

УДК 616.31:616.716.8: 611.4

А.А. Тимофеев, Беридзе Бека

Ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями поднижнечелюстных желез по данным клиники челюстно-лицевой хирургии

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить частоту встречаемости опухолей и опухолеподобных образований поднижнечелюстных желез.

Методы: статистическая обработка, изучение клинических и диагностических данных, патоморфологические методы обследования.

Результаты. Самым распространенным заболеванием поднижнечелюстной слюнной железы является калькулезный субмаксиллит в обострившейся и хронической стадии воспалительного процесса (82,1 %). Опухоли и опухолеподобные образования поднижнечелюстных желез составляют 15,3 % (167 больных) всех заболеваний поднижнечелюстных желез, которые лечились в стационаре. Из этих 167 больных опухолеподобные образования выявлены в 6,0 %, а доброкачественные и злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез обнаружены в 94,0 % случаев. Злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез диагностированы в 4,8 % случаев.

Выводы. Плеоморфные аденомы гистологически были установлены в 84,3 % случаев всех доброкачественных эпителиальных новообразований поднижнечелюстных желез, а мономорфные аденомы – в 15,7 %. Послеоперационные рецидивы опухолей выявлены в 2,1 % случаев.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли, опухолеподобные образования, аденома, поднижнечелюстная железа, сиалография, патоморфология.

Введение

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями поднижнечелюстных желез, которые проходили обследование и лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика с января 2006 г. до конца декабря 2015 г., т. е. за последние десять лет. В течение ранее указанного периода лечились 1094 больных с заболеваниями поднижнечелюстных желез. Из них 899 больных были с воспалительными заболеваниями поднижнечелюстных желез – калькулезными сиаладенитами (в стадии обострившегося и хронического воспалительного процесса), с воспалительной опухолью Кюттнера (синонимы: интерстициальный или склерозирующий субмаксиллит) 23 чел., со специфичными (актиномикозным и/или туберкулезным поражением) субмаксиллитами 5 чел., а также 167 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями (с доброкачественными и злокачественными опухолями – 157 чел., с опухолеподобными образованиями – 10 чел.).

Таким образом, самым распространенным заболеванием поднижнечелюстной слюнной железы является калькулезный субмаксиллит в обострившейся и хронической стадии воспалительного процесса (82,1 %). В стадии обострения воспалительных явлений обращалось до 30 % всех больных с калькулезным субмаксиллитом. С интерстициальным субмаксиллитом (склерозирующим субмаксиллитом, воспалительной опухолью Кюттнера) лечились 2,1 % больных. Специфичный субмаксиллит диагностирован у 0,5 % пациентов. Согласно нашим наблюдениям, среди всех заболевших, которые находились на стационарном лечении в челюстно-лицевых стационарах, опухоли и опухолеподобные образования поднижнечелюстных желез составляют 15,3 %.

Как ранее сказано, до 30 % всех лечившихся пациентов с калькулезным субмаксиллитом обращались за медицинской помощью на стадии обострения воспалительных проявлений. В этот период таким больным в клинике удаляли слюнные камни, находящиеся в протоках

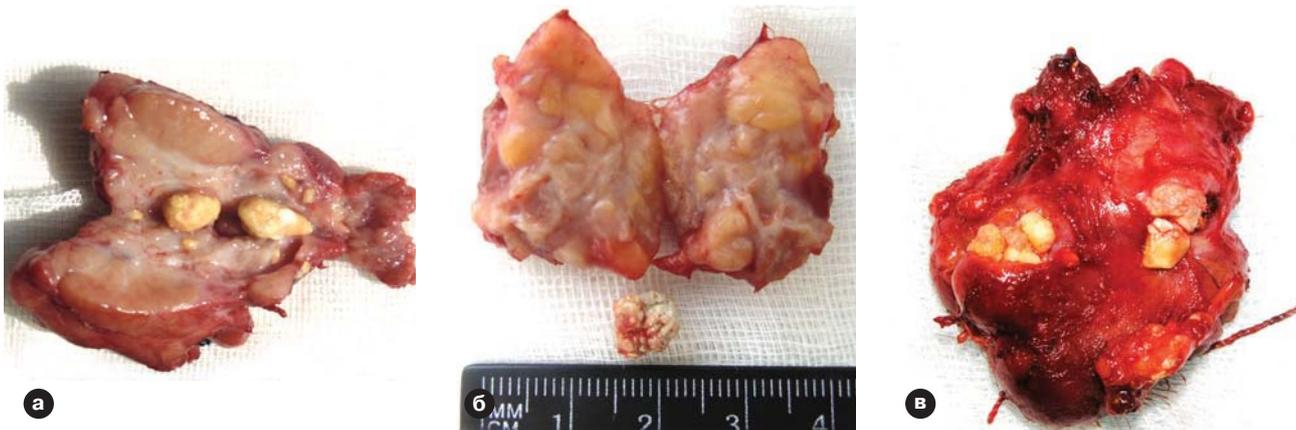


Рис. 1. Макроскопический вид поднижнечелюстной железы при калькулезном субмаксиллите, паренхима которой замещена фиброзной тканью (а, б). Поднижнечелюстная железа «нафарширована» (в) слюнными камнями (конкрементами).

