

АРУТЮНЯН Гор Григорьевич

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

Специальность 3.1.2. – Челюстно-лицевая хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: Яременко Андрей Ильич – доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты:

Грачёв Николай Сергеевич – доктор медицинских наук, доцент; заведующий кафедрой хирургии с курсом онкологии и реконструктивно-пластической хирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, институт онкологии, радиологии и ядерной медицины.

Сысолятин Святослав Павлович — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов».

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 26 октября 2023 года в 10:00 на заседании диссертационного совета 21.1.079.02 Федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно–исследовательский институт стоматологии и челюстно–лицевой хирургии» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16 (конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно–исследовательский институт стоматологии и челюстно–лицевой хирургии» Министерства Здравоохранения Российской Федерации и на сайте www.cniis.ru

Автореферат разослан « 25 » сентября 2023 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

И.Е. Гусева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Среди доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы (ОСЖ) 60% - 70% составляют плеоморфные аденомы (Ayoub O.M., 2002). Несмотря на то, что плеоморфная аденома (ПА) является доброкачественной опухолью, в случае неадекватного удаления (удаление опухоли с нарушением целостности её оболочки) имеется склонность к рецидиву. Удаление опухоли без учёта сохранения целостности её оболочки, морфологического типа, локализации и размеров, наличия узлов-спутников (сателлитов) является ключевым фактором неблагоприятного прогноза с точки зрения развития рецидива, даже при тотальном удалении (Abu-Ghanem Y., 2016, Bradley P.J., 2018, Hellquist H., 2014, Park G.C., 2012, Riad M.A., 2011). Имеющиеся утверждения ряда хирургов о том, что чем моложе пациент при выявлении плеоморфной аденомы, тем более вероятно развитие рецидива опухоли, требуют научного обоснования (Riad M.A., 2011). Оптимальный выбор объёма хирургического вмешательства при новообразованиях ОСЖ с сохранением структуры железы и функции зависит от типа новообразования и локализации. Существует несколько хирургических методов удаления новообразований ОСЖ, которые можно разделить на две группы: с выделением лицевого нерва и без (Peter A. Brennan, 2017). Научные дискуссии о выборе хирургического метода при удалении доброкачественных новообразований околоушной слюнной железы, с точки зрения развития рецидивов, до сих пор остаются актуальными. Целесообразно, чтобы в дальнейших публикациях о методах хирургического лечения больных с плеоморфной аденомой околоушной слюнной железы врачи точно указывали данные о локализации и размерах опухоли, о наличии нарушения целостности капсулы и о последующем динамическом наблюдении больных (Пачес, А.И. 2004, Giuseppe Colella, 2015, Guntinas-Lichius O., 2006).

До 1940-х годов удаление плеоморфной аденомы (ПА) околоушной слюнной железы методом экстракапсулярной энуклеации считалось типичной операцией, но в то же время при этом отмечалась высокая вероятность развития рецидива (до ~35%). Поверхностная паротидэктомия (ППЭ) установлена в качестве метода-выбора при лечении, при этом частота рецидивов резко снизилась до менее 2% (Albergotti, W. G., 2012, McGurk M., 2013, Redaelli de Zinis, 2008, Witt R.L., 2014). По статистическим данным в источниках литературы (Witt R.L., 2002) частота рецидивов при разных хирургических подходах составила: рецидив после тотальной паротидэктомии (ТПЭ) - 1,8% (9 проанализированных статей, 828 плеоморфные аденомы (ПА)), 2,6% после частичной паротидэктомии (ЧПЭ) (23 проанализированные статьи, 2366 ПА), 3% после поверхностной паротидэктомии (ППЭ) (5 проанализированных статей, 340 ПА), и 2,6% после экстракапсулярной диссекции (ЭКД) (11 проанализированных статей, 1113 ПА). Только после энуклеации (интракапсулярная/экстракапсулярная) частота рецидивов была самая высокая 25% (14 проанализированных статей, 797 ПА). Это позволяет констатировать, что, как и

следовало ожидать, частота рецидивов опухоли после ППЭ/ЭКД не выше, чем после ППЭ/ТПЭ (Andreasen, S., 2016, El-Naggar A.K., 2017, Witt R.L., 2002). В связи с тем, что в отечественной и иностранной доступной литературе отсутствует научно обоснованные подходы по выбору оптимального метода хирургического лечения, при котором минимален процент возникновения рецидива опухоли, мы провели исследование для решения данной проблемы.

Цель исследования - улучшение отдаленных результатов лечения больных с плеоморфной аденомой ОСЖ за счет дифференцированного подхода к выбору предоперационной диагностики, тактики хирургического лечения и последующего диспансерного наблюдения на основании анализа клинических, лабораторных и морфологического исследований.

Задачи исследования

1. Провести ретроспективный анализ историй болезни больных онкологического отделения № 8 (челюстно-лицевой хирургии) клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России с опухолями околоушной области, проходивших хирургическое лечение в 2002–2021 гг. (кроме 2006–2008 гг.).

2. Провести ретроспективный анализ базы данных клинико-инструментальных исследований ОСЖ у больных, получавших хирургическое лечение по поводу плеоморфной аденомы ОСЖ в 2002–2021 гг. (кроме 2006–2008 гг.).

3. Провести сравнительный анализ результатов инструментальных методов обследований с морфологической картиной опухоли у больных с первичным опухолевым процессом и рецидивом заболевания.

4. Провести сравнительный морфометрический анализ характеристик фиброзной капсулы плеоморфной аденомы у больных с рецидивом заболевания и без рецидива.

5. Разработать алгоритм ведения больных с новообразованиями ОСЖ, в частности, плеоморфной аденомы на основании полученных данных и на основе обзора литературы.

Теоретическая и практическая значимость. Обосновано использование в клинической практике алгоритмов клинических и визуальных методов обследований (УЗИ, КТ, МРТ) больных с доброкачественными новообразованиями, в частности, плеоморфной аденомы, околоушной слюнной железы, а также применение ТАПБ под контролем УЗИ в предоперационном периоде.

Разработан алгоритм использования, который позволяет улучшать достоверность предоперационной диагностики доброкачественных новообразований ОСЖ в частности плеоморфной аденомы, рекомендуется новый минимальный объем хирургического лечения плеоморфной аденомы ОСЖ вместо энуклеации ПА ОСЖ, направленная на сохранения минимального объема хирургического лечения ПА ОСЖ с учетом рисков возникновения

рецидива связанное с фиброзной капсулой ПА ОСЖ, вероятностною наличия узлов спутников (сателлитов) ПА ОСЖ, ранее выявление рецидива в послеоперационном периоде.

Обосновано использование в клинической практике алгоритмов послеоперационного диспансерного наблюдения больных, проходивших хирургическое лечение по поводу доброкачественных новообразований ОСЖ, в частности, плеоморфной аденомы.

Методолога и методы исследования. Исследование было выполнено в полном соответствии с основными принципами доказательной медицины, изложенными в Хельсинской декларации, принятой в июне 1994 г. (г. Хельсинки, Финляндия) и пересмотренной в октябре 2000 г. (г. Эдинбург, Шотландия), и одобрено Локальным Этическим комитетам ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России.

Настоящее исследование являлось открытым ретро и перспективным исследованием с активным и архивным контролем в сравниваемых группах.

Объектом исследования являлись пациенты, прооперированные по поводу доброкачественного новообразования околоушной слюнной железы.

Предметом исследования являлись данные архивной документации историй болезни больных, архивные данные послеоперационных заключений патоморфологических исследований опухолевых образований, также данные клинико-инструментальных исследований больных в отдаленном периоде наблюдения.

Методологическая работа проводилась по клиническому, морфологическому и медико-статистическому направлению.

Для изучения объектов исследования были использованы: клинического обследования пациентов, патоморфологический метод, метод ультразвуковой диагностики, обработка и анализ медицинских данных.

