

А.А. Тимофеев¹, Беридзе Бека²

Особенности диагностики больных с опухолями околоушных слюнных желез

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г.Киев, Украина²Батумский университет, г. Батуми, Грузия

Цель: показать эффективность методов диагностики у больных с опухолями околоушной слюнной железы.

Методы: проведено клиническое обследование 389-ти больных с опухолями и опухолеподобными новообразованиями околоушной железы.

Результаты. На основании клинического обследования больных с опухолями околоушных желез можно сделать вывод, что ультразвуковой метод обследования является высокоинформативным и позволяет детально изучить структуру опухоли и окружающих ее мягких тканей, что значительно повышает его диагностическую ценность.

Выводы. Использование комплексного диагностического обследования (УЗД, КТ, МРТ) больных с новообразованиями околоушных желез позволило повысить точность дифференциальной диагностики опухолей до 98 %.

Ключевые слова: опухоли, опухолеподобные образования, аденома, околоушная железа, диагностика.

Введение

В последние годы количество больных с доброкачественными новообразованиями больших слюнных желез значительно увеличилось. Одним из наиболее часто встречающихся новообразований околоушной слюнной железы являются плеоморфные аденомы [1, 2, 3, 4].

Сходство в клинической картине плеоморфных и мономорфных аденом больших слюнных желез вызывает большое количество диагностических ошибок. При дифференциальной диагностике количество диагностических ошибок колеблется от 7 до 46 % [1, 2, 3, 4, 5].

Важную роль в современной диагностике опухолей челюстно-лицевой области играет компьютерная и магнитно-резонансная томография, но все еще недостаточно уделено внимания диагностической ценности ультразвукового метода обследования околоушной слюнной железы при опухолях и опухолеподобных образованиях.

Цель исследования – уточнить диагностическую ценность ультразвукового метода обследования при диагностике опухолей околоушной железы.

Материал и методы обследования

Проведено клиническое обследование 389-ти больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями околоушных желез. Проводили общеклиническое обследование всех госпитализированных больных с доброкачественными опухолями околоушных слюнной железы, которое включало: осмотр, выяснение жалоб, пальпацию, рентгенографию, ортопантомографию, сиалографию, томосиалографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, общий анализ крови и другие методы. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате HD11XE фирмы «Philips». Специальная подготовка для пациента не требовалась. Обследование выполнялось в положении лежа на спине с головой, немного повернутой в сторону, противополо-

жную исследуемой, в состоянии максимально возможном смыкании зубов. В процессе исследования выполнялось максимальное количество срезов в трех основных позициях датчика, чтобы получить более полную умозрительную картину всех визуализируемых структур. Окончательный диагноз устанавливали только после оперативного вмешательства и патоморфологического обследования новообразования.

Результаты обследования

Количество врачебных диагностических ошибок в условиях поликлиник было очень высоким и составляло около 80 %. Установлено, что сроки обращения больных для специализированного лечения были различными. Обращено на себя внимание на то, что больные с опухолями околоушной железы довольно редко обращались для стационарного лечения в челюстно-лицевое отделение через 3, 6 и 9 месяцев после первичного выявления опухоли. Наиболее часто (в 48 % случаев) данные больные обращались в клинику через год после первичного обнаружения опухоли.

Размеры новообразований околоушных желез были различными – от малозаметных опухолей до значительных (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид больных с опухолями (указаны стрелками) разных размеров, локализовавшихся в околоушной железе (а, б).

Следует обратить внимание на большое сходство клинической симптоматики данных опухолей. Для изучения частоты достоверности встречаемости определенной клинической симптоматики (общие и местные жалобы, клинические симптомы, результаты визуального осмотра) в обследуемых группах наблюдения их обрабатывали математическим способом. Установлено, что изученная местная клиническая симптоматика, которая обычно используется при описании клинических признаков опухолей, одинаково часто встречались у больных с разными формами аденомы околоушных желез. Из всех ранее изученных клинических симптомов только два



Рис. 2. Ортопантомограмма здорового человека (норма).

