

© CC BY Коллектив авторов, 2023
УДК 616.31-006.326.019.941
DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-5-59-67

ЛИПОМЫ ПОЛОСТИ РТА

А. В. Лысенко, А. И. Яременко, Е. А. Иванова, Е. А. Верещагина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 14.11.2023 г.; принята к печати 05.02.2024 г.

ВВЕДЕНИЕ. Липомы – это доброкачественные мезенхимальные опухоли, состоящие из зрелых адипоцитов. Они классифицируются в соответствии с их гистологической картиной, локализацией в полости рта и типу тканей, вовлеченных в патологический процесс.

ЦЕЛЬ. Представить клинический случай и проанализировать статьи, включающие в себя случаи внутриротовых липом.
МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Был проведен поиск в базе данных PubMed за последние 86 лет (1937–2023) с ключевыми словами «oral lipoma» или «tongue lipoma».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Было рассмотрено 60 статей с 77 выявленными случаями внутриротовых липом. Наибольшее число публикаций были представлены США ($n=10$, 16,39 %) и Индией ($n=10$, 16,39 %). Выяснилось, что средний возраст пациентов составил 51,38 год ($51,38 \pm 15,57$); и большинство из липом возникло в возрасте, превышающем 50 лет. Липомы в основном локализируются на слизистой оболочке щеки ($n=24$, 31,17 %), затем на языке ($n=17$, 22,8 %) и в других местах ротовой полости. Наиболее распространенной гистологической картиной были липомы веретенообразных клеток ($n=13$, 27,66 %), за которыми следовали фибролипомы ($n=8$, 17,02 %) и остальные типы.

ВЫВОДЫ. Липомы являются относительно редкими новообразованиями полости рта. Хроническая травматизация слизистой оболочки полости рта является predisposing фактором развития липомы. Рекомендуется проведение профилактических осмотров раз в полгода при наличии у пациента ортопедических конструкций. Любое образование, удаленное из полости рта, подлежит гистологической верификации.

Ключевые слова: липома языка, липома, липома полости рта, полость рта

Для цитирования: Лысенко А. В., Яременко А. И., Иванова Е. А., Верещагина Е. А. Липомы полости рта. Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2023;182(5):59–67. DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-5-59-67.

* **Автор для связи:** Анна Валерьевна Лысенко, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: lysenko.anna@mail.ru.

LIPOMAS OF THE ORAL CAVITY

Anna V. Lysenko, Andrey I. Yaremenko, Elizaveta A. Ivanova, Elizaveta A. Vereshchagina

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

Received 14.11.2023; accepted 05.02.2024

INTRODUCTION. Lipomas are benign mesenchymal tumors consisting of mature adipocytes. They are classified according to their histological picture, localization in the oral cavity and the type of tissues involved in the pathological process. The **OBJECTIVE** was to present the clinical case and literature review.

MATERIALS AND METHODS. We conducted the search in the PubMed database for the last 86 years (1937–2023) with keywords «oral lipoma» or «tongue lipoma».

RESULTS. We reviewed 60 articles with 77 identified lipomas. The most publications were represented by the USA ($n=10$, 16.39%) and India ($n=10$, 16.39%). We found out that the average age was 51.38 years (51.38 ± 15.57); and most of them occurred over 50 years old. Lipomas are mainly localized on the mucous membrane of the cheek ($n=24$, 31.17%), then on the tongue ($n=17$, 22.8%) and in other places. The most common histological picture was spindle cell lipomas ($n=13$, 27.66%), followed by fibrolipomas ($n=8$, 17.02%) and other types.

CONCLUSIONS. Lipomas are relatively rare neoplasms of the oral cavity. Chronic traumatization of the oral mucosa is the predisposing factor for lipoma development. Preventive examinations every six months is recommended, if a patient has dental constructions. Any formation removed from the oral cavity is subjected to histological verification.

Keywords: lipoma of the tongue, lipoma, lipoma of the oral cavity, oral cavity

For citation: Lysenko A. V., Yaremenko A. I., Ivanova E. A., Vereshchagina E. A. Lipomas of the oral cavity. Grekov's Bulletin of Surgery. 2023;182(5):59–67. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2023-182-5-59-67.

* **Corresponding author:** Anna V. Lysenko, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: lysenko.anna@mail.ru.

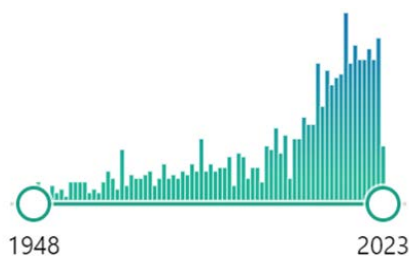


Рис. 1. Количество публикаций по ключевому слову «oral lipoma» в разные годы (фотография с официального сайта базы данных PubMed)

Fig. 1. The number of publications on the keyword «oral lipoma» in different years. (photo from the official website of the PubMed database)

Введение. Липома – часто встречающееся доброкачественное новообразование мезенхимального происхождения, составляющее около 50 % всех новообразований мягких тканей. Данные новообразования являются наиболее распространенным на туловище и проксимальных участках конечностей [1], из них 15 % всех липом возникают в области головы и шеи [2]. И только в 0,5–1 % случаев от всех новообразований ротовой полости липома встречается в полости рта [3]. Из всех новообразований языка липомы языка встречаются в 0,3 % случаев [4].

