

УДК 616.31-006.03

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОДОНТОГЕННОЙ МИКСОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Никитин А. А., Ахтямов Д. В., Сипкин А. М.,  
Ахтямова-Гивировская Н. Е., Корсакова Н. А., Полупан П. В.**

*ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт  
им. М. Ф. Владимирского», г. Москва, Россия*

### Резюме

На основании изучения литературы, посвященной диагностике и лечению одонтогенных миксом челюстей, в данной статье рассмотрены такие моменты, как эпидемиология, наиболее типичная клиника, патоморфологическая картина данной разновидности опухоли. Дана морфологическая характеристика опухоли, рассмотрены клинические проявления одонтогенных миксом, освещены вопросы тактики и прогноза хирургического лечения при данном виде патологии.

В статье приведен клинический пример, иллюстрирующий тактику интраоперационной диагностики и хирургического лечения одонтогенной миксомы. Перед авторами стояла задача на примере конкретного клинического случая продемонстрировать возможности интраоперационного гистологического исследования, обосновать выбор хирургической тактики, заключающейся в планировании границ резекции. Приведены данные срочного гистологического исследования, представлены отдаленные результаты лечения.

**Ключевые слова:** одонтогенная миксома, верхняя челюсть, экспресс-биопсия.

---

### Адрес для переписки:

*Ахтямов Дмитрий Вадимович  
ГБУЗ МО «Московский областной научно-  
Исследовательский Клинический Институт  
им. М. Ф. Владимирского.  
129110 Россия, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2  
Тел. +7-495-681-50-08  
E-mail: dima\_true@mail.ru*

### Correspondence address:

*Akhtyamov Dmitry  
The Moscow Region Science Research Clinical  
Institute n. a. M. F. Vladimirovskiy  
129110 Russia, Moscow, Shchepkina str., 61/2  
Phone: +7-495-681-50-08  
E-mail: dima\_true@mail.ru*

---

### Образец цитирования:

*Никитин А. А., Сипкин А. М., Ахтямов Д. В., Ахтямова-  
Гивировская Н. Е., Терновой Е. М.  
«Клинический пример одонтогенной миксомы верхней  
челюсти».  
Проблемы стоматологии, 2016, Т. 12, № 3. С. 80-86.  
doi: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-80-86  
© Никитин А. А. и соавт., 2016*

### For citation:

*Nikitin A. A., Sipkin A. M., Akhtyamov D. V.,  
Akhtyamova-Givirovskaya N. E., Ternovoy E. M.  
«Odontogenic myxoma of the superior jaw  
(clinical case)».  
The actual problems in dentistry,  
2016, Vol. 12, № 3, pp. 80-86  
DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-80-86*

## ODONTOGENIC MYXOMA OF THE SUPERIOR JAW (CLINICAL CASE)

Nikitin A. A., Akhtyamov D. V., Sipkin A. M.,  
Akhtyamova-Givirovskaya N. E., Korsakova N. A., Polupan P. V.

*Moscow Region Research Clinical Institute n. a. M. F. Vladimirovskiy (MONIKI), Moscow, Russian Federation*

### The summary

Following a thorough analysis of the literature on the diagnosis and treatment of the superior jaw odontogenic myxoma, the article presents such aspects as the epidemiology, most typical clinical picture and pathomorphological picture of the said kind of tumor. The article reviews the morphological characteristics of the tumor, odontogenic myxoma clinical manifestations, as well as the issues of tactics and prognosis of the pathology operative therapy.

The article provides a clinical case exemplifying the tactics of the intraoperative diagnosis and operative therapy of the odontogenic myxoma. The authors of the article aimed at demonstrating the potential of the intraoperative histologic examination, justifying the choice of operative therapy tactics, including the way of determining resection margins. The results of the urgent histological test are provided; the case afterhistory is given.

**Keywords:** *odontogenic mixoma, superior jaw, urgent biopsy.*

### Актуальность исследования

В настоящее время, в связи с неуклонным ростом онкологической заболеваемости населения, все большее количество пациентов обращаются в клинику по поводу новообразований челюстно-лицевой области. Среди последних растет процент встречаемости опухолей, ранее считавшихся редкими. К таким опухолям в том числе относятся миксомы челюстей, встречающиеся в 3% случаев онкологической заболеваемости челюстно-лицевой области.

### Цель работы

На примере конкретного клинического случая продемонстрировать возможности интраоперационного гистологического исследования, обосновать выбор хирургической тактики, заключающейся в планировании границ резекции.