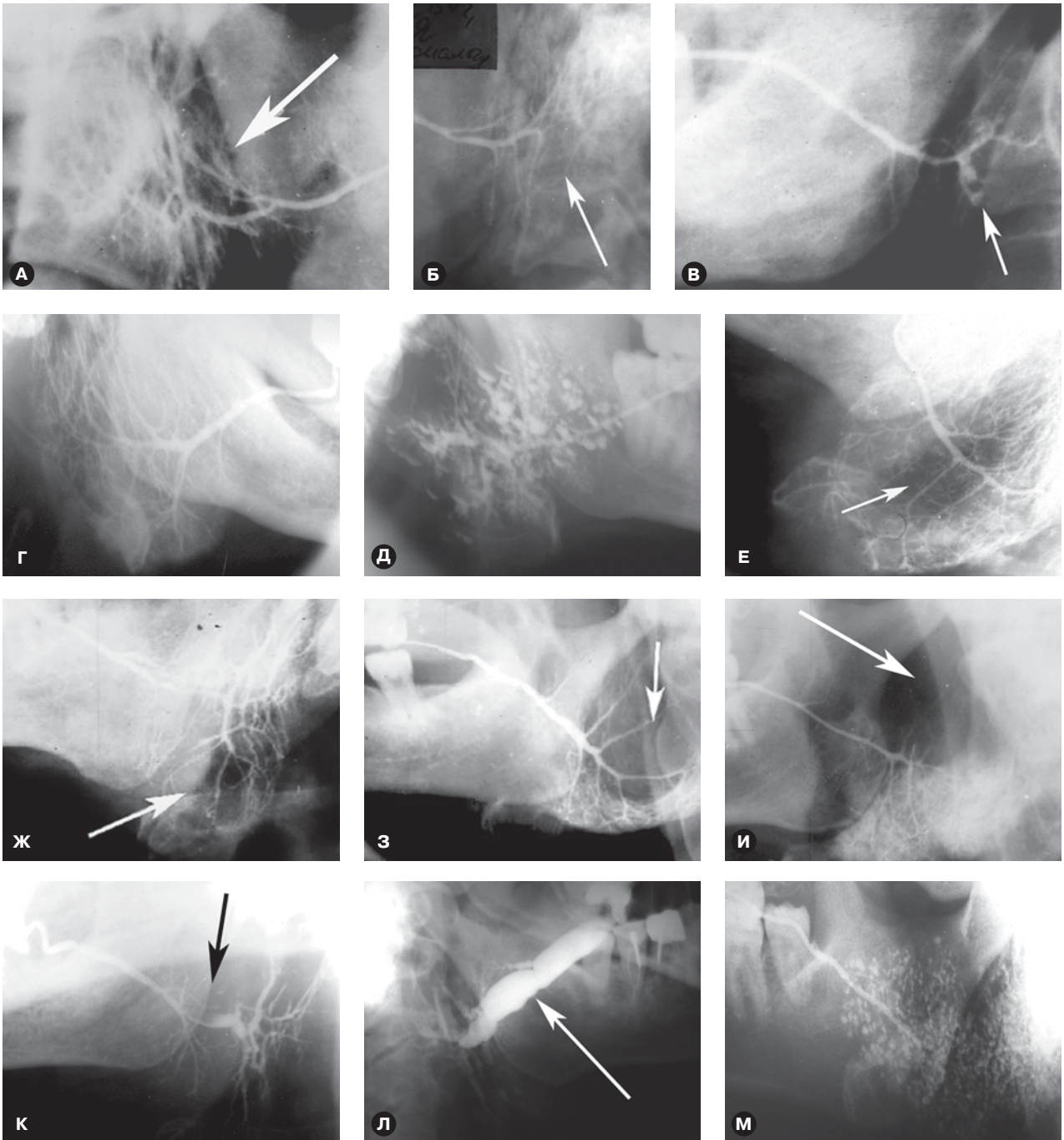


Рис. 3. Сиалогаммы околоушных желез больных с ложным паротитом Герценберга (а, б), лимфогенным паротитом (в), сиаозом (г), доброкачественным лимфоэпителиальным поражением (д), кистой (е), опухолями (ж, з), парасиаломой (и). Сиалогамма околоушной железы больного (к) с калькулезным паротитом (стрелкой указано место расположения слюнного камня). Сиалодохит (л). Синдром Шегрена (м).

признака (симптома) можно использовать для дифференциальной диагностики плеоморфных и мономорфных аденом. Этими дифференциально-диагностическими симптомами являются периодическое увеличение и уменьшение опухоли в размерах по мере ее роста и мультицентрический рост опухоли. Наличие первого симптома можно объяснить тем, что в структуре плеоморфных аденом и злокачественных опухолей околоушных желез достаточно часто (по нашим данным, примерно в 70 % случаев) встречаются полости, заполненные жидким содержимым. При изменении количества жидкого содержимого в полостях больной отмечает увеличение или уменьшение опухолевого образования. Но следует отметить, что даже эти два ранее указанных симптома нельзя использовать для достоверной дифференциальной диагностики плеоморфных и мономорфных аденом околоушных желез.

Для дифференциальной диагностики опухолей околоушных желез с другими заболеваниями (ложным паротитом Герценберга, лимфогенным паротитом, сиалозом, доброкачественным лимфоэпителиальным поражением, кистой, парасиаломой, сиалодохитом, синдромом Шегрена и др.) ранее нередко использовался сиалографический метод обследования этих желез с применением водорастворимых рентгеноконтрастных веществ. Кроме обычных (общепринятых) сиалограмм в клинике челюстно-лицевой хирургии также применили ортопантомосиалографический метод обследования с двухсторонней сиалографией (рис. 2).

Несмотря на то что сиалографические признаки хотя и имеют достаточно диагностических различий, в тоже время имеют и достаточно много сходства в сиалографической картине как опухолей, так и неопухолевых заболеваний (рис. 3).

Согласно нашим данным, диагностическая ценность сиалограмм и ортопантомосиалограмм в дифференциальной диагностики опухолей

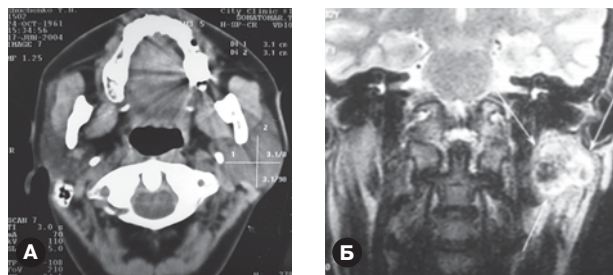


Рис. 4. Компьютерная (а) и магнитно-резонансная (б) томограмма больных с доброкачественными опухолями околоушных желез. На МРТ в центре новообразования отмечается одиночный очаг – кистозная полость.

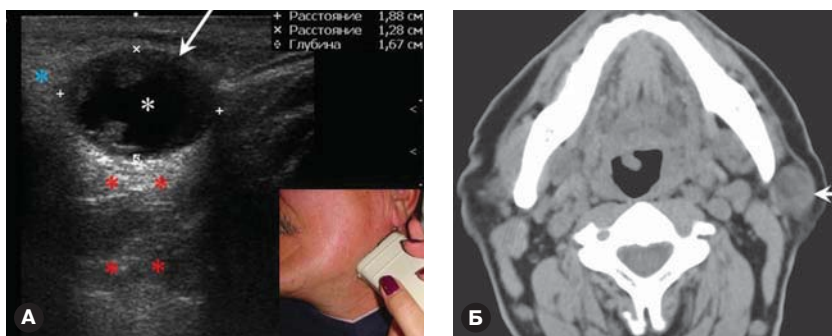


Рис. 5. Мономорфная аденома (аденолимфома) левой околоушной слюнной железы. А – на эхограмме в В-режиме в наружной доле слюнной железы (синие звезды), под фасцией визуализируется овальной формы образование (обозначено белой стрелкой) размерами 18×12 мм с четкими границами и ровными контурами. Структура опухоли неоднородная – с анаэхогенной (кистозная полость, белая звезда) и изоэхогенными участками. Артефакт дистального акустического усиления (характерный для содержащих жидкость образований) позади опухоли обозначен красными звездами. При компрессии опухоль не изменяет свою форму. В режиме ЦДК кровотоков не определяется. Б – при МСКТ по задненижнему краю околоушной железы определяется гомогенное образование (обозначено белой стрелкой) размерами 18×13 мм и плотностью +45 НУ, контраст накапливает до +85 НУ (шкала Хаунсфилда – количественная шкала рентгеновской плотности).

