

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-4>
УДК: 616.316.5-006-07-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР)



**Жилонов А.А., Абдиакимов А.Н.,
Ирскулова Э.У.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Число больных с опухолями больших слюнных желез увеличивается. Большинство опухолей обнаруживаются в околоушной слюнной железе. Наиболее частыми доброкачественными опухолями околоушных слюнных желез являются плеоморфные аденомы. В комплексе лечебно-диагностических мероприятий основным остается хирургический этап. Существующие на сегодняшний день методики диагностики и лечения доброкачественных опухолей околоушных слюнных желез постоянно совершенствуются и развиваются, однако поиск в этой направлении продолжается.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, опухоли, плеоморфные аденомы, методы лечения.

Annotation

The number of patients with tumors of big salivary glands is increasing. Most tumors are found in the parotid salivary gland. The most common benign tumors of the parotid salivary glands are pleomorphic adenomas. In the complex of medical and diagnostic measures, the surgical stage of treatment remains the main one.

Хулоса

Катта сўлак безлари ўсмаси билан касалланган беморлар сони ошиб бормоқда. Кўпчилик ўсмалар кулоқ олди сўлак безида кузатилади. Плеоморф аденомалари кулоқ олди сўлак безида энг кўп учрайдиган хавфсиз ўсмалар хисобланади. Хирургик даволаш этапи даволаш диагностика комплексида асосий бўлиб қолмоқда.

В настоящее время новообразования слюнных желез составляют 1-5% от всех онкологических заболеваний человека и 3% от опухолей головы и шеи [13].

По данным ряда авторов, околоушная слюнная железа (ОСЖ) подвержена воспалительным процессам инфекционного и аутоиммунного происхождения, может становиться очагом формирования добро-, злокачественных опухолей, в ней развивается и слюннокаменная болезнь.

За последние двадцать лет заболеваемость опухолями слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости остается неизменной и составляет 1-5%. Однако, учитывая прирост абсолютного числа онкологических больных за истекшие 10 лет на 13,7%, число больных с опухолями больших слюнных желез пропорционально увеличивается. В связи с этим возрастает хирургическая активность, поскольку в общем комплексе лечебно-диагностических мероприятий в отношении данной патологии основным остается хирургический этап [1].

Локализация опухолей слюнных желез разнообразна, до 80% опухолей поражают большие слюнные железы [16]. От 70 до 90% образований, по разным данным, обнаруживаются в околоушной слюнной железе. Отдельной группой представлены опухоли, локализующиеся в точном отростке околоушной слюнной железы, которые составляют до 20% всех опухолей слюнных желез и 5% опухолей головы и шеи [2].

К доброкачественным новообразованиям околоушных слюнных желез относятся наиболее часто встречающиеся плеоморфные аденомы (61,2-90%). Среди всех опухолей слюнных желез на их долю приходится от 40 до 80% [7]. Возраст больных с данной патологией варьирует в широких пределах, при этом 69% пациентов приходится на трудоспособный возраст от 45 до 60 лет.

Плеоморфная аденома, или «смешанная опухоль», относится к доброкачественным образованиям слюнных желез. Термин «смешанная опухоль» впервые предложил Р. Вирхов в 1863 г., который придерживался мнения об эпителиальном и мезенхимальном происхождении опухоли. Современные морфологические исследования доказали эпителиальный генез новообразования, а термин «смешанная опухоль» используется условно, как отражающий разнообразие ее структуры.

Плеоморфную аденому считают сложным новообразованием, которое характеризуется медленным ростом, скудной симптоматикой, своеобразным морфологическим строением, склонностью к рецидивированию. Опухоли в основном локализуются в поверхностной доле над углом нижней челюсти или в предушной области в виде округлого, бугристого, разной степени плотности слабо подвижного образования, не спаянного с кожей. Глубокая доля слюнной железы вовлекается в патологический процесс примерно в 10% случаев [4].