### Определение

Одонтогенная миксома – это доброкачественная местно-распространенная неоплазия, состоящая из недифференцированных мезенхимальных клеток звездчатой, веретеновидной и округлой формы с длинными анастомозирующими отростками, располагающимися в обильной миксоидной строме [1-7]. При

преобладании в строме коллагеновых волокон рекомендуется использовать термин миксофиброма.

### Эпидемиология

Одонтогенная миксома составляет от 3 до 20% от всех одонтогенных опухолей [2-8]. По вопросу о происхождении миксом имеются различные мнения. Ряд авторов считают, что все миксомы костей возникают первоначально из хряща, и рассматривают миксома как атипичную фиброму или хондрому. Однако другие придерживаются мнения, что миксома может возникнуть из местных недифференцированных клеток мезенхимального происхождения.

Опухоль встречается в возрасте от 1-го до 73-х лет, чаще в возрасте 10-30 лет. Чаще данная патология диагностируется у женщин, в соотношении мужчина/женщина – 1:2 по одним литературным источникам и 1:1,5 – по другим [9-11]. Однако, согласно некоторым авторам, нет большого различия в распространении между полами [12].

В связи с трудностями радикального удаления одонтогенной миксомы, в 25% случаев наблюдается рецидив заболевания, чаще всего в течение двух лет после оперативного лечения. Прогноз обычно благоприятный, однако в литературе описаны единичные

случаи летального исхода при врастании опухоли в основание черепа.

## Клиническая картина

Наиболее типичное расположение одонтогенной миксомы отмечается в нижней челюсти, особенно в области тела. В то же время в верхней челюсти типичные места локализации – это скуловая кость, альвеолярный отросток и часто верхнечелюстной синус [1, 3, 5].

Клинически опухоль небольшого размера протекает бессимптомно. Для опухоли характерен безболезненный рост с костным вздутием и образованием кортикальных перфораций. Также наблюдается смещение зубов, с развитием подвижности и утратой последних. При поражении верхней челюсти наиболее ранними клиническими проявлениями является облитерация верхнечелюстных пазух. Односторонняя локализация может симулировать назальный полипоз [1-8].

Рентгенологически определяется разряжение костной ткани в виде «мыльных пузырей» или «медовых сот» с размытыми или четкими границами. При больших размерах опухоли отмечается деструкция кортикальной пластинки кости, возможно развитие периостальной реакции. Иногда может отмечаться многоузловой рост образования [6-9, 13].

## Макро- и микроскопия

При макроскопическом исследовании одонтогенная миксома представляет собой узел желтовато-белого цвета без четких границ. Характерен инфильтрирующий рост в окружающую костную ткань. Опухоль ослизненная, местами слоистая на разрезе. В зависимости от количества коллагеновых волокон консистенция новообразования варьирует от желеобразной до плотной [2-8].

Гистологически в ослизненной строме располагаются клетки звездчатой формы с длинными отростками, иногда имеются пучки коллагеновых волокон, в отдельных случаях определяется гиалиноз. Мукоидная строма бессосудиста, бесформенна и гипоячеиста. Могут встречаться двуядерные клетки, ядерный полиморфизм, фигуры митозов, островки одонтогенного эпителия встречаются редко, их обна-

ружение не влияет на постановку диагноза. Они формируют среди соединительнотканых волокон тубулярные или трабекулярные структуры без звездчатых клеток [2, 8, 10, 14].

Гистохимическое исследование позволяет обнаружить, что межучточное вещество богато мукополисахаридами, преимущественно гиалуриновой кислотой и, в меньшей степени, хондроитин сульфатом [4].

Микроскопически одонтогенная миксома чрезвычайно схожа с гиперпластическим зубным фолликулом и дентальным сосочком развивающегося зуба. Ошибки в диагностике этих образований следует избегать с учетом клинических и рентгенологических данных [4, 16].

Гистологически дифференциальный диагноз также следует проводить с миксоидными опухолями оболочек периферических нервов, хондромиксоидной фибромой, миксоидной фибросаркомой низкой степени злокачественности и другими миксоидными саркомами [2, 8, 10, 15].