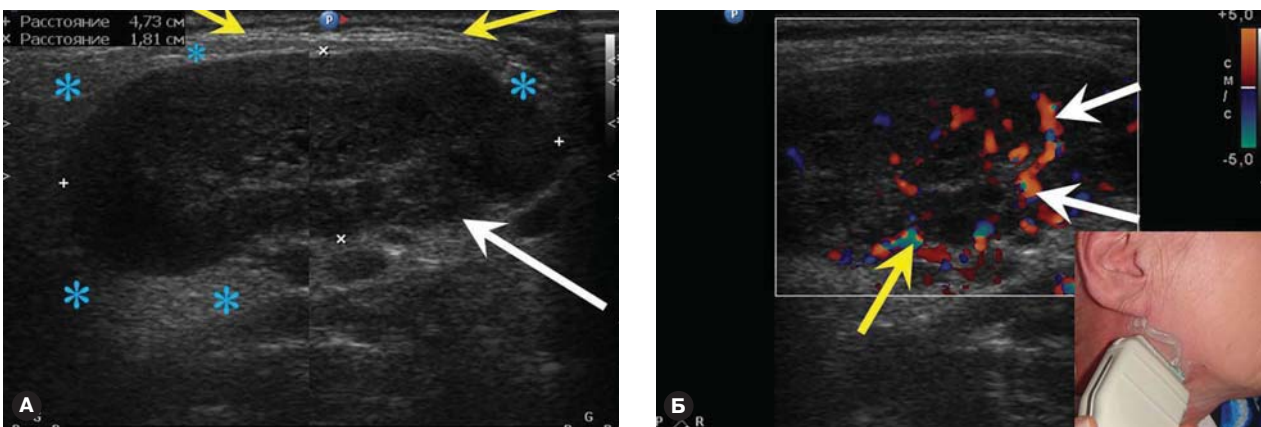


Рис. 6. Мономорфная (оксифильноклеточная) аденома. А – на ультрасонограмме в В-режиме в правой зачелюстной области в проекции околоушной железы (синие звезды) под капсулой железы (гиперэхогенная линия указана желтой стрелкой) визуализируется образование почкообразной формы (указано белой стрелкой) размерами 4,7×1,8 см с четкими границами и ровными контурами, неоднородной эхоструктуры, напоминающей лимфатический узел. При компрессии датчиком образование форму не изменяет. Б – в режиме ЦДК определяется интра- (белые стрелки) и перитуморальный (желтая стрелка) кровотоков средней интенсивности.

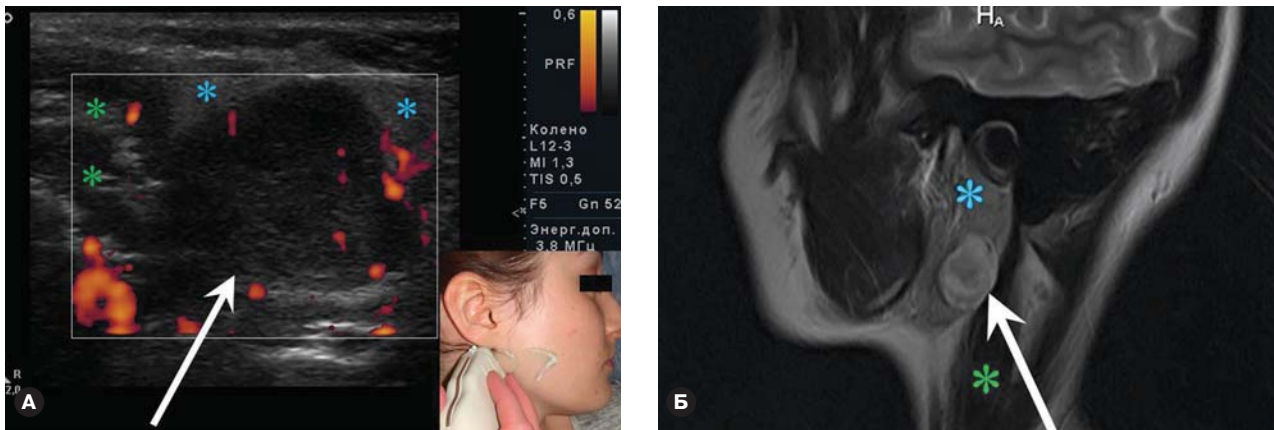
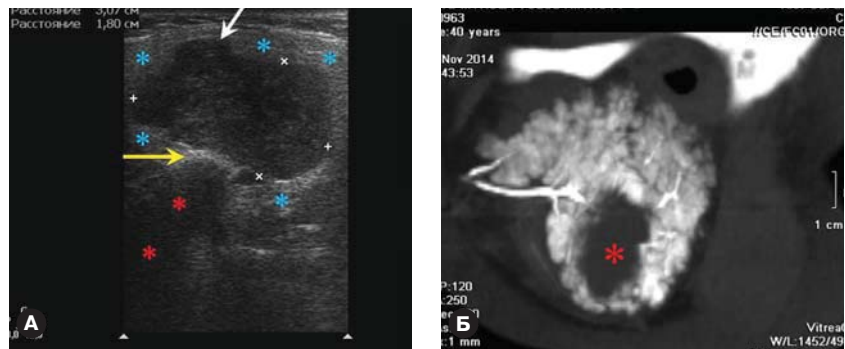


