневоего образования костного компонента следует ставить диагноз «фиброзный эпюлис с оссификацией».

**Ключевые слова:** фиброзный эпюлис, периферическая оссифицирующая фиброма, фиброзный эпюлис с оссификацией, оссифицирующая фиброма

### ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Сотникова М.В., Кузьмина Е.В., Боровой В.Н., Ковалькова П.А. Периферическая оссифицирующая фиброма или фиброзный эпюлис с оссификацией. — *Клиническая стоматология*. — 2022; 25 (2): 63—67. DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_2\_63

[M.V. Sotnikova](#)<sup>1</sup>,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Oral and maxillofacial surgery Department

[E.V. Kuzmina](#)<sup>1</sup>,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Oral and maxillofacial surgery Department

[V.N. Borovoy](#)<sup>1,2</sup>,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Oral and maxillofacial surgery Department; head of the Department of Oral and maxillofacial surgery

[P.A. Kovalkova](#)<sup>3</sup>,

pathologist

<sup>1</sup> Smolensk State Medical University, 214019, Smolensk, Russia<sup>2</sup> Smolensk Regional Clinical Hospital, 214018, Smolensk, Russia<sup>3</sup> Smolensk Regional Institute of Pathology, 214018, Smolensk, Russia

## Peripheral ossifying fibroma or fibrous epulis with ossification

**Abstract.** Clinical case of rare pathology — fibrous epulis with ossification in a 72-year-old patient is presented. A rounded formation 2×3 cm in size containing bone tissue was diagnosed in the central part of maxillary alveolar ridge, during x-ray and histology examinations. The treatment was to remove the epulis. During the follow-up examination in 11 months, no recurrence was observed. Epulis is a widespread tumor-like lesion of the oral mucosa. Fibrous epulis is the most common of them. Despite the fact that the pathology has been quite extensively studied, information about possible signs of ossification of fibrous epulis are extremely rarely described. **Discussion.** According to the literature, terms “fibrous epulis with ossification” and “peripheral ossifying fibroma” are synonymous. However, the second one is much more common. But fundamentally, this term is wrong, since this pathology has no connection with ossifying fibroma of the bone and, at the same time, is not fibroma. The formation presented in the article is not caused by tumor, it is reactive tissue growth in response to irritation, which is epulis. **Conclusion.** In case of ossification in fibrous supragingival neoplasm we should diagnose “fibrous epulis with ossification”.

**Key words:** fibrous epulis, peripheral ossifying fibroma, fibrous epulis with ossification, ossifying fibroma

### FOR CITATION:

Sotnikova M.V., Kuzmina E.V., Borovoy V.N., Kovalkova P.A. Peripheral ossifying fibroma or fibrous epulis with ossification. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2022; 25 (2): 63—67 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_2\_63

**ВВЕДЕНИЕ**

Эпулис — это наддесневое образование, относящееся к опухолеподобным поражениям. Эпулисы представляют собой реактивные разрастания тканей в ответ на хроническую травму или воспаление и не являются опухолью [1–3]. В полости рта эпулисы наблюдаются довольно часто: составляют 22,1% среди общего числа новообразований данной локализации [4]. Эпулис может иметь различное гистологическое строение. В полости рта наиболее распространены фиброзные эпулисы [1, 4, 5].

Очень редко в описании гистологической структуры фиброзного эпулиса встречаются данные о наличии признаков остеогенеза [1, 2, 5]. Как правило, такие особенности не упоминаются, поэтому наличие костной ткани в толще фиброзного эпулиса может вызвать недоумение у практического врача и растерянность при постановке диагноза. В отечественной литературе крайне редко можно встретить упоминание о том, что периферическая оссифицирующая фиброма — это синоним фиброзного эпулиса [1, 2, 5]. Сам термин «периферическая оссифицирующая фиброма» подвергается критике, поскольку это поражение не связано с оссифицирующей фибромой кости и не является фибромой [2]. Безусловно, такая путаница в терминологии представляет большие трудности для практического врача, который при необходимости не может найти сведения о диагностике заболевания и тактике лечения пациента.

Поэтому **цели публикации** — передача клинического опыта и привлечение внимания стоматологического сообщества к редко встречающейся патологии, трудностям, возникающим при постановке диагноза, выборе тактики лечения.



