

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 616.316.5-006.55-089.163

ДУДАРЕВА-ПУГАЧ
Инна Вячеславовна

**АДЕНОЛИМФОМА ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ
И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА)**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.14 – стоматология

Минск 2018

Работа выполнена в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель **Ластовка Александр Сергеевич,**
доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты **Портянко Анна Сергеевна,**
доктор медицинских наук, доцент, заведующий Республиканской молекулярно-генетической лабораторией канцерогенеза государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Людчик Татьяна Борисовна,
кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Оппонирующая организация учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Защита состоится 25 сентября 2018 г. в 13.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.06 при государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» по адресу: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3/3; тел. (017) 2920534; e-mail: dissovet@tut.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
доктор медицинских наук, доцент



Н.В. Новак

ВВЕДЕНИЕ

Аденолимфома (АЛ) околоушной железы (ОЖ) представляет собой опухоль эпителиального происхождения и занимает второе место по частоте встречаемости среди доброкачественных новообразований указанной локализации [А.И. Варшавский, 2004; Т.М. Недзьведь, 2006; А.С. Ластовка, 2007; А.А. Тимофеев, 2012, 2016; J. Klijanienko, 2005].

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, опубликованным в 2005 году, распространенность АЛ варьирует от 1,7 до 30%: в США – 3,5%, Великобритании – 5,3%, Дании – 27%; крайне редки случаи заболевания в Азии и Африке [L. Barnes, 2005]. В Республике Беларусь частота АЛ колеблется от 1,7 до 6,7% [Т.М. Недзьведь, 2006; А.С. Ластовка, 2007].

Предоперационная диагностика АЛ базируется на результатах клинического обследования, лучевых методах диагностики и данных цитологического и гистологического методов исследования. Процент диагностических ошибок при этом составляет 7–46% [А.Б. Давыдов, 2010; С.В. Тарасенко, 2014; V.H. Ferreira, 2016], а по данным И.Н. Матрос-Таранец (2008) может достигать 70–80%.

На сложность предоперационной морфологической диагностики АЛ ОЖ указывают в своих работах L.L. Veder (2010), T. Ogawa (2012), N.J. Douville, J. Pereira, Zhi-Feng Xu (2013), H. Fernandes (2014), H.J. Eom, Puneet Bajaj, In Hye Song (2015), E.B. Romano (2017). В связи с этим актуальным является выявление причин низкой верификации АЛ по сравнению с наиболее часто встречающимися опухолями ОЖ [N.J. Douville, 2013; T.C. Chulam, 2013; A. Wiertel-Krawczuk, 2015; S. Naz, 2015; S. Haldar, 2016; M. Vaiman, 2016]. По данным R.H. Hatch (2005), T. Ogawa (2012), это может быть связано со схожестью ее клинических проявлений с другими заболеваниями данной области (кисты, лимфадениты, сиалозы), включая доброкачественные, а также злокачественные опухоли до момента их инвазии в окружающие ткани, и рядом иных патологических процессов в анатомической зоне ОЖ [R.L. Hatch, 2005; T. Ogawa, 2012].

Значительное многообразие вариантов строения аденолимфомы околоушной железы обусловлено вариабельностью соотношения основных компонентов опухоли: тканевого и кистозного (полостного). Используемая на современном этапе гистологическая классификация данного новообразования предложена G. Seifert в 1980 году с целью уточнения его гистогенеза и не учитывает особенности клинического течения заболевания, макроскопического строения и данных лучевых методов диагностики.

Оптимальным объемом хирургического лечения аденолимфомы околоушной железы является перикапсулярное удаление, но применить его

можно только при условии ее дооперационной морфологической верификации. В противном случае она удаляется вместе с прилежащей к ней тканью слюнной железы (СЖ), что значительно увеличивает степень операционной травмы и вероятность возникновения при этом послеоперационных осложнений [R.L. Witt, 2014].

В связи с вышеизложенным актуальной проблемой является улучшение предоперационной морфологической верификации аденолимфомы околоушной железы за счет систематизации ее клиничко-морфологических вариантов и выявления их особенностей, имеющих значение для диагностики и лечения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами), темами

Настоящая диссертационная работа выполнена в рамках темы НИР кафедры челюстно-лицевой хирургии УО «БГМУ» «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний челюстно-лицевой области» (номер государственной регистрации 20121272 от 11.04.2012 г., срок выполнения – 01.01.2012–31.12.2016 гг.).

Тема диссертации утверждена на совете стоматологического факультета УО «БГМУ» (протокол № 9 от 23.06.2011 г.).

Цель и задачи исследования

Цель исследования: повысить эффективность предоперационной диагностики аденолимфомы околоушной железы за счет систематизации ее клиничко-морфологических вариантов и выбора в зависимости от этого оптимального метода получения материала для морфологического исследования в предоперационном периоде, а также установить особенности данных вариантов, имеющие значение для диагностики и хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Определить эффективность стандартной методики предоперационного обследования пациентов с аденолимфомой околоушной железы и выявить причины, влияющие на этот показатель.

2. Определить клиничко-морфологические варианты аденолимфомы околоушной железы с учетом гистологической архитектоники опухоли, сопряженной с данными лучевых методов исследования и макроскопической картиной операционного материала.

3. Выявить особенности установленных клиничко-морфологических вариантов, имеющие значение для диагностики и лечения пациентов с аденолимфомой околоушной железы.

4. Разработать схему предоперационного обследования пациентов с аденолимфомой околоушной железы с обоснованием выбора оптимального метода получения биоптата в зависимости от клинико-морфологического варианта опухоли.

5. На основании результатов ретроспективного анализа выявить признаки, указывающие на возможность повторного возникновения аденолимфомы околоушной железы.

Научная новизна

1. Применение стандартной методики предоперационного обследования пациентов с опухолями околоушной железы позволяет верифицировать аденолимфому в 6,1%. Низкая предоперационная верификация обусловлена тем, что при вариабельности строения аденолимфомы околоушной железы наличие в опухоли кистозного компонента усложняет получение репрезентативного биологического материала для морфологического исследования и верификации диагноза.