Обзор литературы за последние 86 лет (1937–2023) в базе данных PubMed был выполнен с использованием ключевых слов «oral lipoma» или «tongue lipoma». Критерии отбора включали в себя обзоры литературы, серии случаев и отчеты о случаях на людях на английском языке. В рассмотренных статьях конкретно анализируются год публикации, страны, количество случаев, пол (при наличии), возраст (при наличии), локализация (при наличии) и гистологическая картина (при наличии).

Было найдено и проанализировано 60 статей, включавших в общей сложности 77 случаев внутриротовых липом. В табл. 1 обобщены наиболее значимые данные, полученные из каждой статьи. Наибольшее количество публикаций на данную тему представили авторы из Индии (n=10, 16,39 %), США (n=10, 16,39 %), Бразилии (n=7, 11,48 %) и Италии (n=6, 9,84 %) (табл. 2). Что касается распределения по полу, то 35 случаев были выявлены у женщин (43,75 %), 45 – у мужчин (56,25 %). Было установлено, что средний возраст составил 51,38 (15,57) года; и примечательно, что большинство поражений произошло у пациентов на пятом и более десятилетиях жизни. Наиболее распространенной областью возникновения липом была слизистая оболочка щеки (n=24, 31,17 %), за которой следовали язык (n=17, 22,8 %), преддверие полости рта (n=9, 11,69 %), дно полости рта (n=8, 10,39 %), губы (n=7, 9,09 %), десна (n=4, 5,19 %), твердое небо (n=3, 3,9 %), мягкое небо (n=2, 2,6 %), ретромолярная область (n=2, 2,6 %) и подбородочная область (n=1, 1,3 %) (табл. 3). Что касается гистологического типа, то наиболее распространенной картиной были липомы веретеннообразных клеток (n=13, 27,66 %), фибролипомы (n=8, 17,02 %), истинные липомы (n=8, 17,02 %), плеоморфные липомы (n=4, 8,51 %), инфильтрирующие липомы (n=4, 8,51 %), остеоллипомы (n=3, 6,38 %), хондроллипомы (n=2, 4,26 %), миксолипомы (n=2, 4,26 %), ангиоллипомы (n=1, 2,13 %), липофибромы (n=1, 2,13 %) и липомы малой слюнной железы (n=1, 2,13 %).

Основываясь на результатах, полученных с помощью базы данных PubMed, можно увидеть, что заинтересованность данной темой постепенно растет, так как количество публикаций в последние годы заметно увеличивается.

Основываясь на полученных статистических данных, можно сделать вывод, что наиболее часто встречающейся лока-

лизацией внутриротовой липомы является слизистая щеки, а наиболее распространенной гистологической картиной – липома веретеннообразных клеток.

В данной работе представлен клинический случай липомы боковой поверхности языка.

Клинический случай. В отделение хирургической стоматологии и амбулаторной челюстно-лицевой хирургии клиники НИИ челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова обратилась пациентка Т., 69 лет, с жалобами на дискомфорт во рту слева в покое и при приеме пищи, разговоре. При сборе анамнеза пациентка отметила, что дискомфорт беспокоит в проекции несъемного протеза на боковой поверхности языка в течение длительного времени. Пациентка произвела самостоятельный осмотр полости рта, при котором обнаружила припухлость на левой боковой поверхности языка. Дискомфорт появился через несколько месяцев после протезирования. Внутриротовое обследование выявило припухлость размером около 0,8×0,5 см в диаметре на левой боковой поверхности языка, округлой формы, умеренной плотности, не смещающаяся при пальпации. Дополнительные методы обследования не применялись. Под местной инфильтрационной анестезией раствором Убистезина Форте 1,7 мл было произведено два окаймляющих образование разреза в области боковой поверхности языка слева. Обнаружено округлое инкапсулированное желтого цвета образование, по структуре напоминающее жировую ткань. Образование поэтапно выделено до мышечного слоя языка, мобилизовано и удалено, отправлено на гистопатологическое исследование. По результатам гистопатологического исследования было диагностировано субэпителиальное доброкачественное новообразование. Под фрагментом слизистой оболочки языка 0,8×0,5 см определяется подлежащее округлое образование с четким контуром, в тонкой фиброзной капсуле, мягко-эластической консистенции, желтого цвета, размером 1,3×0,8×0,5 см, состоящее, в основном, из зрелых жировых клеток, расположенных в виде дольки.

Обсуждение. По данным различных авторов выделяют следующие классификации липом: по типам тканей, которые вовлекаются в патологический процесс, по точкам локализации уплотнения, по гистологическому строению [5–7].

Липома состоит из хорошо инкапсулированных зрелых адипоцитов разного размера с ядром в форме печатки. Гистологически они могут быть классифицированы как простые, или истинные липомы, и сложные, такие как фибролипомы, липомы веретеннообразных клеток, внутримышечные или инфильтрирующие липомы, ангиоллипомы, плеоморфные липомы, миксоидные липомы и атипичные липомы. Это гистологическое разнообразие не влияет на общее клиническое течение липомы [1].

В зависимости от преобладания жировой или фиброзной ткани можно выделить липофибром или фибролипому. При обнаружении в липоме обильного количества кровеносных сосудов ее называют ангиолипомой, эпителиальной ткани – миксолипомой, гладких мышечных волокон – миолипомой. Интрамуральная (инфильтрирующая) липома располагается в толще мышц и не имеет четких границ [8].

