

ПРОБЛЕМИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ ТА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ

*Каф. оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї (зав. – проф. В.І.Попович)
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”
(ректор – проф. М.М. Рожко)*

В практичній діяльності кожному отоларингологу щоденно доводиться проводити обстеження пацієнтів із захворюваннями вуха. Складність анатомічної будови вуха, а також навколоушної ділянки породжує ряд клінічних задач, пов'язаних з розвитком патології в даній області. Нерідко захворювання, які виникають у вусі, є результатом патологічних процесів у поряд розташованих органах, в тому числі й привушній слинній залозі. Слід пам'ятати, що привушна слинна залоза не тільки топографічно розташована поблизу нижньої стінки зовнішнього слухового ходу, але й знаходиться між листками власної фасції привушно-жувальної ділянки, яка біля передньої стінки зовнішнього слухового ходу та бічної стінки глотки різко потоншується, а подекуди і зовсім відсутня. Даний факт може пояснити причину поширення патологічних процесів, в тому числі й онкологічних, з привушної слинної залози у вискову кістку.

На пухлини слинних залоз припадає 0,5-2,2 % від усіх новоутворень і близько 6% - від пухлин голови [7]. Локалізація пухлин слинних залоз різноманітна, однак найчастіше (80% випадків) вони зустрічаються в привушній слинній залозі, тоді як на локалізацію в піднижньощелепній та під'язиковій слинних залозах на їхню долю припадає приблизно по 10% випадків.

Дана нозологія зустрічається у осіб різних вікових категорій, але у старших за 70 років – рідко. Серед чоловіків та жінок час-

тота виникнення злоякісних пухлин слинних залоз приблизно однакова, хоча інколи, в залежності від гістологічної структури новоутворення, спостерігається переважання захворюваності на дану патологію серед тієї чи іншої статі.

Слід відмітити, що серед усіх пухлин слинних залоз злоякісні становлять від 10 до 40%. За гістологічною структурою вони розподіляються на сполучнотканинні та епітеліальні, з переважанням останніх (90-95%). Згідно з уніфікованою гістологічною класифікацією злоякісних пухлин слинних залоз, рекомендованою Всесвітньою організацією охорони здоров'я, виділяються наступні види епітеліальних пухлин (карцином): аденокістозна (циліндрома), аденокарцинома, епідермоїдна (плоскоклітинний рак), недиференційована, карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина). До неепітеліальних злоякісних пухлин відноситься саркома. Крім того, зустрічаються вторинні, так звані метастатичні пухлини. Найчастіше серед усіх злоякісних новоутворень привушних залоз діагностуються рак [5].

З огляду на те, що пухлини слинних залоз відносяться до поверневих локалізацій, слід очікувати, що їхнє розпізнавання має бути досить швидким і точним. Однак новоутворення великих слинних залоз є одними з найважчих для діагностики та лікування серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Дана ситуація пояснюється

низкою факторів і створює ряд проблем не тільки для щелепно-лицевих хірургів, але й для спеціалістів іншого профілю при визначенні діагнозу та виборі правильної тактики лікування.

П'ятирічне виживання пацієнтів із злоякісними пухлинами слинних залоз при найактивнішому лікуванні складає 50%, що є наслідком пізнього їх виявлення [7]. На превеликий жаль, в зв'язку з відсутністю уніфікованих методів діагностики об'ємних утворень привушної слинної залози та алгоритмів лікування проблема даної патології залишається відкритою [8]. Частота помилок в діагностиці захворювань привушної слинної залози залишається високою – від 7 до 46% [1].

Клінічна симптоматика злоякісних ракових пухлин привушних слинних залоз розвивається непомітно. На ранніх стадіях характерною ознакою є поява в залозі невеликого, твердого, безболісного, рухомого утворення. Регіонарні лімфатичні вузли при цьому не змінюються, ураження лицевого нерва не спостерігається. На пізніх стадіях відбувається збільшення розмірів пухлини, шкіра або слизова оболонка над нею зривається, відмічається проростання новоутворення в прилеглі м'які та кісткові тканини. В типових випадках пухлина проростає в жувальні м'язи, гілки лицевого нерва, в гілку нижньої щелепи та приводить до паралічу мимічних м'язів і руйнування гілки нижньої щелепи.

Пальпаторно практично неможливо диференціювати доброякісну та злоякісну пухлину слинної залози, тому вирішальна роль у диференціальній діагностиці повинна віддаватися додатковим методам обстеження [2, 6].

В діагностиці захворювань слинних залоз найбільш широко використовуються ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія цих органів. В окремих випадках для дослідження слинних залоз застосовується сіалографія та дигітальна субтракційна сіалографія. Діагностична цінність цих методів діагностики закономірно зростає при їх комбінуванні.

Невід'ємним методом діагностики є УЗД слинних залоз, за допомогою якого можна виявляти злоякісні та доброякісні

пухлини. В першому випадку об'ємне утворення не має чітких контурів, є неоднорідним, гіпоехогенним з розмитими межами.