2. На основании клинического обследования, результатов лучевой диагностики и гистологического исследования удаленных опухолей систематизированы клинико-морфологические варианты аденолимфомы околоушной железы.

3. Определены особенности клинико-морфологических вариантов аденолимфомы околоушной железы, имеющие значение для верификации предоперационного диагноза, а также развития интра- и послеоперационных осложнений.

4. Разработана схема оптимальной последовательности предоперационного обследования пациентов, основанная на дифференцированном использовании различных методов получения биоптата опухоли в зависимости от ее клинико-морфологического варианта, что позволило повысить эффективность предоперационной верификации аденолимфомы околоушной железы на 42,8%, и применить оперативное лечение с меньшей степенью хирургической травмы.

5. Повторное возникновение аденолимфомы в оперированной железе является результатом развития новых опухолевых очагов, морфологическим субстратом которых служат островки эктопированной ткани слюнной железы во внутриорганных лимфатических узлах. Данное осложнение характерно для мультикистозного варианта опухоли.

6. Предложена хирургическая тактика – удаление аденолимфомы вместе с находящимися в операционном поле внутриорганными лимфатическими узлами с последующим исследованием последних на предмет наличия эктопированной ткани околоушной железы. Пациенты, у которых выявлены такие изменения и имеется мультикистозный вариант опухоли, должны быть

выделены в группу риска развития данного осложнения и требуют более тщательного динамического наблюдения.

Положения, выносимые на защиту

1. Низкая эффективность предоперационной верификации аденолимфомы (6,1%) с использованием стандартной методики обследования (применение тонкоигольной аспирационной биопсии) обусловлена наличием кистозного компонента в опухоли, что затрудняет получение репрезентативного материала для морфологического исследования.

2. Применение комплексного клиничко-лучевого обследования в предоперационном периоде и гистологическое исследование удаленных опухолей позволило выделить три клиничко-морфологических варианта аденолимфомы околоушной железы: микрокистозный (22,2%), мультикистозный (64,5%) и макрокистозный (13,3%).

3. Особенности клиничко-морфологических вариантов аденолимфомы околоушной железы являются:

- при микрокистозном варианте аденолимфомы полостной компонент состоит из микрокист (т. е. истинно солидная форма как таковая отсутствует), что снижает репрезентативность полученного материала для цитологического исследования в предоперационном периоде. При ультразвуковом исследовании данный вариант воспринимается как солидное образование;

- для мультикистозного варианта характерно наличие островков эктопированной ткани слюнной железы во внутриорганных лимфатических узлах, что может являться морфологическим субстратом повторного развития аденолимфомы;

- для макрокистозного варианта аденолимфомы околоушной железы характерной является структурная неоформленность (неполноценность) стенки капсулы – в 4 случаях из 6 ($F = 0,63$, $p = 0,001$).

4. Предложена последовательность диагностических мероприятий, основанная на дифференцированном использовании различных методов получения биологического материала (тонкоигольная аспирационная биопсия под ультразвуковой навигацией, трепан-биопсия, «закрытая» инцизионная биопсия) в зависимости от клиничко-морфологического варианта опухоли, что позволило увеличить количество совпадений пред- и послеоперационного диагнозов для аденолимфомы на 42,8% по сравнению с традиционно применяемой схемой обследования.

5. При ретроспективном анализе выявлено, что анатомо-топографическое расположение новых аденолимфом, появившихся в ранее оперированной железе, а также интактной одноименной, соответствовало предшествующей локализации структурно неизмененных внутриорганных лимфатических узлов околоушной железы, визуализировавшихся на момент первичной операции.

Это дало основание считать их морфологическим субстратом развития новой аденолимфомы, а не рецидивом удаленной опухоли.

Личный вклад соискателя ученой степени

Цель и задачи сформулированы соискателем совместно с научным руководителем. Личное участие автора в выполнении диссертационной работы состояло в планировании, проведении, анализе, оценке и обобщении результатов исследования, формулировании заключения с выводами и практическими рекомендациями, написании всех разделов диссертации и подготовке иллюстративного материала.

Автором лично и в качестве ассистента прооперированы 49 пациентов с их дальнейшей послеоперационной курацией, непосредственным участием в составлении плана лечебных мероприятий, перевязках и клинических наблюдениях за пациентами на всех этапах реабилитации.

Совместно с научным руководителем (вклад соискателя 90%) разработан способ получения биологического материала из кистозных образований слюнной железы, который выполнялся на практике автором лично у всех пациентов [17–А, 18–А].

Получение материала под ультразвуковым контролем и по стандартной методике выполнялось лично соискателем в условиях УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска совместно с заведующим отделением лучевой диагностики И.И. Лемезой, а также совместно с врачом-челюстно-лицевым хирургом Ю.В. Люцко в условиях УЗ «Минский консультативно-диагностический центр» (вклад соискателя 75%) [9–А, 10–А], трепан-биопсия выполнялась под руководством к.м.н. А.В. Кармана [4–А, 6–А, 10–А].

Гистологическое исследование всех микропрепаратов осуществляли в УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро». Выполнен ретроспективный пересмотр с целью реклассификации АЛ на кафедре патологической анатомии УО «БГМУ» под научным консультированием к.м.н., доц. А.М. Неровни (вклад соискателя 75%) [3–А, 5–А].

Консультирование по вопросам лучевой диагностики и помощь в описании исследований методами УЗИ была оказана д.м.н., профессором А.И. Кушниковым.

В двух публикациях набор фактического материала по проведенным исследованиям, анализ результатов работы выполнены соискателем лично, в 14 публикациях и заявке на патент на изобретение анализ проводился совместно с соавторами. Вклад соискателя в подготовку докладов и публикаций в соавторстве составляет для докладов до 80%, для статей и тезисов – до 75%, для патента на изобретение, инструкции по применению и описанию к патентам – до 80%.

