

Гамартомы полости рта. Редкий клинический случай из практики челюстно-лицевого хирурга: гамартома твердого неба

Н.И. Маковская^{1,2}, А.В. Васильев^{1,3}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Гамартомы обычно встречаются в легких, печени, селезенке, поджелудочной железе и почках. Редко встречаются гамартомы в области головы и шеи, а тем более редкой локализацией является полость рта. Особенность гамартомы в том, что она состоит из тех же тканевых элементов, что и орган локализации, однако характеризуется аномальным строением. Чаще всего гамартомы – это доброкачественные опухоли. Однако есть описанные эпизоды, когда происходит озлокачествление и из них развиваются гамартобластомы, поэтому челюстно-лицевой хирург и стоматолог должны проявить в этом случае онконастороженность. Небольшое количество случаев диагностики может отражать подлинную редкость поражения или может быть связано с его нераспознаваемостью, что может вести к неправильному ведению пациента.

Цель. Изучение литературы о гамартомах полости рта и описание клинического случая гамартотомы твердого неба.

Материалы и методы. Мы провели анализ литературы медицинского мирового сообщества о гамартомах полости рта, в частности о гамартомах твердого неба. Представляем клинический случай диагностики гамартотомы твердого неба у 34 лет. Проведены иммуногистохимические исследования на следующие маркеры Ki 67, отражающие уровень опухолевой пролиферации.

Результаты. Нами была проанализирована мировая литература о гамартомах полости рта. Был представлен клинический случай диагностики и лечения гамартотомы твердого неба у 34-летней женщины, которая была выявлена на приеме у челюстно-лицевого хирурга. После проведения оперативного лечения при гистологическом исследовании была верифицирована гамартома.

Заключение. Гамартомы твердого неба очень редко встречаются в практике челюстно-лицевого хирурга и стоматолога. Необходимо знать отличительные черты гамартотозных поражений, чтобы понимать, как планировать необходимое лечение пациента с таким патологическим процессом. Использование иммуногистохимических методов исследования позволяет точно поставить гистологический диагноз, который в дальнейшем и определяет тактику ведения пациента.

Ключевые слова: гамартома полости рта, гамартома твердого неба, редкие опухоли полости рта, стоматология, челюстно-лицевая хирургия.

Для цитирования: Маковская НИ, Васильев АВ. Гамартомы полости рта. Редкий клинический случай из практики челюстно-лицевого хирурга: гамартома твердого неба. *Пародонтология*. 2022;27(4):366-372. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-4-366-372>.

Oral hamartomas. A rare clinical case from the practice of a maxillofacial surgeon: hard palate hamartoma

N.I. Makovskaya^{1,2}, A.V. Vasilyev^{1,3}

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation

²The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of the Ministry of Civil Defence, Emergencies and Disaster Relief, Saint Petersburg, Russian Federation

³Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Hamartomas are common in the lungs, liver, spleen, pancreas, and kidneys. Head and neck hamartomas are rare and oral hamartomas are still rarer. The feature of hamartoma is that it consists of the same tissue elements as the affected organ; however, it is characterized by an abnormal structure. Hamartomas are most often benign tumours though there were described episodes of malignancy and development of hamartoblastomas, so the maxillofacial surgeon and the dentist should be cancer alert in this case. A small number of diagnosis cases may reflect the true rarity of the disease or may be missed, which can lead to mismanagement of the patient.

Purpose. To study the literature on oral hamartomas and present a clinical case of hard palate hamartoma.

Materials and methods. We analyzed the world medical literature about oral hamartomas and hard palate hamartomas in particular and presented a clinical case of hard palate hamartoma diagnosis in a thirty-four-year-old woman. The immunohistochemical test evaluated the markers reflecting the tumour proliferation level.

Results. We analyzed the world literature on oral hamartomas and presented a clinical case of the diagnosis and treatment of hard palate hamartoma identified in a thirty-four-year-old woman at an appointment with a maxillofacial surgeon. After the surgical treatment, a histological examination verified the hamartoma.

Conclusion. Hard palate hamartomas are rare in the practice of the maxillofacial surgeon and dentist. Learning specific features of hamartomatous lesions is essential to understand how to plan the necessary treatment for a patient with such pathology. Immunohistochemical research methods allow for accurate histological diagnosis, which further determines the patient management strategy.