Клинические и рентгенологические проявления миксомы не специфичны, что затрудняет дифференциальную диагностику, а быстрый характер роста опухоли заставляет дифференцировать миксому от злокачественных образований челюстных костей, в частности от остеогенной саркомы. Трудность дифференциальной диагностики обуславливает проблему выбора хирургической тактики, заключающуюся в планировании границ резекции. В клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «МОНКИ им. М. Ф. Владимирского» для решения вопроса об объеме резекции тканей в подобных случаях успешно применяется интраоперационная экспресс-биопсия с проведением срочного гистологического исследования. Данная методика позволяет в ходе вмешательства составить представление о характере опухоли и выбрать оптимальную хирургическую тактику.

Применение подобной тактики иллюстрировано клиническим примером.

## Клинический пример

Пациент Б. 1991 года рождения впервые обратился к врачу хирургу-стоматологу по месту жительства по поводу чувства «вздутия» в области переходной складки

верхней челюсти слева (рис. 1). Обращающим на себя фактом являлось ранее проведенное ортодонтическое лечение, окончившееся около 2 лет назад. Каких-либо других заметных особенностей выявить из анамнеза не удалось.

Выполнение ортопантограммы выявило кистозное образование верхней челюсти размером  $3 \times 2,5$  см, раздвигающее корни 2.4, 2.5 зубов. С предположительным диагнозом «костеобластокластома верхней челюсти слева» был направлен стоматологом к челюстно-лицевому хирургу для планового хирургического лечения.

В течение месяца больной не мог решиться на оперативное лечение и находился под наблюдением стоматолога по месту жительства. В течение этого времени отмечался быстрый рост образования, прогрессирующее нарушение конфигурации лица, боль в области зубов 2.4, 2.5, слезотечение из левой глазной щели, нарушение носового дыхания слева, что заставило больного повторно обратиться за помощью в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского». Учитывая быстрый рост образования, пациент в ускоренном порядке госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При поступлении в отделение состояние пациента удовлетворительное. По органам без особенностей. Местно – конфигурация лица изменена за счет выбухания в левой подглазничной, щечной областях. Кожа в данных областях в цвете не изменена, в складку собирается с трудом, пальпация безболезненна. Отмечается экзофтальм слева до 2 мм, слезотечение из левой глазной щели. При риноскопии левый носовой ход полностью обтурирован опухолью. В полости рта отмечается выбухание по переходной складке верхней челюсти слева.

Пациенту выполнена мультиспиральная компьютерная томография, в результате чего выявлена опухоль верхней челюсти слева с деструкцией кости альвеолярного отростка, пролабирующая в полость носа, а также оттесняющая нижнюю стенку левой орбиты (рис. 2).

Пациент консультирован оториноларингологом и офтальмологом, депульпированы зубы, рентгенологически находящиеся в патологическом очаге.

Быстрый характер роста опухоли и рентгенологическая картина заставляли думать о зло-



Рис. 1. Вид со стороны слизистой полости рта на момент обращения

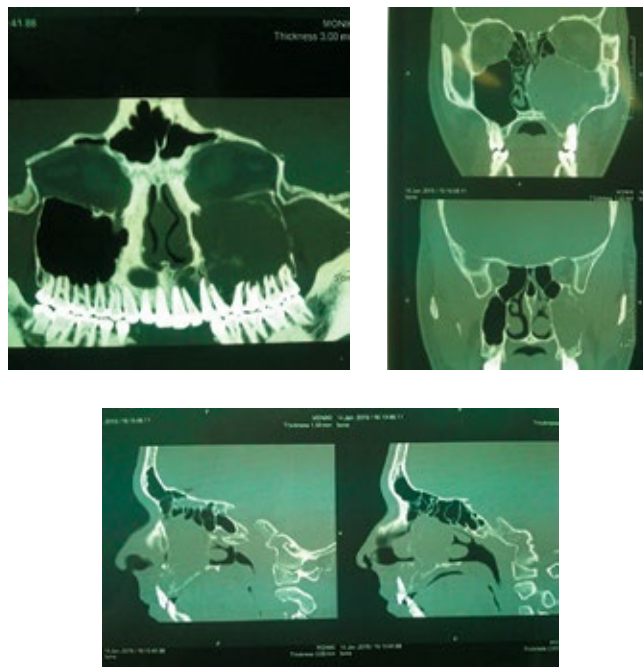


Рис. 2. Результаты мультиспиральной компьютерной томографии обследуемого пациента

качественном поражении верхней челюсти. В подобных условиях решено было отказаться от проведения биопсии для верификации диагноза, из-за опасности провоцирования ускорения роста опухоли. Принято решение об удалении опухоли в пределах здоровых тканей внутриротовым доступом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с проведением срочного гистологического исследования. В случае подтверждения злокачественного характера опухоли планировалась конверсия в резекцию верхней челюсти по Муру.

