

Н.Б. Юрмазов, Н.В. Малков, П.Н. Фиалко, Е.П. Хорошко

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кемеровская областная клиническая больница,

г. Кемерово

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Представлен опыт диагностики опухолей слюнных желез под контролем ультразвукового аппарата. После определения положения ультразвукового датчика к пунктируемому объекту и поверхности тела проводили биопсию режущей иглой с использованием полуавтоматического инжектора без адаптера. Сочетание ультразвукового сканирования и тонкоигольной биопсии позволяет значительно повысить точность забора материала и является эффективной и малоинвазивной диагностической манипуляцией.

Ключевые слова: опухоль, слюнная железа, диагностика.

N.B. Yurmazov, N.V. Markov, P.N. Fialko, E.P. Horoshko

SELECTION OF OPTIMAL METHOD OF PRE-OPERATIVE DIAGNOSTIC OF SALIVARY GLAND TUMOR IN MAXILLARY-FACIAL SURGERY CLINIC

The experience of diagnostic of salivary glands under the control of ultrasound is submitted. After the determination of ultrasound gauge position to punctured objects and body surface the biopsy was done by the cutting needle and using the semi-automatic injector without the adapter. The combination of ultrasound screening and thinneedled biopsy allows to rise up the exactness of fence of the material and is effective and little-invasive diagnostic manipulation.

Key words: tumor, salivary gland, diagnostic.

Удельный вес новообразований слюнных желез, согласно данным литературы, составляет 1-2% от всех опухолей тела человека [1], которые представлены преимущественно доброкачественными новообразованиями. Данные опухоли характеризуются разнообразием гистологического строения, однотипностью клинических проявлений, что затрудняет их предоперационную диагностику и выбор дальнейшей тактики хирургического лечения. Широко применяемые методы обследования, такие как контрастная сиалография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, позволяют судить о локализации опухоли, ее распространенности, эхо-

структуре, но не позволяют даже отдаленно исследовать морфологическое строение новообразования и степень его зрелости.

Важно отметить, что дооперационная морфологическая диагностика опухолей слюнных желез имеет решающее значение в последующей тактике хирургического лечения, так как схожие клинические проявления и даже одинаковое макроскопическое строение могут наблюдаться у злокачественных и доброкачественных новообразований, а также опухолей, склонных к инвазивному росту. Опухоли, имеющие одинаковую клиническую картину, предполагают разную хирургическую тактику.

Клинически опухоли околоушной или поднижнечелюстной слюнных желез проявляются как объемные образования плотноэластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями и безболезненные при пальпации, кожа над ними не изменена. Подобные проявления наблюдаются у 64 % больных с первичными доброкачественными опухолевыми процессами и 77,8 % больных с первичными злокачес-

Корреспонденцию адресовать:

Юрмазов Николай Боевич, к.м.н., доцент,
зав. каф. хирургической стоматологии и ЧЛХ
ГОУ ВПО «КемГМА»
г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел.: раб. (3842) 52-12-66, 52-13-88;
дом. (3842) 58-49-41

твенными новообразованиями [2]. Кроме того, некоторые неопухолевые заболевания — хронический гиперпластический лимфаденит, туберкулез и кисты, расположенные глубоко в железе, имеют схожие клинические проявления.

Ультразвуковая диагностика опухолей слюнных желез является чувствительным методом даже при малом размере новообразования, позволяет четко определить его локализацию. Однако, несмотря на утверждения ряда авторов о том, что злокачественные опухоли слюнных желез имеют достаточно определенные эхографические признаки, они не являются строго специфичными. Доброкачественные и неопухолевые поражения слюнных желез очень часто имеют картину, типичную для злокачественных новообразований, и наоборот.

Эхоструктура новообразования в слюнной железе не может быть использована для разграничения гистологических вариантов опухоли. Большинство опухолей имеют изоэхогенную или неоднородную по сравнению с тканью железы структуру, и даже отсутствие четких ровных контуров образования не является несомненным критерием злокачественности опухоли.

