

УДК 616.31-001.4 + 616.31-006.327

DOI <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2023-50-4.6>**В.С. Чернець,**

аспірантка кафедри загальної стоматології,
Міжнародний гуманітарний університет,
вул. Фонтанська дорога, 33, м. Одеса, Україна,
індекс 65009, dentistv0495@gmail.com

Є.Д. Бабов,

кандидат медичних наук, доцент кафедри
загальної стоматології,
Міжнародний гуманітарний університет,
вул. Фонтанська дорога, 33,
м. Одеса, Україна, індекс 65009, babov.ed62@gmail.com

Т.М. Папіж,

генеральний директор,
Комунальна установа «Одеське обласне бюро
судово-медичної експертизи»,
Валіховський провулок, 4, м. Одеса, Україна,
індекс 65000, sme.omo@ukr.net

ТРАВМАТИЧНА ФІБРОМА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ, РИЗИК МАЛІГНІЗАЦІЇ

Травматична фіброма слизової оболонки порожнини рота – це реактивне проліферативне утворення, яке виникає внаслідок постійного місцевого подразнення або механічного пошкодження слизової оболонки. **Мета дослідження.** Визначити клінічні і морфологічні ознаки травматичної фіброми слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів різного віку і статі. **Методи дослідження.** За період 2020-2023 р.р. обстежено 19 осіб з травматичною фібромою віком від 25 до 72 років. У 12 пацієнтів фіброма була видалена традиційним хірургічним способом, у 7 пацієнтів – із застосуванням високоінтенсивного діодного лазера. Проведено патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу. **Результати.** Встановлено, що травматичні фіброми найчастіше зустрічаються у людей середнього та похилого віку, старші 45 років (84,2%). Середній вік пацієнтів склав $56,9 \pm 2,7$ років. Серед пацієнтів з травматичною фібромою переважали жінки (68,4 %). Клінічними дослідженнями доведено, що в усіх випадках причиною виникнення фіброми була хронічна механічна травма. За локалізацією фіброми найчастіше виявлені на язичку (36,8 %) та на слизовій оболонці щоки (26,3 %), а також на нижній губі (21,1 %) та на альвеолярному відростку, яснах (15,8 %). Середній розмір травматичної фіброми за діаметром склав $0,87 \pm 0,07$ см. За результатами патоморфологічного дослідження встановлено, що всі біоптати являють собою гіперпластичні фіброзні утворення різного ступеня зрілості і запалення. Деякі травматичні фіброми мали морфологічні ознаки, які характерні для утворень з ймовірністю переродження в злоякісну пухлину. **Висновки.** Травматичні фіброми найчастіше зустрічаються у людей старші 45 років,

переважно у жінок та локалізуються у більшості випадків на язичку та на щоках. Травматична фіброма слизової оболонки порожнини рота за деякими морфологічними ознаками може мати ризик малігнізації. **Ключові слова:** травматична фіброма, слизова оболонка порожнини рота, реактивне проліферативне утворення, патогістологічна діагностика, ризик малігнізації, лазерна хірургія

V.S. Chernets,

Postgraduate Student of Dentistry Department,
International Humanitarian University,
33 Fountain Road street, Odesa, Ukraine, postal code
65009, dentistv0495@gmail.com

E.D. Babov,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of Dentistry Department,
International Humanitarian University,
33 Fountain Road street, Odesa, Ukraine, postal code
65009, babov.ed62@gmail.com

T.M. Papizh,

General Director,
Municipal Establishment "Odesa Regional Bureau
of Forensic Medical Expertise",
4 Valikhovsky lane, Odesa, Ukraine, postal code 65000,
sme.omo@ukr.net

IRRITATION FIBROMA OF THE ORAL MUCOSA: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES, RISK OF MALIGNANCY

Irritation fibroma of the oral mucosa is a reactive proliferative lesion that result from persistent local irritation or mechanical damage to the mucosa. **Purpose of the study.** To determine clinical and morphological features of oral irritation fibroma in patients of different sex and age. **Research methods.** For the period of 2020-2023, 19 people with irritation fibroma aged 25 to 72 years were examined. In 12 patients, fibroma was removed by conventional surgery, in 7 patients – using a high-intensity diode laser. Pathohistological examination of biopsy material was carried out. **Results.** It was found that irritation fibroma is most common in middle-aged and elderly people, over 45 years old (84.2 %). The average age of patients was 56.9 ± 2.7 years. Among patients with irritation fibroma, women dominated (68.4 %). Clinical studies have shown that chronic mechanical trauma was the cause of fibroma in all cases. By localization, fibroma is most often found on the tongue (36.8 %) and on the cheek (26.3 %), as well as on the lower lip (21.1 %) and on the alveolar process or gingiva (15.8 %). The average size of the irritation fibroma by diameter was $0,87 \pm 0,07$ cm. According to the results of the pathomorphological study, it was found that all biopsies are hyperplastic fibrous formations of varying degrees of maturity and inflammation. Some irritation fibromas had morphological features that are characteristic of formations with the likelihood of degeneration into a malignant tumor.