Однак, незважаючи на широке впровадження в практику лікаря методів ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та ін., неможливо визначити певний вид пухлини тільки на основі даних вищезазначених методів діагностики. Кінцевий діагноз об'ємних утворень слинних залоз ґрунтується на морфологічних даних.

Для отримання останніх часто виконується пункційна аспіраційна біопсія з наступним цитологічним дослідженням, хоча даний метод не завжди є достовірним в зв'язку з можливою відсутністю в пунктаті злоякісних клітин. Тому виникає необхідність проведення відкритої біопсії та морфологічного дослідження біоптату для визначення гістологічного типу пухлини.

Необхідно знати, що складність топографо-анатомічних особливостей навколовушної ділянки, складність анатомічних співвідношень між тканинами та органами в даній зоні може спричинити появу ЛОР-патології у випадку непрогнозованого поширення злоякісної пухлини привушної слинної залози в навколишні ділянки. В результаті прогресування росту злоякісного новоутворення привушної слинної залози в напрямку зовнішнього чи середнього вуха на перший план може виступати отологічна симптоматика. Слід пам'ятати, що прогресування росту пухлини в напрямку зовнішнього слухового ходу інколи супроводжується появою обмеженого запалення у зовнішньому слуховому ході [3, 4].

Неодноразово в практиці лікаря зустрічаються неординарні випадки, які змушують його використовувати всі здобуті знання і досвід для вирішення складної задачі та постановки правильного діагнозу. Наводимо клінічний випадок, який довелося спостерігати та вирішувати працівникам клініки кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї Івано-Франківського НМУ.

Пацієнтка Л., 1948 року народження була направлена на стаціонарне лікування з діагнозом: хронічний середній отит, стадія загострення; стан після РО; дифузний зов-

нішній отит; гострий лімфаденіт привушної ділянки. З анамнезу відомо, що в 1959 р. вона перенесла операцію на вусі з приводу хронічного гнійного середнього отиту. На даний час обстежувана хворіє на цукровий діабет II типу, гіпертонічну хворобу.

При отоскопії шкіра передньої стінки зовнішнього слухового ходу була різко гіперемована, інфільтрована. В кістковому відділі спостерігається нориця з навколишнім ростом грануляційної тканини, що частково виводить зовнішній слуховий хід. В післяопераційній порожнині візуалізується гній. Після інцизійної біопсії проведено гістологічне дослідження патологічно зміненої тканини. За результатами ПГД, в біоптаті виявлена грануляційна тканина. Після курсу консервативної терапії хвора з покращанням загального стану виписана додому.

Через 3 міс вона повторно звернулася за медичною допомогою в зв'язку з погіршенням стану та скаргами на біль у ділянці вуха, припухлість у привушній ділянці, утруднене відкривання рота. Пацієнтка оглянута спільно отоларингологами та щелепно-лицевими хірургами. При отоскопії в зовнішньому слуховому ході виявлена велика кількість виділень гнійного характеру з неприємним запахом, передня стінка зовнішнього слухового ходу гіперемована та інфільтрована, що спричиняє різке звуження останнього. При пальпації відмічається болючість та інфільтрація м'яких тканин в привушній ділянці, а також виражена болючість в області висково-нижньощелепного суглоба. Після огляду рекомендовано провести УЗД привушних ділянок та КТ вискових кісток і привушних ділянок.

За даними УЗД привушної ділянки, спостерігається гіпоехогенне утворення з нечіткими контурами, розмірами 17мм X 13мм, локалізоване в нижньому полюсі привушної слинної залози та з'єднане через норичний хід Ø 1,6 мм із зовнішнім слуховим ходом.

За даними КТ вискових кісток, привушна залоза дещо збільшена в розмірах; просвіт зовнішнього слухового ходу звужений за рахунок набряку навколишніх м'яких тканин. Відмічається лізис стінок післяопераційної порожнини, в якій визначається

м'якотканинний компонент та склеротичні маси. Голівка суглобового відростка - без ознак лізису, скуловий відросток - без особливостей. Висновок: стан після хірургічного втручання, хронічний середній отит, мастоїдит, ускладнений реактивним набряком м'яких тканин.

В зв'язку з неефективністю консервативного лікування було виконано реоперацію на вусі з розкриттям нагноєної клітковини в ділянці верхівки соскоподібного відростка. При ПГД видаленого патологічного вмісту виявлено холестеатому з дистрофічно-некротичними змінами кісткової тканини і явищами гнійного запалення. В післяопераційному періоді в завушній ділянці післяопераційна рана епітелізується погано, гранулює, при отоскопії в нижньому куті післяопераційної порожнини наявна нориця, з якої виділяється слизоподібний вміст.

В зв'язку з неефективністю призначеного лікування проведено ряд додаткових методів обстеження. На Rtg СНЩ артрит СНЩ, стан після хірургічного втручання з дефектом вискової кістки, остеомієліт голівки нижньої щелепи?