Key words: Oral hamartoma, hard palate hamartoma, rare oral tumours, dentistry, maxillofacial surgery.

For citation: Makovskaya NI, Vasilyev AV. Oral hamartomas. A rare clinical case from the practice of a maxillofacial surgeon: hard palate hamartoma. *Parodontologiya*. 2022;27(4):366-372 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-4-366-372>.

ВВЕДЕНИЕ

В мировой литературе есть работы, посвященные гамартомам полости рта. [1]. В данной работе мы хотим остановиться на гамартومه твердого неба, продолжая наш цикл статей о редких опухолях полости рта [2]. Гамартомы обычно встречаются в легких [3], печени, селезенке, поджелудочной железе и почках [4]. Редко встречаются в области головы и шеи, а тем более редкой локализацией является полость рта [5]. Ярким примером гамартом челюстно-лицевой локализации является сложная твердая одонтома.

В данном случае сложная твердая одонтома верхней челюсти (рис. 1) в области 1.3-1.1 зубов у ребенка 10 лет (собственное клиническое наблюдение). Особенность гамартомы в том, что она состоит из тех же тканевых элементов и клеток, что и орган локализации. Согласно определению Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 20th Edition «...клетки гамартомы растут спонтанно, достигают зрелости, а затем перестают размножаться. Таким образом, рост гамартомы является самоограничивающимся и доброкачественным». Главной особенностью этого вида новообразования является аномальное строение ткани. Степень дифференцировки тканей может быть разной. Чаще всего гамартомы – это доброкачественные опухоли. Однако описаны наблюдения, когда происходит озлокачествление и развиваются гамартобластомы, поэтому челюстно-лицевой хирург и стоматолог должны проявить в этом случае онконастороженность. Необходимо знать отличительные черты, чтобы понимать, как планировать необходимое лечение пациента с таким патологическим процессом. Эти новообразования редко

встречаются в практике челюстно-лицевого хирурга и стоматолога. В этой статье мы описываем клинический случай гамартомы твердого неба у взрослого человека.

Гамартомы челюстно-лицевой области

Впервые гамартома была описана в 1904 году немецким патологоанатомом Eugen Albrecht. Термин был предложен при описании дизэмбриоплазии печени. Он получил свое название от двух греческих слов: *ἀμάρτημα* – «ошибка, изъян» и *-ωμα* от *ὄγκωμα* – «опухоль» [6].

На современном этапе развития медицины гистологи дают следующее определение гамартомы – это унифокальный или мультифокальный порок развития, состоящий из совокупности цитологически нормальных зрелых клеток и тканей, которые являются коренными для анатомической локализации, демонстрируя неорганизованный архитектурный паттерн с преобладанием одного из его компонентов [5, 7].

Чаще образование одиночное. Множественные гамартомы редки [8].

Гамартомы челюстно-лицевой области подразделяются на неодонтогенные и одонтогенные.

Кратко остановимся на четырех группах одонтогенных гамартом: дентальная эвагинация, дентальная инвагинация, одонтома и энамелома.

Дентальная эвагинация (*dens evaginatus*) впервые описана в 1925 году и чаще встречается у людей азиатского происхождения, по данным ряда авторов, 0,5-4,3% [8]. Представляет собой дополнительный бугорок чаще всего на окклюзионной поверхности боковых зубов и язычной поверхности передних зубов [8]. Ранняя диагностика и своевременное ле-

чение важны для предотвращения окклюзионного вмешательства, неудовлетворительной эстетики, раннего развития кариеса, периодонтальных проблем из-за чрезмерных окклюзионных нагрузок или раздражения языка во время речи и жевания. Мы наблюдали пациента, у которого вследствие эвагинации в области 4.8 зуба и нарушения окклюзии в течение более шести месяцев имели место выраженные симптомы артрита височно-нижнечелюстного сустава, полностью устраненные путем сошлифовки дополнительного бугорка.