Основные положения, выносимые на защиту

1. По данным ретроспективного анализа архивных данных историй болезни больных, вероятность развития рецидива возрастает при удалении ПА отмеченной преобладанием мезенхимального компонента, методом экстракапсулярной энуклеации при полном или частичном отсутствии фиброзной капсулы.
2. Толщина фиброзной капсулы плеоморфной аденомы напрямую влияет на риск возникновения рецидива. По данным морфометрии у больных без рецидива капсула ПА ОСЖ хорошо представлена, без прорастания опухолевыми структурами средняя толщина 129,21 мкм. По данным морфометрии у больных с рецидивом было выявлено истончение

капсулы ПА ОСЖ, местами отсутствует, в прорастание в ткани опухоли. Средняя толщина капсулы составила 15,4 мкм.

3. При планировании оперативного лечения больным по поводу новообразований околоушной слюнной железы необходимо в обязательном порядке проводить ТАПБ новообразования под контролем УЗИ.

Степень достоверности и апробация работы. Достоверность результатов проведенного исследования определяется использованием современных методов сбора и обработки исходной информации, репрезентативным объемом выборки обследованных лиц (проанализированы данные архивного материала историй болезни 537 пациентов, 46 обследованных пациентов прооперированных по поводу первичного роста и рецидива ПА ОСЖ, из которых выделены 2 группы с двумя подгруппами сравнения и 1 контрольная группа, а также прецизионностью выполненного анализа по сопоставлению клинических, инструментальных данных с результатами морфологического исследования с морфометрией послеоперационного гистологического материала у 11 больных, применением информативных и адекватных методов исследования в соответствии с поставленными задачами. Статистическая обработка полученных результатов была проведена с применением непараметрических методов статистической обработки.

Выводы диссертации логически вытекают из полученных результатов.

Основные положения работы представлены на международных и всероссийских научных конференциях по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии: на научно-практической онлайн-конференции с международным участием «Молодые ученые: инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии» (Ташкент, февраль 2021), Международном конгрессе «Стоматология Большого Урала — 2021» (Екатеринбург, 2021), национальном конгрессе с международным участием «Паринские чтения 2020–2021. Актуальные вопросы диагностики, лечения, диспансеризации пациентов с хирургической патологией черепно-челюстно-лицевой области и шеи» (Минск, 2021), Eurasian Congress On Reconstructive And Plastic Surgery (Ufa, Russia, 2021), «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», IV международный конгресс стоматологов, (Ташкент, Узбекистан, 2021).

Апробация диссертационной работы проведена на заседании проблемной комиссии №10 «Стоматология, оториноларингология и смежные дисциплины» ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России от 24.10.2022 года, (протокол № 168).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в клиническую практику в онкологическом отделении № 8 (челюстно-лицевой хирургии) и клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, а также в

учебный процесс кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 6 научных работ, из них 2 статьи в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки России (ВАК), для публикации научных результатов диссертации, и 1 статья в рецензируемом научном периодическом журнале, входящем как в рефератную базу данных и систему цитирования “Scopus”, так и в ВАК.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты ретроспективного анализа общей группы. В данном исследовании были проанализированы материалы архива историй болезни онкологического отделения № 8 (челюстно-лицевой хирургии) клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России с опухолями околоушной области, проходивших хирургическое лечение в 2002–2021 гг. (кроме 2006–2008 гг.).

За вышеуказанный период было проведено хирургическое лечение 537 ($n=537$, 100 %) больным с доброкачественными новообразованиями околоушной слюнной железы (*рисунок 1*). Среди них 268 (70,2%) мужчин и 114 (29,8%) женщин. 364 женщины (67,8 %) и 173 мужчин (32,2 %); женщины/ мужчины, соответственно, ~2:1 (*рисунок 2*).

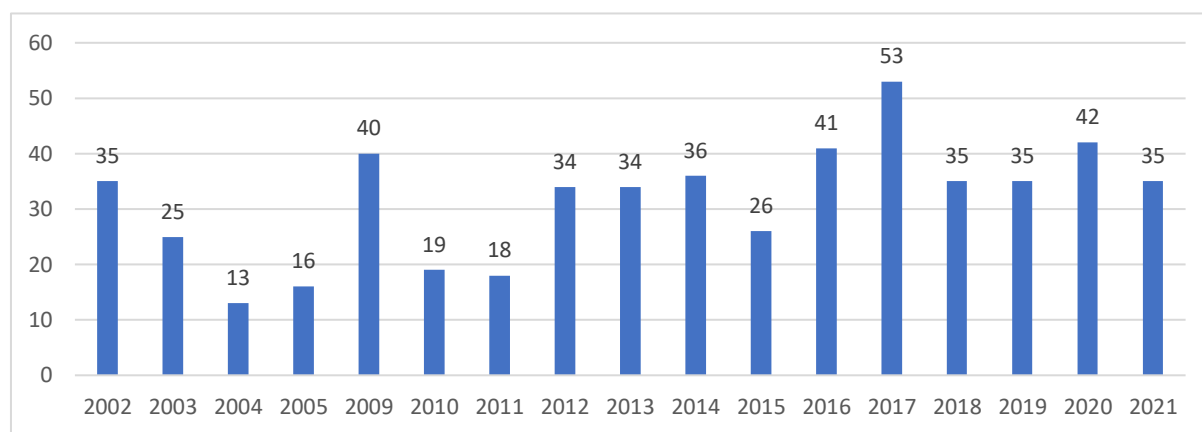


Рисунок 1. Распределение больных ($n=537$) с доброкачественными новообразованиями ОСЖ по годам проведения хирургического лечения

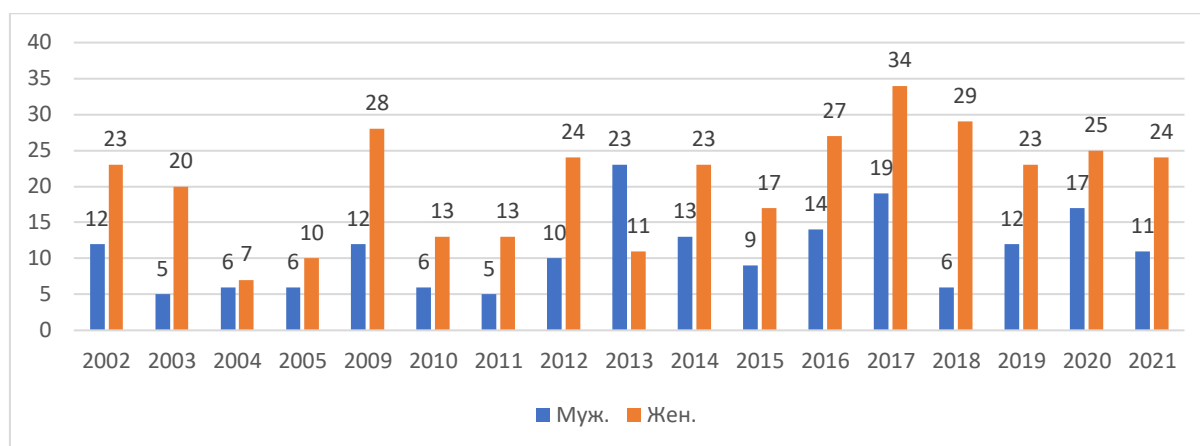


Рисунок 2. Распределение больных по половому признаку ($n=537$) с доброкачественными новообразованиями ОСЖ, прооперированных в клинике челюстно-лицевой хирургии

Из 537 больного с доброкачественным новообразованием ОСЖ при детальном исследовании результатов послеоперационных морфологических исследований согласно классификации опухолей головы и шеи ВОЗ 2017 г. Было выявлено, что плеоморфная аденома была диагностирована у 277 (51,6 %) человек, 24 (4,5 %) из которых имели рецидив. Другие формы новообразований ОСЖ отображены в (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по гистологическому типу опухоли околоушной слюнной железы

Гистологический тип	Число больных
Мукоэпидермоидная карцинома	3 (0,6%)
Аденокистозная карцинома	8 (1,5%)
Ацинарно-клеточная карцинома	4 (0,7%)
Базально-клеточная аденокарцинома	1 (0,2%)
Аденокарцинома неуточненная	7 (1,3%)
Миоэпителиальная карцинома	3 (0,6%)
Низкодифференцированная карцинома	1 (0,2%)
Липоэпителиальная карцинома	3 (0,6%)
Онкоцитарная карцинома	1 (0,2%)
Сиалобластома	1 (0,2%)
Плеоморфная аденома	253 (47,1%)
Плеоморфная аденома (рецидив)	24 (4,5%)
Миоэпителиома	1 (0,2%)
Базально-клеточная аденома	3 (0,6%)