поднижнечелюстных желез (по показаниям) и проводили традиционное медикаментозное противовоспалительное лечение с рекомендацией их повторной госпитализации для экстирпации (удаления) данной железы в плановом порядке, т. к. эти слюнные железы не функционировали в нормальном режиме, а паренхима была замещена фиброзной тканью (рис. 1). Такие слюнные железы являются очагами для персистенции микроорганизмов, т. е. очагом хронической инфекции в организме.

Слюнные камни в поднижнечелюстной железе могут быть как одиночными, так и множественными. В последнем случае слюнная железа как бы нафарширована конкрементами (рис. 1-в).

Для установления диагноза калькулезного субмаксиллита пользовались рентгенографией, компьютерной и магнитно-резонансной томографией, а также ультразвуковой диагностикой (рис. 2).

Лечение больных с калькулезным и склерозирующим субмаксиллитом заканчивалось экстирпацией (удалением) патологически измененной нефункционирующей поднижнечелюстной слюнной железы (рис. 1, 3).

Очень редко (0,5 %) после проведения патоморфологических исследований обнаруживались субмаксиллиты актиномикотического и туберкулезного происхождения (рис. 4).

В течение ранее указанного периода в клинике челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика проведено обследование и лечение 167 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями поднижнечелюстных желез. Если провести сравнение количества обратившихся больных в клинику по годам, то результаты будут следующими: в 2006 г. – 10 чел., в 2007 г. – 11 чел., в 2008 г. – 12 чел., в 2009 г. – 10 чел., в 2010 г. – 12 чел., в 2011 г. – 18 чел., в 2012 г. – 20 чел., в 2013 г. – 23 чел., в 2014 г. – 25 чел., в 2015 г. – 26 больных с опухолями и опухолеподобными

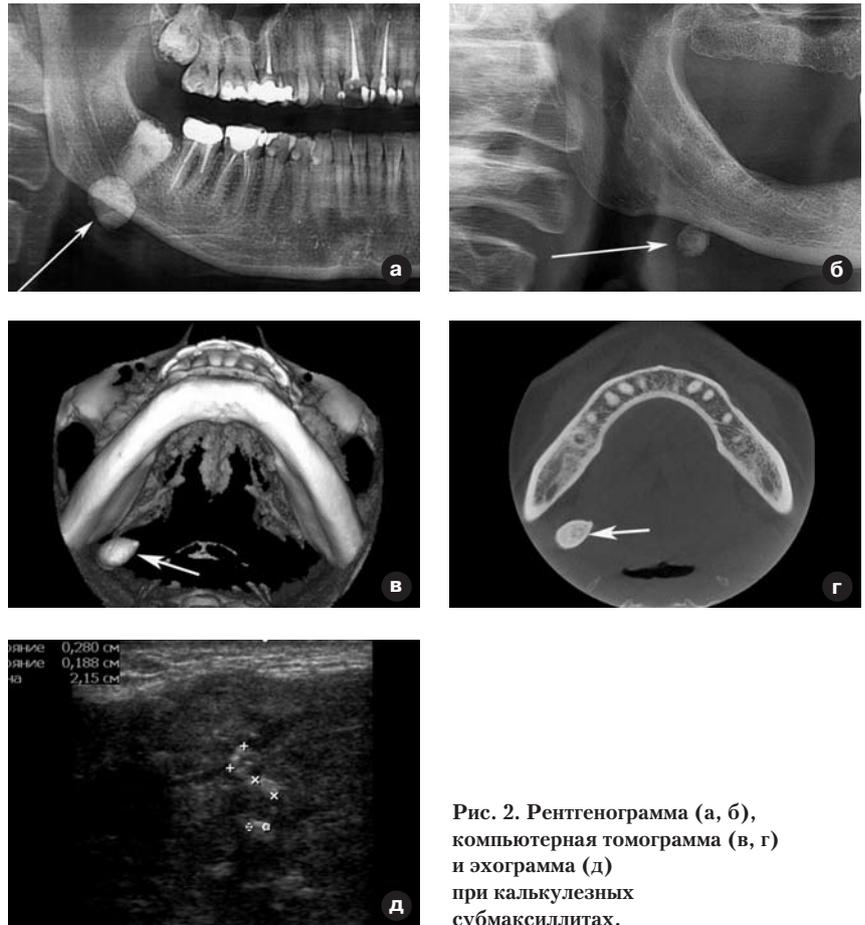


Рис. 2. Рентгенограмма (а, б), компьютерная томограмма (в, г) и эхограмма (д) при калькулезных субмаксиллитах.