Рис. 7. Плеоморфна аденома околушної залози. А – на ультразвукограмме в проекції околушної залози, прилеглая к передньому краю грудино-ключично-сосцевидної м'язи, визуалізується утворення з чіткими границями, нерівними контурами зниженої ехогенності, неоднорідної ехоструктури. В режимі енергетичного доплерівського картирования (ЕДК) кровоток всередині опухолі утворення не визначається. При компресії датчиком опухоль не змінює свою форму. Б – на МРТ скане T2-22 і STIR визначається помірно гетерогенне утворення гіперінтенсивного МР-сигнала неправильної овальної форми з чіткими, рівними, гладкими контурами, оточене нерівномірної товщини тонкої фіброзної капсулою, без ознак кровоизлияній, депонирования гемосидерина і обызвествлений. Прилегаючі відділи слинної залози і м'язи незмінні.

Рис. 8. Плеоморфна аденома з місцевим деструктивним ростом околушної залози. А – на ехограмме в В-режимі в товщі слинної залози (відзначена синіми зірками), прилеглая к задньому краю (гіперехогенна лінія, відзначена жовтою стрілкою) гілки нижньої щелепи, визуалізується неправильної бугристої форми утворення (біла стрілка) розмірами 30×18 мм. Границі чіткі, контури нерівні. Ехогенність знижена, структура гетерогенна. При ЦДК утворення аваскулярно.



Б – при мультиспіральній томосіалографії визначається чітко обмежений дефект (відзначеною червоною зіркою), існує заповнення ацинусів і протоків залози контрастом. Нерівності неперервності протоків немає.

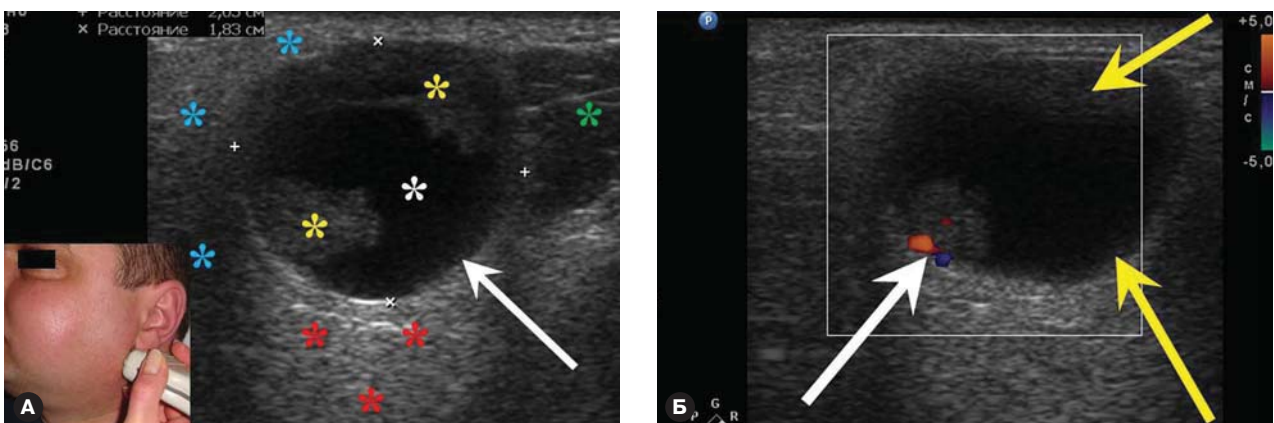


Рис. 9. Киста околушної залози. А – на сонограмме в В-режимі в проекції околушної залози (сині зірки) у переднього краю грудино-ключично-сосцевидної м'язи (зелена зірка) визначається округле утворення (вказано білою стрілкою) розмірами 2,0×1,8 см з чіткими границями, рівними контурами, з анехогенним рідким компонентом (біла зірка) і пристіночними ехоопозитивними компонентами (жовті зірки). Артефакт дистального акустичного посилення позади рідкої речовини вказано червоними зірками. При компресії датчиком утворення змінює форму в незначительній мірі. Б – в режимі ЦДК визначається періодичний (біла стрілка) кровоток у місці пристіночного розростання. Гіпоехогенна оболочка вказана жовтими стрілками.