Под эндотрахеальным наркозом пациенту выполнено удаление опухоли с резекцией альвеолярного отростка верхней челюсти слева с зубами 2.1-2.8, клинически находившимися в патологическом очаге, а также с резекцией

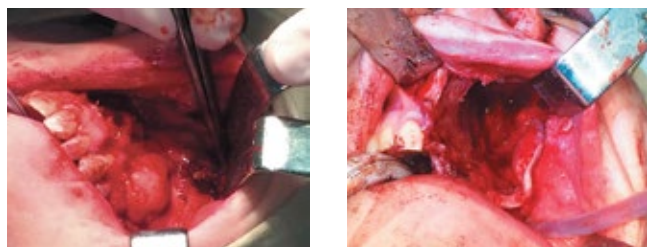


Рис. 3. Удаление опухоли с резекцией альвеолярного отростка верхней челюсти слева с вовлеченными в очаг зубами



Рис. 4. Удаленная опухоль с резецированным участком альвеолярного отростка и зубами

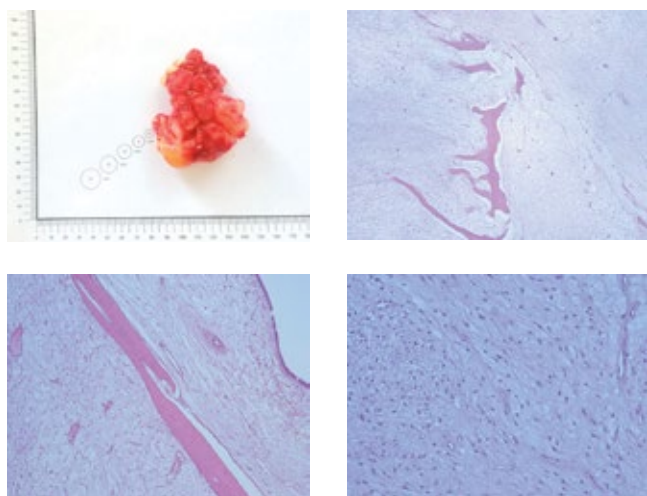


Рис. 5. Макро- и микроскопические препараты удаленной опухоли



Рис. 6. А. Пациент спустя 1,5 месяца после операции; Б. Пациент спустя 6 месяцев после операции, вид с частичным съемным протезом

части небного отростка верхней челюсти (рис. 3, 4).

Выполнено срочное гистологическое исследование, по результатам которого у пациента верифицирована мезенхимальная опухоль типа миксомы, убедительных признаков злокачественности не выявлено.

Полученные интраоперационно данные гистологического исследования позволили провести малотравматичное хирургическое вмешательство, рана слизистой оболочки уха наглухо, слизистая левого носового хода сохранена.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений, рана слизистой оболочки зажила первичным натяжением.

Гистологически – миксома альвеолярного отростка верхней челюсти, прилежащая кость резко атрофична, представлена немногочисленными костными балками по периферии опухоли (рис. 5).

Пациент выписан под наблюдение хирурга-стоматолога.

На контрольном осмотре спустя 1,5 месяца конфигурация лица не изменена, носовое дыхание слева не затруднено, слезотечения не наблюдается. Спустя 6 месяцев пациенту изготовлен частичный съемный протез (рис. 6).

В настоящее время пациент находится под наблюдением, рецидива опухоли в настоящий момент нет. Продолжается наблюдение.

## Заключение

Онкологическая настороженность врача на амбулаторном стоматологическом приеме и своевременное обращение пациентов позволяют вовремя выявить и своевременно провести лечение, уменьшить его травматичность, повысить процент благоприятных исходов и увеличить степень функциональной реабилитации.

Тактика проведения срочного интраоперационного гистологического исследования опухоли позволяет избежать травматичного вмешательства, последствия которого в значительной степени удлиняют сроки послеоперационного периода и реабилитации, а также приводят к стойкому нарушению качества жизни. В то время как данному пациенту выполнено щадящее вмешательство, позволившее радикально удалить опухоль уточненной морфоло-



гической категории и достичь одновременно хороших функциональных и эстетических результатов, значительно сократить сроки и тяжесть реабилитационных мероприятий.