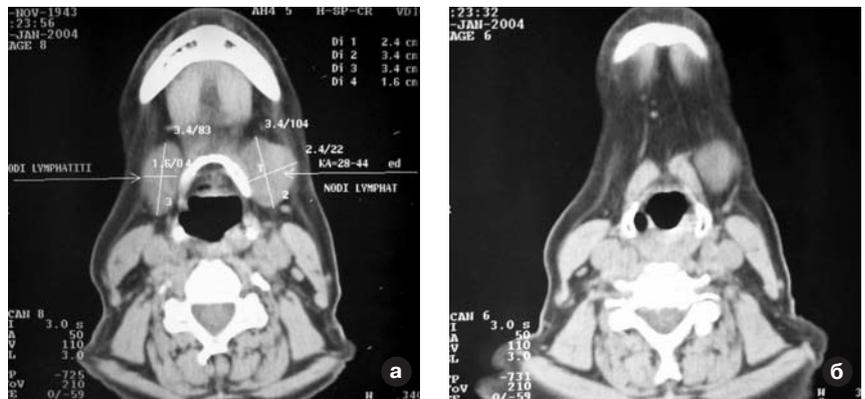


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного со склерозирующим (интерстициальным, воспалительная опухоль Кюттнера) субмаксиллитом (а, б).

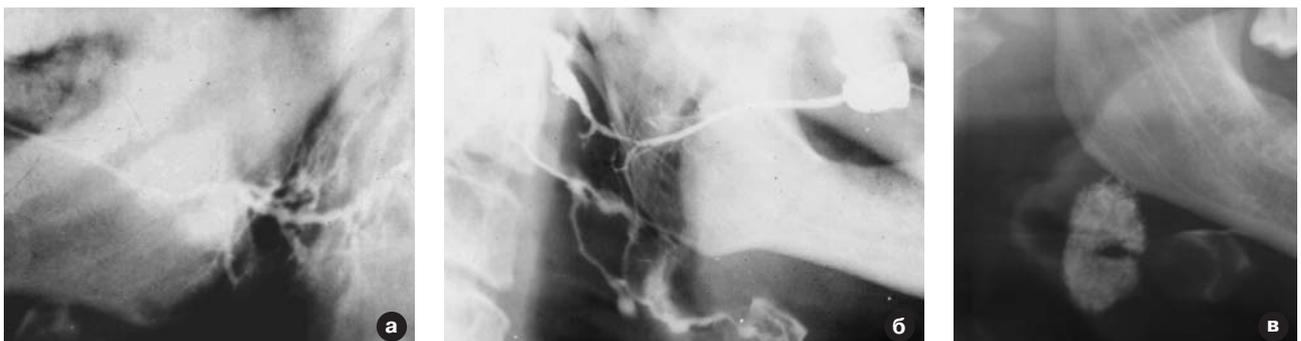


Рис. 4. Сиалограммы больных с субмаксиллитами актиномикотического (а) и туберкулезного (б, в) происхождения.

образованиями поднижнечелюстных слюнных желез. Отмечен рост количества больных с опухолями и опухолеподобными образованиями в последние пять лет.

Размеры доброкачественных опухолей поднижнечелюстных желез, с которыми обращались больные в клинику, значительно варьировали. Фотографии больных с опухолями поднижнечелюстных желез представлены на рис. 5.

Внешний вид доброкачественных опухолей поднижнечелюстных желез имеет сходство как между собой (отдельными формами аденом), так и с опухолевидными образованиями (сиаломами, доброкачественным лимфоэпителиальным поражением, кистами и др.), а также с хроническими сиалоаденитами и даже ранулами подъязычных желез больших размеров (рис. 6).

В течение нескольких десятилетий при проведении дифференциальной диагностики больных с опухолями и опухолеподобными образованиями поднижнечелюстных желез пользовались только несколько диагностическими методами обследования: сиалографическим методом (сиалография поднижнечелюстных желез), компьютерной и магнитно-резонансной томографией.

Сиалографические признаки при клиническом обследовании доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований поднижнечелюстных желез имеют сильное сходство в их сиалографической картине. Диагностическая ценность сиалограмм в дифференциальной диагностики доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований поднижнечелюстных желез, по нашим данным, не превышает 52,7 % (Тимофеев О.О., 2007).

В последнее десятилетие большую помощь при проведении дифференциальной диагностики оказывает компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). КТ и МРТ поднижнечелюстных областей позволила более детально провести оценку патологического очага, находящегося в поднижнечелюстной железе и состоянии окружающих мягких тканей. Оценку проводили по наличию или отсутствию патологических очагов определенной плотности, что позволяет выявить полостные образования как в самой железе, так и в опухоли. КТ и МРТ дали возможность обнаружить наличие капсулы в опухоли или в опухолеподобном образовании, ее толщину и равномерность распределения вокруг патологического очага (рис. 7). Диагностическая ценность с использованием перечисленных методов в диагностике заболеваний поднижнечелюстной железы увеличилась до 82,3 % (Тимофеев О.О., 2007).

Согласно проведенным ретроспективным анализам историй болезни больных можно обратить внимание на ежегодный рост количества пациентов с данной патологией, особенно за последние пять лет. По нашему мнению, это не связано с увеличением количества больных с данной патологией, а происходит за счет улучшения диагностических возможностей современных методов обследования больных (рис. 8) с опухолевыми образованиями поднижнечелюстных желез. В нашей клинике применяется комплексное обследование, которое включает сиалографию, ортопантомсиалографию, компьютерную томографию, КТ, МРТ, УЗИ и другие методы обследования.