Известно, что липомы в полости рта обычно развиваются из подслизистой основы [9]. Это может быть обусловлено ее специфическим гистологическим строением: она состоит из рыхлой волокнистой соединительной ткани, включающей в себя дольки жировой ткани, крупные кровеносные сосуды, нервные и сосудистые сплетения, концевые отделы слюнных желез. Толщина этого слоя варьирует в различных локализациях полости рта [10].

Внутриротовые липомы могут возникать в различных локализациях полости рта. По данным испанских авторов S. Egidio-Moreno, A.-B. Lozano-Porras, S. Mishra et al. (2016),

Таблица 1

Статьи, рассмотренные с учетом их наиболее значимых данных

Table 1

Articles reviewed taking into account their most significant data

Год публикации	Авторы	Страна	Основная локализация	Гистологическая картина	Возраст	Пол
1937	F. Smith	США	Язык	Истинная липома	56	ж
1949	J. H. Quinn	США	Преддверие полости рта	–	41	–
1956	W. R. Dixon, J. Ziskind	США	Слизистая щеки	–	58	м
1959	H. E. Simpson	Великобритания	Слизистая щеки (4), губа (2), дно полости рта (1)	–	–	–
1960	A. Bergenholtz, H. Thilander	Швеция	Преддверие полости рта	–	49	м
1967	A. K. Panders, L. A. Scherpenisse	Нидерланды	Дно полости рта, слизистая щеки	Истинная липома	–	–
1971	J. C. Hatziotis	Греция	Слизистая щеки	–	60	м
1975	J. Gutmann, C. Cifuentes, R. Vicuca, V. Sobarzo, M. A. Balzarini	Чили	Твердое небо	Ангиомиолипома	39	м
1979	C. Lekkas, R. van Hoof	Нидерланды	Язык	Липофиброма	27	ж
1983	K. M. Coghlan	Великобритания	Язык	–	64	ж
1984	S. Y. Chen, J. E. Fantasia, A. S. Miller	США	Язык (2), слизистая щеки (2)	Миксолипома	–	–
1989	F. E. Levy, G. S. Goding Jr	США	Дно полости рта	Липома веретенообразных клеток	74	ж
1989	P. Christopoulos, O. Nicolatou, A. Patrikiou	Греция	Твердое небо	Липома веретенообразных клеток	58	ж
1992	N. Fujimura, S. Enomoto	Япония	Язык	Хондрилипома с миксоидными изменениями	56	м
1995	D. M. Roles	Великобритания	Язык	–	58	м
1995	S. P. Khoo, C. B. Lian	Малайзия	Слизистая щеки и губа	Липома веретенообразных клеток	23	м
1999	A. Piattelli, M. Fioroni, C. Rubini	Италия	Слизистая щеки	Липома веретенообразных клеток	75	м
2000	M. U. Akyol, A. Ozdek, C. Sökmensüer	Турция	Язык	–	64	ж
2000	R. C. Mahabir, J. A. Mohammad, D. J. Courtemanche	Канада	Мягкое небо	–	–	м
2000	A. Piattelli, M. Fioroni, C. Rubini	Италия	Слизистая щеки	Инфильтрирующая липома	45	м
2001	S. Nicholas Agoff, Andrew L. Folpe, Verena S. Grieco, Rochelle L. Garcia	США	Преддверие полости рта	Липома веретенообразных клеток	61	ж
2001	A. Piattelli, M. Fioroni, G. Iezzi, C. Rubini	Италия	Язык	Остеолипома	49	ж
2002	Mark Darling, Ivor Thompson, Johann Schneider	Южная Африка	Десна	Липома веретенообразных клеток	69	м
2004	L.-P. Zhong, S.-F. Zhao, G.-F. Chen, F.-Y. Ping	Китай	Дно полости рта (2), губа (1)	–	21–72	16 м, 6 ж
2006	S. D. Billings, J. D. Henley, D.-J. Summerlin, S. Vakili, C. E. Tomich	США	Язык (4), слизистая щеки (1), дно полости рта (1), губа (1)	Липома веретенообразных клеток	31–88	3 м, 4 ж
2006	V. Perrotti, C. Rubini, M. Fioroni, G. Iezzi	Италия	Десна, преддверие полости рта	Плеоморфная липома	59	м