Компьютерная томография не имеет существенных преимуществ по сравнению с обычным ультразвуковым исследованием, и выполняется при опухолях больших размеров, когда необходимо уточнить связь образования с окружающими структурами — костями черепа, боковой стенкой глотки, магистральными сосудами, что невозможно при обычном ультразвуковом исследовании, а также при рецидиве заболевания.

Однако, для злокачественной опухоли характерно наличие неровных, нечетких контуров опухолевого узла, перинеуральная инвазия. Для доброкачественной опухоли, напротив, характерно наличие гладких, ровных контуров, однако они могут встречаться и при злокачественных, особенно высокодифференцированных опухолях [2].

Контрастная сиалография применяется при патологии околоушных и подчелюстных слюнных желез. Оценка рентгенограммы производится по характеру наполнения протоков и рисунку тени паренхимы железы. По сиалограмме определяется степень заполнения протоков контрастной массой, устанавливается отношение протоков к мягким тканям и костям.

При доброкачественных опухолях структура протоков не изменяется, они оттесняются опухолью. Новообразование на снимке выявляется в виде дефекта наполнения протоков и ткани железы. При злокачественных опухолях чаще определяются дефекты наполнения протоков, образовавшиеся в результате разрушения тканей железы. Метод контрастной сиалографии в большинстве случаев позволяет судить не только о характере новообразования, но и о топографии опухоли.

Широкое распространение получила цитологическая диагностика, материалом для которого служат клетки, полученные во время пункции опухоли. Метод прост в выполнении и отличается малой инвазивностью. При добавлении цитохимических тестов

более чем в 80 % случаев удается дифференцировать опухолевые и неопухолевые процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования, судить о тканевой принадлежности опухоли.

Важнейшим и обычно завершающим этапом в предоперационном распознавании опухолей является гистологическая диагностика. Материалом для исследования служат ткани, взятые непосредственно из патологического очага во время инцизионной биопсии. Данный метод дает наибольший процент достоверности, но имеет существенный недостаток, так как требует проведения иногда достаточно сложной операции, особенно если опухоль находится глубоко в тканях и имеет незначительные размеры. Имеется риск повредить ветви лицевого нерва, крупные сосуды и внутрижелезистые протоки.

В 1968 году Б.Г. Пятницкий предложил использовать сконструированный им специальный троакары для пункционной биопсии мягких тканей (авторское свидетельство № 249551), который до последнего времени применяется с целью предоперационной диагностики опухолей, в том числе слюнных желез [3]. С помощью данного троакара, путем введения его в опухоль, можно получить «столбик» патологически измененной ткани размером 0,3 × 12 мм, достаточный для приготовления 11 гистологических срезов. Недостатком метода было отсутствие визуального контроля за продвижением троакара, особенно в инфильтрированных анестетиком тканях при незначительных размерах опухоли. В то же время, метод отличается простотой выполнения, высокой информативностью (85 % достоверных результатов исследования), малой инвазивностью, и позволял выполнить манипуляцию в условиях хирургического кабинета стоматологической поликлиники.

Сотрудниками Иркутского медицинского университета [4] предложена пункционная игла для забора материала опухоли из слюнной железы, которая позволяет одновременно и прицельно получить материал для цитологического и патогистологического исследования. С помощью иглы можно получить «столбик» ткани размером 2 × 6 мм. Направление продвижения иглы выполняется под контролем аппарата для ультразвукового исследования.

В клинике челюстно-лицевой хирургии Кемеровской областной клинической больницы, в течение трех последних лет с целью дооперационной диагностики опухолей слюнных желез применяется тонкоигльная биопсия под ультразвуковым контролем.