Therefore, by analogy with chronic traumatic ulcer, they can be classified as an optional precancer with a low risk of malignancy. **Conclusions.** Irritation fibroma is most common in people over 45 years of age, mainly in women and localized in most cases on the tongue and cheeks. Oral irritation fibroma for some morphological features may have a risk of malignancy.

Key words: irritation fibroma, oral mucosa, reactive proliferative lesion, pathohistological diagnostic, risk of malignancy, laser surgery.

Постановка проблеми. За визначенням, нозологічна форма «фіброма» – це доброякісна пухлина, утворена зрілими елементами сполучної тканини. Але істинна зріла фіброма (англ.: true fibroma), яка за морфологічними ознаками повністю відповідає структурі доброякісної пухлини, зустрічається дуже рідко. Практично всі фіброми слизової оболонки порожнини рота – це реактивні проліферативні утворення, які виникають внаслідок постійного місцевого подразнення та/або механічного пошкодження слизової оболонки, тобто в результаті хронічної травми. Тому їх називають «травматичні фіброми». В англійських науково-медичних джерелах такі фіброми визначають, як фіброма подразнення (англ.: irritation fibroma) [1-3].

Ймовірними провокуючими чинниками хронічної травми можуть бути гострі краї зубів, зубний камінь, неякісні пломби, зубні протези, ортодонтичні апарати, аномалії прикусу, а також шкідливі звички пацієнта (кусання губи, щоки) та випадкове прикушування язика чи щоки під час їжі або розмови. Тому в літературі зустрічаються також терміни «фіброма кусання» (англ.: biting fibroma) [4] і «протезна фіброма» (англ.: denture fibroma) [5]. Зазвичай такі травматичні фіброми клінічно виглядають як вузол овальної або округлої форми, діаметром 0,5-1,0 см, на широкій основі, блідо-рожевого кольору, з гладкою поверхнею, щільної консистенції, безболісні при пальпації, і часто пацієнти їх не помічають, а звертаються тільки тоді, коли вони вже заважають говорити, приймати їжу або здійснювати гігієну ротової порожнини.

Внаслідок хронічної травми знімним протезом на альвеолярному відростку беззубої щелепи може виникнути дольчаста фіброма. Враховуючи те, що ця протезна фіброма розташована в зоні прикріплення ясен та альвеолярної слизової оболонки, її відносять до різновиду епулісу та називають «epulis fissuratum» [1, 6, 7].

Вперше, ще у 1967 році, Barker D.S. і Lucas R.V. звернули увагу на надзвичайно низьку частоту виникнення істинної фіброми, що гістоло-

гічно підтвердили лише для 2 новоутворень з 171 біоптатів видалених фібром, а точніше утворень фіброзної гіперплазії [8]. Вони довели, що істинна фіброма – це зріла доброякісна пухлина, яка може з часом збільшуватися у розмірі, вона не обов'язково виникає в ділянці потенційної травми і має чіткі морфологічні ознаки: наявність капсули; чітку демаркацію фіброзної тканини від оточуючої нормальної тканини; хаотичне (без візерунка) розташування колагенових волокон різної товщини.

Інші 169 фіброзних новоутворень Barker D.S. і Lucas R.V. представили як травматичні фіброми, які можуть мати 2 гістологічних типи в залежності від ступеня механічного подразнення тканин. Перший тип – «радіальний», коли колагенові волокна спрямовані від основи ураження до епітелію. Другий тип – «циркулярний», коли в центральній частині ураження колагенові волокна дезорієнтовані, а периферичний шар колагенових волокон розташований паралельно до покривного епітелію. Автори висунули гіпотезу, що радіальний тип фіброми з'являється перш за все на ділянках нерухомої (прикріпленої) слизової оболонки з максимальним ступенем травми (наприклад, на піднебінні), в той час, як подразнення меншої сили на рухомій слизовій оболонці (наприклад, щоки) сприяє розвитку фіброми циркулярного типу [8]. Ця гіпотеза отримала подальший розвиток у дослідженні Toida M. із співав. (2001) за участі 124 пацієнтів, в яких діагностовано 105 травматичних фібром радіального типу (81,4 %) з переважною локалізацією на язичку (n=62) та 24 фіброми циркулярного типу (18,6 %), переважно на слизовій щоки і губи (n=20) [9].

