

## ДИАГНОСТИКА МОНОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Журавлев В.П., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Дубров А.С., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

По данным различных авторов, на протяжении многих лет частота опухолей слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости остается неизменной и составляет 1–5%. Большинство новообразований имеют эпителиальную природу – в 95% случаев. В 88% опухоли локализируются в больших и 12% – в малых слюнных железах.

Доброкачественные опухоли составляют 60% всех новообразований слюнных желез и в 90% случаев развиваются в околоушной слюнной железе.

Ведущее место, в 85%, среди всех доброкачественных опухолей слюнных желез занимает плеоморфная аденома (смешанная опухоль), в 9% случаев встречается аденолимфома. Мономорфные аденомы составляют 3% среди всех доброкачественных опухолей слюнных желез [1, 2].

В данное время наиболее актуальными являются вопросы диагностики и дифференциальной диагностики патологии больших слюнных желез. Это связано с бессимптомностью течения большинства опухолей и патологических процессов [3]. С целью диагностики применяются дополнительные методы исследования: УЗИ и КТ помогают выявить локализацию образования, распространение и взаимоотношение с другими анатомическими структурами. МРТ-сканирование слюнных желез позволяет стабильно (в 100%) визуализировать железу, оценить структуру органа и топографо-анатомические взаимоотношения с окружающими тканями и патологическими процессами [4]. Патоморфологическими методами можно верифицировать опухолевые и неопухолевые процессы в слюнной железе.

Мономорфная аденома – редкая доброкачественная опухоль слюнных желез. Локализуется чаще в околоушной железе. Растет медленно, в толще железы, имеет вид инкапсулированного узла округлой формы, диаметром 1–2 см, эластической консистенции. Макроскопически на разрезе имеет бело-розовый или, в некоторых случаях, коричневый цвет. Гистологически выделяют аденомы тубулярного, трабекулярного строения, базально-клеточный и светлоклеточный типы, папиллярную

цистаденому. Отличить мономорфную аденому от смешанной опухоли по клиническому течению практически невозможно. Верифицировать образование можно только морфологическими методами исследования. Прогноз данного заболевания благоприятен. В случае полного удаления образования рецидивов не возникает.

В клинике ЧЛХ ГОУ ВПО УГМА Росздрава нами проведен ретроспективный анализ 218 историй болезни пациентов, проходивших лечение по поводу доброкачественных опухолей больших слюнных желез, в период с 2005 по 2009 год. В ходе исследования учитывались: предварительный диагноз и окончательный диагноз, установленный на основании гистологического исследования.

В результате было выявлено, что чаще всего среди доброкачественных опухолей больших слюнных желез встречается плеоморфная аденома – у 167 пациентов (76,6%), реже – аденолимфома – у 21 больного (9,6%), довольно редко – мономорфная аденома – у 7 пациентов (3,2%).

Следует отметить, что мономорфная аденома, у 6 пациентов локализовалась в околоушных слюнных железах и у 1 больного – в поднижнечелюстной слюнной железе. Во всех случаях образование локализовалось в толще слюнной железы в виде безболезненного, подвижного, единичного узла, эластической консистенции.

Лечение мономорфных аденом – хирургическое. При локализации опухоли в околоушной слюнной железе в 4 клинических случаях образование удалялось в объеме паротидэктомии с выделением ветвей лицевого нерва, у 2 пациентов в объеме субтотальной резекции. Образование, которое локализовалось в поднижнечелюстной слюнной железе, удалялось в объеме экстирпации слюнной железы с опухолью.

В послеоперационном периоде (средний срок наблюдения составил 3,5 года) рецидивов мономорфных аденом у прооперированных нами пациентов не выявлено.

Всем пациентам, у которых, по данным гистологического исследования операционного материала, была верифицирована мономорфная аденома, в предоперационном периоде, на основании диагностической пункционной аспирационной биопсии и последующего цитологического исследования, не был поставлен правильный диагноз. У 4 пациентов при предварительном цитологическом исследовании выявлена плеоморфная аденома, у 2 – аденолимфома, в 1 случае – хронический сиалоаденит. Следует отметить, что пункционная аспирационная биопсия проводилась у всех больных хирургом в поликлинике по месту жительства до поступления их в стационар.

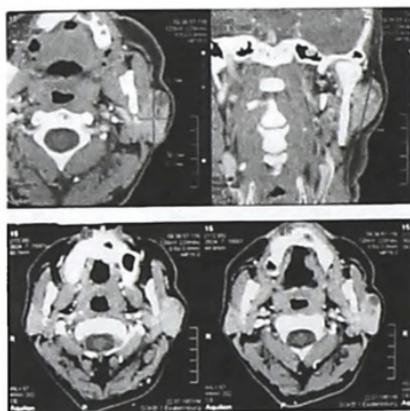
На клиническом примере мы представляем собственное наблюдение мономорфной аденомы слюнной железы.