Продолжение табл. 1
Continuation of Table 1

Год публикации	Авторы	Страна	Основная локализация	Гистологическая картина	Возраст	Пол
2007	M. C. Bandéca, J. M. de Pádua, M. R. Nadalin, J. E. Vieira Ozyrio, Y. T. Corrika Silva-Sousa, D. E. da Cruz Perez	Бразилия	Слизистая щеки	Истинная липома, фибролипому, инфильтрирующая липома	–	–
2008	J. K. Brooks, M. A. Scheper, K. G. Schwartz, N. G. Nikitakis	США	Слизистая щеки (2), преддверие полости рта (1)	–	–	–
2009	G. Vecchio, P. Amico, R. Caltabiano, G. Colella, S. Lanzafame, G. Magro	Италия	Слизистая щеки	Липома веретенообразных клеток/плеоморфная липома	52	м
2010	A.-L. de Castro, E.-V.-F.-Lima de Castro, R.-C. Felipini, A.-C.-P. Ribeiro, A.-M.-P. Soubhia	Бразилия	Слизистая щеки	Остеолипому	47	ж
2011	E. Manor, N. Sion-Vardy, B. Z. Joshua, L. Bodner	Израиль	Слизистая щеки (31), язык (10), губа (6), дно полости рта (6), преддверие рта (5)	Истинная липома (28), фибролипому (19), инфильтрирующая липома (4), липома малой слюнной железы (2), ангиолипому (2), липома веретенообразных клеток (3)	–	–
2012	P. Chandrashekhar, M. Jose, M. Dadhich, L. Chatra, V. Holla	Индия	Слизистая щеки	Липома веретенообразных клеток	58	м
2013	R. Agarwal, V. Kumar, A. Kaushal, R. K. Singh	Индия	Преддверие полости рта, слизистая щеки	Фибролипому	27, 35	ж
2014	M. Villarroel Dorrego, Y. Papp, M. J. Shelley, A. W. Barrett	Венесуэла	Язык	Хондроллипому	60, 43	ж, м
2014	T. Pereira, S. Shetty, S. Sapdhare, A. Tamgadage	Индия	Десна	Фибролипому	35	ж
2015	Ermelindo Tavares	Португалия	Слизистая щеки	–	57	ж
2015	B.-Gi Park, D.-Ju Choi, Jun-Woo Park, Jong-Sik Kim	Южная Корея	Преддверие полости рта	–	56	ж
2015	S. K. Lau, J. A. Bishop, L. D. R. Thompson	США	Язык	Липома веретенообразных клеток	–	–
2015	F. Jaeger, H. M. Capistrano, W. Henriques de Castro, P. C. Caldeira, M. A. V. do Carmo, R. Alves de Mesquita, M. C. Ferreira de Aguiar	Бразилия	Твердое небо	Липома веретенообразных клеток	56	м
2015	V. Raghunath, B. S. Manjunatha	Индия, Саудовская Аравия	Дно полости рта	Остеолипому	20	ж
2015	H. P. Lin, C. J. Liu, C. P. Chiang	Тайвань	Язык	Липома веретенообразных клеток	63	ж
2016	J. B. Ponce, G. Z. Ferreira, P. S. da Silva Santos, V. S. Lara	Бразилия	Слизистая щеки	–	29	м
2016	S. L. Lu, J. J. Zheng, H. Wu, T. Li, G. Dong, Y. L. Wang, P. S. Yang	Китай	Язык	Истинная липома	78	м
2016	M. Mehendiratta, K. Jain, M. Kumra, B. Sh. Manjunatha	Индия, Саудовская Аравия	Преддверие полости рта	–	60	м
2017	G. D. S. Trento, G. D. S. Stringhini, N. L. B. Rebellato, R. Scariot	Бразилия	Слизистая щеки	Фибролипому	43	м
2017	K. Ranganathan, S. A. Mathew, N. S. Sreena, N. Lavanya	Индия	Слизистая щеки	Плеоморфная липома без жировой ткани	24	ж

Окончание табл. 1

End of Table 1

Год публикации	Авторы	Страна	Основная локализация	Гистологическая картина	Возраст	Пол
2017	T. G. Aita, J. P. Bonardi, G. A. Vitti Stabile, C. L. Pereira-Stabile, L. P. Faverani, E. Hochuli-Vieira	Бразилия	Губа	—	75	ж
2017	A. N. Devi, M. B. Sowbhagya, P. Balaji, T. S. Mahesh Kumar	Индия	Ретромолярный треугольник	Фибролипома	50	ж
2018	R. G. Phulari, V. Soni, Trupti Pramod Talegaon, Gaurav Bakutra	Индия	Ретромандибулярный треугольник, десна	Фибролипома	16, 60	ж, м
2019	I. Zakir, S. U. Zaman, S. Akhtar, P. Kulloo	Пакистан, Великобритания	Дно полости рта	—	65	ж
2020	S. H. Hur, J. S. Lim, S. G. Choi, J. Y. Kang, J. H. Jung, E. Y. Lee	Южная Корея	Язык	Инфильтрирующая липома	65	м
2020	B. R. Varma, K. S. Kumar, R. S. Verghese, M. Janardhanan	Индия	Язык	—	56	ж
2020	C. M. De Sanctis, F. Zara, G. L. Sfasciotti	Италия	Слизистая щеки	—	46	м
2021	D. Augustine, R. S. Rao, V. Thiritha	Индия	Слизистая щеки	Истинная липома	57	м
2021	K. Gibson, M. B. Swaid, C. Metz	США	Дно полости рта	Истинная липома	60	м
2021	W. N. W. A. Kamil, M. Zainal, A. F. Omar, T. I. B. T. Jamaluddin, M. S. Ahmad	Малайзия	Слизистая щеки	Истинная липома	68	м
2021	J. L. S. Cunha, S. Tomo, C. P. Mota, I. J. Correia Neto, S. F. de Sousa, J. E. León, R. L. C. Albuquerque-Júnior	Бразилия	Слизистая щеки	Плеоморфная липома без жировой ткани	48	ж
2022	Y. Azzouz, S. Abidi, F. Z. Zidane, S. Chbicheb	Марокко	Подбородочная область	—	60	ж
2022	S. Mansoor, N. Yaqoob, A. Haneef, S. Sham, A. A. Arain	Пакистан	Язык	Фибролипома	18	ж

