

Д.В. Бычков¹, А.Я. Вязьмин¹, Ю.К. Батороев², А.А. Байфа¹

ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

¹ Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования (Иркутск)

В статье рассматриваются диагностические ошибки и предлагаются методы дифференциальной диагностики опухолей слюнных желез и неопухолевых процессов.

Ключевые слова: слюнные железы, опухоли, диагностика

ERRORS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF VOLUMETRIC FORMATIONS OF THE SALIVARY GLANDS

D.V. Bychkov¹, A.Ya. Vyazmin¹, Yu.K. Batoroyev², A.A. Bayfa¹¹ Irkutsk State Medical University, Irkutsk² Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk

In the article diagnostic errors are considered and methods are suggested of differential diagnostics of tumors of the salivary glands and non-neoplastic processes.

Key words: salivary glands, tumors, diagnostic

Общеизвестно, что слюнные железы человека, выполняющие защитно-трофическую, инкреторную, экскреторную и регуляторную функцию, могут быть объектом многих инфекционных и неинфекционных патогенных воздействий, а также «ареной» развития иммунопатологических процессов.

В связи с тем, что классификация заболеваний слюнных желез по МКБ-10 плохо адаптирована к клинической практике [1], приводим отечественную классификацию, предложенную проф. И.Ф. Ромачевой и проф. В.В. Афанасьевым:

- пороки развития слюнных желез;
- повреждения слюнных желез;
- сиалоаденозы (реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез, сиалозы);
- сиалоадениты;
- слюннокаменная болезнь;
- кисты слюнных желез;
- опухоли.

Большие слюнные железы располагаются относительно поверхностно и хорошо доступны для клинического и специальных методов обследования. Поэтому своевременная правильная диагностика не вызывает затруднений у квалифицированных челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-хирургов. Однако, как показывает практика, зачастую трудности могут возникать не только у врачей общей практики, хирургов и оториноларингологов (к которым часто впервые обращаются пациенты), но и у многих стоматологов различной специализации. Ошибки в диагностике составляют 7–46 % [2].

Из всего разнообразия нозологических форм заболеваний слюнных желез, наибольшие трудности бывают при дифференциальной диагностике неопластических, а также реактивно-дистрофиче-

ских (сиалозов) процессов. Ошибочно выставляется диагноз лимфаденита, сиалоаденита, а нередко пациенты направляются вообще без определения какого-либо диагноза. В подтверждение приводим собственные клинические наблюдения.

Пациентке О., 27 лет стоматологом-хирургом районной поликлиники был поставлен диагноз острого лимфаденита левой околоушной области. Назначен курс противовоспалительного лечения, сделан разрез в левой околоушной области. Ввиду неэффективности лечения, пациентка направлена на кафедру хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ИГМУ. При осмотре выявлено: в левой околоушной области слабо болезненный плотный узел размером 1,5 см в диаметре, над ним операционная рана, проникающая в опухолевую ткань, отделяемого из раны нет. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, слюноотделение не нарушено. Органы полости рта без признаков патологии. Из раны взят соскоб для цитологического исследования, при котором обнаружены эпителий слюнной железы без признаков атипии, элементы воспаления, эритроциты. Определен пролиферативный индекс равный 2–3 %. Поставлен диагноз: Плеоморфная аденома левой околоушной слюнной железы. После субтотальной резекции железы расхождения с предоперационным диагнозом не выявлено.

Пациентка П., 75 лет направлена в стоматологическую клинику ИГМУ с диагнозом: Хронический паротит слева. При опросе выяснилось, что в течение 1 года отмечала рост опухоли в левой околоушной области, постепенно заметила признаки пареза лицевого нерва, ежемесячно обращалась к терапевту по месту жительства для лечения сопутствующей соматической патологии. В мае 2009 г. находилась на лечении сопутствующих

заболеваний в неврологическом отделении. Неврологом поставлен диагноз хронического паротита слева, назначены антисептические ванночки, курс антибиотиков. При осмотре в левой околоушной области обнаружена плотная неподвижная опухоль размером 4 × 5 см, вызывающая деформацию лица; признаки пареза верхних и краевой ветви левого лицевого нерва; саливация не нарушена. С диагнозом злокачественная опухоль левой околоушной слюнной железы больная направлена на лечение в Иркутский областной онкологический диспансер.

В представленных клинических случаях диагностических ошибок можно было легко избежать, если бы врачи помнили об онкологической настоятельности и придерживались следующего простого и доступного алгоритма дифференциальной диагностики.