Апробация диссертации и информация об использовании ее результатов

Результаты диссертационного исследования доложены на:

- 10-й Международной научно-практической конференции по стоматологии в рамках 7-й международной специализированной выставки «Стоматология Беларуси 2011», г. Минск, 9–11.11.2011 г.;
- Международной научно-практической конференции «День высокой стоматологии в Республике Беларусь – 2013», г. Минск, БГМУ, 05.04.2013 г.;
- городской научно-практической конференции «Доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области» на базе УЗ «9-я городская стоматологическая поликлиника» г. Минска, 25.04.2013 г.;
- 1-м Белорусском международном стоматологическом конгрессе, 24.10.2013 г.;
- научной сессии УО «Белорусский государственный медицинский университет» в 2014, 2015, 2017 гг.;
- научно-практической конференции с международным участием «Паринские чтения-2014. Интегративная медицина в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии», 10–11.04.2014 г.;
- Международной научно-практической конференции «День высокой стоматологии – 2014», 04.04.2014 г.;
- городском обучающем семинаре с целью повышения уровня знаний медицинских работников по ранней диагностике злокачественных новообразований полости рта, слюнных желез на базе УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», г. Минск, 09.06.2014 г.;
- 2-м Белорусском международном стоматологическом конгрессе, 22.10.2014 г.;
- Международной научно-практической конференции «День высокой стоматологии в Республике Беларусь – 2015», г. Минск, 03.04.2015 г.;
- научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию со дня рождения президента Ассоциации сиалологов России, доктора медицинских наук, профессора В.В. Афанасьева «Итоги и перспективы отечественной сиалологии», г. Москва, 25.10.2016 г.;
- Международной научно-практической конференции «День высокой стоматологии в Республике Беларусь – 2017», г. Минск, 07.04.2017 г.,

Результаты исследования внедрены в практику учреждений здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска, «Минский консультационно-диагностический центр» и в учебный процесс учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Опубликованность результатов диссертации

По теме диссертационной работы опубликованы 16 научных работ: журнальных статей – 7 (соответствуют пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, объемом 2,67 авторского листа), публикаций в сборниках материалов конференций, тезисов доклада – 9.

Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению «Метод получения биоптата слюнной железы». Получен патент на изобретение Республики Беларусь «Способ получения биологического материала из кистозных образований слюнной железы».

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, перечня условных сокращений и обозначений, общей характеристики работы, глав – аналитический обзор литературы, главы с изложением клинической характеристики обследованных пациентов и методов исследования, 4 глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, библиографического списка. Библиографический список включает 236 наименований (из них 53 публикации на русском языке, 183 – на английском) и 16 публикаций соискателя. Работа содержит 23 таблицы и 40 рисунков. Полный объем диссертации – 121 страница компьютерного текста, рисунки занимают 19 страниц, таблицы – 12 страниц, библиографический список – 18, приложения – 6 страниц.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материал и методы исследования

Проведено одномоментное поперечное исследование для выявления патологического состояния и подтверждения эффективности диагностики метода. Материалом исследования послужили данные обследования 212 пациентов: мужчин – 46,7% (n = 99), женщин – 53,3% (n = 113), с новообразованиями ОЖ, проходивших хирургическое лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска с 2011 по 2015 гг. Обследование пациентов включало: сбор анамнеза, клиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенокомпьютерную томографию (РКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ). Получение материала для предоперационного морфологического исследования (цитологического и/или гистологического) осуществлялось путем тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), ТАБ под УЗ-навигацией, трепан-биопсии. На послеоперационном этапе анализу подвергались описание макро- и микропрепаратов, данные морфометрии.

Осуществляли сбор анамнеза жизни и заболевания (акцентировалось внимание на длительности заболевания, факте и стаже курения). Клиническое обследование заключалось в проведении внешнего осмотра, учитывались такие признаки, как наличие воспалительных явлений, изменение цвета кожных покровов, локализация и размеры новообразования, его консистенция при пальпации, спаянность с окружающими тканями.

УЗИ проводилось на аппаратах с использованием линейных датчиков в диапазоне 5,0–7,5 МГц (при локализации в глубоком отделе ОЖ – конвексных, 3,5–5 МГц.) в В-режиме «серой шкалы» и цветового доплеровского картирования. МРТ выполнялось на аппаратах с напряженностью магнитного поля 1,5 Т, толщиной слоя 1–5 мм и программным обеспечением для обработки получаемой информации. РКТ слюнных желез проводилась с использованием тонких срезов (2–3 мм).

Всем пациентам ($n = 212$) с наличием образования в области ОЖ была выполнена ТАБ. Тем, у кого результаты этого исследования были неинформативными, выполняли ТАБ под ультразвуковой навигацией ($n = 57$). При отсутствии убедительных данных в пользу определенной нозологической принадлежности образования ($n = 21$) выполняли трепан-биопсию (76,2%; $n = 16$) или разработанную нами «закрытую» инцизионную биопсию (23,8%; $n = 5$).

Трепан-биопсия проводилась с помощью аппарата фирмы BARD Magnum (игла 18 g × 20 cm Length, глубина среза 10–12 мм) с триггерным механизмом – трепана. Показанием для выполнения этого метода являлись выраженность тканевого компонента, т. е. при солидном или кистозно-солидном (с преимуществом тканевого компонента) и отсутствие убедительных данных цитологического исследования, проведенного ранее. Проводился сравнительный анализ результатов цитологической и гистологической предоперационной диагностики, а также гистологического исследования удаленных опухолей.

Цитологическое исследование микропрепаратов с использованием световой микроскопии проводилось в Минском консультативно-диагностическом центре. Микропрепараты, полученные путем ТАБ под УЗ-навигацией, трепан- и «закрытой» инцизионной биопсии – в цитологической лаборатории УЗ «Минский городской онкологический диспансер» с последующим научным консультированием в патолого-анатомическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова» (д.м.н., проф. О.А. Ерохина).

Гистологическое изучение микропрепаратов удаленных опухолей осуществляли в УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро». При верификации АЛ осуществлялось гистологическое изучение послеоперационных микропрепаратов (45 микропрепаратов, 150 срезов

осуществляли на микроскопе Leica DM LB (Leica, Германия) под научным консультированием на кафедре патологической анатомии УО «БГМУ» (к.м.н., доц. А.М. Неровня). Проводилось макроскопическое описание удаленных опухолей и исследовались микропрепараты удаленных опухолей.