Гистологический тип	Число больных
Опухоль Уортина (Warthin)	58 (10,8%)
Онкоцитома	4 (0,7%)
Лимфаденома	4 (0,7%)
Цистаденома	2 (0,4%)
Сосочковая сиаладенома	3 (0,6%)
Себацейная аденома	2 (0,4%)
Неопухоловые эпителиальные образования	143 (26,6%)
Гемангиома	1 (0,2%)
Липома/сиалолипома	7 (1,3%)
Всего	537 (100%)

Из общей группы 537 больных только 70 (13 %) в предоперационном периоде была проведена ТАПБ под контролем УЗИ для верификации образования ОСЖ. В 33 (47,1 %) случаях из 70 была выявлена плеоморфная аденома ОСЖ, в девяти (12,9 %) случаях — опухоль Уортина (Warthin) ОСЖ, в девяти (12,9 %) случаях — киста ОСЖ и другие виды опухолей (таблица 2). Также в ходе детального анализа цитологических исследований под контролем УЗИ было выявлено, что из 33 больных с плеоморфной аденомой ОСЖ у 30 дооперационное цитологическое заключение и совпало с послеоперационным морфологическим, что составляет 90,9 %.

Также в ходе изучения данных предоперационного цитологического исследования под контролем УЗИ выявила, что точность диагностики доброкачественных новообразований слюнных желез, в частности, ПА составила 90,9 %), только в 9,1 % в послеоперационном гистологическом заключении был поставлен другой диагноз — злокачественное новообразование ОСЖ. Также стоит отметить, что у 8 (11,4 %) из 70 пациентов включая больных с плеоморфной аденомой, по данным послеоперационного морфологического заключения не подтвердилась доброкачественность новообразования в соответствии с предоперационным цитологическим заключением. Таким образом, сравнивая совпадение предоперационного диагноза и послеоперационного морфологического заключения пациентов, которым была проведена ТАПБ под контролем УЗИ (у 70 больных совпадение 88,6% случаях (ПА ОСЖ в 90,1% случаях)), у пациентом, которым не проводилась ТАПБ под контролем УЗИ в рамках предоперационной диагностики, не совпадение предоперационного клинического диагноза больных из общей группы, не считая больных которым была проведена предоперационный ТАПБ под контролем УЗИ, составило 175 (37,5 %) больных из 467 больных, исходя из

вышеуказанных данных, мы получили статистически значимые различия $p < 0,0001$ (точный критерий Фишера).

Таблица 2. Распределение больных по результатам цитологического исследования материалов предоперационной ТАБ под контролем УЗИ

Заключение дооперационного цитологического исследования	Число больных
Плеоморфная аденома ОСЖ	33 (47,1%)
Опухоль Уортина (Warthin)	10 (14,3%)
Киста	9 (12,9%)
Аденокистозная карцинома	1 (1,4%)
Мукоэпидермоидная карцинома	3 (4,3%)
Метастазы в лимфоузлы	3 (4,3%)
Неопухолевые эпителиальные образования	9 (12,9%)
Эпителиома	1 (1,4%)
Плоскоклеточная метаплазия ОСЖ	1 (1,4%)
Всего	70 (100%)

Также в ходе изучения данных предоперационного цитологического исследования под контролем УЗИ выявила, что точность диагностики доброкачественных новообразований слюнных желез, в частности, ПА составила 90,9 %), только в 9,1 % в послеоперационном гистологическом заключении был поставлен другой диагноз — злокачественное новообразование ОСЖ. Также стоит отметить, что у 8 (11,4 %) из 70 пациентов включая больных с плеоморфной аденомой, по данным послеоперационного морфологического заключения не подтвердилась доброкачественность новообразования в соответствии с предоперационным цитологическим заключением. Таким образом, сравнивая совпадение предоперационного диагноза и послеоперационного морфологического заключения пациентов, которым была проведена ТАПБ под контролем УЗИ (у 70 больных совпадение 88,6% случаях (ПА ОСЖ в 90,1% случаях)), у пациентом, которым не проводилась ТАПБ под контролем УЗИ в рамках предоперационной диагностики, не совпадение предоперационного клинического диагноза больных из общей группы, не считая больных которым была проведена предоперационный ТАПБ под контролем УЗИ, составило 175 (37,5 %) больных из 467 больных, исходя из вышеуказанных данных, мы получили статистически значимые различия $p < 0,0001$ (точный критерий Фишера).

Ретроспективный анализ историй болезни больных с плеоморфной аденомой. Анализ историй болезни больных показал, что гистологическое исследование послеоперационного материала позволило верифицировать плеоморфную аденому у 277 (51,6 %) больных из 537 (рисунок 3). Среди больных с верифицированной плеоморфной аденомой преобладали пациенты, которые впервые обратились для проведения диагностики и лечения новообразования ОСЖ — 253 человек (91,3 %). Количество больных с рецидивом заболевания составило 24 (8,7 %) человек. Из общей группы больных с ПА ОСЖ, преобладали больные женского пола — 199 (71,8 %), мужчин было 78 (28,2 %). Средний возраст больных составил 48,3 ($\pm 14,4$, $P=95$ 1,7) года (мужчины 44,5 ($\pm 14,7$, $P=95$ 3,35) года, женщины 49,7 ($\pm 14,1$, $P=95$ 1,97)) года, возрастной разброс — от 17 до 83 лет.

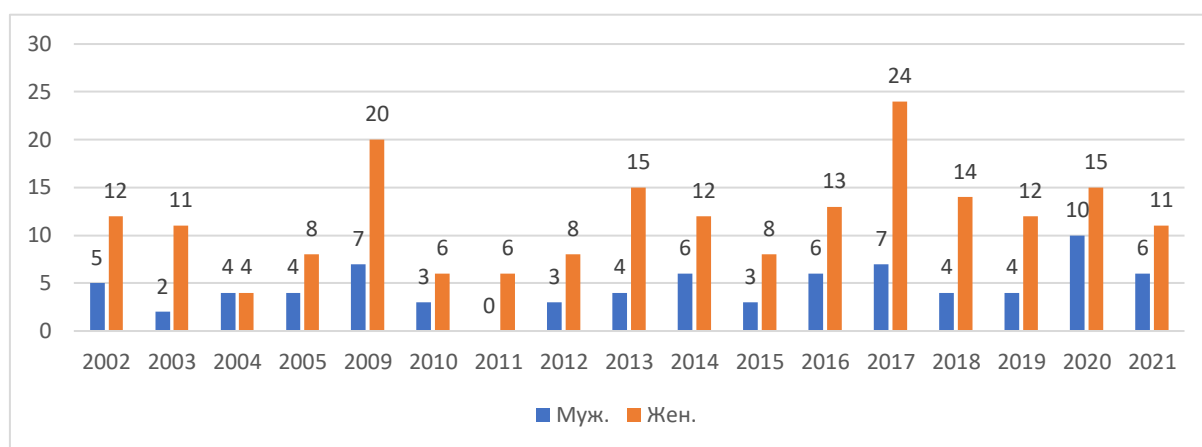


Рисунок 3. Распределение больных по половому признаку, прооперированных по поводу плеоморфной аденомы ОСЖ

Среди 277 больных с верифицированной плеоморфной аденомой преобладали пациенты, которые впервые обратились для проведения диагностики и лечения новообразования ОСЖ — 253 человек (91,3 %). Количество больных с рецидивом заболевания составило 24 (8,7 %) человек. Исходя из целей и задач данной работы, критерием включения в исследование стала операция по поводу как первичного доброкачественного новообразования ОСЖ, в частности, ПА, так и его рецидива. В ходе данного исследования было принято решение разделить больных с плеоморфной аденомой на две группы: первую — из первичных больных, вторую — из больных, прооперированных по поводу рецидива плеоморфной аденомы.