За даними різних авторів, частота виявлення травматичних фібром серед інших реактивних гіперпластичних уражень порожнини рота коливається від 10,8 % до 31,0 % [1-3, 10, 11], а epulis fissuratum – від 4,3 % до 15,8 % [1, 10-12].

Найчастіше травматичні фіброми зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, та переважно локалізуються на язичку (12,9-51,2% випадків) і на щоді (27,6-41,9 %) [9-11, 13, 14].

Таким чином, стає очевидним, що травматична фіброма слизової оболонки порожнини рота, як результат хронічного подразнення, може набувати морфологічних ознак передракових захворювань, таких як порушення зроговіння епітелію (гіперкератоз, паракератоз, дискератоз), гіпертрофія епітелію (акантоз, папіломатоз), тощо. Тому актуальним є вивчення клініко-морфологічних особливостей травматичної фіброми та прогнозування ризику її малігнізації.

Мета дослідження. Визначити клінічні і морфологічні ознаки травматичної фіброми слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів різного віку і статі.

Матеріали і методи дослідження. За період 2020-2023 р.р. в Університетській клініці Міжнародного гуманітарного університету було обстежено 19 осіб з травматичною фібромою ротової порожнини віком від 25 до 72 років. При цьому 13 пацієнтів мали скарги безпосередньо на новоутворення у ротовій порожнині, а у 6 пацієнтів фіброма була виявлена при зверненні до лікаря з метою професійної гігієни ротової порожнини, лікування захворювань пародонта, карієсу зубів та його ускладнень. У кожного пацієнта проведено: збір анамнезу; ретельний огляд новоутворення з визначенням його розміру, щільності, локалізації; огляд порожнини рота і зубних рядів з метою з'ясування ймовірної причини реактивної гіперплазії; за показаннями лабораторні дослідження (аналіз крові, коагулограма тощо). Усім хворим обов'язково здійснювали професійну гігієну ротової порожнини, а далі – хірургічне видалення травматичної фіброми з взяттям

матеріалу для патогістологічного дослідження (ексцизійна біопсія).

У 12 пацієнтів травматична фіброма була видалена традиційним хірургічним способом, а у 7 пацієнтів – із застосуванням високоінтенсивного діодного лазера (980 nm, 2,5-3,5 W, CW, волокно 400 μm).

Біопсійний матеріал занурювали у 10 % розчин нейтрального формаліну і скеровували для дослідження у відділення судово-медичної гістології КУ «Одеське обласне бюро судово-медичної експертизи». В лабораторії проводили стандартну обробку тканин для заливки в парафін, готували зрізи, фарбували їх гематоксиліном та еозинном і вивчали під мікроскопом із збільшенням x40 і x100.

Заключний патогістологічний діагноз порівнювали з попереднім клінічним діагнозом з метою визначення співпадіння діагнозів.

Результати та їх обговорення. За результатами проведеного аналізу контингенту пацієнтів з травматичною фібромою (табл. 1) встановлено, що переважну кількість склали особи жіночої статі – 13 з 19, тобто 68,4 %, віком від 25 до

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю, віком, з визначенням локалізації та розміру травматичної фіброми, клінічного та патогістологічного діагнозу

