

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Среди онкологических заболеваний опухоли околоушных слюнных желез составляют 1-2%. Чаще опухоли околоушных слюнных желез возникают в возрасте от 30 до 60 лет [2, 3]. К доброкачественным новообразованиям околоушных слюнных желез относятся наиболее часто встречающиеся плеоморфные аденомы (смешанные опухоли). Среди всех опухолей слюнных желез на их долю приходится от 40% до 80% [2, 3, 7].

Известно, что 50% рецидивов плеоморфных аденом околоушной слюнной железы обнаруживают в первые два года после оперативного лечения, а к концу пятилетнего наблюдения рецидивируют до 80% этих новообразований.

Цель исследования

Изучить частоту встречаемости и структуру рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез. Выявить наиболее частые причины рецидивов.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней на базе СОКБ № 1 г. Екатеринбурга. В период с 2008 по 2012 годы наблюдались 246 больных с опухолями слюнных желез. Из них 173 случая составили женщины (70,3%), мужчины – 73 случая (29,7%). Возраст больных составил от 15 до 82 лет. Наиболее часто ОСЖ встречались в средней возрастной группе 40-69 лет (57,3%) (рис. 1).



Дрегалкина А.А.

ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии УГМУ, к.м.н., г. Екатеринбург, drdreg7@mail.ru



Коковина Т.А.

студентка 5 курса стоматологического факультета УГМУ, г. Екатеринбург

Резюме

Среди онкологических заболеваний опухоли околоушных слюнных желез составляют 1-2%. В работе представлены и проанализированы статистические данные, выявлены наиболее частые причины рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез, предложены рекомендации для пациентов и врачей, алгоритм обследования.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль слюнных желез, рецидив, причины, алгоритм обследования.

ANALYSIS OF RELAPSE BENIGN TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS

Dregalkina A.A., Kokovina T.A.

The summary

Among cancer tumors of the parotid gland is 1-2%. In this paper we present and analyze statistical data to determine the most frequent causes of recurrence of benign tumors of the salivary glands, the recommendations for patients and physicians, the examination algorithm.

Keywords: benign tumor of the salivary glands, relapse, algorithm survsy

При анализе было выявлено, что наиболее часто поражаются околоушные слюнные железы (рис. 2).

При анализе материала была выделена группа из 19 больных, которые наблюдались по поводу рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез. Из них у женщин в 14 случаях (73,7% от всех наблюдаемых рецидивов), у мужчин – в 5 (26,3%). У всех больных рецидивирующие образования локализовались в околоушной слюнной железе. Данный факт может свидетельствовать о том, что одной из причин рецидивов являются сложности при удалении из-за необходимости сохранения ветвей лицевого нерва. Погрешности оперативной техники – вскрытие капсулы опухоли и имплантация опухолевых клеток в раневое ложе, а также недостаточный радикализм хирургических вмешательств [4].

Так, из 19 больных при лечении первичной опухоли была проведена:

- субтотальная резекция околоушной слюнной железы – 10 больным,
- резекция нижнего полюса околоушной слюнной железы – 5 больным,
- паротидэктомия с выделением ветвей лицевого нерва – 4 больным.

У всех 19 пациентов после первичной операции гистологически был подтвержден диагноз – плеоморфная аденома (смешанная опухоль) околоушной слюнной железы. Данный факт подтверждает необходимость учитывать особенности данного образования:

1. Микроскопические отверстия в капсуле в виде выростов позволяют опухоли проникнуть в подлежащую ткань железы [4, 6].

2. Первично мультицентрический рост опухоли, позволяющий после проведения операции дать толчок к развитию клинически еще не проявляющихся зачатков опухоли [4].

У 12 пациентов рецидивы возникли через 2 года после операции, у 5 – через 4–6 лет, и у 2 – через 10 и более лет. Повторные рецидивы наблюдались у 3 пациентов (15,8% всех рецидивов), из них 2 женщины и мужчина. Все 3 повторных рецидива относятся к прямым (в течение 2 лет после операции), причем у 2 пациентов рецидивы развились на протяжении одного года после лечения.

Необходимо отметить, что частота встречаемости рецидивов опухолей слюнных желез имеет тенденцию к увеличению (рис. 3).