Аденолимфома (АЛ) – вторая по частоте доброкачественная опухоль слюнных желез, которая, разным данным, составляет от 1,7 до 30% среди всех опухолей слюнных желез. Как правило, АЛ локализуются в поверхностном отделе ОСЖ, иногда (5-14%) могут иметь место двустороннее поражение и мультицентрический рост (12-20%) [5]. Заболевание протекает, как правило, бессимптомно, болевой синдром встречается только в 9% случаев

при наличии метаплазии. Опухоль в большинстве случаев имеет вид одиночного узла с гладкой или крупнобугристой поверхностью, располагающегося в околоушно-жевательной области. Лицевой нерв в процесс не вовлекается. Слизистая оболочка полости рта физиологической окраски, из устья выводного протока в достаточном количестве выделяется прозрачная слюна [10]. Из-за возможности двустороннего поражения необходимо обследование обеих ОСЖ.

Макропрепарат классической формы АЛ представляет собой узел в плотной оболочке, тканевой компонент которого рыхлый, пористый, имеющиеся кистозные полости различной величины, связаны друг с другом и заполнены мутным гнойным буровато-желтоватым содержимым. Однако в клинической практике хирурги сталкиваются со значительным многообразием макроскопических вариантов строения АЛ.

Таким образом, установлены этиологические и эпидемиологические факторы развития заболеваний околоушных слюнных желез, основные формы болезни и возрастные характеристики для данной болезни.

Проблеме заболеваний слюнных желез и их диагностике посвящены многие работы отечественных и зарубежных авторов. В диагностике заболеваний слюнных желез, наряду с опросом больного, осмотром и пальпацией области поражения, используют специальные методы: ультразвуковое исследование, термовизиографию, сиалографию, сцинтиграфию и радионуклидное сканирование, рентгенографию слюнной железы с применением рентгеноконтрастных веществ (МСКТ-сиалографию и пантомсиалографию), магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию [10], в последнее время – ПЭТ/КТ [14].

Несмотря на успехи, достигнутые в разработке новых методов обследования, диагностика опухолей околоушных слюнных желез представляет определенные трудности. Следует признать, что внешняя простота обследования пациентов является обманчивой, особенно на ранних стадиях развития патологического процесса. Более того, частота ошибок в диагностике заболеваний околоушных слюнных желез остается высокой и колеблется в пределах 7-46%.

Ультразвуковое исследование благодаря своей простоте и доступности получило широкое распространение при исследовании мягких тканей головы, шеи и рекомендуется как первый метод обследования пациентов. По данным разных авторов, УЗИ позволяет дифференцировать опухолевое и неопухолевое поражение, отличить лимфатический узел от ткани железы, предположить наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы. Чувствительность УЗИ в диагностике опухолей слюнных желез составляет 95,8%, точность – 93-95,1%, специфичность – 100%. Визуализация при УЗИ важна для диагностики рецидива опухоли, а также оценки осложнений, связанных с операцией, таких как мукоцеле, сбор жидкости, гематома, псевдоаневризма. Однако частота ошибок при УЗИ может достигать 46%, так как практически все опухоли и опухолеподобные образования слюнных желез имеют изоэхо-

генную или неоднородную по сравнению с окружающей паренхимой структуру.

УЗИ и компьютерная томография обладают равными высокими диагностическими возможностями как в выявлении новообразований слюнных желез (точность 97 и 97,4%), так и в определении их локализации (точность 94,9 и 95,9%) и превосходят в этом клиническое обследование. Так, у 22 больных с аденолимфомами слюнных желез в возрасте от 36 до 72 лет, которым в предоперационном периоде проводились ультразвуковое исследование, рентгенокомпьютерная и (или) магнитно-резонансная томография слюнных желез, были выделены больные в зависимости от варианта макроскопического строения опухоли, а также описаны основные и дополнительные признаки ультразвуковой диагностики каждого из вариантов аденолимфомы. Также были выявлены соответствия результатов различных лучевых методов исследования данной опухоли. Полученные данные позволили в предоперационном периоде предположить наличие у пациентов аденолимфомы слюнных желез [8].