№	П.І.	Дата звернення	Стать		Вік (років)				Локалізація	Діаметр (см)	Діагноз клінічний	Діагноз патогістологічний
			ж	м	18-29	30-44	45-59	60				
1	К.А.	06/2020	ж		25				Кінчик язика	0,7	Фіброма	Фіброма
2	Ц.Н.	02/2021		м		40			Спинка язика	0,7	Фіброма	Фіброма
3	П.В.	09/2021	ж					61	Альвеолярний відросток верхньої щелепи	1,8	Дольчаста фіброма	Фіброзний епуліс
4	К.О.	09/2022		м				59	Щока	0,7	Фіброма	Фіброма
5	М.Г.	10/2022	ж					58	Бокова поверхня язика	1,1	Фіброма	Фіброма
6	Н.В.	11/2022		м				62	Щока	1,0	Фіброма	Фіброма
7	Л.Ю.	02/2023		м				63	Нижня губа, кут рота	0,7	Фіброма	Фіброма
8	І.С.	02/2023	ж					65	Нижня губа, кут рота	1,0	Фіброма	Фіброма
9	П.Л.	03/2023	ж					68	Бокова поверхня язика	0,8	Фіброма	Фіброма
10	В.Н.	04/2023	ж					67	Альвеолярний гребінь нижньої щелепи	1,0	Фіброма	Фіброма
11	Т.О.	04/2023	ж					49	Кінчик язика	0,6	Фіброма	Фіброма
12	М.Н.	05/2023	ж					54	Нижня губа, кут рота	0,6	Фіброма	Фіброма
13	Ц.О.	05/2023	ж					72	Щока	0,7	Фіброма	Фіброма
14	С.І.	06/2023	ж					52	Щока	1,2	Фіброма	Фіброма
15	Я.Б.	08/2023		м				69	Кінчик язика	0,8	Фіброма	Фіброма
16	Л.І.	09/2023	ж					64	Щока	1,0	Фіброма	Фіброма
17	Т.О.	09/2023	ж					54	Ясна верхньої щелепи	0,6	Папілома	Фіброма
18	В.Н.	10/2023	ж			38			Нижня губа	1,0	Фіброма	Фіброма
19	Ш.В.	11/2023		м				61	Кінчик язика	0,6	Фіброма	Фіброма
Усього, n=19:			13	6	1	2	6	10				

72 років. Чоловіків було всього 6 (31,6 %), віком від 40 до 69 років.

Отримані результати свідчать, що травматичні фіброми найчастіше зустрічаються у людей середнього (45-59 років, n=6) та похилого віку (60-74 років, n=10) відповідно до вікової класифікації ВООЗ. Загалом у цих двох вікових групах було 16 пацієнтів із 19, що склало 84,2 %, з них 62,5 % людей старше 60 років (табл. 1). Середній вік пацієнтів з травматичною фібромою склав $56,9 \pm 2,7$ років (n=19).

За локалізацією фіброми найчастіше виявлені на язичку – у 7 пацієнтів (36,8 %), а також на слизовій оболонці щоки – у 5 пацієнтів (26,3 %), на нижній губі ближче до кута рота – у 4 хворих (21,1 %) та на альвеолярному відростку (яснах) – у 3 пацієнтів (15,8 %), 2 випадки на верхній щелепі та 1 – на нижній (табл. 1).

Аналізуючи ймовірну причину виникнення травматичної фіброми, можна констатувати, що в усіх випадках мала місце хронічна травма, а саме подразнення зубним каменем на язиковій поверхні нижніх фронтальних зубів (фіброма на кінчику язика у пацієнтів № 1,11,19), гострими краями зубів поряд з включеним дефектом зубного ряду (на боковій поверхні язика, № 5), гострим краєм металевої коронки на верхній щелепі (на спинці язика, № 2), гострими краями мостоподібного протеза у фронтальній ділянці нижньої щелепи (на кінчику язика, № 15), знімним пластинковим протезом (на щоці у № 16; на альвеолярному гребені нижньої щелепи у № 10; дольчаста фіброма на верхній щелепі у № 3), прикушування щоки (у 4 пацієнтів – № 4,6,13,14), нижньої губи (у 4 – № 7,8,12,18) та язика (у 1 – № 9), а також постійна травма зубною щіткою при наявності мілкового присінку і сполучнотканинного тяжу в області премолярів (на яснах в ділянці зуба 1.4, № 17).

У 18 пацієнтів травматична фіброма клінічно виглядала як вузол округлої форми, щільної або щільно-еластичної консистенції, діаметром від 0,6 до 1,2 см, з гладкою поверхнею, на широкій основі, блідо-рожевого або рожевого кольору, який практично не відрізнявся від кольору оточуючих тканин. У пацієнтки П.В. (№ 3) дольчаста фіброма на альвеолярному відростку беззубої верхньої щелепи мала вигляд розростання ясен неправильної форми, що складається з двох часток довгастої форми, з чіткими межами, довжиною 1,8 см вздовж альвеолярного гребеня, неоднорідної товщини, з горбистою поверхнею, щільно-еластичної консистенції, рожевого

кольору з ціанотичним відтінком. Всі травматичні фіброми були безболісні при пальпації. Середній розмір травматичної фіброми (n=19) за діаметром склав $0,87 \pm 0,07$ см (табл. 1).