## Литература

1. Зиновьев, А. С. Клиническая патология орорифациальной области и шеи / А. С. Зиновьев, А. В. Кононов, Л. Д. Каптерина. – Омск, 1999.
2. Пальцев, М. А. Атлас патологии опухолей человека / М. А. Пальцев, Н. М. Аничков. – Москва: «Медицина», 2005. – 185 с.
3. Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова – Москва: Медицина, 2003. – 688 с.
4. Barnes, L. Pathology and genetics of head and neck tumours / L. Barnes, J. W. Eveson, P. Reichart. – Lyon: IARC Press, 2005. – 435 p.
5. Cuestas Carnero, R. Odontogenic myxoma: report of a case / R. Cuestas Carnero, O. B. Ricardo, H. Gendelman // J Oral Maxillofac Surg. – 1988. – Vol. 46. – P. 705-709.
6. Martins, C. Argyrophilic nucleolar organizer regions in odontogenic myxoma (OM) and ameloblastic fibroma (AF) / C. Martins, Y. Rodarte Carvalho, M. A. Vieira do Carmo // J Oral Pathol Med. – 2001. – Vol. 30. – P. 489-493.
7. Wachter, B. G. Odontogenic myxoma of the maxilla: report of two pediatric cases / B. G. Wachter, M. J. Steinberg, D. H. Darrow // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2003. – Vol. 67. – P. 389-393.
8. Keszler, A. Myxoma in childhood: an analysis of 10 cases / A. Keszler, F. V. Dominguez, G. Giannunzio // J Oral Maxillofac Surg. – 1995. – Vol. 53. – P. 518-521.
9. Kimura, A. Odontogenic myxoma showing active epithelial islands with microcystic features / A. Kimura, H. Hasegawa, K. Satou // J Oral Maxillofac Surg. – 2001. – Vol. 59. – P. 1226-1228.
10. Simon, E. N. M. Odontogenic myxoma: a clinicalpathological study of 33 cases / E. N. M. Simon, M. A. W. Merckx, E. Vuhahula // J Oral Maxillofac Surg. – 2004. – Vol. 33. – P. 333-337.
11. Barros, R. E. Myxoma of the jaws / R. E. Barros, F. V. Dominguez, R. L. Cabrini // Oral Surg. – 1969. – Vol. 27. – P. 225.
12. Fenton, S. Odontogenic myxoma in a 17-month-old child: a case report / S. Fenton, P. J. Slootweg, E. A. Dunnebieer // J Oral Maxillofac Surg. – 2003. – Vol. 61. – P. 734-736.
13. Sharma, R. Odontogenic myxoma of the mandible: a case report / R. Sharma, N. Marwah, R. S. Bedi // Indian J Pathol Microbiol. – 2003. – Vol. 46, № 1. – P. 84-86.
14. Regezi, J. A. Odontogenic tumours: analysys of 706 cases / J. A. Regezi, D. A. Kerr, R. M. Courtney // J Oral Surg. – 1978. – Vol. 36. – P. 771.
15. Kaffe, I. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma / I. Kaffe, H. Naor, A. Buchner // Dentomaxillofac Rad. – 1997. – Vol. 26. – P. 299-303.

## References

1. Zinovev, A. S. Klinicheskaya patologiya orofatsialnoy oblasti i shei / A. S. Zinovev, A. V. Kononov, L. D. Kapterina. – Omsk, 1999.
2. Paltsev, M. A. Atlas patologii opuholey cheloveka / M. A. Paltsev, N. M. Anichkov. – Moskva: «Meditsina», 2005. – 185 s.
3. Robustova, T. G. Hirurgicheskaya stomatologiya / T. G. Robustova. – Moskva: Meditsina, 2003. – 688 s.
4. Barnes, L. Pathology and genetics of head and neck tumours / L. Barnes, J. W. Eveson, P. Reichart. – Lyon: IARC Press, 2005. – 435 p.
5. Cuestas Carnero, R. Odontogenic myxoma: report of a case / R. Cuestas Carnero, O. B. Ricardo, H. Gendelman // J Oral Maxillofac Surg. – 1988. – Vol. 46. – P. 705-709.
6. Martins, C. Argyrophilic nucleolar organizer regions in odontogenic myxoma (OM) and ameloblastic fibroma (AF) / C. Martins, Y. Rodarte Carvalho, M. A. Vieira do Carmo // J Oral Pathol Med. – 2001. – Vol. 30. – P. 489-493.
7. Wachter, B. G. Odontogenic myxoma of the maxilla: report of two pediatric cases / B. G. Wachter, M. J. Steiberg, D. H. Darrow // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2003. – Vol. 67. – P. 389-393.