Дентальная инвагинация (*dens invaginatus*), или «зуб в зубе» – аномалия развития, приводящая к инвагинации эмалевого органа в зубной сосочек до начала минерализации тканей зуба. Распространенность составляет 0,3–10%. Может приводить к неправильному прикусу [10].

Одонтомы по классификации ВОЗ подразделяются на сложные и составные [11]. Сложная одонтома представлена инкапсулированным конгломератом масс дентина и эмали, структура которых между собой не дифференцируется и не соответствует строению нормального зуба. Составная одонтома представлена множественными мелкими зубоподобными структурами неправильной формы, окруженными капсулой. Одонтомы возникают в результате дифференциации зубообразующего тканевого комплекса, содержащего эмбриональный эпителий и мезенхиму, в сторону образования структур, сходных со структурой зуба на различных стадиях его развития, могут вызывать задержку прорезывания постоянных зубов и зачастую являются случайной рентгенологической находкой. Одонтомы большой величины могут прорасти в мягкие ткани полости рта и приводить к асимметрии и деформациям челюстей, к смещению и подвижности зубов, в редких случаях провоцируют спонтанные переломы челюстей. Отодентальный синдром сопровождается наличием у пациента одонтомы [12].

Энамелома представляет отложения эмали, которые расположены на цементно-эмалевом стыке на поверхности корня зуба. Этот феномен называют еще эмалевым жемчугом, каплей эмали или эмалевым узлом. Его распространенность колеблется от 1,1 до 9,7%. В редких случаях он может быть обнаружен в дентине. Клиническая значимость варьируется в зависимости от локализации. Такая аномалия может способствовать прогрессированию разрушения пародонта [13].

Неодонтогенные гамартомы могут развиваться из эпителиальных и мезенхимальных дериватов.

К неодонтогенным гамартомам эпителиальной природы относятся: меланотическое пятно в полости рта и на губах; меланоцитарные невусы полости рта. Первое представляет собой хорошо очерченную плоскую область от коричневой до черной пигментации слизистой оболочки. Увеличивается выработка меланина нормальными зрелыми меланоцитами (без увеличения их количества). Встречаются при

синдроме Пейтца – Егерса и болезни Аддисона. Меланоцитарные невусы полости рта представляют собой совокупность клеток невуса, которые являются производными меланоцитов или их предшественников – клеток нервного гребня. Чаще имеют небольшие размеры и имеют правильные симметричные очертания без изменения цвета, оттенка или текстуры с течением времени [14].

Неодонтогенные гамартомы мезенхимальной природы разнообразны. Гемангиомы (врожденная и детская) представлены эндотелиальными клетками. Сосудистая мальформация состоит из нормальных сосудистых компонентов, которые присутствуют при рождении или развиваются в младенчестве. Гломовенозная мальформация чаще встречается у детей. Клинически это проявляется в виде узелков цвета от красного до синего или в виде мультифокальных бляшек [15].

Экзостозы – это костные разрастания, наблюдаемые на альвеолярных поверхностях костей челюсти. Они обычно видны на небных поверхностях верхней челюсти (*torus palatinus*) и вокруг премоляров на язычной поверхности нижней челюсти (*torus mandibularis*). Хирургическое вмешательство требуется только в случае травмы тканей, дефекта пародонта или протезирования [16].

Рабдомиоматозная мезенхимальная гамартома – это образование из дермы и подкожных тканей, часто представляющее собой папулу, образование на ножке или сидячую массу по средней линии головы и шеи. Хотя образование является доброкачественным, в некоторых случаях сообщалось о связи с другими врожденными и синдромальными аномалиями [17].

Лейомиоматозная гамартома – еще одно редкое заболевание, которое обычно поражает среднюю линию неба и языка. Микроскопически он состоит из неинкапсулированной массы гладкой мускулатуры [18].

Нейрофиброма – это смесь периневральных фибробластов и шванновских клеток. Это связано с синдромом нейрофиброматоза фон Реклингхаузена. Примерно 12% случаев связаны с синдромом, имеющим тенденцию к развитию злокачественных новообразований [19].

Фибролипоматозная гамартома нерва представляет собой опухолевидный липоматозный процесс [20].