Первую группа: в первую группу вошли 253 больных с послеоперационным диагнозом «плеоморфная аденома ОСЖ. Их возраст составил от 17 до 83 лет (средний 48,2 ($\pm 14,4$, $P=95$ 1,79) года, женщины — 49,7 ($\pm 14,0$, $P=95$ 2,08) лет, мужчины — 44,7 ($\pm 14,8$, $P=95$ 3,42) года). При анализе архивных данных данной группы было установлено, что у 222 (87,7 %) больных с первичным диагнозом «плеоморфная аденома» ПА находилась в поверхностной доле ОСЖ, в

связи с чем была проведена экстракапсулярная энуклеация/диссекция, 129 (51,0 %) больным была проведена поверхностная паротидэктомия, 97 (38,3 %) больным была произведена субтотальная паротидэктомия, так как образование находилось на верхнем, нижнем или заднем долях ОСЖ. Полное удаление ОСЖ с сохранением ветвей лицевого нерва было выполнено 18 (7,1 %) больным, у которых опухоль находилось в глубокой доле ОСЖ, 4 (1,6 %) больным была проведена эндовидеоассистированное удаление опухоли. Исходя из объема оперативного вмешательства у первой группы больных, можно полагать, что у 235 (92,9 %) человек плеоморфная аденома была локализована на поверхностной доле ОСЖ, а у 18 (7,1 %) больных образование было локализовано в глубокой доле ОСЖ.

При изучении архивных данных послеоперационных морфологических заключений данной группы больных было установлено, что в подавляющем большинстве случаев у 227 (89,7 %) человек в ПА отмечается преобладание мезенхимального (миксоид/хондроид) компонента. ПА с преобладанием эпителиального компонента наблюдали у 11 (4,3 %) больных, остиальные структурные виды плеоморфных аденом — у 15 (6 %) больных. Необходимо отметить важную роль фиброзной капсулы в оценке плеоморфной аденомы для данной группы больных, так как ее состояние может играть важную прогностическую роль при возникновении рецидива. У 157 (62,0 %) человек фиброзная капсула была хорошо выражена, характеризовалась на всем протяжении равномерной толщиной, не содержала опухолевых структур, волокна плотно прилегали друг к другу. У 78 (30,8 %) человек капсула была частично или полностью истончена и состояла из тонких волокон, в 16 (6,3 %) случаях частично отсутствовала и полностью — у 2 (1,1 %) больных.

Вторая группа: вторая группа была сформирована из 24 больных (сюда входят первично прооперированные в других медицинских учреждениях), поступивших на лечение в клинику челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова по поводу рецидива плеоморфной аденомы ОСЖ с 2002 по 2021 гг. Среди них было 2 мужчин и 22 женщины, возрастом от 23 до 72 лет (средний $48,6 \pm 14,84$ лет, $P=95$ 6,18, женщины — $49,5 \pm 14,84$ лет, $P=95$ 6,58, мужчины — $39 \pm 9,89$ лет, $P=95$ 88,94).

При рецидиве плеоморфной аденомы в большинстве случаев была проведена экстирпация ОСЖ с сохранением или без сохранения ветвей лицевого нерва. Выбор объема хирургического вмешательства во многом определялся локализацией и размером опухоли. Анализируя архивные данные, было выявлено, что для 7 (29,2 %) больных методом выбора хирургического лечения плеоморфной аденомы стала экстракапсулярная энуклеация; 5 (20,8 %) больным с рецидивом ПА околоушная слюнная железа была удалена с сохранением и без сохранения лицевого нерва, 4 из которых была выполнена нейропластика. У 7 (29,2 %) больных была применена поверхностная паротидэктомия ОСЖ, 1 (4,2 %) больному был удален нижний полюс ОСЖ. У 18 (75,8 %) больных второй группы образование было локализовано в поверхностной доле ОСЖ, у 5 (20,8

%) больных опухоль была в глубокой доле ОСЖ, и у 1 (4,2 %) больного — в просвете нижнего полюса ОСЖ.

При изучении результатов послеоперационного морфологического исследования рецидивирующих плеоморфных аденом было выявлено, что в 20 (83,4 %) случаях ПА имела преобладание мезенхимального компонента с мультицентричным ростом. Мономорфный вариант ПА, солидный вариант ПА, также преобладание миоэпителиального компонента, были выявлены в каждом у 2 больных (8,3 %). Что касается фиброзной капсулы, у 14 (58,3 %) человек она была хорошо выражена, в 6 (25 %) случаях капсула была истончена, в трех (12,5 %) частично отсутствовала. У одного больного (4,2 %) капсула отсутствовала полностью.

Ретроспективный анализ историй болезни больных с неопухолевым процессом околоушной слюнной железы. В рамках анализа архивных данных 537 больных также было выявлено 144 (26,8 %) человек, послеоперационное гистологическое исследование у которых не выявило опухолевого роста. Средний возраст данной группы больных составил 53,6 ($\pm 15,2$, $P=95$ 2,56) лет, возрастной диапазон — от 22 до 89 лет, средний возраст мужчин составил 53,5 ($\pm 14,2$, $P=95$ 4,00) лет, женщин — 53,7 ($\pm 15,7$, $P=95$ 3,39) лет.

При анализе результатов послеоперационного гистологического исследования было выявлено, что у подавляющего большинства, 104 (72,7 %) человек, по результатам послеоперационного гистологического заключения был выявлен лимфоэпителиальный сиалоаденит; у 25 (17,5 %) пациентов, по данным послеоперационного гистологического заключения, была выявлена киста ОСЖ, также у 6 (4,2 %) пациентов было выявлено склерозирующий поликистозный аденоз ОСЖ, у 8 другие виды неопухолевых эпителиальных образований.

Результаты диспансерного послеоперационного обследования больных, прооперированных по поводу плеоморфной аденомы. На этом этапе исследования 277 больных прооперированных по поводу ПА ОСЖ были приглашены на контрольный осмотр в онкологическом отделении № 8 (челюстно-лицевой хирургии) и клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России. Из 277 человек на диспансерное обследование явился 248 больной; с 29 больными связь установить не удалось, или они отказались явиться на осмотр. Всем было предложено проведение УЗ-исследования. Из 248 человек от выполнения УЗ-диагностики отказались 202 (81,5 %), ссылаясь на отсутствие объективных жалоб, 46 (18,5 %) больных, в том числе 36 (78,3 %) женщин и 10 (21,7 %) мужчин, согласились. Возраст больных составлял от 19 до 66 лет (средний возраст составил 43,7 ($\pm 12,1$, $P=95$ 3,68) года, женщины — 44,2 ($\pm 11,9$, $P=95$ 4,05) года, мужчины — 41,9 ($\pm 14,3$, $P=95$ 10,26) года). Также же на этом этапе было принято решение из общей группы больных с ПА ОСЖ сформировать две подгруппы по признаку первичности опухолевого процесса. В первую

подгруппу вошли 253 больных (91,3 %) с первичной опухолью ОСЖ (все больные данной подгруппы впервые обратились за медицинской помощью по поводу данного заболевания). Во вторую подгруппу вошли 24 больных (8,7 %) с рецидивом.

Первая подгруппа. Из 46 прооперированных по поводу плеоморфной аденомы ОСЖ, согласившихся на послеоперационное диспансерное УЗИ или проведение МРТ, в первой подгруппе (с первичным опухолевым процессом ОСЖ) находились 34 человек, в том числе 11 (32,4 %) больных мужского и 23 (67,6 %) — женского пола. В ходе проведенного контрольного УЗИ или МРТ в первой подгруппе признаки рецидива новообразования ОСЖ были выявлены у 5 из 34 больных (14,7 %).

В первой подгруппе находились 34 человек, в том числе 11 (32,4 %) больных мужского и 23 (67,6 %). Возраст больных первой подгруппы на момент прохождения обследования составил от 25 до 66 лет (средний 43,8 ($\pm 12,75$, $P=95$ 4,45) лет, женщин — 44,7 ($\pm 12,27$, $P=95$ 5,18) лет, мужчин — 41,9 ($\pm 14,34$, $P=95$ 10,26) лет). Средний размер опухоли у больных первой подгруппы составил 2,5×1,9 см (минимальный размер — 0,5×0,5 см, максимальный — 6,0×4,2 см). Среди больных первой подгруппы с зарегистрированным рецидивом образования, по данным УЗИ-контроля, в отдаленном периоде наблюдения был один (20,0 %) мужчина и четыре (80,0 %) женщины.