При зборі анамнезу отримані відомості, що тільки 1 пацієнтка помітила новоутворення на нижній губі, його повільне зростання і через 3 місяці звернулася до лікаря (№ 18). Інші пацієнти відповіли, що помітили новоутворення в порожнині рота десь біля 1 року тому – 3 людини; у період до 2 років – 6 осіб; більше 3 років тому – 3 пацієнта, але вчасно до лікаря не звернулися, бо їх нічого не турбувало.

За результатами гістологічного дослідження біоптатів видалених новоутворень у 17 пацієнтів було підтверджено клінічний діагноз «фіброма», у пацієнтки Т.О. (№ 17) попередній діагноз «папілома» за морфологічними ознаками було виправлено на «фіброму» (табл. 1), та у пацієнтки П.В. (№ 3) клінічний діагноз «дольчаста фіброма» лікарем-гістологом було представлено, як «фіброзний епуліс», що підтверджує думку інших авторів [1, 6, 7].

Ретельне вивчення гістологічних препаратів після фарбування гематоксиліном та еозином, при різному збільшенні під мікроскопом, здійснено для 10 біоптатів видалених фібром. Усі 10 новоутворень були представлені волокнистою сполучною тканиною різної зрілості, з різною кількістю клітинних елементів (фіброцити, фібробласти), з різноспрямованими колагеновими волокнами різної товщини, з наявністю кровеносних судин, а іноді – з запальною інфільтрацією. Багатошаровий плоский епітелій в деяких біоптатах був нормальним, а в деяких – гіпертрофованим або з ділянками гіперкератозу.

Аналіз отриманих фотографій мікропрепаратів свідчить, що серед 10 досліджуваних біоптатів не було жодного випадку істинної фіброми. Тому всі біоптати можливо віднести до реактивних гіперпластичних фіброзних утворень різного ступеня зрілості і запалення, що виникли в результаті хронічної травми.

По аналогії з дослідженням Barker D.S. і Lucas R.V. [8] встановлено, що травматична фіброма радіального типу виявлена у 5 наших пацієнтів (№ 3,5,11,17,19) з локалізацією на язичку (3 випадки) та на альвеолярному відростку (2 випадки) (рис. 1).

Травматичну фіброму циркулярного типу також діагностовано у 5 пацієнтів (№ 10,13,14,16,18), яка переважно була розташована на слизовій оболонці щоки (3 випадки) та по одному випадку на