В 2008 году опухоли слюнных желез встретились в 56 случаях, из них 5 рецидивов (8,9%), в 2009 году – 67 случаев, из них 3 рецидива (4,4%), в 2010 году – 59 случаев, из них 4 рецидива (6,7%), в 2011 году – 35 случаев, из них 3 рецидива (8,5%),

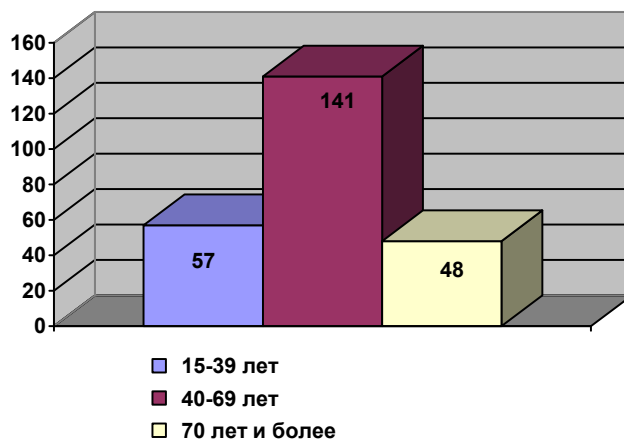


Рис. 1. Частота встречаемости опухолей слюнных желез в различных возрастных группах

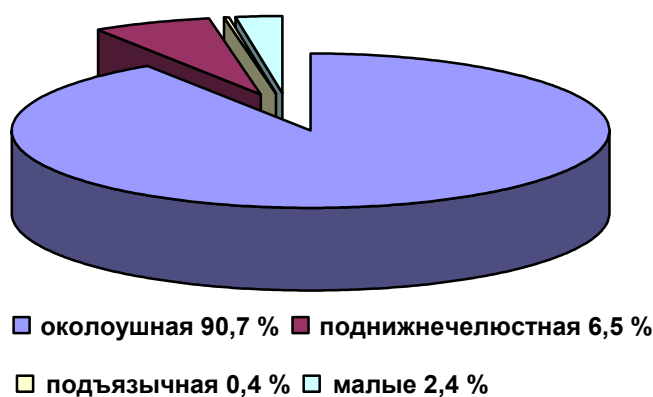


Рис. 2. Локализация опухолей в различных слюнных железах

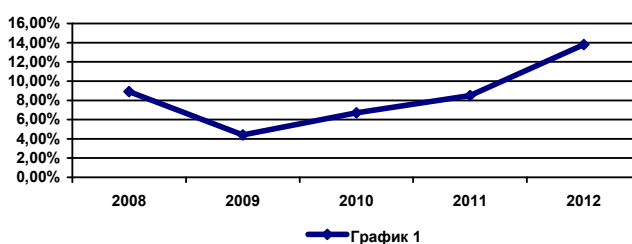


Рис. 3. Частота рецидивов опухолей околоушной слюнной железы

в 2012 году – 29 случаев, из них 4 рецидива (13,8%).

Клинический пример

Больная К., 61 год. Поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ №1 в сентябре 2012 года с жалобами на наличие новообразования в левой околоушной области. Больной себя считает с 1993 года, когда впервые обнаружила опухоль в левой околоушной области. Тогда же была обследована, поставлен диагноз – смешанная опухоль



Рис. 4. Фото больной К.

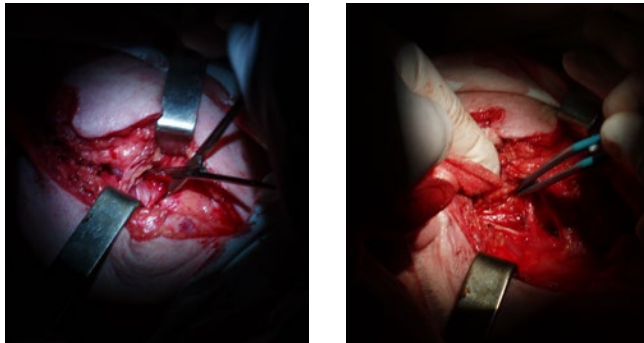


Рис. 5. Этапы операции

околоушной слюнной железы, проведена паротидэктомия слева с выделением ветвей лицевого нерва. Диагноз подтвержден гистологически.

Около 1,5 лет назад заметила узлы в области послеоперационного рубца, обратилась в СОКБ №1. Страдает сахарным диабетом второго типа, инсулинопотребность.

Объективно: в левой околоушной области в зоне послеоперационного рубца определяются 2 опухолевых узла размером 2 см и 1 см в диаметре. В предушной области также обнаружен узел размером около 1 см в диаметре, и под мочкой уха узел размером 2 x 4 см. Все узлы плотно-эластической консистенции, ограниченно подвижны (спаяны с рубцом), безболезненные при пальпации, кожа над ними не изменена. Функция мимических мышц не нарушена.

Возобновление опухолевого роста наблюдается, как правило, в зоне бывшей операции. Первичная плеоморфная аденома обычно бывает единичной, однако рецидивы опухоли нередко возникают в виде множественных узлов. Именно такая картина наблюдается в данном клиническом случае (рис. 4).

Больной произведена тонкоигольная пункционная биопсия узлов. Цитологическое заклю-

чение – смешанная опухоль околоушной слюнной железы.

Больной проведена операция – удаление опухолевых узлов, ревизия околоушной области.