Рис. 1. Интраоральная рентгенограмма альвеолярного отростка верхней челюсти в центральном отделе  
[Fig. 1. X-ray of the alveolar ridge of the upper jaw in the central part]

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

В исследовании приняла участие пациентка с диагнозом K06.8 (другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края), согласившаяся на публикацию своего клинического случая.

Пациентка П., 72 года, обратилась с жалобами на образование в полости рта в центральном отделе верхней челюсти, травмирование его при приеме пищи. Со слов пациентки, образование появилось около 4 месяцев назад, постепенно увеличивалось. Начало его роста больная связывала с отломом коронок зубов 2.1 и 2.2. По мере увеличения образования периодически травмировала его при приеме пищи. Травма не сопровождалась выраженным кровотечением. После травмирования появлялись незначительные боли, которые затем проходили. Из сопутствующих заболеваний отмечала псориаз, гипертоническую болезнь. Наблюдалась у соответствующих специалистов по месту жительства.

При внешнем осмотре лицо симметрично, регионарные лимфатические узлы не увеличены. На коже лица и тыльной поверхности кистей определялись отдельные очаги гиперемии и шелушения в виде пятен неправильной формы размером 2×3 мм. В области волосистой части головы также наблюдалось шелушение. Кожа имела телесный цвет, ее тургор был снижен. Со стороны височно-нижнечелюстного сустава патологии не выявили.

В полости рта слизистая бледно-розового цвета, умеренно увлажненная, язык незначительно обложен белым налетом. В области альвеолярного отростка верхней челюсти в центральном отделе определялось образование округлой формы размером 2×3 см, расположенное на широком основании, малоподвижное, покрытое слизистой оболочкой бледно-розового цвета с отдельными участками гиперемии, слабо болезненное при пальпации, плотной консистенции. Ткани в основании образования не были инфильтрированы. При отведении образования мезиально определялся зуб 2.2, коронка которого была полностью разрушена, корень изменен в цвете, размягчен, частично располагался под десной. Патологических изменений по переходной складке в области образования не наблюдалось.

На интраоральной рентгенограмме альвеолярного отростка верхней челюсти в центральном отделе определялись корни зубов 2.1 и 2.2. В корневом канале зуба 2.1 визуализировались следы пломбирочного материала, деструкция костной ткани в периапикальной области отсутствовала. Канал корня зуба 2.2 был запломбирован до апикального отверстия, наблюдалось незначительное расширение периодонтальной щели. В области образования выявлена тень костной ткани с хорошо выраженным структурированным костным рисунком, который соответствовал губчатой кости. Перешеек, связывающий альвеолярный отросток верхней челюсти и образование, характерный для периферической остеомы, отсутствовал. Деструктивных изменений костной ткани

альвеолярного отростка верхней челюсти в этой области не наблюдалось (рис. 1).

Диагноз: «новообразование в области альвеолярного отростка верхней челюсти в центральном отделе».

Было принято решение о проведении эксцизионной биопсии образования и удалении корней зубов 2.2 и 2.1 в амбулаторных условиях в плановом порядке.

После двукратной обработки операционного поля раствором хлоргексидина под инфильтрационной анестезией образование было иссечено с помощью скальпеля. Корни зубов 2.1 и 2.2 удалены, поведен тщательный кюретаж. Ткани в области операционной раны диатермокоагулированы. На слизистую наложили сближающие швы кетгутотом (рис. 2–5). Операционный материал был направлен на патогистологическое исследование. Послеоперационный период протекал без особенностей (рис. 6, 7).

По результатам патогистологического исследования образование инкапсулировано, представлено фиброзной тканью с наличием клеток по типу фибробластов. Среди фиброзной ткани встречаются многочисленные костные балки, содержащие остеобласты. В мягких тканях по периферии наблюдается инфильтрация лимфоцитами, сегментоядерными лейкоцитами (рис. 8, 9).

На основании клинического обследования, рентгенологических данных и патогистологического исследования, а также проработки отечественной и зарубежной

литературы нами был поставлен диагноз: «фиброзный эпюлис с оссификацией».

Через 11 месяцев после удаления образования рецидива не наблюдалось.

## ОБСУЖДЕНИЕ

По данным литературы, фиброзный эпюлис с явлениями оссификации и периферическая оссифицирующая фиброма являются синонимами [1, 2, 5]. Причем последняя формулировка встречается гораздо чаще [3, 6–13]. Однако этот термин в корне не верен, так как поражение не имеет связи с оссифицирующей фибромой кости и вместе с тем не является фибромой [2].