Нейроваскулярная гамартома полости рта может быть подтверждена такими характеристиками, как ограниченный потенциал роста, нечеткие границы и гистологическое состояние, состоящее из плотно упакованных групп хорошо сформированных нервных пучков и сосудов [7].

Нервно-мышечные гамартомы полости рта возникают в тройничном нерве и языке. Гистологически они показывают наличие зрелой нервной и поперечно-полосатой мышечной ткани [21].

К гамартомозным заболеваниям также относятся синдром Протея, синдром Каудена и туберозный склероз и ряд других орфанных заболеваний [5].

Особенность гистологического строения гамартомы, что она состоит из тех же тканевых элементов, что и орган локализации. Главной особенностью этого вида новообразования является аномальное строение. Степень дифференцировки тканей может быть разной. Чаще всего гамартомы – доброкачественные опухоли. Однако есть описанные эпизоды, когда происходит озлокачествление и из них развиваются гамартобластомы, поэтому челюстно-лицевой хирург и стоматолог должны проявить в этом случае онконастороженность. Необходимо знать отличительные черты гамартрозных поражений, чтобы понимать, как планировать необходимое лечение пациента с таким патологическим процессом.

Клинически большинство из них протекает бессимптомно и редко вызывает какие-либо осложнения, за исключением случаев локализации у основания языка. Учитывая неопухолевую природу гамартром, хирургическое удаление является методом выбора. Прогноз благоприятный, с минимальной возможностью рецидивирования [5].

Клинический случай

На прием к челюстно-лицевому хирургу обратилась женщина 34 лет с жалобами на образование в полости рта и с вопросом, норма это или патология. Из анамнеза известно, что оно всегда у нее было, сколько она себя помнит, и считала, что это нормально. Данный визит связан с тем, что с женщиной дочерью рассматривали детскую анатомию, где на картинке в ротовой полости не было такого образования.

При осмотре ротовой полости в области шва передней трети твердого неба определяется образование до 7 мм в диаметре, на широком основании (до 3 мм), мягко эластичное, безболезненное при пальпации (рис. 2). Слизистая обычной окраски не изъязвлена. Образование подвижно и не спаяно с окружающими тканями. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

При МСКТ челюстно-лицевой области с внутривенным введением «Оптирея» (рис. 3-4) по стандартной программе визуализируется мягкотканное разрастание с четкими контурами однородной структуры, слабоинтенсивно накапливающее контрастный препарат размерами 7 x 9 x 10 мм. Признаков инвазии в костную структуру неба не выявлено.

Выполнено иссечение с использованием лазера под местной анестезией. Послеоперационный период прошел спокойно, без осложнений.

При микроскопическом исследовании выявлена фибролипomatозное образование с крупноочаговым фиброзом и многофокусным липоматозом с реактивной эпителиальной гиперплазией без признаков атипии, покрытой многослойным плоским эпителием. Многослойный плоский эпителий с мелкими эрозиями, паракератозом, фокусы окантоза. С учетом морфологической картины, анамнестических и клинических данных, образование в большей степени может соответствовать гамартоме.

Этот клинический случай был выявлен нами в 2020 году. Пациентка посещала нас для проведения контроля, жалоб не предъявляла. При осмотре твердого неба патологических образований не выявлено (рис. 5).

ДИСКУССИЯ

На основании данных медицинской литературы, Shankargouda Patil и коллеги консолидировали признаки гамартомы: пороки развития могут присутствовать при рождении, но проявляются позже; самоограниченный рост, согласованный с ростом окружающих



Рис. 1. Сложная твердая одонтома верхней челюсти
Fig. 1. Complex hard odontoma in the maxilla



Рис. 2. Образование передней трети твердого неба
Fig. 2. Lesion of the hard palate anterior third

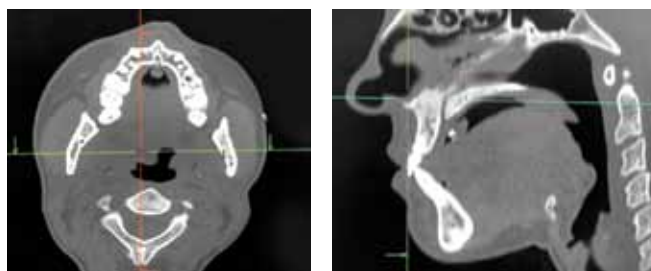


Рис. 3-4. МСКТ челюстно-лицевой области с внутривенным введением «Оптирея»
Fig. 3-4. Maxillofacial CT scan with optiray intravenous contrast agent