Во всех случаях с использованием программного пакета AperioImageScore v9.1.19.1567 выполнено морфометрическое исследование электронного изображения срезов АЛ: с целью определения удельной площади стромального и паренхиматозного компонентов подсчитывали количество позитивных клеток в максимально возможном количестве неперекрывающихся полей зрения при увеличении микроскопа 100. Результаты оценивали исходя из показателя «позитивность» (в интерфейсе программы Strong Positive) – отношение положительных пикселей к общему количеству пикселей.

Хирургическое лечение проводилось в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска методами перикапсулярного удаления, частичной и субтотальной резекции с применением микрохирургического оборудования. Пациентам, у которых на предоперационном этапе была верифицирована АЛ, выполнялось перикапсулярное удаление (12,2%, n = 6). При отсутствии морфологического заключения в пользу АЛ и размере опухоли до 2 см (63,3%, n = 31) выполняли частичную резекцию железы. Объем хирургического лечения при наличии опухолевого узла более 2 см – субтотальная резекция ОЖ (24,5%, n = 12). Внутриорганные ЛУ ОЖ, находившиеся в операционном поле (20,4%, n=10), удалялись одномоментно с опухолью и подвергались гистологическому исследованию.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась в соответствии с современными требованиями к проведению медико-биологических исследований [О.Ю. Реброва, 2002; А. Петри, 2003]. Проверка на нормальность распределения количественных признаков осуществлялась по критериям Колмогорова–Смирнова. Ни один из имеющихся количественных признаков не соответствовал закону нормального распределения. Поэтому сравнение групп по количественным признакам проводилось по непараметрическим критериям. Результаты представляли в виде медианы и квартильного размаха. Качественные признаки в исходных данных представлены абсолютными значениями и относительными величинами. Сравнение двух групп по количественным признакам проводилось по непараметрическому критерию Манна–Уитни (Mann–Whitney U). Сравнение двух и более групп по качественным признакам выполнялось по критерию χ^2 Пирсона. Сравнение двух групп по бинарным признакам (таблицы сопряженности 2×2) проводилось по точному критерию Фишера (Fisher) в соответствии с условиями их применимости или χ^2 Пирсона. Во всех случаях различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов

проводилась с использованием лицензионного программного комплекса Statistica 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q). Эффективность исследуемых способов диагностики определялась по операционным характеристикам диагностических методов: диагностическая чувствительность, специфичность, процент совпадения пред- и послеоперационных диагнозов, предсказательная ценность положительного результата, предсказательная ценность отрицательного результата, отношения правдоподобия.

Результаты клинического исследования

Установлено, что АЛ ОЖ встречалась у 49 пациентов в возрасте от 36 до 75 лет – 54,5 (50–55) года (соотношение мужчин и женщин 6 : 1). В 65,3% (n = 32) подтвержден факт длительного систематического табакокурения. В 14,3% (n = 7) имел место двухсторонний характер роста образования; в 4,1% (n = 2) – множественная односторонняя закладка и в 4,1% (n = 2) было обнаружено повторное возникновение опухоли. Опухоль локализовалась преимущественно в нижнем полюсе ОЖ (87,7%). Клинически у всех пациентов определялось безболезненное образование в толще ОЖ. В 26,5% (n = 13) имели место воспалительные явления в области, что было более характерно для АЛ (F = 0,06, p = 0,001), чем для других новообразований. Общими для АЛ статистически достоверными сонографическими признаками являлись наличие образования гетерогенной структуры за счет наличия кистозных включений (F = 0,75; p = 0,001), относительный риск OR (\pm ДИ) = 22,27 (10,74 – 45,15), которые при МРТ-исследовании определялись как высокоинтенсивные включения различной формы с неровными, местами нечеткими контурами.

Проводилось сопоставление данных клинического обследования, результатов лучевых методов диагностики и морфологического (макро- и микроскопического) исследования удаленных опухолей (n = 49). В 8,2% (n = 4) АЛ выраженный склероз ткани опухоли не позволил отнести их ни к одному из клинико-морфологических вариантов. При более детальном анализе было выявлено, что этим пациентам ТАБ проводилась многократно. Таким образом, изменение микроструктуры могло стать результатом как проведенных пункционных биопсий опухоли, так и ее спонтанных инфарктов. Наличие подобных изменений затрудняет морфологическую верификацию образований слюнной железы. Таким образом, при многократном проведении ТАБ вслепую (без УЗ-навигации) имеется существенный риск развития склеротических изменений: F = 0,40, p = 0,001; OR = 18,0 (2,17 – 149,44).

В остальных случаях (n = 45), в зависимости от соотношения солидного и полостного компонентов опухоли, были выделены следующие варианты АЛ ОЖ: микрокистозный 22,2% (n = 10), мультикистозный 64,5% (n = 29) и макрокистозный 13,3% (n = 6). Выявлены биологические особенности клинико-морфологических вариантов АЛ. Несмотря на то, что микрокистозный

вариант при УЗИ воспринимается как солидное образование, на гистологическом уровне он содержит полостной компонент в виде микрокист, т.е. истинно солидная форма как таковая отсутствует. Наличие этой особенности обуславливает низкую репрезентативность полученного материала для цитологического исследования в предоперационном периоде. УЗ-характеристиками данного варианта являлись гипоехогенная, неоднородная, кистозно-солидная (с преимуществом тканевого компонента во всех случаях) структура, а также наличие четких, ровных контуров.

Клинически все варианты АЛ выглядели одинаково – отмечалось наличие мягкоэластичного образования, преимущественно в нижнем полюсе ОЖ. Двустороннее поражение встречалось преимущественно при мультикистозном варианте ($F = 0,69$, $p = 0,001$). Наличие воспалительных явлений более характерно также для мультикистозного варианта ($F = 0,09$, $p = 0,03$), это объясняет низкую репрезентативность полученного материала для цитологического исследования в предоперационном периоде за счет превалирования в пунктате клеточного состава, характерного для воспалительного процесса. Достоверных различий по гендерному признаку не наблюдалось.

