

Е. Ю. Костерина, А.О. Рыбакова, А.А. Дрегалкина
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ УОРТИНА
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

E.U. Kosterina, A.O. Rybakova, A.A. Dregalkina
DISTINCTIVE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE
AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF WARTHIN'S TUMOR
Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: alexandra.rybacova55@gmail.com

Аннотация. Опухоли слюнных желез составляют 1,5–4% новообразований человека. Аденолимфома - вторая по частоте опухоль желёз после смешанной опухоли. Частота её встречаемости составляет около 6% от всех опухолей. Диагностика в ряде случаев затруднена из-за особенностей строения и клинического течения опухоли. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 7 пациентов, выделены особенности клинического течения, на клиническом примере продемонстрированы возможные затруднения в дифференциальной диагностике. Разработан алгоритм диагностической тактики при обследовании пациентов с опухолями слюнных желез.

Annotation. Salivary gland tumors represent about 1.5-4% of all human tumors. Warthin's tumor is the second most common benign salivary neoplasm. It accounts for about 6% of all parotid tumors. Warthin's tumor may be difficult to diagnose due to some features of its structure, as well as its clinical symptoms. A retrospective study was performed on seven patients, in which distinctive features of the clinical course were selected. Possible difficulties in the differential diagnosis were demonstrated in a clinical case. An algorithm of a treatment tactic for patients with Warthin's tumor has been developed.

Ключевые слова: опухоль Уортина, особенности клиники, диагностика.

Keywords: Warthin's tumour, clinical symptoms, diagnosis.

Введение

Опухоли слюнных желез составляют 1,5 – 4 % новообразований человека [5, 6]. От 64 до 80% эпителиальных опухолей локализуются в околоушной железе, 7-11% - в поднижнечелюстной, менее 1% - в подъязычной, 9-23% - в

малых слюнных желез [2, 4]. Одной из часто встречаемых опухолей слюнных желез является аденолимфома (опухоль Уортина) [3]. Это доброкачественная опухоль слюнных желез. Аденолимфома - вторая по частоте опухоль желез после смешанной опухоли. Частота её встречаемости составляет около 6% от всех опухолей. В 5 раз чаще встречается у мужчин старше 40 лет. В 99% случаев поражаются околоушная железа, а в 10% - обе железы [4]. Диагностика аденомы околоушной железы в ряде случаев затруднена из-за особенностей их строения и клинического течения. Предоперационная диагностика базируется на совокупности данных клинических наблюдений, лучевых методов (УЗИ, МРТ, КТ). Решающее значение имеют морфологические методы исследования.

Цель исследования - повышение эффективности диагностики опухолей слюнных желез.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 7 пациентов, проходивших лечение по поводу аденолимфом слюнных желез в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1 за период с 2013 по 2015 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В период с 2013 по 2015 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1 прооперировано 7 пациентов по поводу аденолимфомы (опухоль Уортина), из них 5 мужчин и 2 женщины. Возраст больных варьировал от 52 до 80 лет. У всех пациентов опухоль локализовалась в околоушной слюнной железе. В результате анализа выделены следующие особенности клинического течения опухоли Уортина:

1. Длительность анамнеза составляла от 3 до 12 лет.
2. Характерен медленный, безболезненный рост опухолевого узла.
3. Объективно определялся четко ограниченный узел в железе, мягкоэластической консистенции. Размеры опухолевого узла варьировали от 2 до 6 см.
4. У 4 из 7 пациентов отмечались признаки местной воспалительной реакции (гиперемия и отечность кожи над опухолью).

Всем наблюдаемым пациентам проведено предоперационное обследование, морфологическая верификация опухоли. Четырем больным проведена паротидэктомия с выделением ветвей лицевого нерва, трем – субтотальная резекция околоушной слюнной железы. У всех пациентов после операции диагноз подтвержден гистологически. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Клинический пример

Больная Б., 80 лет, наблюдалась в отделении челюстно-лицевой хирургии СОКБ №1 с 16.10 по 3.11.2015 г. (ИБ № 33655). При поступлении жалобы: на наличие припухлости в правой околоушной области, умеренную боль в ране около уха справа. Анамнез заболевания: около 1 года впервые заметила в околоушной области справа небольшое (около 1 см в диаметре) безболезненное образование. За медицинской помощью не обращалась. Через 6 месяцев

образование начало постепенно увеличиваться в размере до 3-4 см в диаметре. В июле 2014 г. пациентка обратилась к хирургу по месту жительства, была госпитализирована в стационар, где проведена инцизионная хирургическая биопсия, курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Гистологическое заключение от 22.10.2015 г. № 2141/15: лимфоэпителиома. Длительное время послеоперационная рана на месте проведения биопсии не заживала, сформировался свищевой ход.

