

9. Zalyalova Z.A., Yakovleva L.Ja., Bogdanov E.I. *Non-motor Manifestations of Parkinson's Disease. Methodical Manual for Postgraduate Education. [Nemotornyye proyavleniya bolezny Parkinsona: Metodicheskoye posobiye dlya postdiplomnogo obrazovaniya]*. Kazan': KGMU; 2010. (in Russian)
10. Cloud L.J., Greene J.G. Gastrointestinal features of Parkinson's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2011. 11(4): 379–84.
11. Pfeiffer R.F. Non-motor Parkinsonism. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2007; 13: 211–20.
12. Zalyalova Z.A., Bogdanov E.I., Zabustova L.V., Latypova G.R. The present and the future to help patients with extrapyramidal disorders in the city of Kazan. *Neurologicheskiy vestnik.* 2007; 39(4): 91–3. (in Russian)
13. Ruvinskaya G.R., Zalyalova Z.A. Features dental follow-up of patients with Parkinson's disease. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal.* 2012; 6: 30–2. (in Russian)
14. Pozharitskaya M.M. *The Role of Saliva in the Physiology and Development of the Pathological Process in the Hard and Soft Tissues of the Oral cavity. [Rol' slyuny v fiziologii i razviti patologicheskogo protsessa v tvorydykh i myagkikh tkanyach polosti rta]*. Xerostomia: Methodical Manual. Moscow: GOU VUNMTs MZ RF; 2001. (in Russian)
15. Yoko Kishi. The best way to measure the performance of an ICP-MS. *Semiconductor News.* 2001; 2(1): 4–5.
16. *Method of determination of Trace Elements in Diagnosing Biosubstrates Atomic Spectrometry with Inductively Coupled Argon Plasma: Methodical Manual. [Metodika opredeleniya mikroelementov v diagnostiruyushchich biosubstratakh atomnoy spektrometriyey s induktivno svyazannoy argonovoy plazmoy; Metodicheskiye rekomendatsii]*. Moscow: Federal'nyy tsentr gossanepidnadzora MZ RF; 2003. (in Russian)
17. Petrovich Yu.A., Podorozhnaya R.P., Kichenko S.M. Gematosalivarny barrier. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal.* 2004; 4: 39–45. (in Russian)
18. Mubarakova L. N. Algorithm for diagnosis of bone lesions in the jaws of purulent inflammatory diseases of the maxillofacial region *Stomatologiya.* 2008; 87(3): 52–4. (in Russian)

Received 10.10.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.316-006-073.432

Тарасенко С.В., Смысленкова М.В., Шипкова Т.П., Руднев А.И.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ВКЛЮЧАЮЩАЯ СРАВНЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И СОНОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, Москва

В статье показана эффективность разработанного алгоритма ультразвуковой диагностики новообразований больших слюнных желез. При сравнительной оценке результатов преоперационной диагностики и удаленных новообразований не выявлено эхографических различий при исследовании в аналогичных проекциях.

Ключевые слова: слюнные железы; новообразования; диагностика.

Tarasenko S.V., Smyslyonova M.V., Shipkova T.P., Rudnev A.I.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, INCLUDING COMPARISON OF MORPHOLOGICAL AND SONOGRAPHIC FEATURES OF TUMORS OF SALIVARY GLANDS

A. I. Evdokimov Moscow state medical dental University Ministry of health of Russia

The article shows the efficiency of the developed algorithm of ultrasonic diagnostics of tumors of salivary glands. The comparative evaluation of the results of preoperative diagnosis and remote neoplasms not EchoCG revealed differences in the study in a similar projections.

Key words: salivary glands; neoplasms; diagnostics.

На долю новообразований больших слюнных желез (БСЖ) приходится до 5% всех новообразований челюстно-лицевой области [1–6]. Частота ошибок в диагностике новообразований слюнных желез составляет 7–46% [6, 7]. Ультразвуковое исследование является одним из ведущих методов диагностики состояний БСЖ, в том числе новообразований различного генеза [2, 8–10].