Рис. 5. Состояние после оперативного вмешательства
Fig. 5. After the surgery

тканей; могут быть как одиночные, так и множественные образования; может спонтанно регрессировать; обычно не инкапсулируется с неопределенными полями; не истинное новообразование, но истинное новообразование может развиваться в гамартоме; микроскопически он состоит из цитологически нормальных зрелых клеток, естественных для анатомического расположения; прослеживается связь с хромосомными аномалиями и синдромами [5]. Однако эти же коллеги в своей статье указывают, что не все поражения, обозначенные в литературе как гамартомы, обладают вышеперечисленными характеристиками [5]. Основными характеристиками для гамартомы являются ограниченный потенциал роста образования после подросткового возраста; микроскопическое появление неинкапсулированной примеси зрелых клеток, естественных для анатомического расположения; ассоциация с хромосомными aberrациями.

Небольшое количество случаев может отражать подлинную редкость поражения или может быть связано с его нераспознаваемостью и/или занижением сведений, в

связи с тем, что иммуногистохимическое исследование не проводилось. Может быть, чаще при микроскопическом выявлении гамартомы необходимо следующим этапом выполнять иммуногистохимическое исследование. С одной стороны, это позволит грамотно верифицировать диагноз. С другой стороны, приведет к тому, что не будет пропущен факт злокачественной пролиферации, что существенно меняет тактику челюстно-лицевого хирурга или врача-стоматолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гамартомы твердого неба очень редко встречаются в практике челюстно-лицевого хирурга и стоматолога. Необходимо знать отличительные черты гамартрозных поражений, чтобы понимать, как планировать необходимое лечение пациента с таким патологическим процессом. Использование иммуногистохимических методов исследования позволяет точно поставить гистологический диагноз, который в дальнейшем и определяет тактику ведения пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Yamada Y, Okita H, Nakagawa T, Asoda S. Oral hamartoma with an advanced elevation of the tongue. *BMJ case reports*. 2021;14(10):e246069. doi: 10.1136/bcr-2021-246069
2. Маковская НИ, Васильев АВ, Карташова ТС. Редкие опухоли языка. Опухоль Абрикосова: клиническое наблюдение. *Пародонтология*. 2018;24(4):89-92. doi: 10.25636/PMP.1.2018.4.16
3. Lien YC, Hsu HS, Li WY, Wu YC, Hsu WH, Wang LS, и др. Pulmonary hamartoma. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*. 2004;67(1):21-26. PMID: 15077886
4. Paclík A, Dytrych P, Hoskovec D, Jakša R, Krška Z. Hamartoma of the abdominal cavity and retroperitoneum - a review and a case report. *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti*. 2017;96(9):375-382. PMID: 29063771
5. Patil S, Rao RS, Majumdar B. Hamartomas of the oral cavity. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry JISPCD*. 2015;5(5):347-353. doi: 10.4103/2231-0762.164789
6. Lundeen KS, Raj MS, Rajasurya V, Ludhwani D. Pulmonary Hamartoma. [Internet]. *StatPearls Publishing*; 2020 [cited 2022 July 4]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539806/>
7. Allon I, Allon DM, Hirshberg A, Shlomi B, Lifschitz-Mercer B, Kaplan I. Oral neurovascular hamartoma: A lesion searching for a name. *Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*. 2012;41(4):348-353. doi: 10.1111/j.1600-0714.2011.01101.x
8. Carlomagno N, Duraturo F, Candida M, De Rosa M, Varone V, Ciancia G, и др. Multiple splenic hamartomas and familial adenomatous polyposis: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports*. 2015;9:154. doi: 10.1186/s13256-015-0627-3
9. Ayer A, Vikram M, Suwal P. Dens Evaginatus: A Problem-Based Approach. *Case reports in dentistry*. 2015;9:1-4. doi: 10.1155/2015/393209
10. Abu Hasna A, Ungaro DMT, de Melo AAP, Yui KCK, da Silva EG, Martinho FC, и др. Nonsurgical endodontic management of dens invaginatus: a report of two cases. *F1000Research*. 2019;8:2039. doi: 10.12688/f1000research.21188.1
11. Thompson LDR. Odontoma. *Ear, Nose, & Throat Journal*. 2019;100(5):014556131989017. doi: 10.1177/0145561319890175
12. Liu A, Wu M, Guo X, Guo H, Zhou Z, Wei K, и др. Clinical, pathological, and genetic evaluations of Chinese patient with otodontal syndrome and multiple complex odontoma: Case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(5):e6014. doi: 10.1097/MD.0000000000006014
13. Sharma S, Malhotra S, Baliga V, Hans M. Enamel pearl on an unusual location associated with localized periodontal disease: A clinical report. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(6):796-800. doi: 10.4103/0972-124X.124520
14. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2012;17(6):e919-924. doi: 10.4317/medoral.17679
15. Nair SC. Vascular Anomalies of the Head and Neck Region. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2018;17(1):1-12. doi: 10.1007/s12663-017-1063-2