Среднее время проведения послеоперационного УЗ-исследования составило 62,6 ($\pm 53,08$, $P=95$ 18,52)), 5,2 года (0,3–17,2 года)) месяца.

Средний срок возникновения рецидива новообразования ОСЖ после выполнения оперативного вмешательства у больных первой подгруппы составил 107,8 ($\pm 67,07$, $P=95$ 83,28) месяцев или 9,2 ($\pm 6,09$, $P=95$ 7,56) года (3,2–17,2 года). При удалении новообразования ОСЖ у больных с выявленным при послеоперационном диспансерном обследовании рецидивом применялась экстракапсулярная энуклеация — у 3 (60 %) больных, поверхностная паротидэктомия вместе с опухолью — у 2 (40 %). При детальном изучении первичных морфологических заключений больных первой подгруппы было выявлено, что у всех 5 человек с рецидивом была верифицирована плеоморфная аденома с преобладанием мезенхимального компонента. Немаловажным является тот фактор, что у 4 больных (80,0 %) были выявлены морфологические признаки истончения капсулы с частичным прорастанием капсулы в структуру плеоморфной аденомы. У 1 больного (20,0 %) капсула опухоли была только истончена. Из всех больных с рецидивом опухоли ОСЖ из первой подгруппы только у одного (№ 20) имелись достаточно неоднозначные результаты цитологического исследования материала, полученного при выполнении ТАПБ под контролем УЗИ ОСЖ с целью верификации процесса на этапе предоперационного исследования (Заключение: «Аденома-?; аденолимфома-? ОСЖ»). Таким образом, на этапе предоперационного обследования больных часто имеет место несовпадение

данных, полученных при УЗИ, и цитологического исследования материала, полученного ТАПБ под контролем УЗИ с целью верификации процесса. С нашей точки зрения, в таких случаях необходимо проведение дообследования больного в объеме МРТ-исследования ОСЖ. При наличии предварительного диагноза «новообразование ОСЖ» для подтверждения и более точной верификации процесса 5 больных первой подгруппы были направлены на МРТ-исследование и ТАПБ или инцизионную биопсию.

При наличии предварительного диагноза «новообразование околоушной слюнной железы» для подтверждения и более точной верификации процесса 5 больных первой подгруппы были направлены на МРТ-исследование ОСЖ, трем из которых было проведено МРТ-исследование; одному больному проведена инцизионная биопсия с рекомендацией к проведению биопсии близлежащих лимфоузлов (опухолевого роста обнаружено не было), один больной отказался от дальнейшего обследования.

Вторая подгруппа. Вторая подгруппа состояла из 24 больных, пройти обследование в отдаленном послеоперационном периоде согласились только 12 больных; 12 человек отказались, сославшись на субъективное отсутствие жалоб со стороны ОСЖ и клинических проявлений рецидива опухоли при визуальном осмотре. Все больные были женского пола и на момент прохождения послеоперационного диспансерного обследования имели возраст от 23 до 72 лет. Средний возраст составил 48,6 ($\pm 14,64$, $P=95$ 6,18) лет.

Средний временной период послеоперационного УЗ-исследования составил 66,2 ($\pm 33,63$, $P=95$ 21,37) мес, или 5,8 лет (от 0,58 до 9,9 лет).

Средний срок выявления рецидива новообразования ОСЖ после выполнения оперативного вмешательства у больных второй подгруппы составил 79,5 ($\pm 24,74$, $P=95$ 222,35) мес, или 6,6 лет (от 5,2 до 9,9).

Средний размер опухоли у больных второй подгруппы составил 2,3×1,8 см (от 0,8×0,6 до 5,0×4,6 см). Из 12 обследованных человек второй подгруппы было выявлено 2 (16,7 %) больных с повторно зарегистрированным рецидивом доброкачественного новообразования ОСЖ.

Большими были выбраны следующие хирургические подходы при удалении рецидива доброкачественного новообразования ОСЖ (плеоморфной аденомы), а именно: экстирпация ОСЖ вместе с опухолью с сохранением ветвей лицевого нерва (нейропластика) и поверхностная паротидэктомия ОСЖ с препаровкой ветвей лицевого нерва. Методы оперативного вмешательства у прооперированных больных второй подгруппы с выявленным рецидивом опухоли ОСЖ (n=2) представлены на.

По результатам морфологического заключения двух больных с выявленным повторным рецидивом опухоли ОСЖ у одного больного морфологическое строение плеоморфной аденомы имело особенности в виде преобладания хондроидного и миксоидного компонентов. У второго

больного верифицирована пролиферирующая плеоморфная аденома с фолликулярной гиперплазией лимфоузлов. По данным проведенного морфологического исследования, капсула рецидивной плеоморфной аденомы была целостна у обоих больных.

Морфологическое исследование послеоперационных опухолевых материалов, в частности, пеломорфной аденомы. Толщина капсулы у одного и того же больного с плеоморфной аденомой неоднородна и может быть хорошо представленной на одних участках и значительно тоньше на других, полностью или частично отсутствовать. Макро- и микроскопические параметры капсулы ПА являются ключевыми факторами прогноза возникновения рецидива, поэтому нами было проведено морфометрическое исследование ее строения. Для реализации этого были изучены операционный материал 11 больных с первичным опухолевым процессом ОСЖ (первая подгруппа), включая 6 человек без рецидива и 5 с верифицированными рецидивами в отдаленном периоде наблюдений. Все послеоперационные гистологические материалы были обработаны в соответствии с порядком МЗ РФ по унификации гистологических и гистохимических методов исследования биопсионного и операционного материалов. Для получения общей морфологической характеристики ткани исследуемого материала (плеоморфной аденомы) фиксировали в 10 %-ном растворе нейтрального забуференного формалина и в стандартном порядке подвергали заливке в парафин. После чего были приготовлены серийные срезы толщиной в 5–6 мкм каждого блока, окрашенные гематоксилином и эозином. Были изучены особенности строения капсулы, ее толщина в различных по морфологическому строению участках новообразования ОСЖ больных с выявленным рецидивом ПА в отдаленном периоде наблюдения, а также без рецидива. Морфологическое исследование материалов проводилось на кафедре патологической анатомии с патологоанатомическим отделением ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (заведующий кафедрой — докт. мед. наук, профессор М. Г. Рыбакова). Для исследования препаратов был использован микроскоп (окуляр с увеличением 2,5, объектив — 10). Для оценки гистоморфометрических данных была использована компьютерная программа «ВидеоТест Морфология», состоящая из микроскопа проходящего света, компьютера, цветной системы ввода высокого разрешения и специализированного программного обеспечения.

Морфологическое и морфометрическое исследование больных первой подгруппы. На первом этапе методом генерации случайных чисел были отобраны больные, проведена морфометрия послеоперационных гистологических препаратов у 6 больных первой подгруппы с плеоморфной аденомой без рецидива в отдаленном послеоперационном периоде наблюдения (5 женщин и 1 мужчина). Возраст больных в момент исследования составил от 35 до 69 лет,

(средний — 47,5 года, женщины — $48,4 \pm 14,51$ года, мужчина — 35 лет). Среднее время диспансерного обследования после операции для данной группы составило 42 мес., (3,5 года).

В соответствии с поставленными целями и задачами оценивались такие параметры, как полноценность капсулы, ее толщина в разных срезах. Общее количество точек измерения по всем препаратам составило 141 (таблица 3).