Обследование проводили в амбулаторных условиях на базе отделения ультразвуковой диагностики. Применяли ультразвуковой аппарат «Aloka SSD-500», линейный датчик с частотой 7,5 мГц. После определения положения ультразвукового датчика к пунктируемому объекту и поверхности тела, выполняли инфильтрационную анестезию 0,5 % раствором лидокаина. Биопсию проводили режущей иглой № 18G, диаметром 1,2 мм с использованием полуавтоматического инжектора. Глубина погружения иглы составляла 10-15 мм. Биопсию выполняли без использования адаптера по принципу «свободной

руки». Вкол иглы делали под углом 50-60° к поверхности кожи. При прохождении иглы через мягкие ткани обращали внимание на прогибание пунктируемых тканей, смещение отдельных слоев тканей относительно друг друга, визуализацию кончика иглы при ее движении и в покое, и визуализацию акустической тени от кончика иглы.

При достижении иглой целевого пункта ткань опухоли забирали из центрального и периферического отделов, проводили 3-4 попытки для получения достаточного количества материала. Макроскопически биоптаты выглядели как столбики ткани 0,5-1,0 см длиной и 1,0 мм в диаметре, что было достаточно для приготовления полноценных гистологических срезов.

За 2005-2007 годы выполнено 42 биопсии у 33 женщин и 19 мужчин. Размер исследуемых новообразований колебался от 8 до 35 мм в диаметре. При патогистологическом исследовании биоптатов были получены следующие заключения: плеоморфная аденома — 37; хроническое неспецифическое воспаление лимфатического узла — 1; липома — 1; хронический сиалоаденит — 3.

Сроки обследования составили в среднем 7-10 дней. Ни в одном случае нами не зарегистрировано местных или общих осложнений.

Хирургическое лечение было проведено 34 больным. Результаты патогистологического исследования операционного материала совпали с полученными при биопсии результатами в 96 % случаев.

Таким образом, выбор оптимального метода дооперационной диагностики опухолей слюнных желез до настоящего времени не является до конца решенным вопросом, а многообразие предложенных методик позволяет использовать их в качестве метода выбора у каждого конкретного пациента.

Необходимо подчеркнуть, что сочетание ультразвукового сканирования и тонкоигольной биопсии позволяет значительно повысить точность забора материала для определения морфологической структуры опухоли, является эффективной и малоинвазивной диагностической манипуляцией, которую можно выполнить в амбулаторно-поликлинических условиях и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по хирургической стоматологии /под ред. А.И. Евдокимова. — М.: Медицина, 1972. — С. 226-303.
2. Болотин, М.В. Опухоли слюнных желез у детей (клиника, диагностика и лечение) /М.В. Болотин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. — 25 с.
3. Пятницкий, Б.Г. Пункционная биопсия и ее диагностическое значение при заболеваниях лица, челюстей и органов полости рта /Б.Г. Пятницкий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Калинин, 1970. — 25 с.
4. Газаль, А.С. Морфологические основы совершенствования пункции околоушной слюнной железы /А.С. Газаль: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2007. — 22 с.
5. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи /Пачес А.И. — М., 1997.

ВАРЕНЬЕ И ЖЕЛЕ СПОСОБНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ СЛАДКУЮ ЗАЩИТУ ОТ РАКА

Уютно чаевничая с вареньем, джемом или желе, вы, вероятно, не догадываетесь, что таким образом можно предотвратить развитие раковых опухолей. Но, согласно заявлениям ученых из Института пищевых исследований (Великобритания), такие продукты содержат желирующий агент пектин, который блокирует ключевой путь прогрессии рака в организме. Пектин является естественным продуктом волокна во фруктах и овощах и широко используется в пищевой промышленности, но его профилактические свойства от раковых образований замечены впервые.

Онкологи связывают защитный эффект пектина с белком галектином-3 (гал3), влияющим на все стадии прогрессии рака. Желе и джемы изготавливаются таким образом, что активность пектина повышается и в дальнейшем он способствует освобождению тканей от раковых клеток. Однако врачи не уверены, что сладкое варенье послужит лучшим выбором при профилактике болезни, так как оно богато сахаром. Пектин найден в целом разнообразии фруктов и овощей, от картофеля до сливы. Меньше всего пектина содержится в клубнике и винограде, а его уровни особенно высоки в яблоках и апельсинах, добавляют медики.

Источник: Ami-tass.ru