Одним из важных диагностических приемов остается морфологический метод, включающий микроскопическое и гистологическое исследование тканей. Изучение клинико-морфологических особенностей заболеваний слюнных желез с помощью цитологического и гистохимического методов позволяет сократить сроки обследования, установить точный диагноз, существенно влияет на выбор метода лечения, планирование характера и объема хирургического вмешательства. Прогресс этого раздела диагностики связан с усовершенствованием метода тонкоигольной пункции, которая в настоящее время в большинстве случаев выполняется под контролем ультразвуковой навигации зоны поражения [15].

Цитологический метод – морфологическое исследование клеточного состава и межклеточного матрикса патологического очага. Материалом для исследования является аспират, полученный при пункции шприцом с иглой диаметром 0,1-0,2 мм, либо соскоб, который берется при изъязвлении опухоли. Данные о чувствительности данного метода у разных авторов значительно колеблются от 81 до 98%.

Однако при наличии опытного врача-цитолога, правильном методе забора диагностического материала метод становится высокочувствительным. Во многих случаях он не только позволяет определить или отвергнуть диагноз новообразования, но и выяснить гистологический тип. С помощью аспирационной пункции тонкой иглой также может быть получен материал для иммунофенотипирования. В частности, есть методика исследования пролиферативной активности клеток опухолей слюнных желез путем иммунофенотипирования полученного при пункции аспирата [6].

Инцизионная биопсия опухолей может применяться в сложных случаях (когда другие методы не позволяют поставить диагноз), однако одни авторы считают, что она нарушает принципы абластики [12].

Ряд исследователей предоставили сведения об информативности МР-томографии и традиционной контрастной МР-томографии при диагностике плеоморфной аденомы околоушной железы. Контрастирование показало низкую степень диагностики.

В исследовании на 127 больных с заболеваниями околоушной слюнной железы авторы сделали заключение, что в силу высокой диагностической точности сцинтиграфии увеличился процент нехирургических больных, когда операция отклонена самим больным или противопоказана из-за наличия коморбидности и преклонного возраста.

На сегодняшний день существует три метода лечения опухолей околоушных слюнных желез. Первый – оперативный. С развитием и успехами лучевой терапии появились сторонники лечения опухолей этими средствами. Третий метод – комбинированный, то есть оперативное лечение опухоли сочетается с лучевой терапией, которая может предшествовать операции и следовать за ней, применяться только до или только после операции. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения себя не оправдала, и может быть применена только при запущенных злокачественных опухолях, главным образом, для облегчения страдания больного, когда оперативное вмешательство уже невозможно.

Ряд авторов, считая смешанные опухоли резистентными к лучевому воздействию, основным методом лечения смешанных опухолей околоушных желез признают только хирургический [9].

Высокий процент рецидивов зависит, очевидно, от нерадикальности операции из-за боязни повреждения ветвей лицевого нерва и в связи с этим нарушения абластики вследствие повреждения оболочки опухоли и обсеменения раны опухолевыми клетками, а также оставление опухолевых элементов, проникающих в окружающую железистую ткань. Данные В.В. Паникаровского убедительно свидетельствуют о возможности наличия выростов опухоли в окружающую железистую ткань, поэтому метод энуклеации не должен применяться при лечении смешанных опухолей. Совершенно недопустимо также считать оправданной точку зрения, что недостаточный радикализм может быть восполнен лучевой терапией.

Однако ряд авторов стоит на точке зрения о необходимости проведения комбинированной терапии. Оценивая положительно комбинированные методы лечения, они при этом отмечают, что и лучевые методы не гарантируют от рецидивов [17]. А.И. Пачес (1968) справедливо полагает, что при технических погрешностях во время операции и случайном оставлении в ране опухолевой ткани послеоперационное облучение не гарантирует от рецидива.