Таблица 3. Данные морфометрического исследования капсулы плеоморфной аденомы ОСЖ

Больной	Количество срезов измерения	Средняя толщина капсулы, мкм	Макс. толщина капсулы, мкм	Мин. толщина капсулы, мкм	Соотношение макс./мин. толщины капсулы
А	21	68,70 ($\pm 12,47$, P=95 5,67)	86,51	47,48	1,82
Б	15	106,63 ($\pm 12,34$, P=95 6,83)	126,05	80,6	1,56
В	30	73,58 ($\pm 9,66$, P=95 3,60)	92,36	54,14	1,70
Г	27	63,16 ($\pm 5,71$, P=95 2,25)	71,90	48,36	1,48
Д	21	109,25 ($\pm 13,5$, P=96 6,14)	129,21	84,6	1,52
Е	27	82,98 ($\pm 9,33$, P=95 3,69)	110,08	66,5	1,65
Среднее значение	23,5 ($\pm 5,05$, P=95 5,77)	81,48 ($\pm 19,78$, P=95 3,29)	102,67 ($\pm 22,89$, P=95 24,02)	63,61 ($\pm 16,24$, P=95 17,05)	1,6 ($\pm 0,12$, P=95 0,12)

В ходе изучения препаратов 6 больных было выявлено, что капсула ПА была хорошо выражена, с небольшими участками истончения. В ходе исследования не было выявлено корреляции между размером плеоморфной аденомы и состоянием капсулы. Средняя толщина капсулы составила $84,05 (\pm 19,63, P=95 20,60)$ мкм. Наименьшая ее толщина было выявлена у больного А, которое составило 47,48 мкм, стоит также отметить, что соотношение у больного А между толстой и тонкой частями капсулы составило 1,8.

В ходе исследований и как показано в таблица 16, было выявлено, что у больного Б капсула имеет, в среднем, толщину $106,63 (\pm 12,34, P=95 6,83)$ мкм (см. рисунок 4).

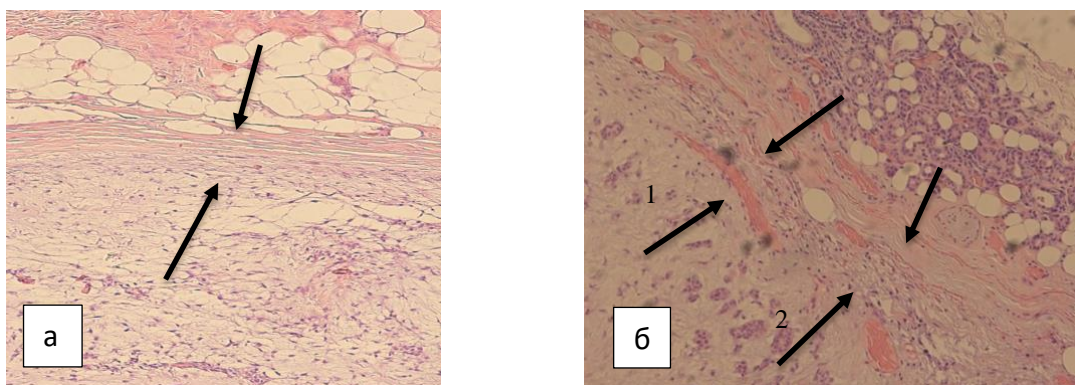


Рисунок 4. Гистологический препарат ПА больного А., 55 лет (а). Капсула хорошо выражена в зоне миксоидного компонента, место наименьшей толщины указано стрелками и составляет 47,48 мкм. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 300$. Гистологический препарат ПА больного Б., 34 года (б). Капсула полноценна, наименьшая толщина (стрелка 1) составляет 80,6 мкм, наибольшая (стрелка 2) — 126,05 мкм. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 300$

Морфологическое и морфометрическое исследование больных второй подгруппы. Из больных первой подгруппы была сформирована группа сравнения, куда были включены 5 больных с верифицированным рецидивом плеоморфной аденомы в отдаленном периоде наблюдения. В данной группе соотношение количества больных по половому признаку было следующим: 1 больной мужского и 4 больных женского пола, возрастные колебания в момент исследования в отдаленном периоде наблюдения составили от 28 до 63 лет, средний возраст — $48 (\pm 13,38, P=95\ 14,04)$ лет (женщины — $49,2 (\pm 14,60, P=95\ 18,12)$ года, мужчина — 42 года). Для данной группы средний временной промежуток послеоперационного диспансерного обследования с выявлением рецидива плеоморфной аденомы ОСЖ с последующей верификацией составил 105,8 (8,8 года) мес.

Как и у больных первой подгруппы без рецидива, для данной группы было аналогично оценено состояние и целостность капсулы, а также толщина капсулы в разных срезах. Общее количество точек измерений составило 135 при среднем количестве 27, стандартное отклонение — $\pm 11,55$ (см. *таблица 4*).

Как следует из микроскопических и гистологических исследований больных с рецидивом плеоморфной аденомы, у 80 % плеоморфных аденом капсула была истончена с прорастанием в ткани плеоморфной аденомы. Морфометрия капсулы плеоморфных аденом с рецидивом выявила, что средняя толщина капсулы составила $15,4 (\pm 4,49, P=95\ 5,58)$ мкм.

Также в ходе исследования было обнаружено наиболее значительное истончение у больного Г.*, которое составило 5,2 (*рисунок 5*).

Таблица 4. Данные морфометрического исследования капсулы плеоморфной аденомы у больных с рецидивом опухоли ОСЖ

Больной	Количество срезов измерения	Средняя толщина капсулы, мкм	Макс. толщина капсулы, мкм	Мин. толщина капсулы, мкм	Соотношение толщины капсулы (макс/мин)
А.	35	19,8 ($\pm 6,95$, P=95 2,38)	28,37	9,04	3,1
Б.	26	8,1 ($\pm 0,85$, P=95 0,34)	9,79	5,94	1,6
В.	9	17,75 ($\pm 17,16$, P=95 13,19)	42,81	5,46	7,80
Г.	39	16,84 ($\pm 16,17$, P=95 5,24)	43,66	5,20	8,40
Д.	26	14,63 ($\pm 9,83$, P=95 3,97)	33,86	5,77	5,90
Среднее значение	27 ($\pm 11,55$, P=95 14,34)	15,4 ($\pm 4,49$, P=95 5,58)	31,7 ($\pm 13,8$, P=95 17,13)	6,28 ($\pm 1,57$, P=95 1,95)	5,36 ($\pm 2,95$, P=95 3,66)

Таким образом, наибольшее истончение капсулы отмечается у пациента Г. (рисунок 22) при ее максимальной толщине 43,66 мкм. Соотношение участков наименьшего утончения с максимальной толщиной составило 1,8.

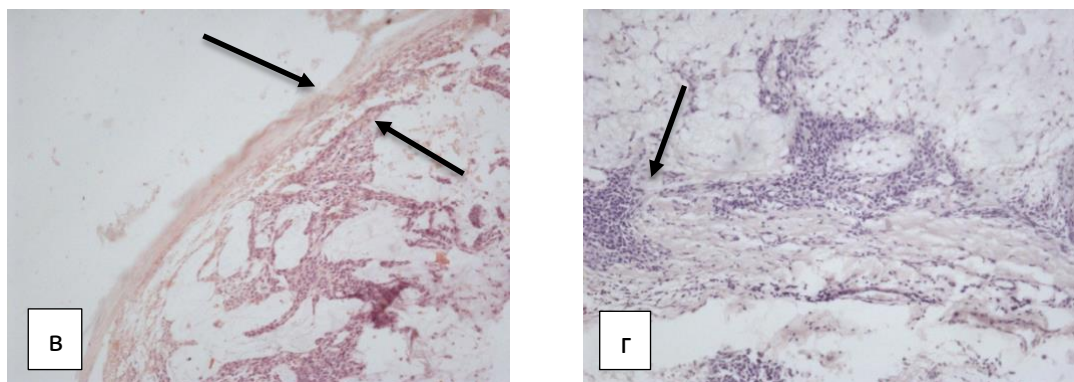


Рисунок 5. Гистологический препарат ПА больного Г.*, 60 лет (в). Капсула значительно истончена до 5,2 мкм. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 300$ Гистологический препарат ПА больного Д.*, 42 года (г). Капсула истончена, прорастает в опухолевую ткань. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 300$

Сравнительный анализ полученных данных. В ходе сравнения гистологических и морфометрических данных характеристик фиброзной капсулы (см. таблицы 16, 17) у больных первой подгруппы без рецидива и с наличием рецидива ПА в отдаленном периоде наблюдения

было выявлено: капсула плеоморфной аденомы у больных без рецидива была полноценна без участков прорастания в ткань плеоморфной аденомы несмотря на наличие участков с истончением; также стоит отметить разброс толщины капсулы, от 1,52 до 1,82, в среднем — 1,6 ($\pm 0,12$, $P=95\ 0,12$).