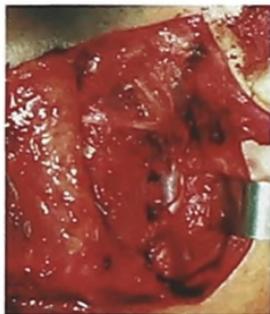
**Рис. 1, 2. Пациент до операции**



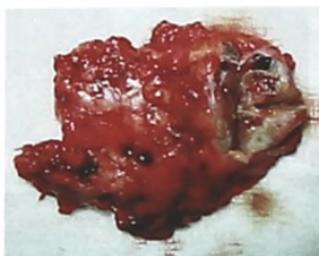
**Рис. 3. УЗИ левой околоушной слюнной железы**



**Рис. 4, 5. КТ-граммы левой околоушной слюнной железы**



**Рис. 6.** Вид операционной раны после проведенной паротидэктомии с выделением ветвей лицевого нерва



**Рис. 7.** Макропрепарат удаленной левой околоушной слюнной железы с опухолью



**Рис. 8, 9.** Пациент, 10-е сутки после операции

Больной С., поступил в клинику ЧЛХ ГОУ ВПО УГМА Росздрава с диагнозом: новообразование левой околоушной слюнной железы. Из истории развития настоящего заболевания: со слов больного, примерно 6 лет назад, в левой околоушно-жевательной области появилось образование. Пациент местно применял полуспиртовые компрессы, сухое тепло, которые эффекта не принесли, новообразование медленно увеличивалось.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет деформации левой околоушно-жевательной области. Кожа лица физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы при пальпации не определяются. Открывание рта свободно, безболезненно, в полном объеме. При пальпации в левой околоушно-жевательной области определяется образование овальной формы размерами 2х3 см, с четкими контурами, подвижное, безболезненное, эластической консистенции. Кожа над образованием не изменена, собирается в складку. Из протока левой околоушной слюнной железы выделяется прозрачная слюна (рис. 1, 2).

Проведены дополнительные методы исследования:

– УЗИ слюнных желез в левой околоушной слюнной железе неоднородное гипозоногенное образование 25х15 мм с четким неровным контуром, с жидкостными компонентами, имеющими дольчатое строение (рис. 3);

– КТ околоушно-жевательных областей левая околоушная слюнная железа увеличена в размере 38х21х36 мм (правая 30х13х32 мм), структура неоднородная за счет плотных участков и наличия зоны пониженной плотности 10,7 мм (рис. 4, 5). Контур железы четкий, неровный, окружающая клетчатка не изменена. Прилежащие костные структуры интактны.

– Тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием: выявлена смешанная опухоль слюнной железы.

Пациент был прооперирован: опухоль удалена в объеме паротидэктомии с выделением ветвей лицевого нерва (рис. 6, 7). Получено патоморфологическое заключение: светлоклеточный тип мономорфной аденомы. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан под наблюдение хирурга по месту жительства (рис. 8, 9).

Таким образом, пациенты, у которых выявлено новообразование в больших слюнных железах, нуждаются в комплексном обследовании с использованием неинвазивных и инвазивных методов исследования. При этом считаем, что проведение пункционной аспирационной биопсии должно проводиться челюстно-лицевым хирургом в консультативно-диагностическом подразделении отделения ЧЛХ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 480 с.
2. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Опухоли слюнных желез. – М.: практическая медицина, 2009. – 470 с.: ил.
3. Мальцев П.А., Мещерякова М.Ю., Малиновская Д.В. Неверифицированные опухоли челюстно-лицевой области // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 2(7). – С. 5 – 7.
4. Гайфуллин С.Н. Анатомические основы восстановительных операций при резекциях околоушной слюнной железы // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Уфа – 2010.

## НОВЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

*Петренко В.А., д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Журавлев В.П., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Дубров А.С., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург*

*Клевакин А.Ю., врач отделения МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург(Екатеринбург),*

*Чеканов С.А. зав. отделением ММУ «Демидовская центральная городская больница», г. Нижний Тагил*

Травматизм челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем хирургической стоматологии. В структуре хирургических стоматологических больных пострадавшие с переломами костей лица составляют до 30% [1, 2]. Травматические повреждения скуловой кости среди других переломов лицевого скелета наблюдаются у 19% больных. Травматические повреждения верхней челюсти среди других переломов лицевого скелета наблюдаются у 12% больных. Повреждения челюстно-лицевой области чаще всего, в 91% случаев, наблюда-