Цель работы – совершенствование диагностики новообразований БСЖ путем проведения ультразвукового исследования (УЗИ) высокого разрешения, позволяющего с высокой точностью судить о характере патологических процессов в железах.

Материал и методы

С целью изучения возможностей алгоритма УЗИ в диагностике новообразований БСЖ обследованы 205 пациентов с подозрением на заболевание БСЖ. Из них 68 пациентов с новообразованиями БСЖ получили хирургическое лечение на кафедре госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им А.И. Евдокимова.

Обследуемым пациентам проводили цитологическое исследование, УЗИ с цветовым доплеровским картированием (ЦДК). Определяли особенности топографии, кровоснабжения, гистологического состава опухолей БСЖ. Полученные данные использовали для определения необходимого объема оперативного вмешательства, предпочтительного оперативного доступа в каждом конкретном случае. Выполняли УЗИ

Для корреспонденции: Тарасенко Светлана Викторовна (Tarasenko S.V.), e-mail: prof_tarasenko@rambler.ru

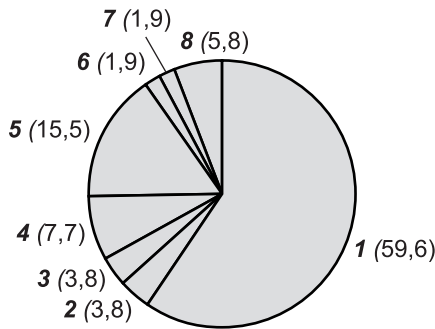


Рис. 1. Процентное соотношение пациентов в зависимости от гистологической структуры образования околоушной слюнной железы ($n = 52$; 76,5%).

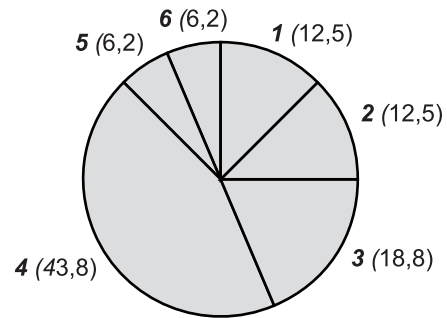


Рис. 2. Процентное соотношение пациентов в зависимости от гистологической структуры новообразования поднижнечелюстной и подъязычной слюнной железы ($n = 16$; 23,5%).

макропрепаратов удаленных новообразований для уточнения гистологической структуры опухоли и сравнения полученных в обоих случаях результатов. Макропрепараты направляли на патогистологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Новообразования доброкачественного характера были диагностированы у 63 пациентов, злокачественные – у 5. В околоушных слюнных железах новообразования были выявлены у 52 пациентов (рис. 1). В поднижнечелюстных и подъязычных железах новообразования локализовались у 16 пациентов (рис. 2).

Хирургическое лечение выполняли под эндотрахеальным наркозом. Оперативное вмешательство планировали с учетом данных клинического обследования и морфосонографического анализа (рис. 3), включающего УЗИ с использованием интраоперационного датчика с малой апертурой. Были выполнены 42 (61,8%) субто-

тальные резекции околоушной слюнной железы (рис. 4 на вклейке), 16 (23,5%) резекций поднижнечелюстной слюнной железы (рис. 5 на вклейке), 5 (7,4%) тотальных паротидэктомий (рис. 6 на вклейке), 2 (2,9%) резекции добавочной доли околоушной слюнной железы и 3 (4,4%) резекции подъязычной слюнной железы.

Плеоморфная аденома ($n = 40$; 58,8%) (рис. 7 на вклейке) визуализировалась образованием пониженной эхогенности, умеренно неоднородной эхоструктуры с наличием ровных или неровных, но всегда четких контуров, хорошо дифференцировалась капсула. Отмечено наличие дистального акустического усиления, выраженно в большей или меньшей степени. При ЦДК выявлены единичные сосудистые структуры малого диаметра с низкоскоростным кровотоком (линейная скорость кровотока 10–20 см/с) по периферии образования или признаки васкуляризации отсутствовали.