16. Kumar Singh A, Sulugodu Ramachandra S, Arora S, Dicksit DD, Kalyan CG, Singh P. Prevalence of oral tori and exostosis in Malaysian population – A cross-sectional study. *Journal of oral biology and craniofacial research*. 2017;7(3):158-160.

doi: 10.1016/j.jobcr.2017.08.008

17. Lin CP, Nguyen JM, Aboutaleb S, Stetson CL. Incidental rhabdomyomatous mesenchymal hamartoma. *Proceedings / Baylor University Medical Center*. 2020;34(1):161-162.

doi: 10.1080/08998280.2020.1801087

18. Phoon Nguyen A, Firth N, Mougos S, Kujan O. Lingual Leiomyomatous Hamartoma in an Adult Male. *Case reports in dentistry*. 2018;2018:4162436.

doi:10.1155/2018/4162436

REFERENCES

1. Yamada Y, Okita H, Nakagawa T, Asoda S. Oral hamartoma with an advanced elevation of the tongue. *BMJ case reports*. 2021;14(10):e246069.

doi: 10.1136/bcr-2021-246069

2. Makovskaya NI, Vasiliev AV, Kartashova TS. The rare tumors of the tongue. The Abrikossoffs tumor of the tongue: a case report. *Parodontologiya*. 2018;24(4):89-92 (In Russ.).

doi:10.25636/PMP.1.2018.4.16

3. Lien YC, Hsu HS, Li WY, Wu YC, Hsu WH, Wang LS, et al. Pulmonary hamartoma. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*. 2004;67(1):21-26. PMID: 15077886

4. Paclík A, Dytrych P, Hoskovec D, Jakša R, Krška Z. Hamartoma of the abdominal cavity and retroperitoneum- a review and a case report. *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti*. 2017;96(9):375-382. PMID: 29063771

5. Patil S, Rao RS, Majumdar B. Hamartomas of the oral cavity. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry JISPCD*. 2015;5(5):347-353.

doi: 10.4103/2231-0762.164789

6. Lundeen KS, Raj MS, Rajasurya V, Ludhwani D. Pulmonary Hamartoma. [Internet]. *StatPearls Publishing*;2020 [cited 2022 July 4]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539806/>

7. Allon I, Allon DM, Hirshberg A, Shlomi B, Lifschitz-Mercer B, Kaplan I. Oral neurovascular hamartoma: A lesion searching for a name. *Journal of oral pathology & medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*. 2012;41(4):348-353.

doi: 10.1111/j.1600-0714.2011.01101.x

8. Carlomagno N, Duraturo F, Candida M, De Rosa M, Varone V, Ciancia G, et al. Multiple splenic hamartomas and familial adenomatous polyposis: a case report and review of the literature. *Journal of medical case reports*. 2015;9:154.

doi: 10.1186/s13256-015-0627-3

9. Ayer A, Vikram M, Suwal P. Dens Evaginatus: A Problem-Based Approach. *Case reports in dentistry*. 2015;9:1-4.

doi: 10.1155/2015/393209

10. Abu Hasna A, Ungaro DMT, de Melo AAP, Yui KCK, da Silva EG, Martinho FC, et al. Nonsurgical endodontic

management of dens invaginatus: a report of two cases. *F1000Research*. 2019;8:2039.