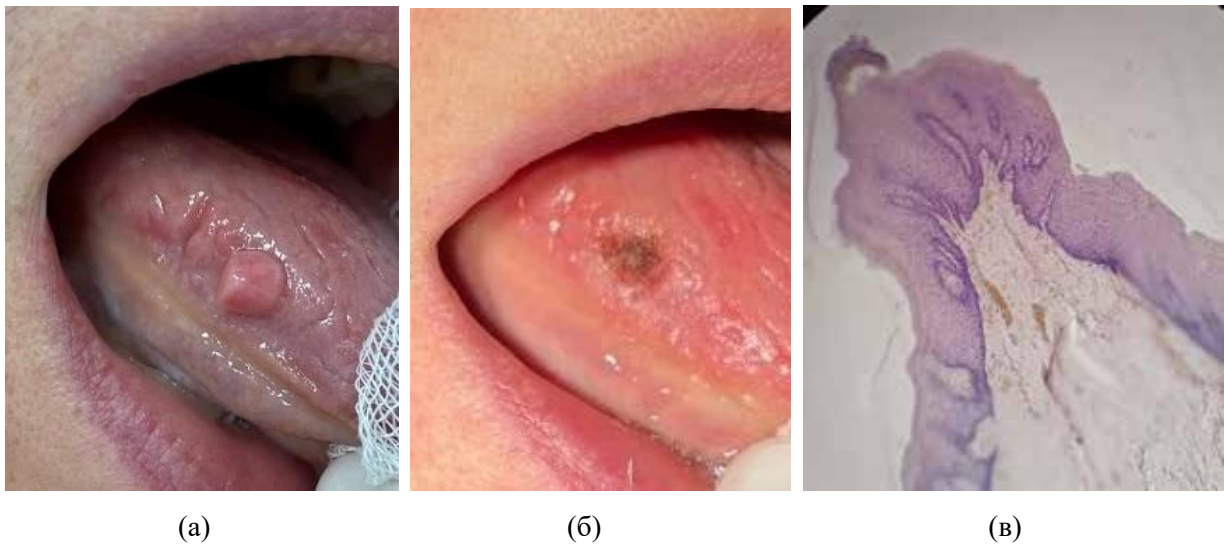


Рис. 1. Травматична фіброма слизової оболонки язика радіального типу. Хвора М., 58 років (№ 5): а) до видалення; б) після видалення діодним лазером; в) Мікроскопія: в сполучнотканинній основі – вогнищевий ангіоматоз; помірна гіпертрофія епітелію з ділянками гіперкератозу та помірним акантозом. Забарвл. гематоксиліном та еозином. Зб. x100

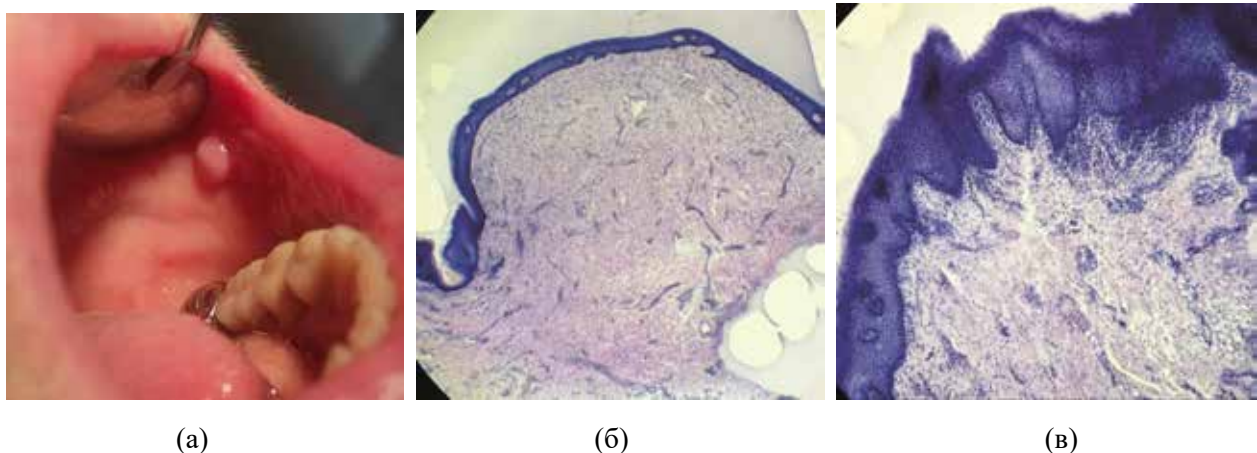


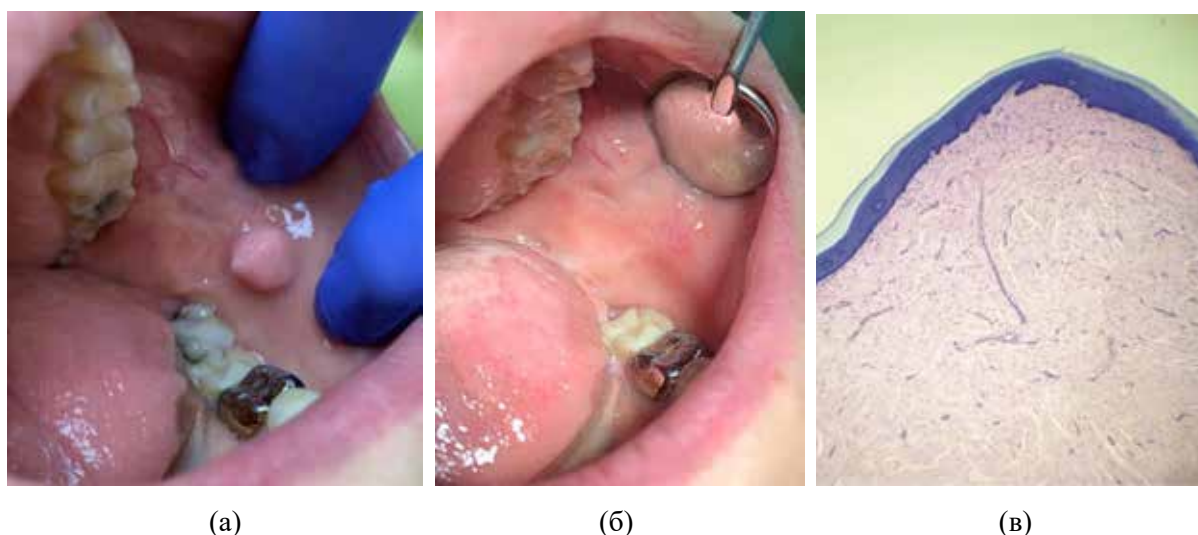
Рис. 2. Травматична фіброма слизової оболонки щоки циркулярного типу. Хвора Ц., 72 роки (№ 13): а) до видалення; б) Мікроскопія: в сполучнотканинній основі – переплетення пучків фіброцитів з помірною кількістю дрібних кровоносних судин; в) багатшаровий плоский епітелій потовщений, з помірним акантозом і хронічною запальною інфільтрацією в підлеглий основі. Забарвл. гематоксиліном та еозином. Зб. x100; x40

