

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Л.П. Мальчикова, В.А. Виссарионов, Е.С. Великов,
Л.Д. Герасимова, Е.А. Третьяков, Т.В. Кейдер

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
СЕГОДНЯ

Кафедра хирургической стоматологии

Коллектив кафедры хирургической стоматологии занимается вопросами диагностики, лечения опухолей слюнных желез в течение длительного времени. Накоплен определенный практический опыт в оказании помощи указанным больным.

В настоящее время появилась возможность непосредственного ознакомления с результатами лечения указанных опухолей не только в нашей стране, но и на других континентах. Это стало возможным благодаря использованию всеми специалистами морфологической классификации ВОЗ и единых представлений о распространенности злокачественного процесса по системе TNM [1, 5, 7]. Но по-прежнему сложными остаются вопросы ранней диагностики и обоснования показанного лечения. Это обусловлено рядом причин: сходством клинических проявлений злокачественных, доброкачественных, воспалительных заболеваний, многообразием морфологических форм опухолей, отсутствием характерных симптомов каждой из них, неполным использованием существующих методов исследования и, к сожалению, недостаточной онкологической настороженностью практических врачей. Диагноз ставится без учета совокупности полученных данных и назначается неадекватная терапия.

Целью нашего исследования является ретроспективное наблюдение, корреляция клинико-гистопатологических данных у 300 больных с опухолями слюнных желез, находившихся на лечении в клинике хирургической стоматологии УГМА с 1986 по 1995г. Под наблюдением были 202 женщины и 98 мужчин в возрасте от 5 до 70 лет. Распределение больных по характеру заболевания представлены в таблице.

Опухоли слюнных желез по материалам клиники

Назологияльные формы	Число случаев
Доброкачественные (эпителиальные)	
Аденома:	
1. Полиморфная	175
2. Мономорфная	90
3. Аденолимфома	5
Злокачественные (эпителиальные)	
1. Аденокистозная карцинома (цилиндрома)	11
2. Мукоэпидермоидная карцинома	8
3. Аденокарцинома	6
4. Низкодифференцированная карцинома	2
5. Карцинома в полиморфной аденоме	3
Всего	300

Среди эпителиальных доброкачественных чаще всего встречались аденомы. Эти опухоли наблюдались одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Продолжительность заболевания – от 1 года до 20 лет. Рост медленный, безболезненный, экспансивней. Размеры первичного очага варьировали от 1 до 15 см. Поверхность опухоли гладкая или бугристая, плотной или плотно-эластической консистенции. Аденомы околоушной слюнной железы (ОСЖ) наиболее часто располагались впереди ушной области/реже в верхнем или нижнем ее отделах, в глоточном отростка. При росте опухоли в сторону глотки определялись затрудненность и неловкость при глотании.

В поднижнечелюстной слюнной железе (ПНЧСЖ) образование располагалось в толще железистой ткани. Железа становилась округлой формы, плотной консистенции, подвижной, безболезненной.

Опухоли малых слюнных желез (МСЖ) встречались реже (15 наблюдений), имели локализацию в области слизистой оболочки твердого неба на границе с мягким. Отличительной их особенностью являлась неподвижность, спаянность с окружающими тканями. Одной из особенностей аденом является их склонность к неоднократным многоузловым рецидивам [3]. Среди наших больных рецидивы выявлены у 22, что у общему количеству пациентов с доброкачественными новообразованиями составило 5%. У 18 больных рецидивы диагностированы в ОСЖ, у 4 – в других железах. Однократный рецидив отмечен у 17 больных, неоднократные – у 5 (2 рецидива у четырех, 3 – у одного пациента). 15 чел. первично оперированы в нашей клинике, 7 – в других лечебных учреждениях. При клиническом исследовании у 12 больных рецидивные опухолевые узлы располагались в толще или прилегали к послеоперационным рубцам. В остальных 10 наблюдениях они располагались в оставшейся части слюнных желез. В гистологической структуре удаленных образований преобладал миксоидный компонент.

Приведенные клинико-морфологические данные позволяют предположить, что одной из причин рецидивов является нарушение целостности капсулы образования из-за анатомических особенностей при выделении ветвей лицевого нерва или технических погрешностей. При этом в окружающие ткани попадает миксоидная субстанция с клетками. Происходит их имплантация. Со временем они превращаются в опухолевые узлы. Наши данные совпадают с мнением других авторов [2, 4, 6].

Аденолимфомы у наших больных встречались редко, преимущественно у мужчин, в возрасте 40–60 лет. Размеры ее были от 3 до 6 см. В анамнезе заболевания все больные отмечали бессимптомный, безболезненный рост опухоли. Основной клинической особенностью являлось увеличение с последующим уменьшением размеров опухоли и симметричность возникновения в области ОСЖ (у двух больных). При пальпации определялось подвижное, округлое, слегка бугристое образование в капсуле. При размерах опухоли более 5 см выявлялась выраженная ассиметрия лица. Рецидивирования и злокачественного перерождения выявлено не было.