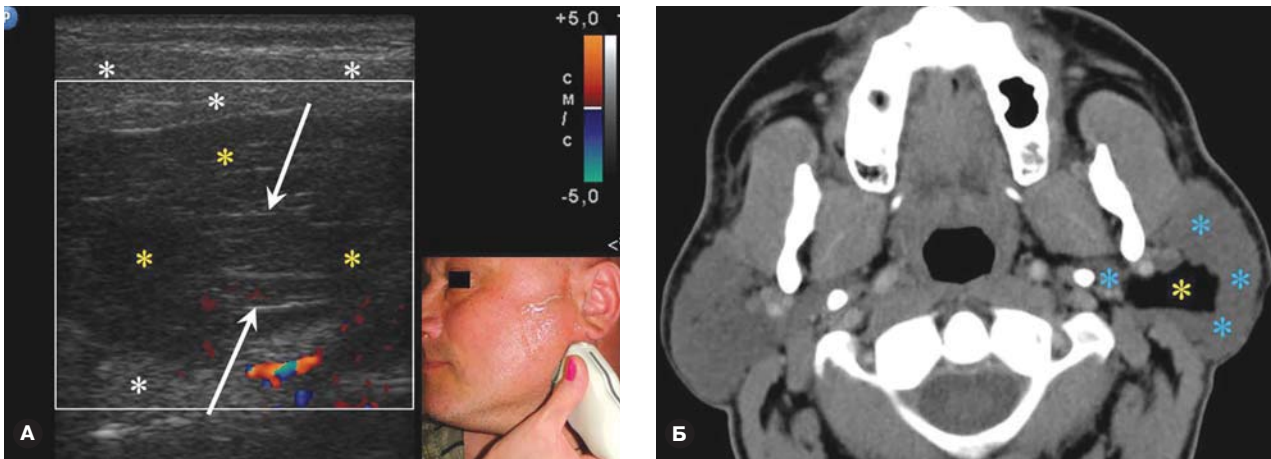


Рис. 10. Липома лівий околушній слинної залози. А – на ехограмі в режимі кольорового доплерівського картирования (ЦДК) в товщі слинної залози (білі зірки) візуалізується аваскулярне гіпоехогенне утворення (жовті зірки) 39×22 мм неправильної форми з чітким рівним контуром, а також багаточисельними тонкими гіперехогенними (сполучливо-тканними) прошлойками (білі стрілки). При компресії опухоль легко змінює свою форму. Б – при МСКТ з в/в контрастуванням визначається гомогенне утворення (жовта зірка) околушній слинної залози (сині зірки) розмірами 22×36 мм щільністю -120 НУ, контраст не накопичує.

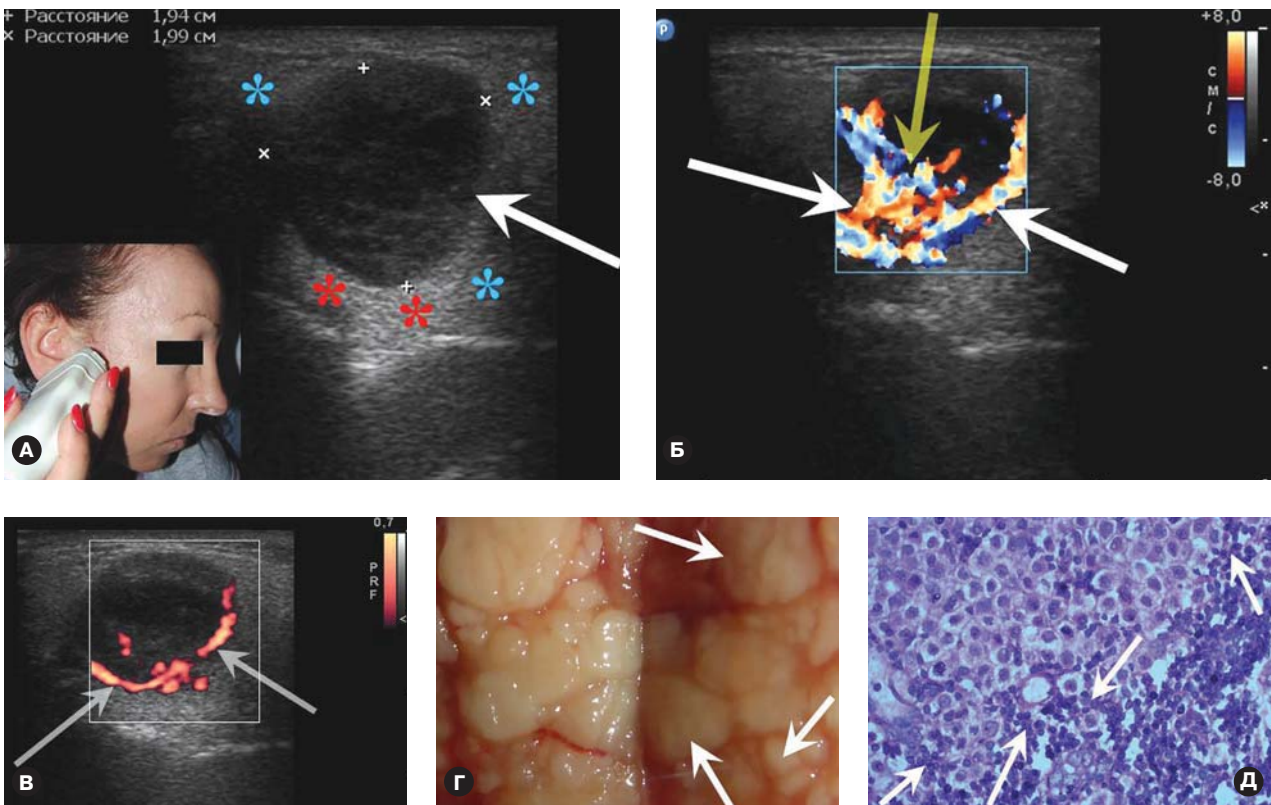
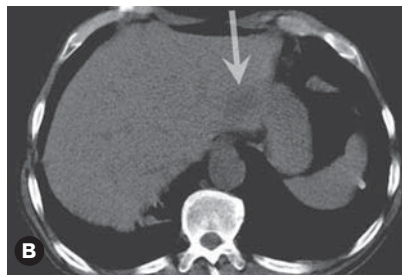
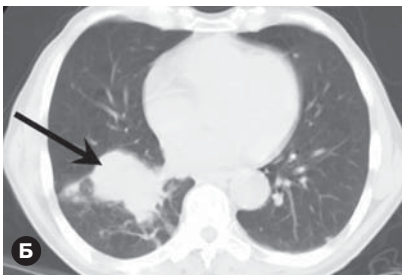
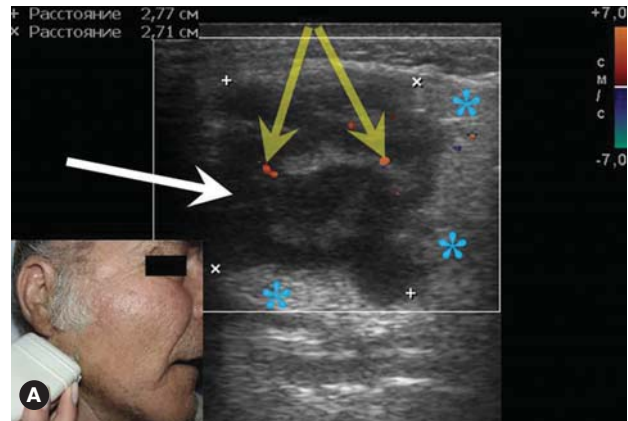