Напомним, что фиброма — это истинная опухоль из зрелой фиброзной соединительной ткани. Оссифицирующая фиброма — это доброкачественная опухоль, клинически и рентгенологически идентичная моно-оссальной форме фиброзной дисплазии, отличается от последней четкими границами и наличием капсулы. Оссифицирующая фиброма располагается в челюстных костях и представляет собой плотное округлое образование, деформирующее челюсть. На рентгенограмме она представлена затемнениями неправильной формы, участками кальцификации в очагах деструкции костной ткани с ровными контурами. Лечение только хирургическое: радикальное удаление опухоли с частичной резекцией челюсти [14–16].



Рис. 2. Проведение инфильтрационной анестезии  
[Fig. 2. Applying infiltration anesthetic]



Рис. 4. Диатермокоагуляция тканей в области операционной раны  
[Fig. 4. Diathermocoagulation of surgical wound]



Рис. 6. Состояние через неделю после операции  
[Fig. 6. One week postoperative clinical follow-up]



Рис. 3. Удаление корней зубов 2.1 и 2.2, сглаживание альвеолярного отростка  
[Fig. 3. Extraction of the roots 2.1, 2.2, smoothing of the alveolar ridge]



Рис. 5. После удаления образования и наложения сближающих швов кетгутотом  
[Fig. 5. After tumor-like formation removal and application of coaptation sutures with catgut]



Рис. 7. Состояние через 2,5 недели после операции  
[Fig. 7. 2,5 weeks postoperative clinical follow-up]

DOI: 10.37988/1811-153X\_2022\_2\_66

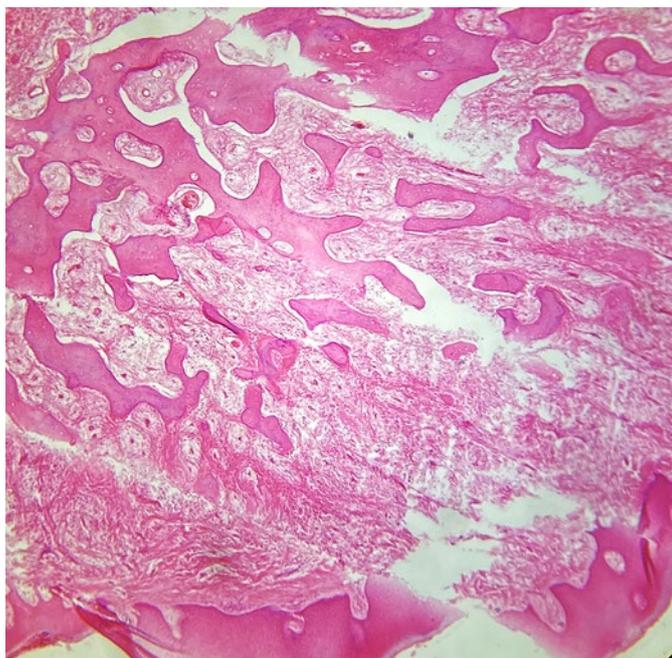


Рис. 8. Гистологический препарат: образование покрыто многослойным плоским ороговевающим эпителием, среди фиброзной ткани определяются многочисленные костные балки, расположенные регулярно (окраска гематоксилином и эозином, ув. 100)

[Fig. 8. Histological examination: Lesion is covered with stratified squamous keratinizing epithelium, numerous bone trabeculae regularly located are determined among the fibrous tissue (hematoxylin-eosin staining, 100x)]