При гистологическом исследовании внутриорганных ЛУ ОЖ, удаленных вместе с опухолью, в 20% были обнаружены в них островки эктопированной ткани СЖ, что является клиническим косвенным подтверждением дизонтогенетической теории возникновения АЛ. Характерные изменения в ЛУ отмечались только при мультикистозном варианте АЛ. Выявление подобных изменений во внутриорганных ЛУ ОЖ, удаленных вместе с опухолью, необходимо для последующего динамического наблюдения за пациентом и своевременного обнаружения роста новых опухолевых узлов. Обнаружена структурная неоформленность стенки капсулы при макрокистозном варианте строения АЛ в 4 случаях из 6 ($F = 0,63$, $p = 0,001$). Несмотря на это, выход опухолевых клеток в перитуморозное пространство отсутствовал, из чего следует, что при удалении АЛ не требуется расширение оперативного вмешательства, а непреднамеренное нарушение целостности капсулы опухоли в момент ее удаления не является погрешностью хирурга.

При макрокистозном варианте строения АЛ всегда выражен пристеночный тканевой компонент кистозного образования, который выявлялся при УЗИ.

Предоперационная верификация АЛ ОЖ представляет определенные трудности. В большинстве случаев опухоль четко определялась пальпаторно, что важно для проведения ТАБ. Несмотря на это, чувствительность цитологического исследования при данном методе получения биологического материала составила 6,0% (в то время как для ПА этот показатель составил 84,0%).

В зависимости от экоструктуры образований СЖ эффективность предоперационной верификации была различной: чувствительность ТАБ при наличии гетерогенного тканевого образования (или кистозно-солидного с преимуществом тканевого компонента) составляло 81%, при гетерогенном с кистозными компонентами – 11% и кистозном – 2%. Схожая тенденция отмечалась и для АЛ: определялась обратная зависимость предоперационной верификации диагноза от степени выраженности полостного компонента в АЛ. Так, чувствительность ТАБ при микрокистозном варианте составляла 11%, мультикистозном – 10% и макрокистозном – 0%.

Дифференцированное применение различных методов получения биологического материала для цитологического исследования позволило не только повысить эффективность диагностических мероприятий (увеличилось количество совпадений пред- и послеоперационного диагнозов на 25,5%, а для АЛ – на 42,8%), но и соотнести их с УЗ-характеристиками опухоли. Под УЗ-навигацией ТАБ проводилась тем пациентам, у которых результаты ранее проведенного исследования были неинформативными, и позволила увеличить данный показатель на 17,1%. Для АЛ указанный метод получения биоптата позволил верифицировать диагноз у 26,5% ($n = 13$) пациентов с неинформативным результатом ранее проведенного цитологического исследования. Повышение совпадений пред- и послеоперационного диагнозов было статистически достоверным – при микрокистозном варианте составляли $F = 0,35$, $p = 0,04$, мультикистозном – $F = 0,32$, $p = 0,001$). Чувствительность ТАБ под УЗИ-навигацией при микрокистозном варианте составляла 80%, мультикистозном – 86% и макрокистозном – 0%.

Таким образом, в случае визуализации опухолевого узла гетерогенной структуры с кистозным компонентом (что соответствует мультикистозному варианту) целесообразно отдавать предпочтение ТАБ под УЗ-навигацией.

Проведение трепан-биопсии выполнялось при УЗ-картине солидного и кистозно-солидного (с преобладанием тканевого компонента) образования. Применение данного метода позволило верифицировать диагноз у пациентов с неинформативным результатом ранее проведенных исследований в 87,5% случаев (для АЛ – 100%); что повысило эффективность диагностических мероприятий на 6,6% (в случае диагностики АЛ – на 10,2%). Из 5 случаев верификации АЛ 2 принадлежали к мультикистозному варианту, 1 – микрокистозному и 2 не отнесены ни к одному из них ввиду склеротических изменений. Чувствительность цитологического метода при получении биоптата путем трепан-биопсии составила 93%.

Макрокистозный вариант является наиболее сложным в плане предоперационной верификации диагноза, т.к. при этой форме цитологическое заключение, как правило, – киста (83,3%) и не было ни одного случая

совпадения пред- и послеоперационного диагнозов. В связи этим нами был разработан и применен метод «закрытой» инцизионной биопсии, который заключался в следующем: после проведения предварительного УЗИ и обработки операционного поля инфильтрировали подкожно-жировую клетчатку, прилежащую к образованию, 0,5–1%-ным раствором анестетика в объеме 3–5 мл с целью создания компрессии тканей и предотвращения их имбибирования содержимым образования. Затем под ультразвуковым контролем тонким скальпелем проводили разрез кожи около 3 мм в выбранной точке с помощью троакара диаметром 2,4 мм; под ультразвуковым контролем пунктировали образование, стилет удаляли. Канюля троакара в месте прокола удерживалась пальцами во избежание смещения. Через нее в образование вводились биопсийные щипцы диаметром 2,2 мм, с помощью которых прицельно проводился забор пристеночной ткани образования. Использование разработанного метода позволило получить репрезентативный материал для морфологической верификации новообразования. Чувствительность метода составила 80% (для АЛ – 100%).

В позднем послеоперационном периоде имело место повторное возникновение данной опухоли в 4% ($n = 2$) случаев. При детальном ретроспективном анализе было выявлено, что у обоих пациентов для удаления первичной АЛ проводилась частичная паротидэктомия (более радикальный метод по сравнению с перикапсулярным ее удалением), так как по данным цитологического исследования не было четкой верификации диагноза. Статистически достоверной корреляции между повторным возникновением АЛ и методом хирургического лечения (перикапсулярное удаление или субтотальная паротидэктомия) не выявлено ($F = 0,02$, $p = 0,39$). В обоих случаях имело место появление новых опухолевых узлов в ранее интактных одноименных СЖ с противоположной стороны, а повторное возникновение АЛ в ранее оперированных железах не имело связи с послеоперационным рубцом и располагалось в топографических отделах, отличных от локализации первичной опухоли.