Рис. 11. Низкодиференційований рак (карцинома) околушній залози. А – на сонограмі в В-режимі в проекції околушній залози (сині зірки) візуалізується утворення (біла стрілка) розмірами 1,9×2,0 см округлої форми з чіткими границями, рівними контурами, ячеїстої структури, в якій анехогенні ділянки різних розмірів відокремлені ізоехогенними септами. Відзначається артефакт дистального акустичного посилення (червоні зірки). При сонопальпації розміри не змінюються. Б – при ЦДК визначається посилена інтра- (біла стрілка) і періодулярна (жовта стрілка) васкуляризація. В – при ЕДК васкуляризація переважно по периферії опухольового вузла (вказана стрілками). Г – на фотографії макропрепарата в структурі опухолі стрілками вказані «соты» різних розмірів, які відповідають анехогенним ділячкам на сонограмі. Д – на мікропрепараті відзначається інфільтрація низкодиференційованими епітеліальними клітинами (білі стрілки) між ацинусами і внутрідольковими протоками слинної залози. Окраска гематоксилін-еозин. Ув. 10×40.

Рис. 12. Саркома околоушной железы с метастазированием. А – на сонограмме в режиме ЦДК в проекции околоушной железы (синие звезды) визуализируется образование (белая стрелка) размерами 2,8×2,7 см неправильной бугристой формы с нечеткими границами, неровными контурами, гетерогенной структуры, в которой анэхогенные участки различных размеров отделены изоэхогенными септами. Отмечается незначительная интранодулярная васкуляризация (желтые звезды). При компрессии датчиком размеры не изменяются. При МСКТ метастазы опухоли определяются в легких (Б) (черная стрелка), печени (В) (белая стрелка), дуге позвонка (Г) (желтая стрелка).



и опухолеподобных образований околоушных желез не превышает 74 %. Отрицательной стороной использования сиалографического метода обследования при дифференциальной диагностике опухолей околоушных желез является отсутствие возможности судить по сиалограммам о наличии или же отсутствии в структуре опухолей полостей или других структурных изменений (мультицентрического роста опухоли, наличие или отсутствия капсулы и др.). Также отрицательной стороной в расшифровке сиалограмм является то, что по сиалограммам нельзя говорить о том, находится опухоль или другой патологический процесс над лицевым нервом или под ним, т. е. невозможно судить о топографическом взаиморасположении опухоли и ветвей лицевого нерва.

Большую помощь в дифференциальной диагностике оказывают компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Эти диагностические исследования позволили более детально провести оценку патологического очага, находящегося в околоушной железе и/или окружающих ее мягких тканях. Оценку проводили по наличию или отсутствию патологических очагов определенной плотности ткани, что позволило выявить полости как в самой железе, так и в опухоли. КТ и МРТ дали возможность охарактеризовать структуру опухоли, а также обнаружить наличие капсулы в новообразовании или в опухолеподобном образовании, установить ее толщину и равномерность распределения вокруг патологического очага (рис. 4).

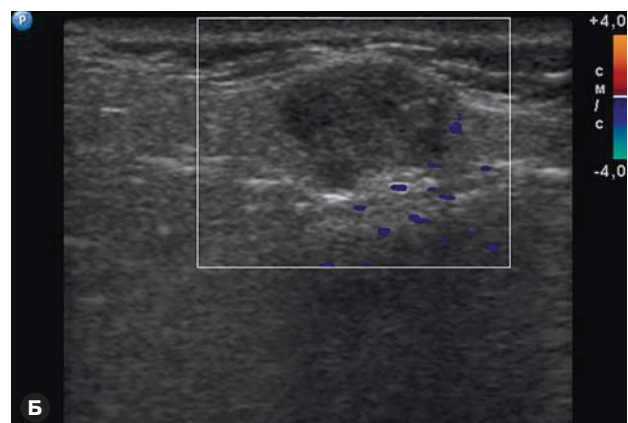
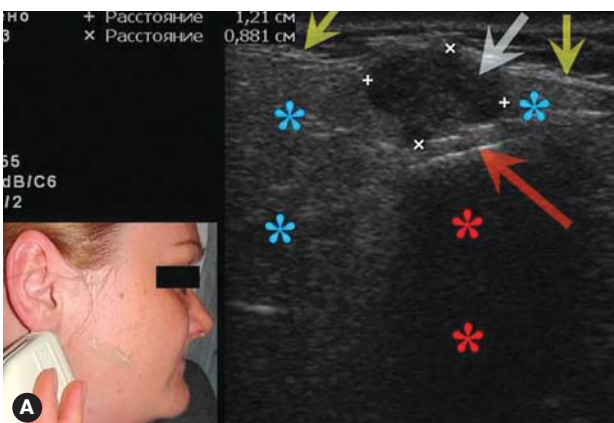


Рис. 13. Цилиндрома (аденокистозная карцинома) околоушной железы. А – на сонограмме в В-режиме в нижнем полюсе слюнной железы (синие звезды), под фасцией (гиперэхогенная линия указана желтыми стрелками) определяется образование (белая стрелка) неправильной формы с четкими границами, неровными контурами, размерами 1,2×0,8 см, сниженной эхогенности, неоднородной структуры за счет анэхогенных участков и гиперэхогенных включений. Околоушные и шейные лимфатические узлы не увеличены. Дистальное поперечности нижней челюсти (гиперэхогенная линия указана красной стрелкой) образован артефакт дистального акустического затенения (красные звезды), который возник в результате отражения ультразвуковой волны от кости. Б – при ЦДК обследуемое новообразование аваскулярно.