Согласно наблюдениям, только совместное использование разных диагностических методов обследования больных с патологией поднижнечелюстных желез позволило нам значительно повысить диагностическую ценность применяемых методик.

В диагностике опухолей поднижнечелюстных слюнных желез большое значение, помимо клинических и инструментальных методов обследования пациента, имеет патоморфологическое исследование операционного материала. Последнее является обязательным в установке правильного диагноза.

Цель исследования – установить частоту встречаемости опухолей и опухолеподобных образований поднижнечелюстных слюнных желез.

Проведен анализ историй болезни и результатов патоморфологического исследования 167-и больных с опухолями и опухолеподобными образованиями поднижнечелюстных желез. Для деления опухолевых образований по нозологическим формам мы использовали Международную гистологическую классификацию опухолей слюнных желез (ВОЗ, 1991).

Опухолоподобные образования (сиалозы, кисты – истинные и ложные, доброкачественные лимфоэпителиальные поражения) выявлены у 10 больных (6,0 %), а доброкачественные и злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез обнаружены у 157 больных (94,0 %). Из 157 обследованных больных злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез были у 8 чел. (4,8 %), доброкачественные опухоли обнаружены у 149 чел. (в 89,2 % случаев всех опухолей и опухолеподобных образований).

Среди злокачественных опухолей поднижнечелюстных желез встречались карциномы, злокачественная лимфома (рис. 9), липосаркома, а также метастазы злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта.

Как ранее сказано, доброкачественные опухоли обнаружены у 149 чел. (89,2 %). Эпителиальные опухоли (аденомы) выявлены у 140 больных (в 94,0 % случаев всех доброкачественных опухолей или в 83,8 % опухолей и опухолеподобных образований), а неэпителиальные опухоли – у 9-ти больных (в 6,0 % случаев доброкачественных опухолей или в 5,4 % всех опухолей и опухолеподобных образований). Плеоморфная аденома (синонимы: полиморфная аденома, смешанная опухоль) патоморфологически была установлена у 118 больных (в 84,3 % случаев всех доброкачественных эпителиальных новообразований поднижнечелюстных желез или они встречались в 79,2 % случаев доброкачественных опухолей данной железы). Мономорфные аденомы поднижнечелюстных желез диагностированы у 22-х больных (в 15,7 % случаев доброкачественных эпителиальных опухолей поднижнечелюстной железы или в 14,8 % случаев доброкачественных опухолей данной локализации). Макроскопически плеоморфная и мономорфная аденомы выглядели довольно разнообразно (рис. 10). Нередко плеоморфные аденомы содержали полости (рис. 11), и поэтому плеоморфные аденомы могут изменяться в размерах (несколько увеличиваться или уменьшаться). В связи с этим врачи могут ошибочно данные опухолевые образования принимать за хронические воспалительные процессы (лимфадениты и др.).

Из 140 больных с плеоморфными и мономорфными аденомами поднижнечелюстных желез первичное обращение в клинику челюстно-лицевой хирургии НМАПО было зарегистрировано у 137 чел. (97,9 %), а у трех больных (2,1 %) диагностированы рецидивные опухоли. У двух больных (1,4 %) рецидивные опухоли появились в результате того, что во время оперативного вмешательства была нарушена целостность капсулы новообразования (данный факт был описан в протоколе ранее проведенной операции). После появления рецидива больные обратились за медицинской помощью в клинику челюстно-лицевой хирургии НМАПО через один год. У одного больного (0,7 %) по своей сути был не рецидив, а во время операции не была удалена опухоль и оперирующий хирург обратился в нашу клинику с этим больным через один месяц после вмешательства.

У некоторых больных первые признаки доброкачественных опухолей поднижнечелюстных желез амбулаторные врачи-стоматологи принимали за воспалительные процессы мягких тканей поднижнечелюстной области (лимфадениты, воспалительные инфильтраты). Этим больным они назначали физиотерапевтические процедуры

и/или согревающие компрессы. В таких случаях рост опухолей был быстрым и они достигали больших размеров (рис. 12).

Неэпителиальные опухоли поднижнечелюстных желез диагностированы у 9-ти больных (в 6,0 % случаев всех опухолей и опухолеподобных образований). У этих больных были обнаружены липомы (рис. 13).

Среди опухолеподобных образований поднижнечелюстных желез наиболее часто встречались кисты (рис. 14), доброкачественные лимфоэпителиальные поражения (рис. 15), сиалозы.

В зависимости от количества очагов возникновения опухоли считается, что аденомы (плеоморфные и мономорфные) имеют **уницентрический рост**, т. е. развиваются из одного очага. Однако мы заметили, что у четырех из 140 больных с аденомами, т. е. в 2,9 % случаев, данные опухоли имели **мультицентрический рост** (рис. 16), т. е. развитие опухоли начиналось из двух и более очагов.

Для удаления поднижнечелюстной слюнной железы (вместе с опухолью или при сиалолитиазе и т. д.) необходимо вспомнить анатомическое расположение данного



Рис. 5. Внешний вид больных с опухолями разных размеров, локализовавшихся в поднижнечелюстных железах (а, б, в).