За даними КТ вискових кісток, визначається стан після хірургічного втручання, остеомієліт вискової кістки. При КТ привушних ділянок в проекції привушної слинної залози відмічається округлої форми осередок з чіткими контурами, гіподенсивний (+20 Нс) в центральній частині, по периферії – щільністю +40 Нс, що може відповідати абсцесу. В ділянці хірургічного втручання мають місце м'якотканинні (+48 Нс) компоненти з нерівними чіткими контурами, що може відповідати грануляційній тканині.

При повторному УЗД в привушній ділянці в нижньо-латеральному полюсі привушної слинної залози спостерігається гіпоехогенне утворення розмірами 40мм X 32мм, з чіткими контурами, неправильної форми, горбкуватими краями, однорідної структури, кровопостачання практично не візуалізується. Привушні лімфатичні вузли (передня і нижня група): кілька Ø до 15 мм підщелепних лімфатичних вузлів, верхньощийні - Ø до 17 мм. Висновок: змішана пухлина привушної слинної залози? Шийний, привушний та підщелепний лімфаденіт.

З метою уточнення діагнозу з післяопераційної порожнини взято слизоподібний вміст для виявлення амілази. Згідно з лабораторними даними, визначається висока активність даного ферменту.

На підставі клінічних даних, результатів променевого методу дослідження та даних лабораторної діагностики визначено діагноз: змішана пухлина привушної слинної залози з проростанням у зовнішній слуховий хід та післяопераційну порожнину і формуванням слинної нориці. Рекомендовано хірургічне втручання.

З приводу даної патології в клініці кафедри оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї у пацієнтів була виконана операція: субтотальна резекція привушної слинної залози із збереженням гілочок лицевого нерва за Роденом та резекція зовнішнього слухового ходу з наступною його пластику місцевими тканинами.

При ПГД видалених тканин відмічався інвазивний ріст плоскоклітинного раку.

Після операції хворій рекомендовано курс поєднаної променевої терапії (дистанційна + контактна) в СВД 70 Гр.

Враховуючи вищеописаний клінічний випадок, можна зробити висновки:

1) злоякісні пухлинні ураження привушної слинної залози, локалізовані в її задньо-нижньому відділі, є одними з найважливіх в плані діагностики і лікування не тільки для отоларингологів, а й для щелепно-лицевих хірургів;

2) при розповсюдженні росту злоякісних пухлин привушних слинних залоз інколи може спостерігатися її проростання у вискову кістку, зокрема у зовнішній слуховий хід та барабанну порожнину; враховуючи складність анатомо-топографічних особливостей привушної ділянки, близькість розташування зовнішнього слухового ходу та барабанної порожнини до привушної слинної залози, а також можливість проростання злоякісних пухлин привушної слинної залози у вухо, отоларинголог повинен знати основні клінічні прояви особливості перебігу неопроцесу у вищезгаданій ділянці;

3) для правильного використання додаткових методів обстеження та виконання діагностичних маніпуляцій в ділянці привушної слинної залози необхідно чітко знати анатомо-топографічні особливості навколовушно-жувальної ділянки, використовуючи індивідуальні анатомічні орієнтири у пацієнта з урахуванням форми лицевого відділу голови та величини нижньої щелепи.

1. Матякин Е.Г. Рецидивы смешанных опухолей околоушных слюнных желез / Е.Г. Матякин, А.Ю. Дробышев, Р.И. Азизян // *Стоматология*. – 2010. – №1. – С. 75-77.
2. Перцович Ю.В. Діагностична значимість деяких методів променевої діагностики при оцінці стану великих слинних залоз / Ю.В. Перцович // *Галицький лікарський вісник*. – 2010. – Т.17, №1. – С. 138-141.
3. Попович В.І. Вторинні зовнішні отити як прояв пухлин слинної залози / В.І. Попович, Н.В. Василюк // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб*. – 2007. – №5-с. – С.125.
4. Попович В.І. Клінічна характеристика атипової маніфестації злоякісних пухлин привушних слинних залоз у вигляді осередкового зовнішнього отиту / В.І. Попович [та ін.] // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб*. – 2012. – № 5-с. – С. 108-109.
5. Рузин Г.П. Ранняя диагностика и профилактика злокачественных опухолей и слюнных желез / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева, А.А. Селин // *Стоматолог*. – 2009. – №9. – С. 34-37.
6. Семенова Т.В. Клинико-морфологические аспекты лучевой диагностики заболеваний слюнных желез / Т.В. Семенова [и др.] // *Кліні. анатомія та оперативна хірургія*. – 2006. – Т.5, №3. – С. 77-79.
7. Тихоліз І.С. Рідкісний рак підщелепної слинної залози / І.С. Тихоліз [та ін.] // *Укр. радіологічний журн*. – 2009. – Т.17. – С.182-185.
8. Ушич А.Г. Особенности диагностики и лечения объемных образований слюнных желез в зависимости от их вида и локализации / А.Г. Ушич [и др.] // *Стоматолог*. – 2008. – №9. – С. 40-46.

Надійшла до редакції 23.10.12.

© В.І. Попович, Н.В. Василюк, 2012