наиболее частыми из них являются слизистая оболочка щеки (37,9 %), язык (24,2 %), губа (10,5 %), небо (7,4 %), дно полости рта (7,4 %), преддверие полости рта (6,3 %), ретромолярная область (4,2 %) и десна (2,1 %) [11]. В Бразилии было проведено исследование, в котором E. C. Studart-Soares et al. (2010) рассмотрели 450 случаев внутриротовых липом и обнаружили, что наиболее распространенным местом была слизистая оболочка щеки (n=174; 38,7 %), за которой следовали преддверие полости рта (n=35; 7,8 %), ретромолярная область (n=21; 4,7 %) и другие локализации (n=220; 48,8 %). В то же время они не обнаружили существенной корреляции между наличием данного новообразования и полом: 256 испытуемых были мужчинами (52,2 %) и 234 – женщинами (47,8 %) [12]. В исследовании, проведенном Y. Taiga et al. (2012) в Японии, было проанализировано 207 случаев данной патологии, и выяснилось, что слизистая оболочка щеки была наиболее распространенным участком (n=84, 40,6 %), за ней следовали язык (n=37, 17,9 %), губа (n=26, 12,6 %) и другие области (n=60, 28,9 %), и также обнаружили, что существенных различий в распределении по полу нет [13].

Выделяют предрасполагающие факторы, которые могут спровоцировать образование липом. Среди наиболее распространенных: генетические факторы, наследственная предрасположенность; нарушение обменных процессов в

организме и жировых тканях; недостаточный уровень личной гигиены; нарушения в работе щитовидной и поджелудочной железы; иммунодефицитные состояния; зависимость от алкоголя, табака, наркотических веществ; неправильное питание; ожирение, избыток жировой клетчатки; травмы, повреждения; сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок [5–7].

Липома может оставаться неизменной долгое время или очень медленно расти, вследствие чего длительно не диагностируется. При хронической травматизации липома может приобретать характер злокачественного новообразования с инфильтрацией соседних тканей [8]. Такая вероятность особенно высока для людей, которые входят в соответствующие группы риска: имеют предраковые заболевания, имеют в анамнезе онкологические заболевания, наследственную предрасположенность к ним, находятся под постоянным влиянием канцерогенов, радиации и других повреждающих факторов [5–7].

Наиболее частой причиной возникновения липом полости рта рассматривают хроническую травматизацию слизистой оболочки. Травмирующим фактором могут быть острые края зубов, некачественно изготовленные или с истекшим сроком годности ортопедические конструкции, зубы, расположенные вне альвеолярной дуги, вредные привычки (прикусывание слизистой оболочки) и др. Клиническая картина и течение

Таблица 2

Страны, представившие публикации

Table 2

Countries that presented publications

Страна	Количество публикаций	%
Пакистан	2	3,28
Великобритания	4	6,56
Индия	10	16,39
США	10	16,39
Швеция	1	1,64
Нидерланды	2	3,28
Греция	2	3,28
Чили	1	1,64
Япония	1	1,64
Малайзия	2	3,28
Италия	6	9,84
Турция	1	1,64
Южная Африка	1	1,64
Китай	2	3,28
Бразилия	7	11,48
Израиль	1	1,64
Венесуэла	1	1,64
Португалия	1	1,64
Южная Корея	2	3,28
Саудовская Аравия	2	3,28
Тайвань	1	1,64
Марокко	1	1,64

Таблица 3

Локализации новообразований

Table 3

Localizations of neoplasms

Локализация	Количество случаев	%
Язык	17	22,08
Слизистая щеки	24	31,17
Дно полости рта	8	10,39
Губа	7	9,09
Твердое небо	3	3,90
Мягкое небо	2	2,60
Десна	4	5,19
Ретромолярная область	2	2,60
Подбородочная область	1	1,30
Преддверие полости рта	9	11,69

процесса развития новообразования во многом зависят от локализации повреждения (наличие или отсутствие подслизистой основы), возраста больного, наличия инфекционного агента, силы и длительности воздействия раздражающего фактора. Повреждения слизистой оболочки под воздействием хронических раздражителей чаще наблюдаются у пожилых людей. Этому способствуют понижение тургора слизистой оболочки, снижение высоты прикуса вследствие истирания твердых тканей зубов; потеря, смещение зубов. У пожилых людей про-

цесс регенерации замедлен, что является причиной медленного заживления поврежденной слизистой оболочки [14].

M. Signorini и G. L. Campiglio предположили, что в результате травмы происходит дифференцировка мезенхимальных предшественников (преадипоцитов) в зрелые адипоциты, и рассмотрели это в качестве возможной этиологии посттравматических липом. Многие причины, такие как местные или системные факторы роста, медиаторы воспаления или продукты распада гематомы или жирового некроза, могут спровоци-

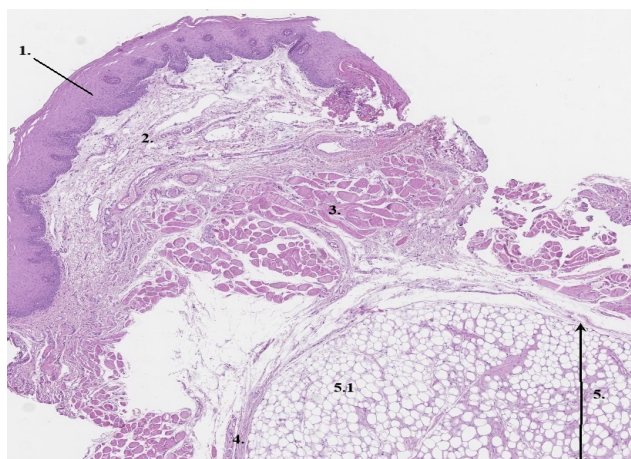


Рис. 2. Гистологический препарат липомы языка. Окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 50$: 1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий; 2 – собственная пластинка; 3 – поперечно-полосатая мышечная ткань; 4 – фиброзная капсула; 5 – ткань липомы; 5.1 – зрелые адипоциты