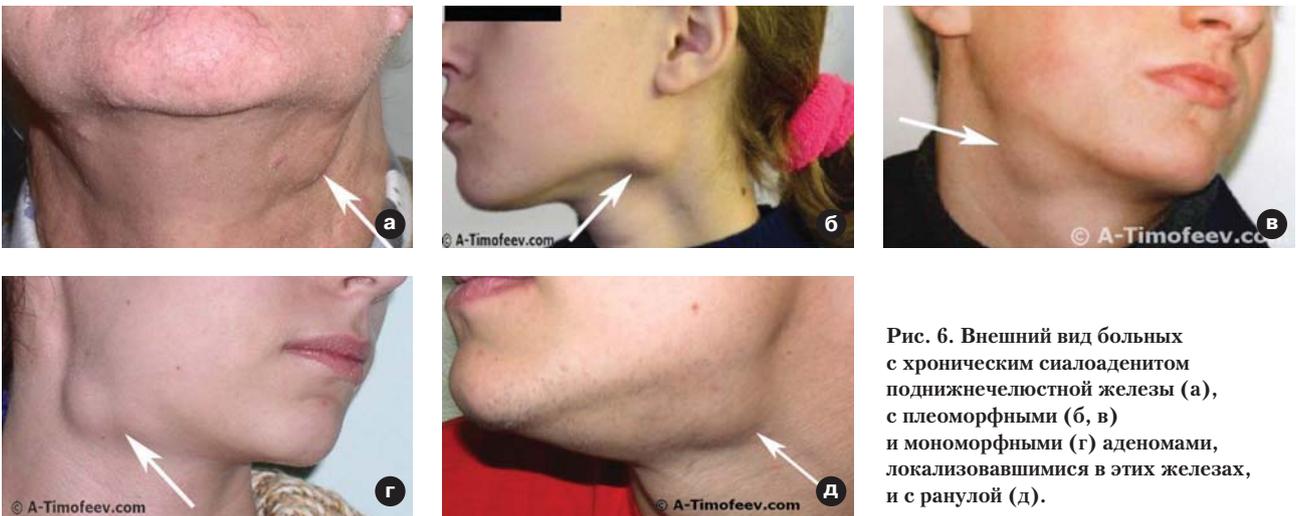


Рис. 6. Внешний вид больных с хроническим сиалоаденитом поднижнечелюстной железы (а), с плеоморфными (б, в) и мономорфными (г) аденомами, локализовавшимися в этих железах, и с ранулой (д).

Рис. 7. Внешний вид опухолей поднижнечелюстных желез на компьютерных томограммах (а, б, в).

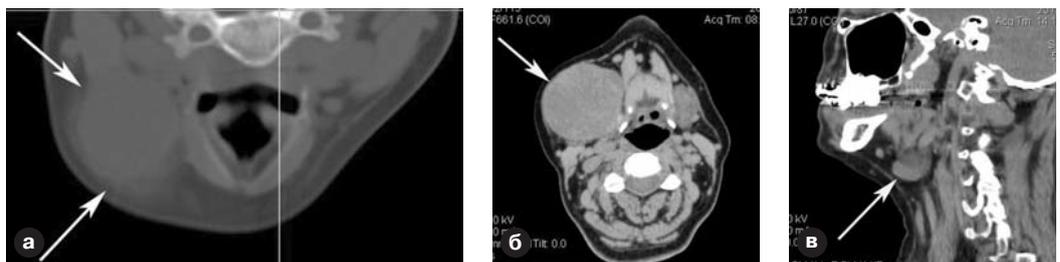


Рис. 8. Ультразвуковой метод обследования поднижнечелюстных желез (а), эхограмма при хроническом субмаксиллите (б).



Рис. 9. Внешний вид больного (а) со злокачественной лимфомой и макроскопический вид этой лимфомы (б).

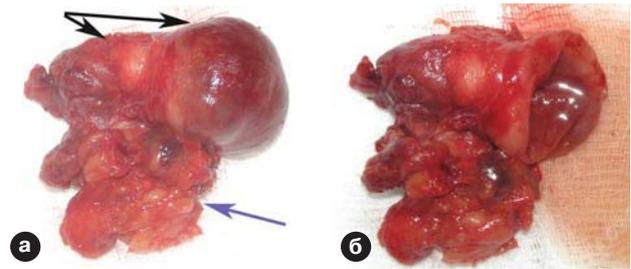
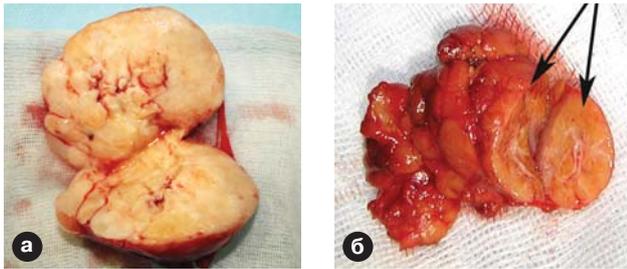


Рис. 11. Внешний вид плеоморфной аденомы (а) поднижнечелюстной железы (черная стрелка – опухоль, синяя стрелка – железа). Внешний вид опорожненной кистозной полости опухоли (б), марля пропитана содержимым этой полости. Плеоморфная аденома на разрезе (в).

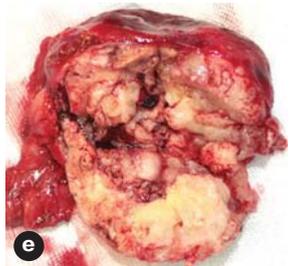
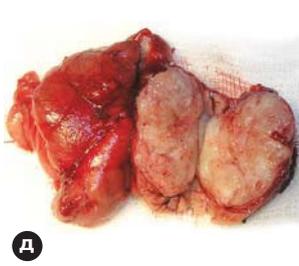
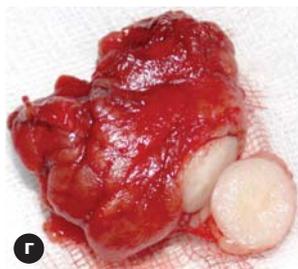
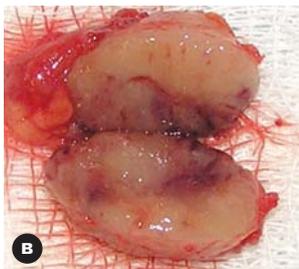


Рис. 10. Макроскопический вид мономорфных (а, б, в, г) и плеоморфных (д, е) аденом поднижнечелюстных желез.



Рис. 12. Внешний вид больных с плеоморфными аденомами больших размеров (а, б).

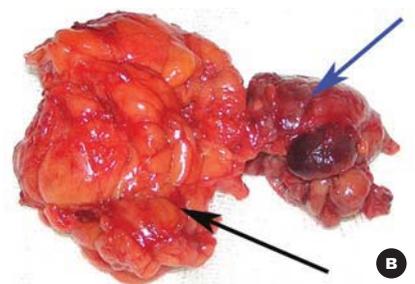
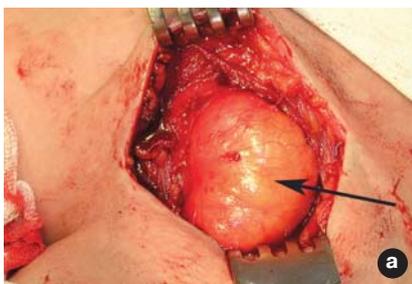


Рис. 13. Этапы удаления липомы поднижнечелюстной железы (а, б, в). Черной стрелкой обозначена липома, синей стрелкой – поднижнечелюстная железа.

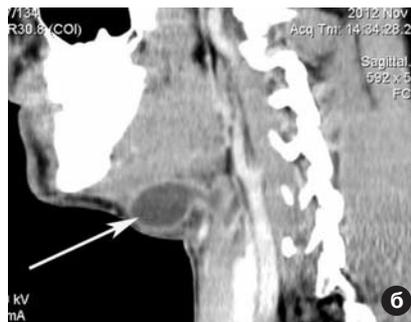


Рис. 14. Компьютерные томограммы больного с кистой поднижнечелюстной железы (а, б). Киста указана стрелкой.



Рис. 15. Внешний вид больной с доброкачественным лимфоэпителиальным поражением околоушной и поднижнечелюстной желез (указаны стрелками).

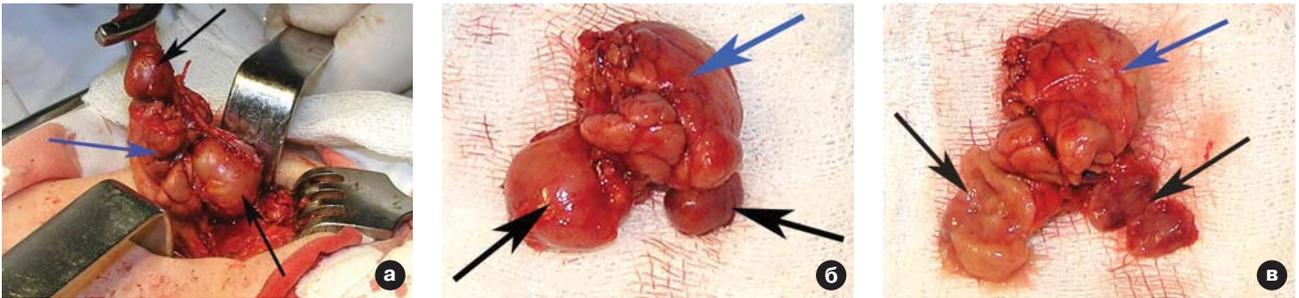


Рис. 16. Этап удаления плеоморфной аденомы поднижнечелюстной слюнной железы (а). Наблюдается мультицентрический рост опухоли (а, б, в). Плеоморфные аденомы на разрезе (в). Обозначения: синяя стрелка – железа, черная стрелка – опухоль.

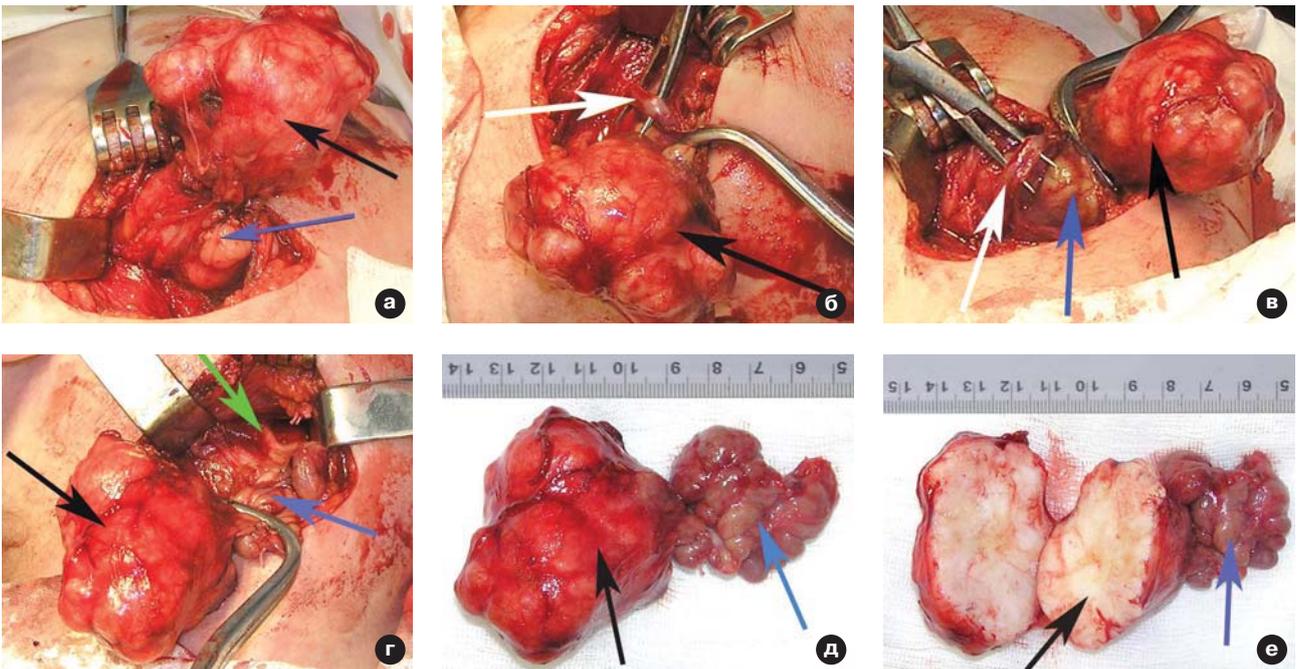


Рис. 17. Этапы удаления плеоморфной аденомы поднижнечелюстной слюнной железы (а, б, в, г). Внешний вид опухоли после ее удаления (д). Вид опухоли на разрезе (е). Обозначения стрелок: черная – опухоль, синяя – железа, белая – лицевая артерия, зеленая – дуга подъязычного нерва.

органа. Поднижнечелюстная железа (glandula submandibularis) располагается между брюшками двубрюшной мышцы и нижней челюстью в капсуле, образуемой вторым листком шейной фасции. С капсулой железа связана рыхло и легко из нее выделяется. Железа имеет отростки, из которых передний вместе с выводным протоком проникает в щель между челюстно-подъязычной и подъязычно-язычной мышцами, достигает иногда подъязычной железы. Изнутри железа ограничена рыхлым и тонким внутренним листком второй шейной фасции, через который проходят лицевая артерия, передний отросток и выводной проток железы. Непосредственно под внутренним листком располагаются подъязычный нерв, язычная вена и каждая последующая находящаяся глубже предыдущей челюстно-подъязычная, подъязычно-язычная и шило-язычная мышцы, образующие дно поднижнечелюстного треугольника.

При удалении опухолей поднижнечелюстных слюнных желез технические трудности связаны не только с опасностью травмы краевой ветви лицевого нерва, кото-



Рис. 18. Послеоперационный парез мимической мускулатуры лица. Отсутствует движение угла рта справа.

рая може произойти при отделении ветви нерва от края операционной раны, а также имеется опасность повреждения лицевой артерии и подъязычного нерва (рис. 17). Лицевая артерия (a. facialis) начинается на 0,5–1 см выше язычной артерии. В 20 % случаев берет начало общим стволом с a. lingualis. Лицевая артерия направляется вперед и вверх, достигает внутренней поверхности угла нижней челюсти, располагаясь над m. stylohyoideus и n. hypoglossus, задним брюшком m. digastricus. Перевязку a. facialis (рис. 17-б, 17-в) проводят в непосредственной близости (до 1,5–2 см) к месту ее отделения от наружной сонной артерии (a. carotis externa). Подъязычный нерв (nervus hypoglossus – XII пара черепно-мозговых нервов) иннервирует только мышцы языка. Нисходящая часть дуги нерва проходит между внутренней сонной артерией и внутренней яремной веной. Далее он пересекает наружную сонную артерию в виде выпуклой вниз дуги, подходит под заднее брюшко двубрюшной мышцы в область поднижнечелюстного треугольника (рис. 17-г). Зайдя на

верхнюю поверхность челюстно-подъязычной мышцы, подъязычный нерв входит в язык, где иннервирует все мышцы половины языка. Подъязычный нерв обеспечивает движения различных групп мышц языка, направляющих его движение в различные стороны. В норме мышцы языка изолированно не сокращаются.

В послеоперационный период возможно возникновение такого осложнения, как нейропатия краевой ветви лицевого нерва (рис. 18), в результате чего возникает парез мимической мускулатуры лица (нарушение или отсутствие движений угла рта на травмированной стороне). Из 498 больных, у которых проведено оперативное вмешательство по поводу удаления поднижнечелюстных желез (калькулезные субмаксиллиты, удаление опухолей и опухолеподобных образований и др.) травма краевой ветви лицевого нерва диагностирована у 53 обследуемых (10,6 %). Из 167 оперированных больных с опухолями и опухолеподобными образованиями парез мимической мускулатуры лица диагностирован у 14 чел. (8,4 %).

Выводы

Проведено изучение историй болезни 1094 больных с заболеваниями поднижнечелюстных желез. Из них 899

больных были с воспалительными заболеваниями поднижнечелюстных желез, 23 больных с воспалительной опухолью Кюттнера, пять больных со специфичным субмаксиллитом, а также 167 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями.

Самым распространенным заболеванием поднижнечелюстной слюнной железы является калькулезный субмаксиллит в обострившейся и хронической стадии воспалительного процесса (82,1 %). Опухоли и опухолеподобные образования поднижнечелюстных желез составляют 15,3 % (167 больных) всех заболеваний поднижнечелюстных желез, которые лечились в стационаре. Из этих 167 больных опухолеподобные образования выявлены в 6,0 %, а доброкачественные и злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез обнаружены в 94,0 % случаев. Злокачественные опухоли поднижнечелюстных желез диагностированы в 4,8 % случаев.

Плеоморфные аденомы гистологически были установлены в 84,3 % случаев всех доброкачественных эпителиальных новообразований поднижнечелюстных желез, а мономорфные аденомы – в 15,7 %. Послеоперационные рецидивы опухолей выявлены в 2,1 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2012 (издание 5-е), 1048 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів: ВНТЛ-Класика. – 2007. – 160 с.
4. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – Киев: «Медицина». – 2-е издание, 2015. – 800 с.
5. Тимофеев А.А., Беридзе Б. Ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями околоушных желез по данным клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО им.П.Л. Шупика // Современная стоматология, № 2 (76), 2015, с. 76–84.

Ретроспективний аналіз історій хвороби хворих із захворюваннями піднижньощелепних залоз за даними клініки щелепно-лицьової хірургії

О.О. Тимофеев, Беридзе Б.

Мета: визначити частоту зустрічальності пухлин і пухлиноподібних утворень піднижньощелепної залози.

Методи: статистична обробка, вивчення клінічних і діагностичних даних, патоморфологічні методи обстеження.

Результати: найпоширенішим захворюванням піднижньощелепної залози є калькулезний субмаксилліт у стадії запального процесу (82,1 %). Пухлини та пухлиноподібні утворення піднижньощелепних залоз складають 15,3 % (167 хворих) усіх захворювань піднижньощелепної залози, які лікувались у стаціонарі. Із цих 167 хворих пухлиноподібні утворення виявлені в 6,0 %, а доброякісні та злоякісні пухлини піднижньощелепних залоз у 94,0 % випадків. Злоякісні пухлини піднижньощелепних залоз діагностовані в 4,8 % випадків.

Висновки. Плеоморфні аденоми гістологічно були встановлені у 84,3 % випадків усіх доброякісних епітеліальних новоутворень піднижньощелепних залоз, а мономорфні аденоми – у 15,7 %. Післяопераційні рецидиви пухлин виявлені у 2,1 % випадків.

Ключові слова: доброякісні пухлини, злоякісні пухлини, пухлиноподібні утворення, аденома, піднижньощелепна залоза, сіалографія, патоморфологія.

Retrospective analysis of patients with diseases of the submandibular gland according of Maxillofacial Surgery Clinic NMAPE named after P.L. Shupyk

О. Tymofiev, B. Beridze

Objective. To determine the incidence of tumors and tumor-like formations of submandibular gland.

Methods. The statistical analysis, study of clinical and diagnostic data, pathomorphological examination methods.

Results. The most common disease of the submandibular salivary gland is calculary submaksillit in aggravated and chronic stages of the inflammatory process (82.1 %). Tumors and formation of tumor-like of submandibular glands compiles 15.3 % (167 patients) of all diseases submandibular glands, which were treated in a hospital. From these 167 patients identified with tumor-like formation in 6.0 % and benign and malignant tumors of the submandibular glands found in 94.0 % cases. Submandibular glands malignant tumors are diagnosed in 4.8 %.

Conclusions: pleomorphic adenoma histologically was established in 84.3 % cases in all benign tumors of epithelial submandibular glands, and monomorphic adenoma – in 15.7 %. Postoperative recurrence of tumors found in 2.1 % cases.

Key words: benign tumors, malignant tumors, tumor-like formations, adenoma, submandibular gland, sialography, pathomorphology.

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 – клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.