Макроскопически опухоль представляла собой плотноэластические бугры размером от 3 до 1 см с бугристой поверхностью, в тонкой капсуле, белесовато-серого цвета, на разрезе – неоднородная серо-желтая. Гистологическое заключение: рецидив плеоморфной аденомы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 9 сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В данном клиническом примере рецидив смешанной опухоли клинически выявлен лишь через 17 лет после операции.

С учетом сроков возникновения рецидивов после проводившегося лечения в литературе выделяют прямые рецидивы, возникающие до 2 лет, и непрямые, появляющиеся после 2 лет, последние чаще относятся к самостоятельным или первично-множественным опухолям, что и имело место в нашем примере [3, 6].

Выводы

1. Больные с рецидивами составляют около 8% от всех больных с доброкачественными опухолями слюнных желез.
2. За последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости рецидивов опухолей слюнных желез.
3. Рецидивировать в основном опухоли околоушной железы, наиболее часто – плеоморфная аденома (смешанная опухоль).
4. Причины рецидивов: особенности строения капсулы железы, мультицентрический рост, погрешности оперативной техники, недостаточный радикализм.

Ранняя диагностика рецидивов опухолей околоушных слюнных желез является актуальной проблемой. Несмотря на успехи, достигнутые в разработке новых методов обследования, диагностика опухолей околоушных слюнных желез представляет определенные трудности. Частота ошибок в диагностике заболеваний околоушных слюнных желез остается высокой и колеблется в пределах 7–46% [1, 2, 3, 7].

Дифференциальная диагностика объемных образований в железе после проведения хирургического лечения значительно затрудняется из-за наличия послеоперационных рубцов. Поэтому особую актуальность приобретает разработка современных методов ранней диагностики и адек-

ватного лечения рецидивов опухолей околоушных слюнных желез.

Каждый пациент, перенесший операцию по поводу доброкачественной опухоли слюнной железы, должен выполнять следующие рекомендации:

1. Обязательное диспансерное наблюдение хирурга-стоматолога (челюстно-лицевого хирурга) каждые 6 месяцев.
2. Самостоятельно проводить осмотр послеоперационного рубца и прилежащих тканей, их пальпацию.
3. При обнаружении узла или другого образования незамедлительно обращаться к хирургу-стоматологу (челюстно-лицевому хирургу) по месту жительства.

Рекомендации для врачей

1. Выбор тактики оперативного лечения больных с опухолями околоушной слюнной железы при первичном их обращении в клинику. При этом обязательна консультация или участие в операции квалифицированного онколога, специалиста в области челюстно-лицевой хирургии.
2. Лечение больных с опухолями околоушных слюнных желез целесообразно проводить в специализированных челюстно-лицевых клиниках, данный подход позволит избежать ошибок в лечении и снизить частоту рецидивов опухолей.
3. Иметь настороженность в вопросе возникновения рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез. Обязательная диспансеризация пациентов, прооперированных по поводу доброкачественных опухолей слюнных желез.
4. При подозрении на рецидив опухоли околоушной слюнной железы целесообразно обследовать пациента по алгоритму комплексной диагностики.

Алгоритм обследования больных с рецидивами опухолей ОСЖ.

I. Обязательные методы обследования

Осмотр.

Визуальная оценка конфигурации лица и функций мимической мускулатуры.

Пальпаторное бимануальное обследование слюнных желез.

Орофарингоскопия.

Стандартная сонография.

Рентгенологическое исследование грудной клетки.

Лабораторные методы исследования.

Цитологический метод исследования (пункция).

II. Дополнительные методы исследования

Гистологический метод исследования (биопсия).

Ортопантомография челюстей.

Компьютерная томография.

Магнитно-резонансная томография ОСЖ.

Радиоизотопное исследование.

Адекватное хирургическое пособие, диспансерное наблюдение, а также навыки самообследования помогут избежать осложнений и повторных операций и сохранить трудоспособность пациента на долгие годы.

ЛИТЕРАТУРА

5. Матякин Е.Г., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. Рецидивы опухолей околоушных слюнных желез // Стоматология, №1, 2010 г. – С. 75-77.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи, Москва, 1983 г. – С. 122.
7. Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Опухоли слюнных желез, Москва, 2009 г. – С. 40-42, 136-150.
8. Солнцев А.М., Колесов В.С. Хирургия слюнных желез, Киев, 1979 г. – С. 120-124.
9. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез, Киев, 1991 г. – С. 127-160.
10. Тищенко Н.А., Ковалев А.И. О профилактике и лечении рецидивов опухолей слюнных желез // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии, Минск, №4. – 1986 г. – С. 156-159.
11. Штраубе Г.И. и соавт. Результаты диагностики и хирургического лечения доброкачественных опухолей слюнных желез // Здоровье семьи – 21 век. – №2. – 2012, т. 2. – С. 21.