Также было выявлено, что, по данным МРТ- и РКТ-исследований, анатомо-топографическое расположение появившихся образований (в оперированной железе и ранее интактной) соответствовало предшествующей локализации структурно неизменных внутриорганных ЛУ ОЖ, визуализировавшихся на момент первичной операции. Это дало основание считать их морфологическим субстратом развития новой АЛ, а не рецидивом удаленной опухоли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. При использовании традиционной схемы обследования пациентов с опухолями околоушной железы, основанной на результатах цитологического исследования материала, полученного путем тонкоигольной аспирационной биопсии, совпадение предоперационного и послеоперационного диагнозов составило 54,7% (при этом верификация аденолимфомы отмечалась только в 6,1%, в то время как плеоморфной аденомы – 84,0%). Это связано с тем, что применяемая при этом тонкоигольная аспирационная биопсия не обеспечивает получения репрезентативного материала для морфологического исследования, что обусловлено наличием кистозного компонента в опухоли. Имеется обратная зависимость эффективности предоперационной диагностики аденолимфомы от выраженности полостного компонента [1, 6].

2. По данным клинического обследования, результатов лучевых методов исследования, макроскопической картины операционного материала и гистологического исследования удаленных опухолей выделены три клинко-морфологических варианта аденолимфомы: микрокистозный (22,2%), мультикистозный (64,5%) и макрокистозный (13,3%) [5, 7].

3. Выявлены следующие особенности клинко-морфологических вариантов аденолимфомы:

– при микрокистозном варианте, воспринимаемом при ультразвуковом исследовании как солидное образование, на гистологическом уровне также выражен полостной компонент в виде микрокист (т. е. истинно солидная форма как таковая отсутствует), что снижает репрезентативность полученного материала для цитологического исследования в предоперационном периоде [3, 5];

– при гистологическом исследовании внутриорганных лимфатических узлов околоушной железы, удаленных вместе с опухолью, в 20% были обнаружены в них островки эктопированной ткани слюнной железы, что может являться морфологическим субстратом повторного развития АЛ. Характерные изменения в лимфатических узлах отмечались только при мультикистозном варианте АЛ [7];

– при макрокистозном варианте строения аденолимфомы обнаружена структурная неоформленность стенки капсулы в 4 случаях из 6 ($F = 0,63$, $p = 0,001$), в связи с этим возможная «непреднамеренная» перфорация оболочки опухоли при ее удалении является структурно-обусловленной [3, 5, 7];

– при макрокистозном варианте строения аденолимфомы имеется слабо выраженный тканевой компонент в виде пристеночных разрастаний и/или тяжей [2, 5, 7].

4. Предложена схема поэтапной диагностики, основанная на дифференцированном использовании различных методов получения материала

для морфологического исследования в зависимости от клинико-морфологического варианта опухоли, что позволило увеличить количество совпадений пред- и послеоперационного диагнозов на 25,5% (для аденолимфомы – на 42,8%) по сравнению с традиционно применяемой методикой обследования [6]:

– применение тонкоигольной аспирационной биопсии под ультразвуковой навигацией позволило увеличить количество совпадений пред- и послеоперационного диагнозов на 17,1%. Для аденолимфомы данный метод позволил верифицировать диагноз 26,5% (n = 13) пациентов с неинформативным результатом ранее проведенного цитологического исследования. Чувствительность цитологического метода составила 80%, мультикистозном – 86% и макрокистозном – 0% [6];

– проведение трепан-биопсии рекомендуется выполнять при УЗ-картине солидного и кистозно-солидного (с преобладанием тканевого компонента) образования. Применение данного метода позволило верифицировать диагноз у пациентов с неинформативным результатом ранее проведенных исследований в 87,5% случаев (для аденолимфомы – 100%), что повысило эффективность диагностических мероприятий на 6,6% (в случае диагностики аденолимфомы – на 10,2%). Чувствительность цитологического метода составила 93% (при микрокистозном варианте составляла 100%, мультикистозном – 100% и макрокистозном – не выполнялась) [6];

– разработанный метод «закрытой» инцизионной биопсии при макрокистозном варианте аденолимфомы околоушной железы (наиболее сложном в плане предоперационной диагностики) позволил получить репрезентативный материал для морфологического исследования, в результате чего был установлен диагноз у пациентов с неинформативным результатом ранее проведенных исследований в 80% случаев (для аденолимфомы – 100%) [4, 6].

5. При ретроспективном анализе выявлено, что анатомо-топографическое расположение появившихся в отдаленном послеоперационном периоде образований (в оперированной железе и ранее интактной) соответствовало предшествующей локализации структурно неизмененных внутриорганных лимфатических узлов околоушной железы, визуализировавшихся на момент первичной операции. Это дало основание считать их морфологическим субстратом развития новой аденолимфомы, а не рецидивом удаленной опухоли [7].

6. Предложена хирургическая тактика – удаление аденолимфомы вместе с находящимися в операционном поле внутриорганными лимфатическими узлами с последующим гистологическим исследованием последних на предмет наличия островков эктопированной ткани слюнной железы. В случае верификации мультикистозного варианта аденолимфомы и обнаружения подобных изменений следует выделить пациентов в группу риска развития

данного осложнения и осуществлять динамическое наблюдение (УЗИ, МРТ) в отдаленном послеоперационном периоде [7].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Жалобы на наличие образования в околоушно-жевательной области требуют целенаправленного обследования пациентов на предмет диагностики опухоли данной локализации. Из специальных методов исследования ультразвуковое является первичным и позволяет определить связь образования с околоушной железой, его размеры и структуру. Для детального уточнения топографо-анатомического расположения и степени распространенности применяются магнитно-резонансная томография, рентгенокомпьютерная томография.