слизовій нижньої губи та на альвеолярному гребені нижньої щелепи (рис. 2, 3).

Для диференціювання морфологічних ознак травматичної фіброми ми також обрали за прототип дослідження японських вчених Nakamura F., Fifita S.F. і Куяма К. (2005), які за результатами патогістологічного та імуногістохімічного дослідження 40 травматичних фібром визначили 5 їх можливих фенотипів: I – «mature type» (зріла фіброма); II – «immature fibroblastic type» (незріла фібробластичного типу); III – «immature inflammatory type» (незріла запального типу); IV – «mucoid type» (міксоїдного типу); V – «mixed type» (змішаного типу). Автори довели, що різні гістопатологічні

фенотипи травматичної фіброми обумовлені функціональною активністю веретеноподібних клітин (міофіброblastів), яка, в свою чергу, залежить від інтенсивності та тривалості подразнення або механічного пошкодження новоутворення [15].

За прототипом Nakamura F. із співав., серед наших 10 досліджуваних біопатів не було жодної зрілої фіброми (I тип). При цьому були визначені: 1 утворення «фібробластичного» II типу – у пацієнтки № 14 (рис. 3); 6 утворень «запального» III типу – у пацієнтів № 3,5,11,13,18,19 (рис. 1, 2); 1 фіброма «міксоїдного» IV типу – у пацієнтки № 10; 2 утворення змішаного V типу – у пацієнток № 16,17 (табл. 1).



(а)

(б)

(в)

Рис. 3. Травматична фіброма слизової оболонки щоки циркулярного типу. Хвора С., 52 роки (№ 14): а) до видалення; б) через тиждень після хірургічного видалення; в) Мікроскопія: в основі зріла сполучна тканина з великою кількістю колагенових волокон та склеротичними змінами, з малою кількістю клітин; епітелій осередково сплющений. Забарвл. гематоксилином та еозином. Зб. x100

Таким чином, 8 з 10 травматичних фібром у наших пацієнтів, а саме III і V типу, мали морфологічні ознаки, які характерні для утворень з ймовірністю переродження в злоякісну пухлину. Тому, по аналогії з хронічною травматичною виразкою (декубітальна виразка), вони можуть бути віднесені до групи факультативного переродження з низьким ризиком малігнізації.

За даними Barker D.S. і Lucas R.B. [8], найбільш небезпечними є реактивні проліферативні утворення радіального типу, які локалізуються на нерухомій слизовій оболонці (піднебіння, язик, ясна) і мають максимальний ступінь подразнення. По результатам дослідження Nakamura F. із співав. [15], ризик малігнізації присутній для незрілих фібром запального типу, які мають термін виникнення 1-2 роки та повільно збільшуються у розмірі. Наші дослідження на невеликій кількості клінічних випадків свідчать, що травматичні фіброми можуть мати ризикові ознаки незалежно від статі і віку хворих, терміну знаходження та локалізації у ротовій порожнині.

Все вищевикладене підкреслює необхідність, по перше, обов'язкового хірургічного видалення фіброми та проведення гістологічних досліджень для уточнення діагнозу і визначення ризику малігнізації, а по друге, регулярних профілактичних оглядів лікаря-стоматолога з метою раннього виявлення новоутворень і ліквідації ймовірних травматичних чинників у ротовій порожнині.

У всіх 19 пацієнтів після видалення фіброми традиційним хірургічним способом або високо-

інтенсивним діодним лазером загоєння було без ускладнень, без рубців. Жодного випадку рецидиву новоутворення не зафіксовано. Слід зазначити, що видалення травматичних фібром діодним лазером має переваги у пацієнтів похилого віку, які приймають антикоагулянти.