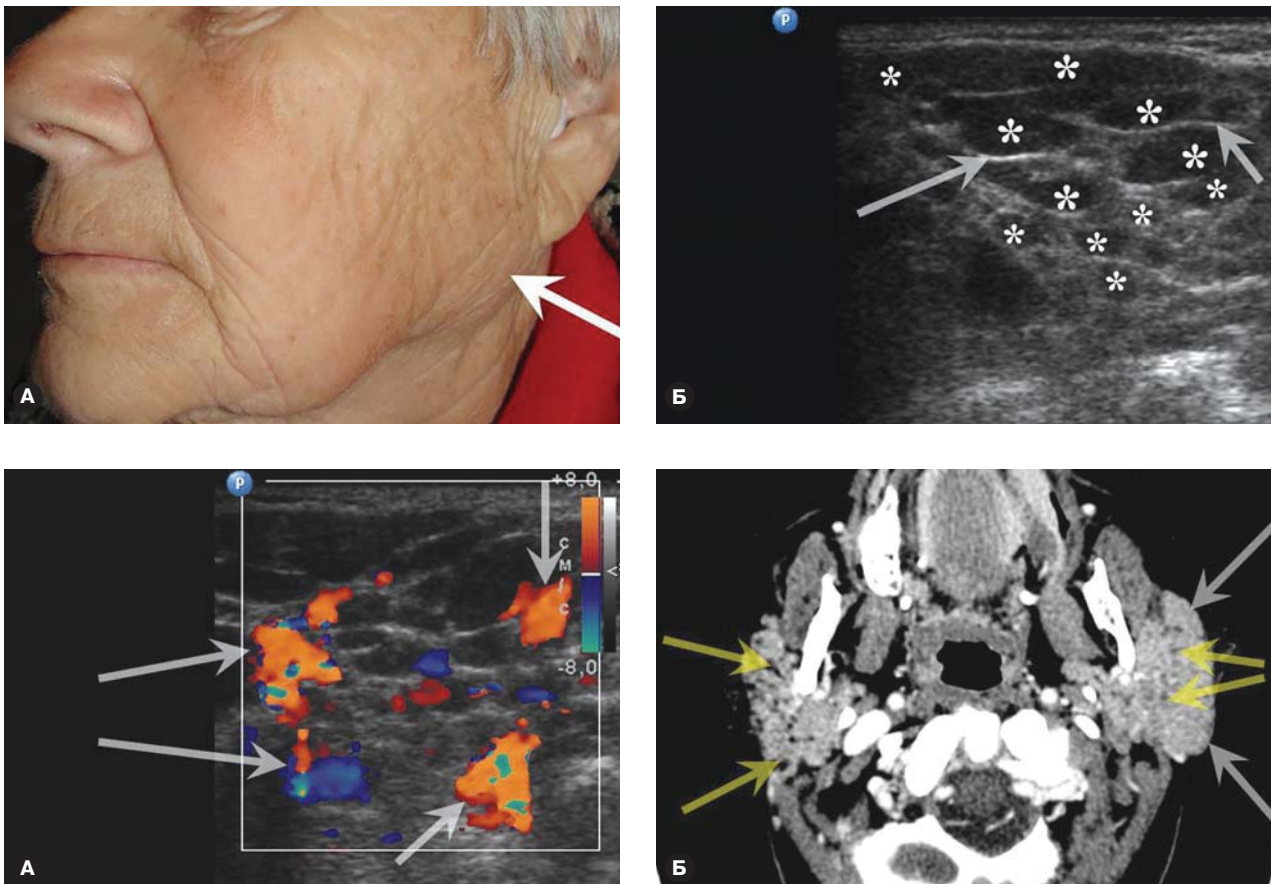


Рис. 14. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение околоушной слюнной железы, симулирующее наличие опухоли. А – на фотографии имеется образование в проекции околоушной слюнной железы (отмечено стрелкой). Б – на сонограмме в В-режиме определяется увеличенная в размерах околоушная железа с множеством анэхогенных участков в виде «сот» (обозначены белыми звездами), которые имеют четкие границы, ровные контуры и различные размеры, отделенные гиперэхогенными септами (белые стрелки). В – при ЦДК отмечается гиперваскуляризация паренхимы железы. Г – на МСКТ с в/в контрастированием отмечается значительное увеличение размеров левой околоушной железы (белые стрелки) с наличием множества гипоинтенсивных участков (желтые стрелки) в паренхиме обеих околоушных желез.