При опросе больного следует обратить внимание на наличие и характер болевого синдрома, нарушения саливации, давности заболевания и др. Болевой синдром характерен для острой формы воспаления слюнных желез (сиалоаденита), лимфаденита, слюннокаменной болезни (как правило, развивается в подчелюстной слюнной железе), злокачественного и редко доброкачественного новообразования. При слюннокаменной болезни, а также при сиалодохите при приеме пищи слюнная железа увеличивается, и появляются распирающие боли (слюнная колика). Злокачественная опухоль в зависимости от ее расположения может проявляться болезненными либо неприятными ощущениями покалывания, иногда с иррадиацией боли [7].

Снижение саливации сопровождается хронические сиалоадениты, сиалозы (синдром Шегрена, болезнь Микулича и др.), заболевания внутренних органов (хронический гастрит, холецистит, болезнь Паркинсона, тиреотоксикоз и др.), прием более 400 лекарственных препаратов (атропина, фенотиазидов, гипотензивных и др.). Гиперсаливация может быть следствием патологического раздражения отдаленных органов (например, кишечника при аскаридозе), отравлении пилокарпином, никотином и др. вегетативными ядами, действующими на окончания слюноотделительных нервов. Выделение избыточного количества слюны из протока железы характерная жалоба для хронического сиалодохита.

На характер заболевания часто указывает его давность. Так доброкачественные опухоли могут расти до нескольких десятков лет. При острых сиалоаденитах, лимфаденитах заболевание начинается остро с появления отека и инфильтрата, боли, лихорадки и т.д. Хронические сиалоадениты протекают долгие годы с периодами обострения в осенне-весенний период и ремиссий.

Важную информацию получает врач при осмотре больного. При сиалоадените, сиалозах отмечается диффузное увеличение слюнной железы. В полости рта обращают внимание на наличие инфекционных очагов (осложненный кариес, тонзиллит и т.д.), количество и характер слюны. Инфекционные очаги в полости рта и смежных анатомических об-

ластях могут быть входными воротами для развития лимфаденита. При доброкачественных опухолевых процессах и лимфаденитах слюноотделение ограничено или не нарушено. Острые бактериальные сиалоадениты сопровождаются выделением мутной слюны, слюны с примесью гноя или гноя из протока железы. При хроническом воспалении в зависимости от формы и стадии заболевания слюна прозрачная либо с белыми хлопьями, комочками слизи; на поздних стадиях саливация значительно уменьшается или даже прекращается. Опухоль и лимфаденит определяются как безболезненный или болезненный плотный ограниченно подвижный узел в проекции железы. Различные виды карцином на поздних стадиях прорастают на кожу и изъязвляются. Паралич мимической мускулатуры различной степени выявляется при злокачественной опухоли в околоушной слюнной железе.

Таким образом, при клиническом исследовании врач может с большей или меньшей вероятностью предположить наличие воспалительного, неопластического или реактивно-дистрофического процесса в пораженной железе и выбрать необходимость дополнительных методов исследования и дальнейшую тактику ведения больного.

Из всех дополнительных методов исследования (рентгенография, сиалография, компьютерная томография, магниторезонансная томография, радиоизотопное исследование, ультразвуковое сканирование, инцизионная биопсия и др.) на основе проведенного нами анализа медицинской литературы и собственного опыта предлагаем выбрать наиболее доступные в лечебных учреждениях разного уровня, дешевые и информативные.

1. Обзорное рентгенологическое обследование слюнных желез является высоко информативным диагностическим тестом для выявления слюннокаменной болезни. Возможность проведения сиалографии зависит от квалификации врача-стоматолога.

2. Ультразвуковое исследование (УЗИ) по данным различных авторов позволяет почти в 100 % случаев дифференцировать опухолевое и неопухолевое поражение, отличить лимфатический узел от ткани железы, предположить наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы. УЗИ и компьютерная томография обладают равно высокими диагностическими возможностями как в выявлении новообразований слюнных желез (точность 97 и 97,4 %), так и в определении их локализации (точность 94,9 и 95,9 %) и превосходят в этом клиническое обследование. Таким образом, ультразвуковое исследование является методом выбора при подозрении на новообразование слюнных желез [5].