2. Для верификации диагноза при опухолях околоушной железы необходим дифференцированный подход в выборе метода получения биоптата с целью последующего морфологического исследования:

– При выявлении опухолевого процесса и солидной структуре новообразования (по данным лучевых методов исследования) выполняется тонкоигольная аспирационная биопсия как наиболее доступная и высокоинформативная в данном случае манипуляция. При неинформативности полученного результата цитологического исследования не следует выполнять повторное многократное ее проведение, т. к. это может привести к развитию некротических и склеротических изменений в опухолевой ткани, что затрудняет проведение последующей верификации диагноза.

– В случае визуализации опухолевого узла гетерогенной структуры с кистозными компонентами (что чаще соответствует мультикистозному варианту аденолимфомы околоушной железы), следует отдавать предпочтение тонкоигольной аспирационной биопсии под ультразвуковой навигацией.

– Проведение трепан-биопсии рекомендуется выполнять при ультразвуковой картине солидного и кистозно-солидного (с преобладанием тканевого компонента) образования [6].

– При преобладании кистозного компонента (что чаще соответствует макрокистозному варианту аденолимфомы) и при отсутствии верификации диагноза после ранее выполненной ТАБ под УЗ-навигацией целесообразно использовать метод «закрытой» инцизионной биопсии [17, 18].

3. Удаленные одновременно с опухолью внутриорганные лимфатические узлы, находящиеся в операционном поле, следует направлять на гистологическое исследование с целью выявления островков гетеротопии ткани слюнной железы. За пациентами, у которых выявлены такие изменения и при наличии мультикистозного варианта аденолимфомы, необходимо проводить динамическое наблюдение с применением лучевых методов диагностики в отдаленном послеоперационном периоде (не менее 10 лет) [7].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в научных журналах

1. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Информативность общепринятых методов цитологической диагностики аденолимфом / И. В. Дударева, О. А. Ерохина // Современ. стоматология. – 2013. – № 2. – С. 93–96.
2. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Сопоставление макро- и сонографической структуры аденолимфомы. Ретроспективный анализ / И. В. Дударева, А. С. Ластовка, А. И. Кушников // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. – № 1. – С. 31–35.
3. Ластовка, А. С. Клинико-морфологические варианты аденолимфомы слюнной железы / А. С. Ластовка, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач), А. М. Неровня // Стоматолог. – 2016. – № 2. – С. 20–24.
4. Ластовка, А. С. Методика получения морфологического материала с целью предоперационной верификации аденолимфомы слюнной железы / А. С. Ластовка, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач) // Стоматолог. – 2016. – № 4. – С. 17–21.
5. Ластовка, А. С. Особенности гистологического строения аденолимфомы слюнной железы в клинической практике / А. С. Ластовка, А. М. Неровня, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач) // Стоматолог. – 2017. – № 2. – С. 20–26.
6. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Последовательность диагностических мероприятий с целью предоперационной верификации аденолимфомы околоушной железы / И. В. Дударева // Стоматолог. – 2017. – № 3. – С. 51–56.
7. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Диагностика аденолимфомы околоушной железы: корреляция результатов предоперационной ультразвуковой диагностики и гистологического исследования удаленных опухолей / И. В. Дударева // Вес. Нац. акад. наук Беларусі. Сер. мед. навук. – 2017. – № 3. – С. 107–110.

Статьи в сборниках материалов конференций, тезисы докладов

8. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Структура заболеваний слюнных желез / И. В. Дударева // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики : сб. науч. тр. : по материалам конф. : в 2 т. / Белорус. гос. мед. ун-т ; редкол.: А. В. Сикорский (пред.) [и др.]. – Минск, 2011. – Т. 2. – С. 100.
9. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Значимость пункционной аспирационной биопсии «вслепую» в диагностике аденолимфом околоушной железы / И. В. Дударева // Инновации в стоматологии : материалы VI съезда

стоматологов Беларуси, Минск, 25–26 окт. 2012 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь ; редкол.: А. В. Глинник (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2012. – С. 426–427.

10. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Морфологическая верификация аденолимфом слюнных желез с использованием ультразвуковой навигации, первый опыт / И. В. Дударева, А. В. Карман // Онкол. журн. – 2013. – Т. 7, № 4, прил.: Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы диагностики и лечения онкологических заболеваний», Минск, 20 дек. 2013 г. : материалы конф. – С. 68.

11. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Клинические варианты аденолимфом / И. В. Дударева, А. С. Ластовка // Стоматолог. – 2014. – № 1. – С. 92–93. – Материалы Международной научно-практической конф. «День высокой стоматологии в Республике Беларусь – 2013».

12. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Морфологические характеристики аденолимфом околоушных желез / И. В. Дударева, А. С. Ластовка // Стоматолог. – 2014. – № 2. – С. 52–53. – Материалы Международной научно-практической конф. «День высокой стоматологии в Республике Беларусь – 2014».

13. Дударева, И. В. (Дударева-Пугач, И. В.) Корреляция данных цитологического и гистологического исследований при аденолимфомах околоушных желез / И. В. Дударева, О. А. Ерохина, А. М. Неровня // Интегративная медицина в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии : сб. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2014», Минск, 10–11 апр. 2014 г. / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. И. О. Походенько-Чудаковой, О. П. Чудакова, С. А. Кабановой. – Минск, 2014. – С. 321–323.

14. Ластовка, А. С. Подтверждение дизонтогенетического генеза аденолимфомы слюнной железы в клинической практике / А. С. Ластовка, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач), А. М. Неровня // Перспективные научные направления в современной стоматологии : сб тр. II стоматол. конгр. Респ. Беларусь, Минск, 22–24 окт. 2014 г. / Белорус. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой, И. В. Токаревича. – Минск, 2014. – С. 118–121.

15. Ластовка, А. С. Повторное возникновение аденолимфомы слюнной железы. Рецидив? / А. С. Ластовка, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач) // Итоги и перспективы отечественной сиалологии : материалы юбил. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 70-летию со дня рождения президента Ассоц. сиалологов России, д-ра мед. наук, проф. А. В. Владимировича, 25 окт. 2016 г. / Моск. гос. медико-стоматол. ун-т ; ред. совет: О. О. Янушевич (пред.) [и др.]. – М., 2016. – С. 168–171.