Более того, по мнению ряда авторов, при полном удалении смешанной опухоли с сохранением целостности ее оболочки и с одномоментной резекцией прилегающей доли железы показаний к послеоперационному облучению нет. Рецидивы, возникающие после абластично проведенных операций, по-видимому, не являются рецидивами в полном смысле этого слова. Появление нового узла в таких случаях следует рассматривать как результат роста одно-

го из зачатков опухоли, которые первично были множественными (мультицентричность опухоли). Клинически не обнаруживаемые отдельные самостоятельные зачатки опухоли не являются радиорезистентными, поэтому ни абластичность операции по отношению к основному узлу, ни послеоперационное облучение не предупредят в таких случаях появление новой опухоли.

В настоящее время в хирургическую практику активно внедряются полупроводниковые лазеры с длиной волны излучения 940-980 нм. При их использовании на железистых органах наблюдается не только коагуляция сосудов, обтурация выводных протоков, но и обеспечивается профилактика микробной контаминации и опухолевого обсеменения раны, что улучшает течение послеоперационного периода [3].

Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы, как правило, сопряжено с возможностью повреждения лицевого нерва и развития пареза или паралича мимической мускулатуры лица. По данным зарубежных авторов, парез лицевого нерва после хирургического лечения происходит в 20-40%, а паралич – в 4% случаев. Дисфункция лицевого нерва является наиболее инвалидизирующим осложнением, обезображивая лицо больного и вызывая нарушение жевания, глотания, фонации, а также развитие нейропаралитического кератита вследствие лагофthalmia.

С целью диагностики поражения лицевого нерва при опухолях околоушных слюнных желез до и после операции, оптимизации хирургического лечения применяют методику определения проводимости нервных импульсов – электронейромиографию (ЭНМГ). Проведение ЭНМГ позволяет выявить и дать сравнительную оценку степени поражения лицевого нерва до и после операции, что имеет прогностическую ценность при определении исхода операции. Интраоперационный нейромониторинг позволяет функционально идентифицировать лицевой нерв, дополняя визуальное анатомическое определение его.

Таким образом, существующие на сегодняшний день методики диагностики и лечения доброкачественных опухолей околоушных слюнных желез постоянно совершенствуются и развиваются, продолжая вызывать интерес исследователей.

Список литературы

1. Агеев И.С., Гришаев А.А., Панюшов С.П., Тюмин В.Б. Анализ больных с новообразованиями околоушных слюнных желез (по материалам пензенской области) // *Клин. мед.* – 2007. – №2. – С. 51-54.
2. Асланова Э.Ч. Клинико-диагностические особенности и хирургическая тактика лечения больных с опухолями околоушной слюнной железы парафарингеальной локализации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2014.
3. Базык-Новикова О.М., Ажгирей М.Д., Людчик Т.Б. // *Докл. БГУИР.* – 2016. – №7 (101). – С. 151-155.
4. Бычков Д.В. Ошибки дифференциальной диагностики объемных образований слюнных желез // *Бюл. ВСНЦ СО РАМН.* – 2011. – №6 (82). – С. 17-19.