Fig. 2. Histological preparation of lipoma of the tongue. Hematoxylin-eosin staining, $50\times$ magnification: 1 – multilayer flat non-keratinizing epithelium; 2 – lamina propria; 3 – striated muscle tissue; 4 – fibrous capsule; 5 – lipoma tissue; 5.1 – mature adipocytes

ровать такую дифференцировку [15, 16]. По данным мировой литературы, среди новообразований в области хронической травматизации слизистой оболочки полости рта чаще всего отмечается тенденция к образованию дольчатой фибромы как результат склерозирования или рубцевания, и разрастания плотной волокнистой соединительной ткани из-за хронического воспаления. Дольчатая фиброма – плотное малобольное новообразование, отличающееся бугристой поверхностью и возникающее в результате реактивной гиперплазии тканей слизистой оболочки при ее хроническом травмировании. В основе ее формирования имеет значение место прилегания края ортопедической конструкции, где образуется складка с поверхностной линейной травматической, или декубитальной, язвой или эрозией, вследствие длительного сдавления и ишемии. Постепенно в основании язвы развивается фиброзная ткань. Хроническая травма краем конструкции может привести к возникновению нескольких складок слизистой оболочки полости рта, параллельных краю ортопедической конструкции, что и является причиной дольчатости новообразования. При исключении провоцирующего фактора (прекращение использования конструкции) исходная язва эпителизируется, но при возобновлении применения ортопедической конструкции она в большинстве случаев рецидивирует. Дольчатая фиброма может быть длительно не диагностирована, так как не всегда вызывает явный дискомфорт в месте своей локализации [14].

Распознавание поверхностных липом основано на их местоположении, мягкоэластической консистенции, псевдофлюктуации, отсутствии спаянности с подлежащими структурами, безболезненности при пальпации и типичных втяжениях при растягивании кожи над опухолью. Наиболее часто они встречаются в виде длительно существующих бессимптомных мягких узловатых утолщений, покрытых нормальными кожными покровами. Множественные мелкие липомы, расположенные по ходу нервных стволов, иногда болезненны вследствие давления на нерв. Диагноз при глуболежащих липомах затруднителен, устанавливают его только при гистологическом исследовании.

Дифференциальную диагностику липом полости рта проводят в основном с дермоидом, тератомой, лимфатической маль-

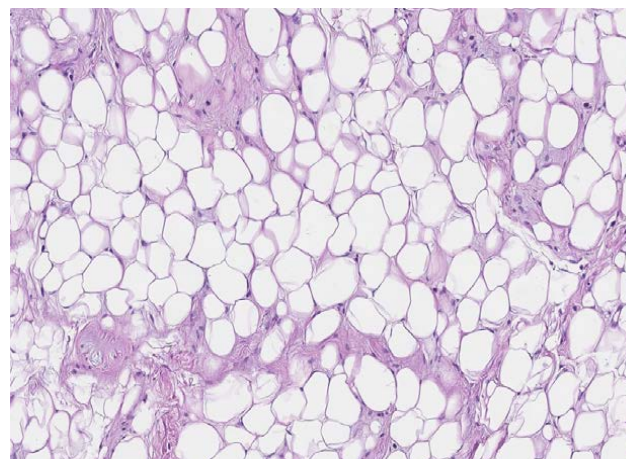


Рис. 3. Гистологическая картина зрелых адипоцитов липомы языка. Окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 200$

Fig. 3. Histological picture of mature adipocytes of the lipoma of the tongue. Hematoxylin-eosin staining, $200\times$ magnification

формацией и со злокачественными новообразованиями (липосаркомой) с помощью биопсии, КТ, МРТ, УЗИ и сцинтиграфии.

По данным литературы, рентгенологическая диагностика липомы мягких тканей основана на применении длинноволнового («мягкого») рентгеновского излучения. «Жесткость» излучения и экспозицию подбирают в зависимости от толщины исследуемого участка мягких тканей, величины и плотности пальпируемого образования. Изучение кожи, подкожной клетчатки проводят на более «мягком» снимке. Рентгенография липом, залегающих, например, в мышечной ткани, требует увеличения «жесткости» пучка рентгеновских лучей.

На рентгенограммах липома выглядит как гладкоочерченное просветление, обычно правильной формы. Просветление, образуемое липомой, как правило, гомогенное, но изредка в нем встречаются мелкие участки обызвествления. Форма просветления зависит от плотности органов, между которыми заключена липома. Подкожная узловатая липома проявляется в виде четко очерченного округлой формы образования, интенсивность тени которого одинакова с окружающей жировой тканью.

Большие, длительно существующие липомы вызывают смещение окружающих тканей. Дифференциальную диагностику при рентгенодиагностике глубоких липом туловища, шеи или конечностей проводят с натечным абсцессом, гематомой, кистой, лимфаденитом, гемангиомой, миосаркомой или фибросаркомой [17].

Основным методом диагностики и лечения липомы является местное иссечение новообразования с последующей гистологической верификацией. Рецидивы встречаются редко. Прогноз липом в большинстве случаев не зависит от их микроскопической картины. Однако внутримышечные липомы могут иметь более высокую частоту рецидивов из-за их инфильтративного характера роста и возможного отсутствия фиброзной капсулы [1].