Висновки. За результатами клінічних спостережень у 19 пацієнтів визначено, що травматичні фіброми найчастіше зустрічаються у людей старше 45 років (84,2%), переважно у жінок (68,4%) та локалізуються у більшості випадків на язичку (36,8%) та на щоках (26,3%).

Патоморфологічні дослідження біоптатів видалених новоутворень підтвердили, що травматична фіброма слизової оболонки порожнини рота не є зрілою доброякісною пухлиною, а являє собою реактивне розростання фіброзної тканини у відповідь на тривале механічне подразнення, яке за деякими морфологічними ознаками може мати ризик малігнізації.

Література:

1. Naderi, N.J., Eshghyar, N., & Esfahanian, H. (2012). Reactive lesions of the oral cavity: A retrospective study on 2068 cases. *Dent Res J (Isfahan)*, 9(3), 251-255. PMID: 23087727
2. Kadeh, H., Saravani, S., & Tajik, M. (2015). Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*, 27(79), 137-144. PMID: 25938085
3. Farynowska, J., Błochowiak, K., Trzybulska, D., & Wyganowska-Świątkowska, M. (2018). Retrospective analysis of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity. *Eur J Clin Exp Med*, 16(2), 92-96. <http://dx.doi.org/10.15584/ejcem.2018.2.2>

4. Cohen, P.R. (2022). Biting fibroma of the lower lip: A case report and literature review on an irritation fibroma occurring at the traumatic site of a tooth bite. *Cureus*, 14(12), e32237. doi: 10.7759/cureus.32237
5. Wakami, M., Kuyama, K., Sun, Y., Morikawa, M., Aida, M., & Yamamoto, H. (2012). So-called "denture fibroma": A histopathological and immunohistochemical study. *J Hard Tissue Biology*, 21(3), 279-284. <https://doi.org/10.2485/jhtb.21.279>
6. Canger, E.M., Celenk, P., & Kayipmaz, S. (2009). Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz Dent J*, 20, 243-248. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402009000300013>
7. Kafas, P., Upile, T., Stavrianos, C., Angouridakis, N., & Jerjes, W. (2010). Mucogingival overgrowth in a geriatric patient. *Dermatol Online J*, 16(8). <https://doi.org/10.5070/D399z2d3tc>
8. Barker, D.S., & Lucas, R.B. (1967). Localised fibrous overgrowths of the oral mucosa. *Br J Oral Surg*, 5(2), 86-92. [https://doi.org/10.1016/S0007-117X\(67\)80031-3](https://doi.org/10.1016/S0007-117X(67)80031-3)
9. Toida, M., Murakami, T., Kato, K., & et al. (2001). Irritation fibroma of the oral mucosa: a clinicopathological study of 129 lesions in 124 cases. *Oral Med Pathol*, 6(2), 91-94. <https://doi.org/10.3353/omp.6.91>
10. Bouquot, J.E., & Gundlach, K.K. (1986). Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 62(3), 284-291. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(86\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(86)90010-1)
11. Rivera, C., Droguett, D., & Arenas-Márquez, M.-J. (2017). Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent*, 9(2), 276-283. doi: 10.4317/jced.53427
12. Fomete, B., Agbara, R., Adeola, D.S., & Osunde, D.O. (2019). Inflammatory and reactive lesions of the orofacial region in an African tertiary health setting. *Sahel Med J*, 22(2), 96-101. DOI: 10.4103/smj.smj_35_17
13. Omisakin, O.O., Ogunsina, M.A., Yusuf, N., Zubairu, R.A., & Ayuba, I.G. (2021). Irritation fibroma of the oro-facial region: a retrospective study of cases treated in a Teaching Hospital in North-West, Nigeria. *Nig J Res Orofac Infect Oncol*, 4(1-2), 15-19.
14. Halim, D.S., Pohchi, A., & Pang, E.E. (2010). The prevalence of fibroma in oral mucosa among patient attending USM dental clinic year 2006-2010. *The Indonesian J Dent Res*, 1(1), 61-66. <https://doi.org/10.22146/theindjdentres.9991>
15. Nakamura, F., Fifita, S.F., & Kuyama, K. (2005). A study of oral irritation fibroma with special reference to clinicopathological and immunohistochemical features of stromal spindle cells. *Int J Oral-Med Sci*, 4(2), 83-91. <https://doi.org/10.5466/ijoms.4.83>