16. Ерохина, О. А. Особенности цитологической диагностики аденолимфом / О. А. Ерохина, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач) //

Материалы VIII съезда врачей клинико-лабораторной службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 10–11 ноября 2016 г. / гл. ред.: В. С. Камышников, А. Г. Лунева. – Минск, 2016. – С. 87–88.

Инструкции по применению

17. Ластовка, А. С. Метод получения биоптата слюнной железы : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 14.04.2017 / А. С. Ластовка, И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач). – Минск, 2017. – 3 с.

Патенты на изобретение

18. Способ забора биологического материала из кистозного образования слюнной железы для гистологического исследования : пат. ВУ 21692 / И. В. Дударева (И. В. Дударева-Пугач), А. С. Ластовка. – Опубл. 28.02.2018.

Дударова-Пугач Іна Вячаславаўна
Адэналімфома калявушной залозы (клініка-марфалагічныя варыянты
і перадаперацыйная дыягностыка)

Ключавыя словы: адэналімфома, калявушная залоза, клініка-марфалагічныя варыянты, перадаперацыйная дыягностыка, аспірацыйная біяпсія, трэпан-біяпсія, ультрагукавое даследаванне.

Мэта даследавання: павысіць эфектыўнасць перадаперацыйнай дыягностыкі адэналімфомы калявушной залозы за кошт сістэматызацыі яе клініка-марфалагічных варыянтаў і выбару ў залежнасці ад гэтага аптымальнага метаду атрымання біяптата пухліны, а таксама ўсталяваць біялагічныя асаблівасці дадзеных варыянтаў, якія маюць значэнне для хірургічнага лячэння.

Метады даследавання: клінічны, статыстычны, патамарфалагічны, прамянёвыя.

Атрыманныя вынікі і іх навізна: выяўлена, што нізкая перадаперацыйная верыфікацыя адэналімфомы калявушной залозы абумоўлена недастатковай рэпрэзентатыўнасцю матэрыялу, атрыманага шляхам аспірацыйнай біяпсіі і варыябельнасцю будовы дадзенай пухліны. Сістэматызаваны яе клініка-марфалагічныя варыянты і вызначаны іх асаблівасці, якія маюць значэнне для верыфікацыі дыягназу і выбару аб'ёму хірургічнага лячэння. Распрацаваны крытэрыі выбару метаду атрымання біяптата пухліны ў залежнасці ад яе клініка-марфалагічнага варыянта. Распрацаваны метады «зачыненнай» інцызійнай біяпсіі пры макракістозным варыянце адэналімфомы.

Рэкамендацыі па практычным выкарыстанні: прапанаваныя дыягнастычныя мерапрыемствы рэкамендуецца выкарыстоўваць пры абследаванні і лячэнні пацыентаў з адэналімфамай калявушной залозы для павышэння эфектыўнасці дыягностыкі і якасці лячэння.

Галіна прымянення: сківічна-тварная хірургія.

РЕЗЮМЕ

Дударева-Пугач Инна Вячеславовна **Аденолимфома околоушной железы (клинико-морфологические варианты и предоперационная диагностика)**

Ключевые слова: аденолимфома, околоушная железа, клинико-морфологические варианты, предоперационная диагностика, аспирационная биопсия, трепан-биопсия, ультразвуковое исследование.

Цель исследования: повысить эффективность предоперационной диагностики аденолимфомы околоушной железы за счет систематизации ее клинико-морфологических вариантов и выбора в зависимости от этого оптимального метода получения биоптата опухоли, а также установить биологические особенности данных вариантов, имеющие значение для хирургического лечения.

Методы исследования: клинический, статистический, патоморфологический, лучевые.

Полученные результаты и их новизна: выявлено, что низкая предоперационная верификация аденолимфомы околоушной железы обусловлена недостаточной репрезентативностью материала, получаемого путем аспирационной биопсии и вариабельностью строения данной опухоли. Систематизированы ее клинико-морфологические варианты и определены их особенности, имеющие значение для верификации диагноза и выбора объема хирургического лечения. Разработаны критерии выбора метода получения биоптата опухоли в зависимости от ее клинико-морфологического варианта. Разработан метод «закрытой» инцизионной биопсии при макрокистозном варианте аденолимфомы.

Рекомендации по практическому использованию: предложенные диагностические мероприятия рекомендуется использовать при обследовании и лечении пациентов с аденолимфомой околоушной железы для повышения эффективности диагностики и качества лечения.

Область применения: челюстно-лицевая хирургия.

RESUME

Dudareva-Pugach Inna Vyacheslavovna
Adenolymphoma of the parotid gland (clinical and morphological variants
and preoperative diagnostics)

Keywords: adenolymphoma, parotid gland, clinical and morphological variants, preoperative diagnostics, aspiration biopsy, trepan-biopsy, ultrasound.

Purpose of the study: to increase the effectiveness of preoperative diagnostics of parotid gland adenolymphoma by systemizing its clinical and morphological options, developing, depending on this criteria, the choice of the method of obtaining a tumor biopsy and to reduce the number / probability of recurrence of the tumor by identifying ways of its prevention.

Methods of research: clinical, static, pathomorphological, radiation.

The results obtained and their novelty: it was revealed that the low preoperative verification of the parotid gland adenolymphoma is due to the insufficient representativeness of the material obtained by aspiration biopsy and the variability of the structure of this tumor. Her clinico-morphological variants are systematized and their features are determined, which are important for the verification of the diagnosis and the choice of the scope of surgical treatment. The criteria for selecting a method for obtaining a tumor biopsy have been developed depending on its clinical and morphological variant. A method of “closed” incisional biopsy was developed in the macrocystic variant of adenolymphoma.

Recommendations for practical use: the proposed diagnostic measures are recommended for use in the examination and treatment of patients with parotid gland adenolymphoma in order to improve the efficiency of diagnosis and treatment quality.

Application area: maxillofacial surgery.

Репозиторий БГМУ

Подписано в печать 26.06.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,31. Тираж 60 экз. Заказ 466.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.