Из злокачественных новообразований наиболее часто встречались цилиндомы. Из анамнестических данных обращало на себя внимание, что в некоторых случаях они росли медленно, имели небольшие размеры, четкие контуры, были подвижны.

У более молодых, особенно в 18–30 лет, рост был более быстрый, инфильтрующий без четких границ, с вовлечением в про-

цесс лицевого нерва в 50% случаев. Боли и участки анестезии были локализованы над опухолью. Рецидивы опухоли после проведенного лечения сопровождались болями при прорастании в мышцы, в основание черепа. Превалировал гематогенный путь метастазирования в отдаленные органы: легкие, печень, кости и периневральный рост.

Аденокарцинома встречалась чаще у лиц в возрасте 60 лет и старше, у мужчин и женщин. Появившаяся опухоль в ряде случаев росла быстро, становилась малоподвижной. Рано появлялись боли в области образования, которые иррадировали в височную, затылочную области, боковую поверхность лица. У четырех больных был вовлечен в процесс ствол лицевого нерва с параличом мимических мышц на стороне поражения. При поступлении в клинику четкость границ опухоли не определялась, консистенция ее была плотной, бугристой. У трех больных определены регионарные метастазы.

Низкодифференцированная форма рака также характеризовалась быстрым темпом роста, ранней неподвижностью, параличом мимических мышц. Опухоль рано метастазировала. Характерны множественные метастазы в легкие, позвоночник, ребра, грудину и в регионарные лимфатические узлы.

В 8,1% наблюдений выявлено озлокачествление аденом. Малигнизация наступала на любом году существования опухоли. При превращении аденомы в раковую рост становился более активным, появлялись признаки инфильтрации окружающих тканей, кожный покров над опухолью истончался, становился блестящим, приобретал -красноватый или синюшный оттенок. Образование становилось неподвижным, с бугристой поверхностью. Появлялись местные и иррадиирующие боли. Рано наступал паралич мимических мышц. В одном случае отмечен распад опухоли с образованием зловонной ЯЗВЫ с определяемыми метастазами в регионарных лимфатических узлах.

Мукоэпидермоидная карцинома - своеобразное, чрезвычайно сложное по морфологической структуре образование. Встречалось одинаково часто у мужчин, женщин, в двух случаях - у детей. Рост относительно медленный. Общее состояние больных не страдало. Болевой симптом не являлся ведущим, изредка появлялись неприятные ощущения, неловкость в слюнной железе (в трех наблюдениях). Опухоли имели плотно-пластическую консистенцию, гладкую или мелкобугристую поверхность с участками флюктуации, фиксации ее с подлежащими тканями. В четырех наблюдениях рост опухоли был быстрым с наличием выраженной инфильтрации окружающих тканей. Опухолевые узлы при глубокой локализации в ОСЖ имели вид массивного, плотного образования без четких контуров. Выявлено, что для данного заболевания характерны ранняя неподвижность, прорастание в мышцы, основание черепа, лицевой нерв. Опухоль склонна к рецидивам, метастазирует в регионарные лимфатические узлы. Распространенность опухолевого процесса по международной классификации TNM была следующей:

T2	No	Mo	-	5	чел.,
Tз	No	Mo	-	12	чел.,
Tз	N1	Mo	-	3	чел.,
Tз	N2	Mo	-	5	чел.,
T4	N1	M1	-	5	чел.

У 11 из 30 больных со злокачественными опухолями слюнных желез при первичном обращении к врачу диагноз не был поставлен, проводилось неадекватное лечение.

Мы являемся сторонниками проведения комплексной диагностики, включающей сбор анамнеза, данных клиники, результатов цитологического, гистологического, ультразвукового исследований, сиалографию, в показанных случаях - компьютерную томографию. Разработанный нами комплекс диагностических приемов позволяет своевременно определить характер патологического процесса в слюнных железах и еще до начала лечения выяснить морфологическое строение опухоли, степень ее злокачественности.

Всем больным с доброкачественными опухолями слюнных желез проводилось хирургическое лечение - удаление всей железы в едином блоке с опухолью. В зависимости от размера и локализации опухоли в области ОСЖ применялась, в основном, паротидэктомия.

При злокачественных образованиях, исходя из нозологической формы заболевания, распространенности опухолевого процесса 25 больным были применены следующие методы: предоперационная дистанционная гамма-терапия в суммарной дозе от 40 до 45 греЙ, операцию проводили через 3-4 недели после окончания лучевой терапии; при карциномах ОСЖ осуществлялась фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи или операция Крайла; паротидэктомия без выделения ветвей лицевого нерва с одномоментным наложением перинеурального анастомоза периферических ветвей его с добавочным или с нисходящей ветвью подъязычного нервов; при злокачественных опухолях ПНЧСЖ, МСЖ твердого и мягкого неба оперативное вмешательство заключалось в удалении одноименных желез в едином блоке с окружающими тканями.