doi: 10.12688/f1000research.21188.1

11. Thompson LDR. Odontoma. *Ear, Nose, & Throat Journal*. 2019;100(5):014556131989017.

doi: 10.1177/0145561319890175

12. Liu A, Wu M, Guo X, Guo H, Zhou Z, Wei K, et al. Clinical, pathological, and genetic evaluations of Chinese patient with otodontal syndrome and multiple complex odontoma: Case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(5):e6014.

doi: 10.1097/MD.0000000000006014

13. Sharma S, Malhotra S, Baliga V, Hans M. Enamel pearl on an unusual location associated with localized periodontal disease: A clinical report. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(6):796-800.

doi: 10.4103/0972-124X.124520

14. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2012;17(6):e919-924.

doi: 10.4317/medoral.17679

15. Nair SC. Vascular Anomalies of the Head and Neck Region. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2018;17(1):1-12.

doi: 0.1007/s12663-017-1063-2

16. Kumar Singh A, Sulugodu Ramachandra S, Arora S, Dicksit DD, Kalyan CG, Singh P. Prevalence of oral tori and exostosis in Malaysian population – A cross-sectional study. *Journal of oral biology and craniofacial research*. 2017;7(3):158-160.

doi: 10.1016/j.jobcr.2017.08.008

17. Lin CP, Nguyen JM, Aboutaleb S, Stetson CL. Incidental rhabdomyomatous mesenchymal hamartoma. *Proceedings / Baylor University Medical Center*. 2020;34(1):161-162.

doi: 10.1080/08998280.2020.1801087

18. Phoon Nguyen A, Firth N, Mougos S, Kujan O. Lingual Leiomyomatous Hamartoma in an Adult Male. *Case reports in dentistry*. 2018;2018:4162436.

doi: 10.1155/2018/4162436

19. Fomete B, Adebayo ET, Ononiwu CN, Idehen KO. Giant neurofibrolipoma of the tip of the tongue: case report and review of the literature. *Annals of African medicine*. 2014;13(1):50-52.

doi: 10.4103/1596-3519.126954

20. Kumar N, Mittal M, Sinha M, Thukral B. Neural fibrolipoma in pharyngeal mucosal space: A rare oc-

currence. *The Indian journal of radiology & imaging*. 2012;22(4):358-360.

doi: 10.4103/0971-3026.111491

21. Castro DE, Raghuram K, Phillips CD. Benign triton tumor of the trigeminal nerve. *AJNR. American journal of neuroradiology*. 2005;26(4):967-969. Available from: <http://www.ajnr.org/content/ajnr/26/4/967.full.pdf>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Маковская Нина Игоревна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никитина МЧС России, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Для переписки: morand830320@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

Васильев Алексей Викторович, доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, профессор кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: alvicvas@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6265-2421>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Nina I. Makovskaya, DMD, PhD, Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery named after A. A. Limberg, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation; Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of the Ministry of Civil Defence, Emergencies and Disaster Relief, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: morand830320@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

Aleksey V. Vasiliev, DMD, PhD, Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery named after A. A. Limberg, North-Western State Medical University

named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation; Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: alvicvas@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6265-2421>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие

конфликта интересов/ Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 29.09.2022

Поступила после рецензирования / Revised 14.10.2022

Принята к публикации / Accepted 28.10.2022



НАЦИОНАЛЬНАЯ ШКОЛА ПАРОДОНТОЛОГИИ РПА

при поддержке GSK

РЕГИСТРИРУЙТЕСЬ ПО ССЫЛКЕ

<https://perio-school.ru/>

Национальная Школа Пародонтологии ПА «РПА» 2021

www.rsparo.ru



Уникальная программа

Специализированная программа на основе международных стандартов подготовки специалистов в области стоматологии



Опыт экспертов

Практические рекомендации и уникальный опыт экспертов по ведению пациентов с патологией пародонта



Более 200 участников

Отличный повод познакомиться со своими коллегами