У 80 % больных с рецидивом плеоморфной аденомы по гистологическим и морфометрическим исследованиям выявлено истончение капсулы ПА с участками прорастания в ткани опухоли; в данной группе исследуемых разброс толщины капсулы составил от 1,6 до 8,4, в среднем — 5,36 ($\pm 2,95$, $P=95\ 3,66$).

Для выявления статистически значимой зависимости толщины капсулы плеоморфной аденомы и вероятности возникновения рецидива нами был проведен статистический сравнительный анализ данных морфометрии больных 1-й и 2-й подгрупп.

Исходя из полученных данных о толщине капсулы плеоморфной аденомы у больных с рецидивом и без такового (таблица 5), в обеих группах $p = <0,005$ (Колмогорова-Смирнова), из чего следует, что применение параметрических методов нецелесообразно.

Таблица 5. Параметры капсулы больных с рецидивом плеоморфной аденомы ОСЖ и без него

Подгруппа	Кол-во срезов измерения	Средняя толщина капсулы, мкм	Макс. толщина капсулы, мкм	Мин. толщина капсулы, мкм	Медиана	Квартиль 1	Квартиль 3
Без рецидива	141	81,48 ($\pm 19,78$, $P=95\ 3,29$)	129,21	47,48	78,14	66,56	93,63
С рецидивом	135	15,4 ($\pm 4,49$, $P=95\ 5,58$)	43,66	5,20	8,94	6,89	25,37

Было принято решение о применении непараметрических методов статистического анализа, в частности, критерия Вилкоксона–Манна–Уитни.

Статистическая обработка параметров обеих групп показал, что группы статистически значимо различаются по среднему параметру $p = <0,0001$. Это подтверждается тем, что у больных, у которых не был выявлен рецидив, значение медианы толщины капсулы составило

78,14 (66,56–93,63), у больных с рецидивом значение медианы составило 8,94 (6,89–25,37); данная закономерность представлена на *рисунке 6*.

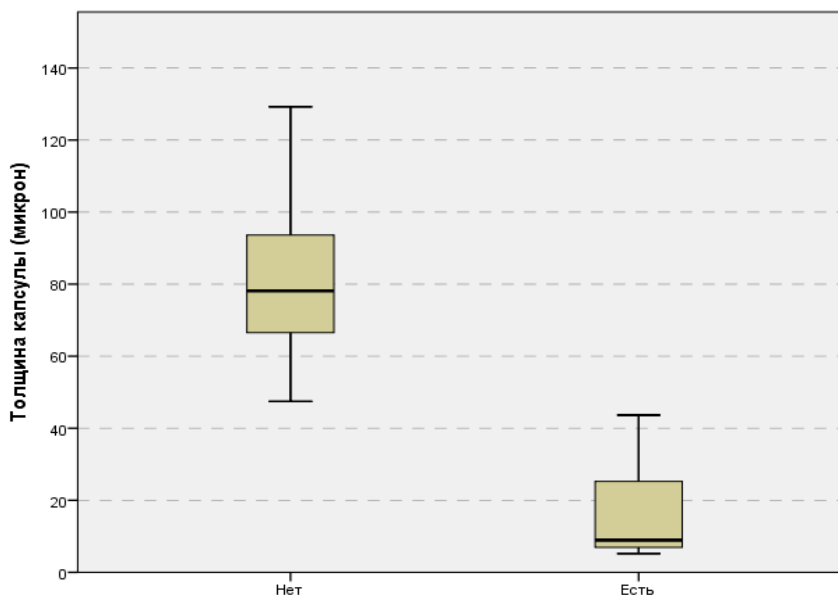


Рисунок 6. Соотношение толщины фиброзной капсулы плеоморфной аденомы и наличия или отсутствия рецидива у больных с плеоморфной аденомой ОСЖ.

Также стоит отметить, что статистически значимо отличалась минимальная и максимальная толщина капсулы у больных с рецидивом и без (*таблица 6*).

В группе больных без рецидива ПА медиана минимальной толщины составила 60,32 (48,36–80,6), в группе больных с рецидивом ПА медиана минимальной толщины капсулы составила 5,77 (5,46–5,94) ($p=0,024$) (*рисунок 7*).

Таблица 6. Параметры капсулы больных с рецидивом плеоморфной аденомы ОСЖ и без такового

Подгруппа	Кол-во больных	Средняя толщина капсулы, мкм	Макс. толщина капсулы, мкм	Мин. толщина капсулы, мкм	Медиана	Квартиль 1	Квартиль 3
Без рецидива	6	63,61 ($\pm 16,24$, P=95 17,05)	84,6	47,48	60,32	48,36	80,6
С рецидивом	5	6,28 ($\pm 1,57$, P=95 1,95)	9,04	5,20	5,77	5,46	5,94

Без рецидива	6	102,67 (±22,89, P=95 24,02)	129,21	71,9	101,22	86,51	126,05
С рецидивом	5	31,7 (±13,8, P=95 17,13)	43,66	9,79	33,86	28,37	42,81

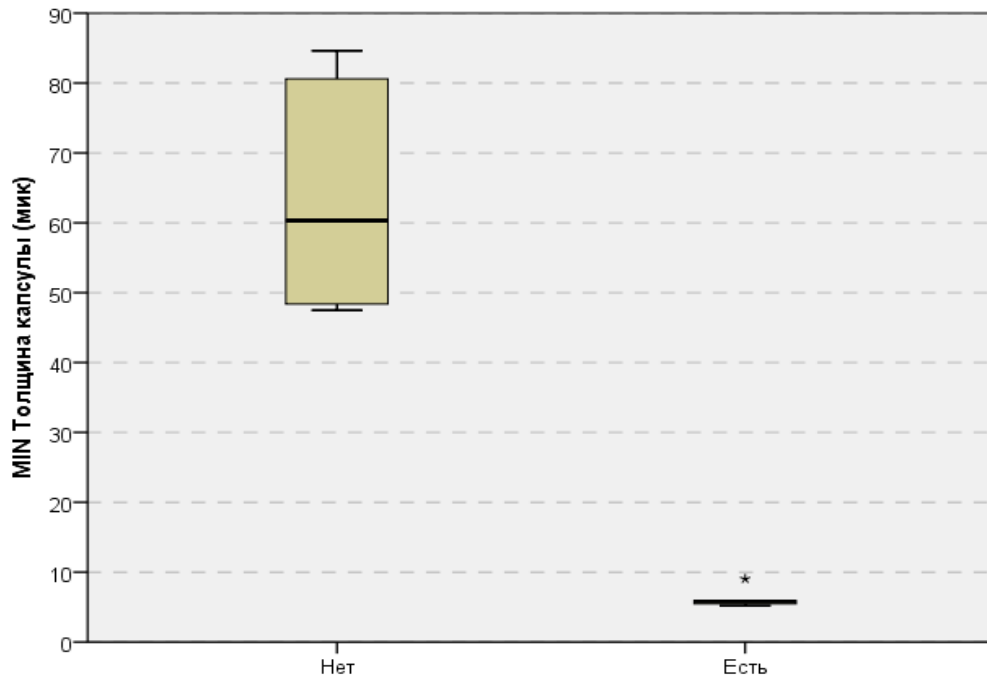


Рисунок 7. Минимальная толщина капсулы плеоморфной аденомы ОСЖ больных с рецидивом и без.

Статистически значимо отличалась и медиана максимальной толщины капсулы плеоморфной аденомы у больных с рецидивом и без. Медиана максимальной толщины капсулы плеоморфной аденомы больных без рецидива составила 101,22 (86,51–126,05), медиана у больных с рецидивом составила 33,86 (28,37–42,81) ($p=0,024$) (рисунок 8).