Объективно. Лицо асимметрично за счет увеличения околоушной слюнной железы справа. Железа мягкоэластической консистенции, безболезненна при пальпации. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Мимика не нарушена. Устье стенозного протока справа не изменено, из протока выделяется прозрачный секрет. Под мочкой уха справа определяется образование размером 2.5x3.5 см упругоэластической консистенции, в центре – свищевой ход с выбухающими грануляциями и гнойно-слизистым отделяемым. Кожа вокруг свищевого хода гиперемирована, отечна, при пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат (рис. 1).

Предварительный диагноз: Аденома околоушной слюнной железы справа.

Развитие гнойно-воспалительного процесса изменяет клиническую картину опухолей слюнных желез. Несмотря на имеющееся заключение гистологического исследования, такие клинические признаки как гиперемия кожи, плотный инфильтрат, длительно незаживающая рана, наличие свищевого хода с гнойно-слизистым отделяемым, требует дифференциальной диагностики данного образования с другими опухолями слюнных желез.



Рис. 1. Больная Б., образование околоушной слюнной железы справа

Проведено лучевое исследование слюнной железы, пункционная биопсия. Данных за наличие атипичных клеток не найдено. После проведенного курса антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии и полного купирования воспалительного процесса было принято решение о проведении эксцизионной хирургической биопсии в объеме паротидэктомии с выделением ветвей лицевого нерва справа.

Макропрепарат: опухолевый узел около 3 см в диаметре, на разрезе серо-желтого цвета, состоит из множества кистозных полостей, содержащих слизисто-гнойный секрет.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационная рана заживала первичным натяжением. Швы сняты на 8 сутки.

Патолого-гистологическое исследование № 2076/15 от 02.11.2015 г. Макроскопическое описание: слюнная железа размером 5,5х6,0х3,0 см, опухольный узел размером 3,0х3,2х2,0 см в полупрозрачной капсуле на разрезе дольчатый с белесоватыми прожилками. Микроскопическое описание: аденолимфома с очагами инфильтрации псевдокапсулы опухоли, очагами инфильтративного роста.

В данном клиническом случае при первичном обследовании пациентки по месту жительства была проведена хирургическая биопсия с рассечением капсулы слюнной железы, что привело к формированию слюнного свища, присоединению вторичного воспаления и нагноению раны. Этого можно было избежать при проведении пункционной биопсии с последующим цитологическим исследованием. В большинстве случаев цитологическая картина доброкачественных опухолей настолько типична, что данного исследования достаточно для предоперационной морфологической верификации. Чувствительность и специфичность данного метода варьирует от 60 до 86% [1].

Выводы:

1. Опухоль Уортина имеет характерные клинические симптомы доброкачественной опухоли слюнной железы.
2. Ведущее значение для верификации опухоли имеет пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием.
3. Метод хирургической инцизионной биопсии применяется при недостаточности данных пункционной биопсии для уточнения диагноза в условиях специализированного отделения стационара.

Литература:

1. Дударева И.В. Информативность общепринятых методов цитологической диагностики аденолимфом / И.В.Дударева, О.А.Ерохина // Современная стоматология. – 2013. – № 2. – С.93–96.
2. Зайратьян О.В. Частная патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям для стоматологических факультетов: учебное пособие / Под общ. ред. О. В. Зайратьянца. - 2013. - 240 с.
3. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. – Женева: 1997. – С.148—149.
4. Пальцев М.А. Патология: учебник / Под ред. М.А.Пальцева, В.С.Паукова - 2010. - 1024 с.
5. Пауков В.С. Патологическая анатомия: учебник в 2 т. / Под ред. В.С.Паукова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 528 с.
6. Федяев И.М. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М.Федяев, И.М.Байриков, Л.П.Белова, Т.В.Шувалова. — М: Медицинская книга, Н. Новгород, 2000. — 160 с.