Строение языка включает в себя различные варианты строения слизистой оболочки в зависимости от вида поверхности: дорсальная, боковая и нижняя. Боковые и дорсальная поверхности покрыты многослойным плоским частично ороговевающим эпителием без подслизистой основы, в то время как

нижня поверхность покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием и имеет в своем составе подслизистую основу [10]. Такое строение не располагает к возникновению липом языка при отсутствии системного липоматоза.

Самое раннее известное упоминание липомы языка в научных публикациях относится к работе Colombo и Angelo «Lipoma della lingua, Tumori» 1932 г. Они считали, что причиной возникновения опухоли является метаплазия соединительной ткани, которая разделяет пучки мышечных волокон, реже глубоко лежащие сосуды и нервы [18].

В зарубежных публикациях 2022 г. встречаются данные о выявлении липомы дорсальной поверхности языка [19].

Заключение. Липома боковой поверхности языка является достаточно редкой патологией, так как боковая поверхность языка не содержит подслизистую основу, следовательно, такая липома может развиваться либо из собственной пластинки, образующей сосочки под эпителием и также состоящей из рыхлой волокнистой соединительной ткани и содержащей небольшое количество жировой ткани, кровеносные сосуды и нервные волокна, либо реже из прослоек рыхлой волокнистой соединительной ткани, разделяющих пучки поперечно-полосатых мышечных волокон языка и содержащих жировые дольки, сосуды и нервные волокна.

Предрасполагающие факторы, такие как острые края зубов, некачественно изготовленные или с истекшим сроком годности ортопедические конструкции, зубы, расположенные вне альвеолярной дуги, вредные привычки (прикусывание слизистой оболочки), наследственная предрасположенность; нарушения обменных процессов в организме и жировых тканях; нарушения в работе щитовидной и поджелудочной железы; иммунодефицитные состояния; зависимость от алкоголя, табака, наркотических веществ; неправильное питание; травмы, повреждения, несмотря на незначительное количество зрелых адипоцитов в собственной пластинке боковой поверхности языка, увеличивают вероятность развития истинной липомы языка.

В связи с этим мы рекомендуем прохождение профилактических осмотров врача-стоматолога раз в полгода при наличии съемных и несъемных протезов в полости рта, патологического прикуса, травматической окклюзии, нарушений жевания, патологий височно-нижнечелюстного сустава, особенно пациентам пожилого возраста.

Любое образование, удаленное из полости рта, нужно в обязательном порядке отправлять на гистологическую верификацию для определения характера поражения. Знание гистологической структуры языка позволяет предположить различные варианты развития новообразований языка, правильно и своевременно поставить диагноз и верно подобрать метод хирургического лечения.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wu Y. H., Lin P. Y., Chang M. H. et al. Lipoma of the tongue // Journal of the Formosan Medical Association. 2017. № 116. P. 1006–1007.
2. Tadisina K. K., Mlynek K. S., Hwang L. K. et al. Syndromic lipomatosis of the head and neck: a review of the literature // Aesthetic Plast Surg. 2015. Vol. 39, № 3. P. 440–8.
3. Kende P., Landge J., Ghodke M., Chouhan P. Oral lipoma // IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2018. Issue 8. P. 60–63.
4. Hur S. H., Lim J. S., Choi S. G. et al. Treatment of intramuscular lipoma of tongue with enveloped mucosal flap design: a case report and review of the literature // Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2020. Vol. 42, № 1. P. 38.
5. Бейн Б. Н., Сырчин Э. Ф., Якушев К. Б. Врожденные липомы головного и спинного мозга: клиническая и МРТ диагностика // Медицинский альманах. 2013. Т. 25, № 1. С. 120–124.
6. Алексеева И. В., Гордова В. С. Случайное выявление липомы сердца // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Естественные и медицинские науки. 2018. № 3. С. 103–108.
7. Милосердов М. А., Корнева Ю. С., Гельт Т. Д., Руденко Я. А. Редкая врожденная аномалия: липома головного мозга, соединяющаяся с подкожной липомой через дефект лобной кости // Трудный пациент. 2020. № 8–9. С. 51–54.
8. Clark M. A., Fisher C., Path I., Thomas M. Clinical medicine in overweight patients with dyslipidemia // New England Journal of Medicine. 2005. Vol. 353. P. 701–711.
9. Park B. G., Choi D. J., Park J. W., Kim J. S. Oral cavity lipoma: a case report // J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2015. Vol. 41, № 4. P. 213–216. DOI: 10.5125/jkaoms.2015.41.4.213.
10. Быков В. Л. Частная гистология человека (краткий обзорный курс). 2-е изд. СПб.: СТИС, 1997.
11. Egido-Moreno S., Lozano-Porras A.-B., Mishra S. et al. Intraoral lipomas: review of literature and report of two clinical cases // J Clin Exp Dent. 2016. Vol. 8. P. e597–603.
12. Studart-Soares E. C., Costa F. W., Sousa F. B. et al. Oral lipomas in a Brazilian population: A 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010. Vol. 15, № 5. P. e691–96.
13. Taira Y., Yasukawa K., Yamamori I., Iino M. Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: A case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan // Odontology. 2012. Vol. 100, № 1. P. 104–8.
14. Особенности диагностики и лечения травматических поражений слизистой оболочки полости рта: учеб. пособие / под ред. проф. К. Г. Каракова. Ставрополь, 2017.
15. Brooke R. I., MacGregor A. J. Traumatic pseudolipoma of the buccal mucosa // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1969. Vol. 28, № 2. P. 223–5.
16. Signorini M., Campiglio G. L. Posttraumatic lipomas: where do they really come from? // Plast Reconstr Surg. 1998. Vol. 101, № 3. P. 699–705.
17. Ariel I. M., Pack G. T. Tumors of the soft somatic tissues // J Mt Sinai Hosp NY. 1957. Vol. 24, № 6. P. 690–705.
18. Smith F. Lipoma of the tongue // JAMA. 1937. Vol. 108, № 7. P. 522–523.
19. Yoon Y. A., Kwon Y. E., Choi S. Y. et al. Giant lipoma of the tongue: A case report and review of the literature // Imaging Sci Dent. 2022. Vol. 52, № 1. P. 117–121.