Результаты проведенного комбинированного лечения изучены в сроки от 1 до 7 лет. Из 25 больных рецидивы опухоли выявлены у трех. У двух из них были цилиндры в области ОСЖ и МСЖ, у третьего - низкодифференцированный рак ОСЖ. Больные умерли через 3-4 года после лечения. Таким образом, летальность у данной группы больных составила 12%. Сравнивая наши наблюдения с выборочными данными других зарубежных клиник, нельзя не отметить, что количество больных с опухолями слюнных желез у нас больше, чем в Нигерии (за 14 лет - 237 чел.), в Израиле (за 24 года - 241 чел.), но меньше, чем в Турции (за 15 лет - 1183 чел.). Необходимо отметить и еще один интересный факт. Оказывается, в Нигерии и Израиле больше поражаются малые слюнные железы в области твердого и мягкого неба - соответственно 24 и 50%. Число злокачественных опухолей в области слюнных желез у них больше: в Нигерии 41,2%, в Израиле - 25,3%. Используемые методы лечения идентичны нашим.

ВЫВОДЫ

1. Анализ полученных данных позволяет считать, что интерес к опухолям слюнных желез у нас и за рубежом не ослабевает.

2. Ведущее место среди существующих методов диагностики по-прежнему занимают рентгенологический и цитологический.

3. Результаты хирургического лечения доброкачественных опухолей слюнных желез свидетельствуют о показанности паротидэктомии при аденомах ОСЖ.

4. При злокачественных новообразованиях независимо от степени дифференцировки клеточных элементов с учетом распространенности опухолевого процесса и сегодня показано лучевое и хирургическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иосава В.О. Материалы к изучению гистогенеза опухолей слюнных желез: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Тбилиси, 1967. 38 с.
2. Ланюч В.О., Кременецкая Л.Е., Шипкова Т.П. О рецидивах полиморфной аденомы слюнных желез//Стоматология, 1990. М2. С.40-43.
3. Лепилин А.В., Шашков Т.Ф., Завражнова А.И. и др. Отдаленные результаты лечения полиморфных аденом слюнных желез//Казанский мед. журнал, 1989. Т.70. N4. С.313-314.
4. Остапенко А.Н., Гриневич С.Ю., Процык В.С. и др. Совершенствование комплексной диагностики опухолей больших слюнных желез//Клиническая онкология. Киев, 1990. Вып.10.С.100-103.
5. Текрей А.К., Собином Л.Г. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Женева, 1976. 29 с.
6. Шенталь В.В., Абдуллин Н.А., Хабибулаев Ш.З. и др. Возможности криолечения опухолей малых слюнных желез//Криобиология. 1990. N2. С. 53-55.
7. Smith J.R., King W.W., Jang W.V. et .al.//Clin Radiol. 1987. V.38. N.4. P. 345-349.

УДК 616.315-007.254-089.844

Е.И. Карпова, В.Д. Головкин, В.А. Виссарионов

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НЕБЕ
НПО "Бонум", НИИ ОММ г.Екатеринбург

Одним из важнейших этапов реабилитации больных с врожденной расщелиной неба является проведение уранопластики. Ее успех в значительной степени зависит от состояния тканей неба, которое определяется рядом факторов: частотой воспалительных процессов назофарингеальной области, возрастом ребенка, его соматическим состоянием и др.

Из-за наличия вялотекущего хронического воспаления изменяется морфологическая структура слизистой по краям расщелины. Регенеративные изменения обусловлены разрастанием соединительной ткани и ограничением мышечной активности в области мягкого неба (6; 3).

Углубленные исследования энергетического потенциала клеток свидетельствуют о снижении в них с возрастом ребенка ведущего макроэрга - АТФ (12). Полученные данные имеют большое значение в обосновании ранних хирургических вмешательств в области неба не только с анатомических позиций, но и с учетом прогнозирования течения раневого процесса и профилактики образования послеоперационных дефектов. По данным ряда авторов (11;14), послеоперационные дефекты неба у детей, оперированных в младшем возрасте, составляют до 9,2%, а старше 7 лет - в два раза больше. Это можно связать с более длительным вялотекущим воспалительным процессом из-за дисбиотических сдвигов в аутофлоре назофарингеальной области в сторону грам (-) микроорганизмов, но нельзя отрицать участие золотистых и эпидермальных стафилококков, гр. Кандида (5; 14). Непосредственное отношение к полученным данным имеет и изучение показателей местного иммунитета полости рта (8;