8. Keszler, A. Мyxoma in childhood: an analysis of 10 cases / A. Keszler, F.V. Dominguez, G. Giannunzio // J Oral Maxillofac Surg. – 1995. – Vol. 53. – P. 518-521.
9. Kimura, A. Odontogenic myxoma showing active epithelial islands with microcystic features / A. Kimura, H. Hasegawa, K. Satou // J Oral Maxillofac Surg. – 2001. – Vol. 59. – P. 1226-1228.
10. Simon, E.N. M. Odontogenic myxoma: a clinicalpathological study of 33 cases / E.N. M. Simon, M.A. W. Merckx, E. Vuhahula // J Oral Maxillofac Surg. – 2004. – Vol. 33. – P. 333-337.
11. Barros, R.E. Мyxoma of the jaws / R.E. Barros, F.V. Dominguez, R.L. Cabrini // Oral Surg. – 1969. – Vol. 27. – P. 225.
12. Fenton, S. Odontogenic myxoma in a 17-month-old child: a case report / S. Fenton, P. J. Slootweg, E. A. Dunnebieer // J Oral Maxillofac Surg. – 2003. – Vol. 61. – P. 734-736.
13. Sharma, R. Odontogenic myxoma of the mandible: a case report / R. Sharma, N. Marwah, R. S. Bedi // Indian J Pathol Microbiol. – 2003. – Vol. 46, № 1. – P. 84-86.
14. Regezi, J.A. Odontogenic tumours: analysys of 706 cases / J.A. Regezi, D.A. Kerr, R.M. Courtney // J Oral Surg. – 1978. – Vol. 36. – P. 771.
15. Kaffe, I. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma / I. Kaffe, H. Naor, A. Buchner // Dentomaxillofac Rad. – 1997. – Vol. 26. – P. 299-303.

---

**Авторы:**

**Никитин А.А.**, д. м. н., профессор, руководитель отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва)  
**Сипкин А.М.**, д. м. н., заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва), ведущий научный сотрудник отделения челюстно-лицевой хирургии  
**Ахтямов Д.В.**, младший научный сотрудник отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва)  
**Ахтямова-Гивировская Н.Е.**, к. м. н., врач отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва)  
**Корсакова Н.А.**, к. м. н., старший научный сотрудник патологоанатомического отделения ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва)  
**Полупан П.В.**, врач-стоматолог, аспирант кафедры ФУВ, отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского» (г. Москва)

**Authors:**

**Nikitin A.A.**, MSc, PhD, MD, professor, head of the Maxillofacial Surgery Department of the The Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy  
**Sipkin A.M.**, MSc, PhD, MD, professor of the Maxillofacial Surgery Department of the The Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy, leading researcher of the Maxillofacial Surgery Department of the Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy  
**Akhtyamov D.V.**, junior researcher of the Maxillofacial Surgery Department of the Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy  
**Akhtyamova-Givirovskaya N.E.**, PhD, doctor of the Maxillofacial Surgery Department of the Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy  
**Korsakova N.A.**, PhD, senior research assistant of the Pathological-Anatomical Department of the Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy  
**Polupan P.V.**, dentist, doctorant student of the Maxillofacial Surgery Department of the Moscow Region Science Research Clinical Institute n.a. M. F. Vladimirovskiy

---

Поступила 30.08.2016  
Принята к печати 02.09.2016

---

Received 30.08.2016  
Accepted 02.09.2016


подробная  
информация



## ПРИМАКАИН:

БЕСПЛАТНАЯ ДОСТАВКА  
ЛЮБОГО КОЛИЧЕСТВА  
АНЕСТЕТИКА ПРИМАКАИН  
ПРЯМО К ВАМ В КЛИНИКУ!

ПРИМАКАИН (ФРАНЦИЯ): АРТИКАИНА ГИДРОХЛОРИД 40 МГ, ЭПИНЕФРИНА ГИДРОТАРТАТ 0,0182 МГ

 **kraftway**<sup>®</sup> PHARMA МОСКВА, 3-Я МЫТИЩИНСКАЯ, 16, 8-800-100-100-9, WWW.KRAFTWAYDENTAL.RU