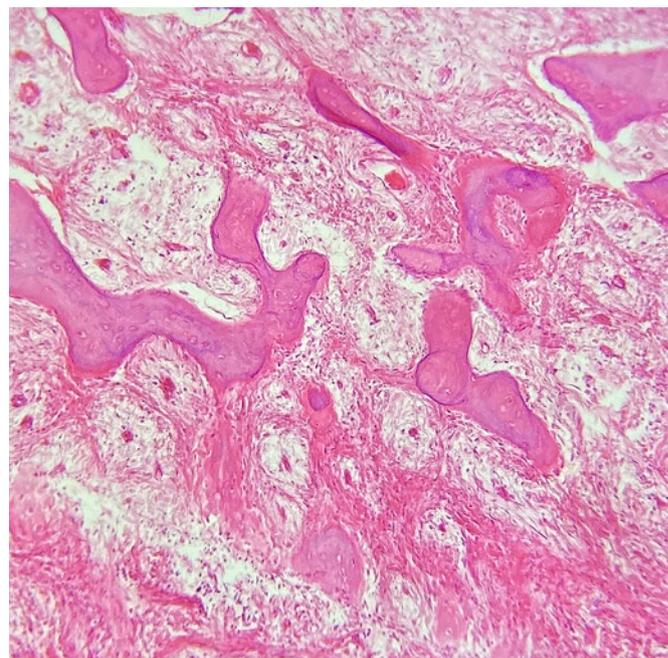


Рис. 9. Гистологический препарат: фиброзная ткань содержит фибробласты, в костных балках определяются остеобласты образования (окраска гематоксилином и эозином, ув. 400)

[Fig. 9. Histological examination: Fibrous tissue contains fibroblasts, osteoblasts are detected in bone trabeculae (hematoxylin-eosin staining, 400x)]

Периферическая оссифицирующая фиброма по сути своей является фиброзным эпulisом с признаками остеогенеза. Считается, что данное образование обусловлено не опухолевым, а реактивным ростом тканей в ответ на раздражение. Его патогенез до конца не изучен. Полагают, что костный компонент образуют клетки надкостницы или периодонтальной связки [2, 3–13].

Известно, что данная патология чаще наблюдается у подростков и у молодых людей, однако она может встречаться в любом возрасте. Чаще болеют женщины. Длительность заболевания составляет не менее нескольких месяцев [6–13].

Образование локализуется исключительно на десне, обычно исходит из межзубного сосочка. При этом чаще поражается верхняя челюсть в центральном отделе. Внешний вид образования не отличается от обычного фиброзного эпulisа. Большинство поражений имеют размер меньше 2 см, хотя иногда встречаются и более крупные [6–13].

Основной микроскопический рисунок оссифицированного фиброзного эпulisа представляет собой фиброзную пролиферацию, связанную с образованием минерализованного продукта. Тип минерализованного компонента различен и может состоять из кости, цементоподобного материала или дистрофических кальцинатов. Часто образуется комбинация тканей. Обычно кость трабекулярного типа, хотя образования с длительным анамнезом могут содержать зрелую пластинчатую кость [3].

Лечение фиброзного эпulisа с явлениями оссификации хирургическое: образование иссекают в пределах здоровой ткани до надкостницы с последующим проведением патогистологического исследования. Обязательным условием успешного лечения является устранение раздражающих факторов. Сообщается, что частота рецидивов варьирует от 8 до 16% [1–3, 6–12].

## ВЫВОДЫ

1. Фиброзный эпulis может содержать костную ткань или ткань, подобную цементу, дистрофические кальцинаты.
2. В случае выявления при рентгенологическом и гистологическом исследовании костного компонента в составе фиброзного наддесневого разрастания следует ставить диагноз «фибрoзный эпulis с оссификацией».
3. Лечение фиброзного эпulisа с оссификацией заключается в удалении образования в пределах здоровых тканей, а также в устранении источника раздражения тканей с обязательным гистологическим исследованием образования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Поступила: 06.03.2022

Принята в печать: 15.05.2022

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Received: 06.03.2022

Accepted: 15.05.2022

Л И Т Е Р А Т У Р А /  
R E F E R E N C E S :