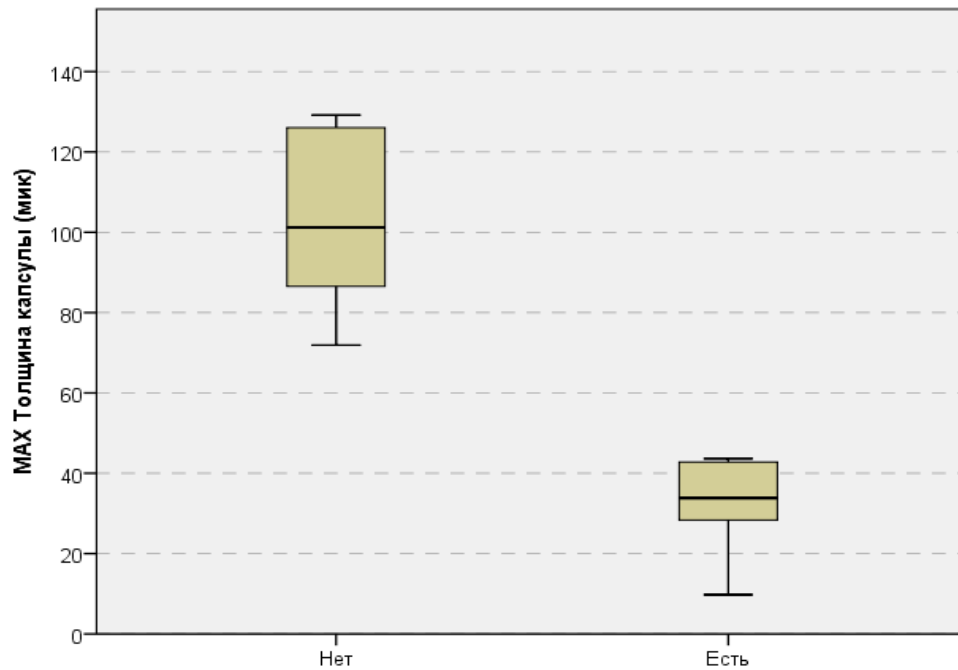


Рисунок 8. Максимальная толщина капсулы плеоморфной аденомы ОСЖ больных с рецидивом и без.

Алгоритм ведения больных с новообразованием околоушной слюнной железы. На основании изучения особенностей морфологического строения плеоморфной аденомы и фиброзной капсулы, обзора отечественной и зарубежной литературы, а также ретроспективного анализа архивных данных нами был разработан алгоритм введения больных с плеоморфной аденомой ОСЖ как при подготовке к операции, так и в послеоперационном периоде. Предоперационный диагностический план включает клинические и инструментальные методы обследования, такие как УЗИ, КТ и МРТ. Для установления морфологического типа новообразования также выполняется ТАБ-биопсия под контролем УЗИ ОСЖ. При наличии предоперационного цитологического заключения «Плеоморфная аденома ОСЖ», а также исходя из современных тенденций хирургических подходов «от простого к сложному», в данном алгоритме вместо метода выбора хирургического лечения в объеме экстракапсулярной энуклеации мы рекомендуем применять хирургическое лечение в объеме удаления плеоморфной аденомы ОСЖ в пределах здоровой ткани ОСЖ с отступом от капсулы плеоморфной аденомы от 0,9 см при предоперационного верифицированной плеоморфной аденомой меньше 2,5 см. Нами также предложено послеоперационное пожизненное диспансерное наблюдение в объеме УЗИ-исследования один раз в год. Данный алгоритм представлен на *рисунок 9*.



Рисунок 9. Алгоритм выбора ведения и хирургического лечения больных с плеоморфной аденомой ОСЖ

ВЫВОДЫ

1. Рецидив плеоморфной аденомы ОСЖ был выявлен у 32 больных (11,5 %) из 277 проанализированных (25 больных выявлены при ретроспективном анализе историй болезни, 5 — в ходе исследования из первой подгруппы 1, 2 — из второй подгруппы).

2. Анализ результатов морфологического исследования операционного материала позволил выявить следующую закономерность: в 89,7 % из 253 числа верифицированных случаев ПА околоушной слюнной железы чаще всего имело место морфологическое заключение «Плеоморфная аденома с преобладанием миксоидного (мезенхимального) компонента», при этом миксоидный (мезенхимальный) компонент плеоморфной аденомы преобладал как у первичных больных, так и у больных с рецидивом опухоли.

3. Только 13,0 % больным в предоперационном периоде была проведена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ для верификации образования околоушной слюнной железы; частота выявления плеоморфной аденомы составила 47,1 %. Это позволяет утверждать, что данный метод является целесообразным компонентом предоперационной диагностики у больных с доброкачественными новообразованиями ОСЖ на этапе планирования хирургического вмешательства.

4. У всех больных с рецидивом новообразования ОСЖ выявлено наличие УЗИ-признаков рецидива, в то время как по результатам цитологического исследования, полученного при ТАПБ под контролем УЗИ ОСЖ на этапе предоперационного исследования рецидива заболевания, цитологические признаки наличия рецидива плеоморфной аденомы получены лишь в 40,0 % образцах. Это свидетельствует о целесообразности включения УЗИ-диагностики в комплекс мер при динамическом наблюдении за больными после хирургического лечения доброкачественных новообразований ОСЖ.

5. У 143 (30,1 %) пациентов послеоперационное морфологическое заключение выявило неопухолевые эпителиальные образования, что еще раз подтверждает целесообразность включения ТАПБ под контролем УЗИ в обязательную предоперационную диагностику.

6. У 41,7 % больных с первичным рецидивом имеется истончение или частичное отсутствие капсулы, а также ее прорастание в структуры плеоморфной аденомы.

7. Морфометрия капсулы плеоморфной аденомы выявила, что толщина капсулы плеоморфной аденомы от 5,2 мкм до 44,66 мкм можно расценивать как фактор риска рецидива опухоли.

8. По данным обзора литературы предполагаемые узлы спутники/сателлиты локализуются от фиброзной капсулы ПА ОСЖ на расстояние от 0,45 до 0,85 см.

9. По данным послеоперационного диспансерного обследования больных, прооперированных по поводу первичного роста плеоморфной аденомы, УЗИ признаки рецидива новообразования околоушной слюнной железы, наблюдалась через 17,2 года после операции, что легло в основу разработки алгоритма ведения больных с новообразованиями околоушной слюнной железе, в частности плеоморфной аденомы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При планировании оперативного вмешательства по поводу новообразований околоушной слюнной железы рекомендовано применять в обязательном порядке тонкоигольную аспирационную -биопсию под контролем УЗИ для верификации новообразования на предоперационном этапе.

2. На основании полученных результатов морфометрии и статистического анализа рекомендуется исключить экстракапсулярную энуклеацию в качестве метода выбора объема операции при удалении плеоморфной аденомы.

3. При планировании хирургического лечения плеоморфной аденомы (<2,5x2,5 см) рекомендуется применять как метод выбора удаление плеоморфной аденомы в пределах железистой ткани с отступом до 0,9 см взамен экстракапсулярной энуклеации/диссекции с целью уменьшить вероятность возникновения рецидива плеоморфной аденомы, связанного с объемом хирургического вмешательства.

4. На основании полученных данных послеоперационного УЗ и КТ диспансерного обследования больных, прооперированных по поводу плеоморфной аденомы, рекомендуется пожизненное ежегодное диспансерное обследование в объеме УЗ-исследования.

Список основных работ, опубликованных автором по теме диссертации

1. Яременко, А.И. Можно ли прогнозировать рецидив плеоморфной аденомы? Анализ архивных данных пациентов с плеоморфной аденомой по данным клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России / А.И. Яременко, С.И. Кутукова, Г.Г. Арутюнян, Н.Л. Петров // Институт Стоматологии. – 2019. - №4 (85). – С. 73-75 (включен в перечень ВАК).
2. Яременко, А.И. Частота рецидивов плеоморфной аденомы в отдаленном периоде наблюдения по данным клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России. / А.И. Яременко, С.И. Кутукова, Г.Г. Арутюнян, Н.Л. Петров // Стоматология для всех. 2020. - №3 (90) (включен в перечень ВАК).
3. Яременко, А.И. Клинико-морфологические параллели при хирургическом лечении больных плеоморфной аденомой околоушной слюнной железы. / А.И. Яременко, М. Г. Рыбакова, Г. Г. Арутюнян, С. И. Кутукова, Г. М. Нутфуллина, Н. Л. Петров // Head and neck/Голова и шея. 2021. – Т. 9, №4 (включен в перечень ВАК и Scopus).