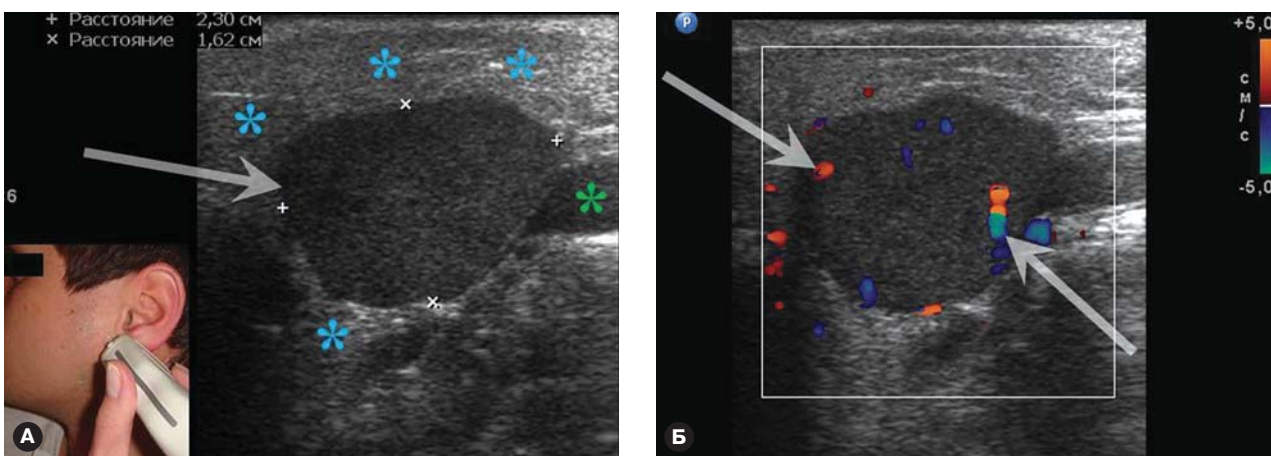


Рис. 15. Аденокарцинома околоушной слюнной железы. А – на сонограмме в В-режиме в слюнной железе (синие звезды), прилегающая к переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (зеленая звезда) определяется образование (белая стрелка) неправильной формы с четкими границами и неровными контурами размерами 2,3×1,6 см сниженной эхогенности, неоднородной структуры за счет анэхогенных включений. Б – при ЦДК образование имеет интранодулярный тип кровотока низкой интенсивности (отмечен белыми стрелками).

Діагностическа цінність з використанням КТ і МРТ в діагностиці опухолей околушної залози, по нашим даним, складає до 87 %.

Обязательно проводили ультразвуковое диагностическое обследование всех больных с опухолями и опухолеподобными образованиями в клинике челюстно-лицевой хирургии.

Діагностическа цінність данного лучевого метода обстеження представлена в описанні ехограмм обстежуваних хворих і сопоставленні його з іншими рентгенологічними методами (рис. 5–15).

Клінічне течення злоякісних (озлоякішених) опухолей околушних слинних залоз в більшості випадків нагадує таке при доброякісних опухолях, так як на ранніх стадіях розвитку злоякісні опухолі інкапсулюються. В рідких випадках, по нашим спостереженням, злоякісні опухолі з самого початку свого росту проявляються агресивністю течення.

Метастази можуть розвинути в лімфатических вузлах, знаходячись як всередині паренхіми залози, так і в околожелезистих лімфоузлах, але можуть також знаходитися в віддалених органах (легких, печінки, позвоночнику і др.).

Згідно нашим спостереженням, більшість доброякісних і злоякісних (озлоякішених) опухолей околушних залоз можуть мати як уніцентричний, так і мультицентричний ріст, неоднорідну структуру, нечіткі контури, нерівні межі і

інші клініческі симптоми. По тому диференціальна діагностика опухолей околушних залоз викликає значні складності.

В залежності від кількості судин, знаходячись в опухолевих тканинах, новоутворення околушних слинних залоз можуть бути аваскулярними, гіповаскулярними (від одного до трьох судин) і гіперваскулярними (від чотирьох і більше судин). Гіперваскулярний тип кровотоку в опухолях у хворих з плеоморфними аденомами околушної залози зустрічався у 52 % обстежуваних, при злоякісних опухолях – в 75 % випадків. При мономорфних аденомах гіперваскулярний тип кровоснабження опухолі виявлено тільки у 7 % хворих. Цю особливість кровоснабження можна також використовувати при диференціальній діагностиці хворих з мономорфними аденомами околушних залоз.

Выводы

На основі клініческого обстеження хворих з опухолями околушних залоз можна зробити висновок, що ультразвуковий метод обстеження є високоінформативним і дозволяє детально вивчити структуру опухолі і оточуючих її м'яких тканин, що значно підвищує його діагностическу цінність.

Використання комплексного діагностического обстеження (УЗД, КТ, МРТ) хворих з новоутвореннями околушних залоз дозволило підвищити точність диференціальної діагностики опухолей околушної слинної залози до 98 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. - 2012. - 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. - 696 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. - К.: ВСИ «Медицина». - 2015. - 800 с.

4. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. - К.: ВСВ «Медицина». - 2017. - 752 с.
5. Беридзе Б. Доброякісні опухолі околушних і піднижчелюстных слинних залоз (клініка, лікування, профілактика ускладнень): Дис. ... канд. мед. наук. - НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ Україна. - Київ, 2017. - 20 с.

Особливості діагностики хворих з пухлинами привушних слинних залоз

О.О. Тимофеев, Беридзе Бека

Мета: показати ефективність методів діагностики у хворих з пухлинами привушної слинної залози.

Методи: проведено клінічне обстеження 389-ти хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями привушної залози.

Результати. На підставі клінічного обстеження хворих з пухлинами привушних залоз можна зробити висновок, що ультразвуковий метод обстеження є високоінформативним і дозволяє детально вивчити структуру пухлини та оточуючих її м'яких тканин, що значно підвищує його діагностическу цінність.

Висновки. Використання комплексного діагностического обстеження (УЗД, КТ, МРТ) хворих з первинними утвореннями привушних залоз дозволило підвищити точність диференціальної діагностики пухлин до 98 %.

Ключові слова: пухлини, пухлиноподібні утворення, аденома, привушна залоза, діагностика.

Features of diagnosis of patients with tumors of the parotid salivary glands

O. Tymofiev, Beka Beridze

Purpose: to show the effectiveness of diagnostic methods in patients with parotid salivary gland tumors.

Methods. A clinical examination of 389 patients with tumors and tumor-like neoplasms of the parotid gland was performed.

Results. Based on the clinical examination of patients with parotid gland tumors, it can be concluded that the ultrasound examination method is highly informative and allows detailed study of the structure of the tumor and surrounding soft tissues, which greatly increases its diagnostic value.

Conclusions. The use of complex diagnostic examination (ultrasound, CT, MRI) in patients with parotid gland tumors allowed us to increase the accuracy of differential diagnosis of tumors up to 98 %.

Key words: tumors, tumor-like formations, adenoma, parotid gland, diagnostics.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины; заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Беридзе Бека – канд. мед. наук, профессор, департамент стоматологии Батумского университета (Грузия).