1. Бурдина П.А., Тюрин А.Г. Эпулисы: современное состояние проблемы. — *Пародонтология*. — 2020; 25 (2): 163—170  
[Burdina P.A., Turin A.G. Epulises: current problem. — *Parodontologiya*. — 2020; 25 (2): 163—170 (In Russ.)].  
[eLibrary ID: 42820288](#)
2. Cawson R.A., Odell E.W., Porter Stephen R. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. — Churchill Livingstone, 2002. — Pp. 275—280.
3. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Chi A.C. Oral and maxillofacial pathology. — St. Louis: Elsevier, 2016. — Pp. 487—488.
4. Костина И.Н. Структура, локализация опухолевых и опухолеподобных заболеваний полости рта. — *Проблемы стоматологии*. — 2014; 4: 33—39  
[Kostina I.N. Structure, localization of tumor and tumorlike diseases of the oral cavity. — *Actual Problems in Dentistry*. — 2014; 4: 33—39 (In Russ.)]. [eLibrary ID: 21981192](#)
5. Costa P., Peditto M., Marciànò A., Barresi A., Oteri G. The "Epulis" dilemma. Considerations from provisional to final diagnosis. A systematic review. — *Oral (Italy)*. — 2021; 1: 224—235. [DOI: 10.3390/oral1030022](#)
6. Rallan M., Pathivada L., Rallan N.S., Grover N. Peripheral ossifying fibroma. — *BMJ Case Rep*. — 2013; 2013: bcr2013009010. [PMID: 23696140](#)
7. Poonacha K.S., Shigli A.L., Shirol D. Peripheral ossifying fibroma: A clinical report. — *Contemp Clin Dent*. — 2010; 1 (1): 54—6. [PMID: 22215935](#)
8. Marianoa R.C., Oliveirab M.R., Silvab A.C., Almeida O.P. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. — *Rev Esp Cir Oral Maxilofac (Brazil)*. — 2017; 39 (1): 28—49. [DOI: 10.1016/j.maxilo.2015.04.008](#)
9. Bhasin M., Bhasin V., Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. — *Case Rep Dent*. — 2013; 2013: 497234. [PMID: 23878748](#)
10. Shah C., Joshi S., Joshi C., Zope S. Peripheral ossifying fibroma — A case report. — *Journal of the Indian Dental Association (India)*. — 2011; 5 (9): 1002—1004. <https://www.researchgate.net/publication/215880837>
11. Mohiuddin K., Priya N.S., Ravindra S., Murthy S. Peripheral ossifying fibroma. — *J Indian Soc Periodontol*. — 2013; 17 (4): 507—9. [PMID: 24174733](#)
12. Agarwal P., Chug A., Kumar S., Jain K. Palatal peripheral ossifying fibroma: A rare occurrence. — *Int J Health Sci (Qassim)*. — 2019; 13 (4): 63—66. [PMID: 31341457](#)
13. Amitha H.A., Panchakshari Prasanna B.K., Akshatha B.S., Kiran Y.C., Patel S.S. Case report — Peripheral ossifying fibroma with congenital heart disease. — *Acta Scientific Dental Sciences (India)*. — 2019; 3 (11): 73—76. [DOI: 10.31080/ASDS.2019.03.0678](#)
14. Тригонос Н.Н., Фирсова И.В., Поройская А.В., Македонова Ю.А. Фиброзные поражения челюстей. — *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2015; 3 (47): 21—24  
[Trigolos N.N., Firsova I.V., Poroyanskaya A.V., Makedonova Yu.A. Fibrotic lesions of the jaws. — *Volgograd Scientific and Medical Journal*. — 2015; 3 (47): 21—24 (In Russ.)]. [eLibrary ID: 25001874](#)
15. Свиридов Е.Г., Кадыкова А.И., Редько Н.А., Дробышев А.Ю., Деев Р.В. Генетическая гетерогенность опухолеподобных поражений костей челюстно-лицевой области. — *Гены и Клетки*. — 2019; 1: 49—54  
[Sviridov E.G., Kadykova A.I., Redko N.A., Drobyshev A.Yu., Deev R.V. Genetic heterogeneity of tumourlike lesions of bones in maxillofacial area. — *Genes and Cells*. — 2019; 1: 49—54 (In Russ.)]. [eLibrary ID: 39695988](#)
16. Рогожин Д.В., Бертони Ф., Ванэль Д., Гамбаротти М., Риги А., Булычева И.В., Коновалов Д.М., Талалаев А.Г., Рошин В.Ю., Болотин М.В., Лопатин А.В. Доброкачественные фиброзно-костные поражения краниофациальной зоны у детей и подростков: анализ 28 случаев. — *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*. — 2014; 3—4: 65—73  
[Rogozhin D.V., Bertoni F., Vanel D., Gambarotti M., Rigi A., Bulicheva I.V., Konovalov D.M., Talalaev A.G., Roschin V.U., Bolotin M.V., Lopatin A.V. Benign fibrous lesions of craniofacial area in children and adolescents. Evaluation of 28 cases. — *Bone and soft tissue sarcomas and tumors of the skin*. — 2014; 3—4: 65—73 (In Russ.)]. [eLibrary ID: 23137132](#)