3. Цитологический метод — морфологическое исследование клеточного состава и межклеточного матрикса патологического очага. Материалом для исследования является аспират полученный при пункции шприцом с иглой диаметром 0,1 — 0,2 мм либо соскоб, который берется при изъязвлении опухоли. Данные о чувствительности данного

метода у разных авторов значительно колеблются от 81 до 98 % [6, 7]. Однако при наличии опытного врача-цитолога, правильном методе забора диагностического материала метод становится высоко чувствительным. Во многих случаях не только позволяет определить или отвергнуть диагноз новообразования, но и выяснить гистологический тип. С помощью аспирационной пункции тонкой иглой также может быть получен материал для иммунофенотипирования. В частности нами разработана методика исследования пролиферативной активности клеток опухолей слюнных желез путем иммунофенотипирования полученного при пункции аспирата. В цитологической лаборатории среду накопления с полученным пунктатом опухоли подвергали центрифугированию на цитоцентрифуге «Cytospin». Полученный образец (предметное стекло с нанесенными на него клетками в очерченном поле) инкубировали по стандартной методике с антителами к Ki-67. В качестве хромогена использовали диаминобензидин (ДАБ). Подсчет проводили с помощью микроскопа при увеличении 40х в случайно выбранных полях зрения. Проллиферативный индекс определяли в процентах. При доброкачественных опухолях он составляет в среднем $2,86 \pm 0,36$ %, при некоторых злокачественных — $5,06 \pm 0,66$ % [3].

4. Инцизионная биопсия. Например, диагностическим при синдроме Шегрена является обнаружение при биопсии лимфоидных скоплений не менее $1/4$ мм² среза малой слюнной железы [4]. Инцизионная биопсия опухолей может применяться в сложных случаях (когда другие методы не позволяют поставить диагноз), однако на наш взгляд, это нарушает принципы абластики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последовательное обследование больного, включающее опрос и осмотр пациента, применение доступных в настоящее время любому лечебному учреждению дополнительных методов обследования (рентгенологическое, ультразвуковое, цитологическое), должно позволить врачу-стоматологу с высокой точностью дифференцировать опухолевые и неопухолевые поражения слюнных желез, и, следовательно, выбрать тактику лечения. При выявлении воспалительных процессов лечение, как правило, может проводиться по месту жительства пациента, иногда с привлечением других специалистов для лечения фоновых заболеваний (патология желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и др.). Подозрение

на сиадоз требует углубленного обследования пациентов, консультации и лечения у ревматолога, эндокринолога и т.д.; неопластическое поражение незамедлительного направления в специализированные лечебные учреждения.

Врачам «нестоматологического профиля» достаточно вовремя заметить заболевание слюнной железы и направить больного к хирургу-стоматологу или онкологу для дальнейшего обследования и лечения, не подвергая пациента ненужным в большинстве случаев консультациям хирурга, оториноларинголога.

Для уменьшения диагностических ошибок целесообразно при обучении в ординатуре, профессиональной переподготовке и повышении квалификации по хирургической стоматологии и проблемам онкологии уделять больше внимание вопросам диагностики и лечения заболеваний слюнных желез; издавать методические рекомендации для врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В. Классификация заболеваний и повреждений слюнных желез // Стоматология. — 2010. — № 1. — С. 63—65
2. Быкова А.А., Кондрашин С.А., Агапов В.С., Задеренко И.А. Комплексная сонография в диагностике и лечении опухолей больших слюнных желез [электронный ресурс] // «Московский врач» URL: http://uzidopler.ru/view_page.php?page=112&ID=0 (дата обращения 29.07.11.)
3. Бычков Д.В. Определение пролиферативного потенциала первичных эпителиальных опухолей околоушных слюнных желез // Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: матер. XI Ежегодного научного форума «Стоматология 2009». — М., 2009. — С. 227—229.
4. Васильев В.И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена [электронный ресурс] // Русский медицинский журнал URL: http://www.rmj.ru/articles_5925.htm (дата обращения 31.07.11.)
5. Добромыслова Н.А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез // Вопросы онкологии. — 2000. — Т. 46. № 4. — С. 472—476.
6. Кондратьева Т.Т. Цитологические аспекты дифференциальной диагностики новообразований в области головы и шеи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1992. — 46 с.
7. Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Опухоли слюнных желез. — М.: Практическая медицина, 2009. — 470 с.

Сведения об авторах

Бычков Дмитрий Владимирович — ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ИГМУ Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красноармейская, 1, стоматологическая клиника ГОУ ВПО ИГМУ, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел. (3952) 24-06-86; e-mail: Bychkov-Dmitrij@yandex.ru)
Вязьмин Аркадий Яковлевич — заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ИГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

Батороев Юрий Климентьевич — ассистент кафедры онкологии ИГИУВ, д.м.н.

Байфа Алевтина Алексеевна — ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ИГМУ Минздрава России, к.м.н.