5. Варшавский А.И. Клиника, диагностика и лечение аденолимфомы околоушной железы // *Стоматология*. – 2004. – №3. – С. 33-37.
6. Добромыслова Н.А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез // *Вопр. онкол.* – 2000. – Т. 46, №4. – С. 472-476.
7. Дрегалкина А.А. Анализ причин рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез // *Пробл. стоматол.* – 2014. – №3. – С. 26-29.7
8. Дударева И.В., Ластовка А.С., Кушириров А.И. Сопоставление макро- и сонографической структуры аденолимфомы. Ретроспективный анализ // *Пробл. здоровья и экологии*. – 2016. – №4. – С. 31-35.
9. Иорданишвили А.К., Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Заболевания слюнных желез в различном возрасте и их особенности // *Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.* – 2014. – №3 (45). – С. 85-89.
10. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Возрастные особенности патологии слюнных желез // *Науч. ведомости*. – 2014. – №24 (195). – С. 254-259.
11. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Заборовский К.А., Подберезкина Л.А. Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез у людей старших возрастных групп // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* – 2015. – №1 (49). – С. 43-47.
12. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // *Пародонтология*. – 2012. – №2 (63). – С. 71-75.
13. Людчик Т.Б., Базык-Новикова О.М. Хирургическое лечение доброкачественных образований слюнных желез // *Мед. новости*. – 2013. – №11. – С. 35-37.
14. Матякин Е.Г., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. Рецидивы смешанных опухолей околоушных слюнных желез // *Стоматология*. – 2010. – Т. 89, №1. – С. 75-77.
15. Осипян Э.М., Березина А.Е. и др. Значение цитоморфологических исследований в диагностике заболеваний слюнных желез // *Мед. вестн. Северного Кавказа*. – 2011. – №2. – С. 34-36.
16. Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Гусарева М.А. Рецидивная плеоморфная аденома глоточного отростка околоушной слюнной железы // *Стоматология*. – 2014. – №6. – С. 49-51.
17. Хамгушикеева Н.Н., Матвеев К.А., Диаб Х.М. Использование четырехканального интраоперационного мониторинга лицевого нерва у пациентов с доброкачественными новообразованиями околоушной слюнной железы // *Рос. оториноларингол.* – 2014. – №3 (70). – С. 106-110.
18. Atif M., Stringer M.R., Cruse-Sawyer J.E. et al. // *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*. – 2005. – №2. – P. 235-238.
19. Bradley P.J. *Pathology and treatment of salivary gland conditions* // *Surgery (Oxf.)*. – 2006. – Vol. 24, №9. – P. 304-311.
20. Generosi A., Rau J. V., Rossi Albertini V., Paci B. *Crystalization process of carbonate substituted hydroxyapatite nanoparticles in toothpastes upon physiological conditions: an in situ time-resolved X-ray diffraction study* // *Mater. Sci. Mater. Med.* – 2010. – Vol. 21, №2. – P. 445-450.
21. Lijima M., Hashimoto M. *Crystal growth on bioactive glass sputter-coated alumina in artificial saliva* // *Dent. Mater.* – 2013. – Vol. 32, №5. – P. 775-780.
22. Madani G.T. *Beale Inflammatory Conditions of the Salivary Glands* // *Semin. Ultrasound, CT, MRI*. – 2006. – Vol. 27, №6. – P. 440-451.
23. Nieuw Amerongen A.V., Oderkerk C.H., Driessen A.A. *Role of mucins from human whole saliva in the protection of tooth enamel against demineralization in vitro* // *Caries Res.* – 1987. – Vol. 21. – P. 297-309.
24. Pancu G., Lacatusu S., Caruntu I.D. et al. *Evaluation of caries activity using the micro-crystallization saliva index (IMK)* // *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi*. – 2006. – Vol. 110, №1. – P. 6-10.
25. Robertson C.A., Hawkins E.D., Abrahamse H. // *J. Photochem. Photobiol.* – 2009. – №1. – P. 1-8.
26. Senge M.O. // *Photodiag. Photodyn. Ther.* – 2012. – №9. – P. 170-179.
27. Senge M.O., Radomski M.W. // *Photodiag. Photodyn. Ther.* – 2013. – №10. – P. 1-16.
28. Taylor M. et al. // *J. Otolaryngol.* – 2003. – Vol. 32. – P. 71-76.
29. Wasson J. et al. // *Ann. Royal Col. Surg. Engl.* – 2010. – Vol. 92. – P. 40-43.
30. Zhi K. et al. // *Aest. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 35. – P. 558-562.

УДК: 616.314.22/21-007-07-092

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ



Муртазаев С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Описана распространенность мезиальной окклюзии, факторы риска ее развития, связь возникновения со всем комплексом челюстно-лицевой области, а также национальная предрасположенность к строению зубо-челюстной системы при мезиальной окклюзии с учетом географической распространенности.