REFERENCES

1. Wu Y. H., Lin P. Y., Chang M. H. et al. Lipoma of the tongue // Journal of the Formosan Medical Association. 2017;116:1006–1007.
2. Tadisina K. K., Mlynek K. S., Hwang L. K. et al. Syndromic lipomatosis of the head and neck: a review of the literature // Aesthetic Plast Surg. 2015;39(3):440–8.
3. Kende P., Landge J., Ghodke M., Chouhan P. Oral lipoma // IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2018;(Issue 8):60–63.
4. Hur S. H., Lim J. S., Choi S. G. et al. Treatment of intramuscular lipoma of tongue with enveloped mucosal flap design: a case report and review of the literature // Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2020;42(1):38.
5. Bain B. N., Syrchin E. F., Yakushev K. B. Congenital lipomas of the brain and spinal cord: clinical and MRI diagnosis // Medical Almanac. 2013;25(1):120–124. (In Russ.).
6. Alekseeva I. V., Gordova V. S. Random detection of cardiac lipoma // Bulletin of the Baltic Federal University named after I. Kant. Series: Natural and medical sciences. 2018;(3):103–108. (In Russ.).
7. Miloserdov M. A., Korneva Y. S., Gelt T. D., Rudenko Ya. A. Rare congenital anomaly: brain lipoma connecting with subcutaneous lipoma

- through the defect of the frontal bone // *Difficult Patient*. 2020;(8–9):51–54. (In Russ.).
8. Clark M. A., Fisher C., Path I., Thomas M. Clinical medicine in overweight patients with dyslipidemia // *New England Journal of Medicine*. 2005;353:701–711.
 9. Park B. G., Choi D. J., Park J. W., Kim J. S. Oral cavity lipoma: a case report // *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015;41(4):213–216. DOI: 10.5125/jkaoms.2015.41.4.213.
 10. Bykov V. L. Private human histology (a brief review course). 2nd ed. SPb., SOTIS, 1997. (In Russ.).
 11. Egido-Moreno S., Lozano-Porras A.-B., Mishra S. et al. Intraoral lipomas: review of literature and report of two clinical cases // *J Clin Exp Dent*. 2016;8:e597–603.
 12. Studart-Soares E. C., Costa F. W., Sousa F. B. et al. Oral lipomas in a Brazilian population: A 10-year study and analysis of 450 cases reported in the literature // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(5):e691–96.
 13. Taira Y., Yasukawa K., Yamamori I., Iino M. Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: A case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan // *Odontology*. 2012;100(1):104–8.
 14. Features of diagnosis and treatment of traumatic lesions of the oral mucosa: textbook / eds by Prof. K. G. Karakov. Stavropol, 2017.
 15. Brooke R. I., MacGregor A. J. Traumatic pseudolipoma of the buccal mucosa // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1969;28(2):223–5.
 16. Signorini M., Campiglio G. L. Posttraumatic lipomas: where do they really come from? // *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(3):699–705.
 17. Ariel I. M., Pack G. T. Tumors of the soft somatic tissues // *J Mt Sinai Hosp NY*. 1957;24(6):690–705.
 18. Smith F. Lipoma of the tongue // *JAMA*. 1937;108(7):522–523.
 19. Yoon Y. A., Kwon Y. E., Choi S. Y. et al. Giant lipoma of the tongue: A case report and review of the literature // *Imaging Sci Dent*. 2022;52(1):117–121.

Информация об авторах:

Лысенко Анна Валерьевна, кандидат медицинских наук, зав. отделением хирургической стоматологии и амбулаторной челюстно-лицевой хирургии клиники стоматологии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-5625-1085; **Яременко Андрей Ильич**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, проректор по учебной работе, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7700-7724; **Иванова Елизавета Андреевна**, врач отделения хирургической стоматологии и амбулаторной челюстно-лицевой хирургии клиники стоматологии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия); **Верещагина Елизавета Алексеевна**, студентка стоматологического факультета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия).

Information about authors:

Lysenko Anna V., Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Surgical Dentistry and Outpatient Maxillofacial Surgery of the Dental Clinic of the Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-5625-1085; **Yaremenko Andrey I.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Vice-Rector for Academic Affairs, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7700-7724; **Ivanova Elizaveta A.**, Doctor of the Department of Surgical Dentistry and Outpatient Maxillofacial Surgery of the Dental Clinic of the Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia); **Vereshchagina Elizaveta A.**, Student of the Faculty of Dentistry, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia).