

Арстанбеков С.Р., Жумабаев А.Р.

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Арстанбеков С.Р., Жумабаев А.Р.

ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ШИШИКТЕРИН ДАЛИЛДӨӨ

S.R. Arstanbekov, A.R. Zhymabaev

ANALYSIS OF PATIENTS WITH TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS

УДК 616.316-006

Опухоли слюнных желез представляют небольшую, но весьма разнообразную группу новообразований и составляют от 1 до 6% всей онкологической патологии.

Целью работы явилось обобщение значительного числа наблюдений разнообразных опухолей больших слюнных желез для уточнения частоты, гистологического строения, клинко-морфологического характера. Материалом настоящей работы являлось изучение всех случаев заболевания слюнных желез 124 пациентами с различными опухолями слюнных желез и 64 больных с воспалительными заболеваниями и кистами.

Ключевые слова: опухоль, злокачественный, доброкачественный.

Шилекей бездери онкологиялык оорулардын ичинен бирден алты пайызды түзөт. Жумуштун максаты ар кандай шилекей бездеринин шишиктерин гистологиялык түзүлүшүн аныктоо. 124 шилекей бездеринин шишиктери жана 64 оорулуу шилекей бездеринин сезгенүүсү изилденди.

Негизги сөздөр: залалдуу шишик, заласысыз шишик, шишик.

Tumors of the salivary glands are small, but very diverse group of neoplasms and range from 1 to 6% of all cancer.

The aim of the work was a generalization of a significant number of observations of various large tumors of the salivary glands to clarify the frequency of histological structure, clinical and morphological character. The material in this work is the study of all cases of salivary glands of 124 patients with various tumors of the salivary glands and 64 patients with inflammatory diseases and cysts.

omn words: tumor, malignant, benign.

Опухоли слюнных желез представляют небольшую, но весьма разнообразную группу новообразований и составляют от 1 до 6% всей онкологической патологии.[1,2]

Противоречивость мнений исследователей относительно степени злокачественности опухолей, при часто небольшом количестве наблюдений у авторов, отражает многообразие терминов, применяемых к этой группе новообразований от доброкачественных, полужлокачественных форм и до признания только злокачественного характера заболевания.[3,4]

Сопоставление клинических проявлений опухолей с различными вариантами гистологического строения возможно, может дать объяснение своеобразию течения заболевания, которое может длиться годами или приводит к гибели больных в ранние сроки.

Недостаточно изучены возможности дооперационной диагностики опухоли слюнных желез. Метод клинической цитологии, получивший за последние годы широкое применение и диагностике различных новообразований, недостаточно используется при обследовании больных опухолями слюнных желез.

Отмечается способность новообразований к рецидивированию.

Однако существует множество мнений и суждений относительно его причин. Отсутствует характеристика клинических особенностей проявлений рецидивов опухолей слюнных желез.

Одной из биологических особенностей новообразований, подтверждающих их злокачественность, является способность метастазировать в лимфатические узлы шеи и отдельные органы. Однако остаются неизученными вопросы закономерности метастазирования с учетом морфологического строения опухолей, и его частоты и сроков возникновения, знания которых необходимо для разработки адекватной лечебной тактики.

Весьма актуальным остается вопрос выбора метода лечения больных с данными новообразованиями слюнных желез.

Различная оценка радиочувствительности опухолей способствовало утверждению двух основных методов лечения комбинированного и хирургического.

Цель исследования. Целью работы явилось обобщение значительного числа наблюдений разнообразных опухолей больших слюнных желез для уточнения частоты, гистологического строения, клинко-морфологического характера, особенности локализаций новообразований, определение особенностей клинического течения, а также наиболее рациональных методов диагностики и адекватного лечения.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящей работы являлось изучение всех случаев заболевания слюнных желез над 124 пациентами с различными опухолями слюнной железы и 64 больных с воспалительными заболеваниями и кистами.

Для оценки клинического течения заболевания во всех случаях эпителиальных опухолей слюнных желез (исключая группу плеоморфных аденом) изучали истории болезни и поликлинические карты,

а для получения сведений об отдаленных результатах лечения рассылали запросы.

При рассмотрении доброкачественных опухолей слюнных желез мы учли большое количество работ, касающихся вариантов строения плеоморфных аденом, как наиболее известной и часто встречающихся форм новообразований. Основное внимание уделили редко встречающимся доброкачественным опухолям.

Аденолимфомы (вид мономорфных аденом) составили на нашем материале 5,5% всех эпителиальных опухолей слюнных желез. Возраст свыше 40 лет и преобладание достаточно характерными. При микроскопической исследований аденолимфомы состоят из двухслойного эозинофильного эпителия, формирующего железистые и папиллярные структуры, и лимфоидной стромы.

Оксифильная аденома (онкоцитомы) является доброкачественной опухолью слюнных желез. Морфологическая диагностика этого новообразования усложняется его редкость (на нашем материале составляет 0,5%). При гистологическом исследовании обнаруживаются крупные эозинофильные клетки с зернистой цитоплазмой. Оксифильные аденомы следует отличать от аденолимфом в виде сходства составляющих их эпителиальных клеток.

Мукоэпидермоидные опухоли составили 0,5% всех эпителиальных новообразований слюнных желез. Опухоли встречаются преимущественно у женщин (3:1), чаще в возрасте от 40 до 60 лет. Околоушные железы являются наиболее частым местом возникновения мукоэпидермоидных опухолей. Для хорошо дифференцированных мукоэпидермоидных опухолей характерным является наличие эпидермоидных и слизеобразующих типов клетки с преобладанием последних кистозных полостей. В ряде случаев слизеобразующие бокаловидные клетки составляют основную массу опухоли. Существуют образования, представленные одной или несколькими кистозными полостями. Для малодифференцированных мукоэпидермоидных опухолей характерно преобладание так называемых эпидермоидных клеток (от мелких кубовидных до крупных со светлой цитоплазмой). Среди эпидермоидных клеток расположены слизеобразующие клетки, отличающиеся от последних темной базофильной цитоплазмой или выявляемые только с помощью специальных методов окрашивания. Умеренно дифференцированный тип строения мукоэпидермоидных опухолей сходен с хорошо дифференцированными опухолями, однако содержит меньшее количество слизеобразующих клеток и образованных им кистозных полостей. Хорошо дифференцированные мукоэпидермоидные опухоли в большинстве случаев не представляют трудности для диагностики.

Ацинозноклеточные опухоли составляющих 2,5%. Все опухоли возникли у женщин и локализовались в околоушной слюнной железе. Длительный долечебный период существования

новообразования позволял в большинстве случаев предполагать доброкачественный характер опухоли. Чаще ацинозноклеточные опухоли хорошо отграничены от окружающих тканей, однако при микроскопическом исследований в части наблюдений были обнаружены признаки инфильтративного роста. Ацинозноклеточные опухоли состоят из барофильных клеток с зернистой цитоплазмой ацинусов нормальной слюнной железы.

Цистаденоидные карцинома составили на нашем материале 11,5% эпителиальных опухолей слюнных желез. В отличие от всех других новообразований, цистаденоидные карциномы локализовались преимущественно в малых слюнных железах (составляя 53,8% опухолей данной локализации) при почти равном соотношении больных мужского пола. Рецидив наблюдались у 47,8%, отдаленные метастазы – у 33,8%, метастазы в регионарные лимфатические узлы у 6,8% больных, хотя 5 лет после первичного лечения прослежены только 63,5% больных при характерном относительно длительном течении заболевания. Морфологическое строение цистаденоидных карцином в сопоставлении с клиническими данными позволило выявить четкую взаимосвязь между вариантами строения опухоли и течением заболевания. Аденокарциномы слюнных желез составила 5,9% эпителиальных новообразований. У 1/3 больных опухоли локализовались в малых слюнных железах, отмечено некоторое преобладание мужчин. Рецидив опухолей возникли в 37,2%, метастазы в регионарных лимфатических узлах - в 45,3% наблюдений.

Диагностика таких новообразований основывается на совокупности признаков и анализе строения опухоли в целом на возможно большем протяжении. Как показали наши исследования, малодифференцированный вариант аденокарцином имеет худший прогноз по сравнению с хорошо дифференцированными формами. Дальнейшее изучение хорошо дифференцированных аденокарцином вероятно позволит объяснить некоторые особенности их клинического течения.

Недифференцированные раки слюнных желез составили 2,4% всех эпителиальных опухолей. Их преимущественно локализацией являются большие слюнные железы, среди больных этой группы характерно некоторое преобладание женщин старше 50 лет. Рецидивы опухолей были отмечены в 37,5%, метастазы в регионарных лимфатических узлах – в 48% наблюдений. Более половины больных недифференцированными раками погибла от прогрессирования основного заболевания в сроки от 8 месяцев до 14 лет после первичного лечения, что свидетельствует о вариабельности клинического течения, несмотря на недифференцированный характер опухолевых клеток на уровне светового исследования.

Учитывая неполноценное обследование в отношении больных с новообразованиями околоушных

слюнных желез и, как следствие, неверно выбранную тактику лечения, можно ожидать увеличения количества осложнений и роста послеоперационных рецидивов.

Таким образом, на первый план выходят организационные принципы по раннему выявлению новообразований околоушной слюнной железы и своевременному направлению больных в специализированные отделения онкологического профиля.

Учитывая отсутствие минимального объема обследования (УЗИ, пункция) у значительного большинства больных с новообразованиями в околоушной области остается неутонченной топография опухолевого процесса. Данный фактор, несомненно, приводит к выбору операций типа энуклеации и

энуклеации-резекции при опухолях околоушной слюнной железы, после которых рецидивы опухолей были выявлены у (28%) больных, из которых (5,9%) было прооперировано по поводу злокачественной и (22,1%) по поводу доброкачественной опухоли, что привело повторным операциям.

Литература:

1. А.И. Пачес. Опухоли головы и шеи. М., Медицина, 2000.
2. Е.Л. Чойнзонов. С соавт. Российский онкологический журнал №4 2010.
3. А.В. Полуцыганов. Автореферат к.м.н. 2004.
4. В.И. Чиссов. Онкология национальное руководство Москва 2008.

Рецензент: д.м.н., профессор Аралбаев Р.Т.