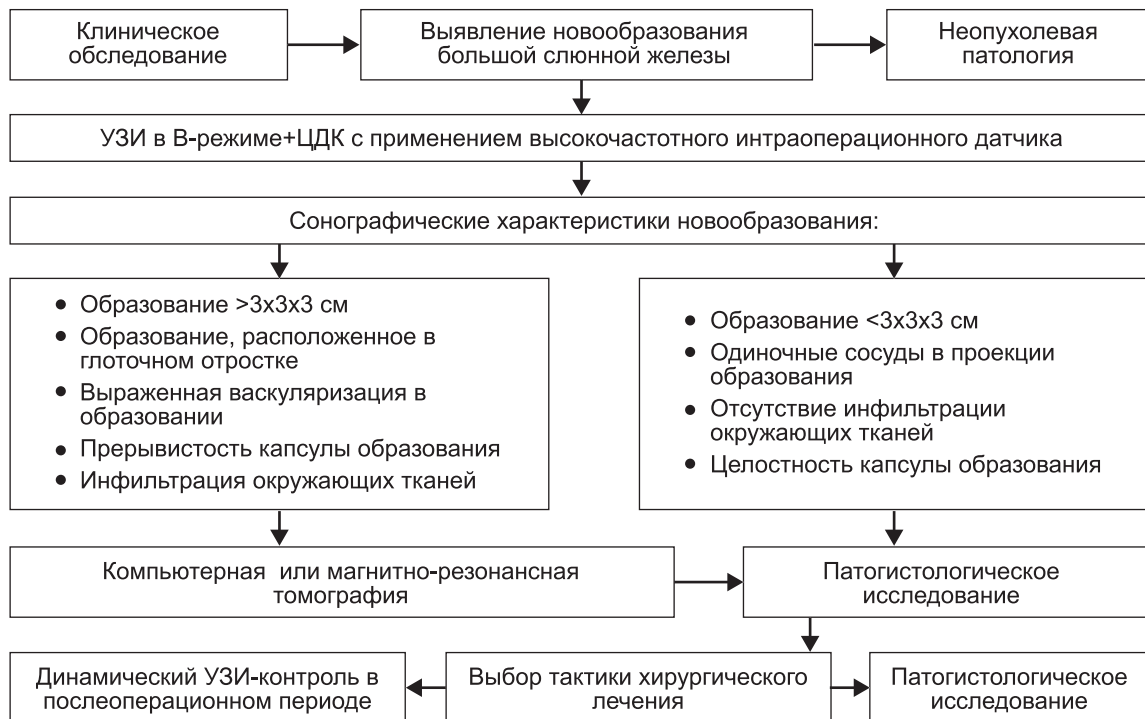


Рис. 3. Морфосонографический алгоритм обследования пациентов с новообразованиями больших слюнных желез, включающий УЗИ высокого разрешения.

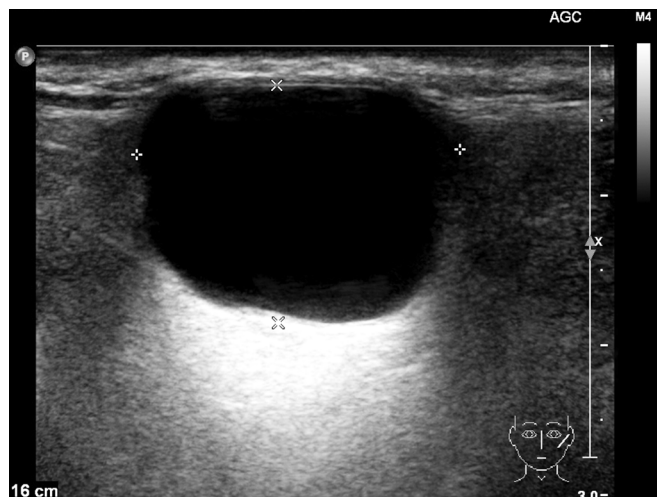


Рис. 9. Эхограмма больного П., 1938 года рождения, и/б № 671, с диагнозом: киста левой околоушной слюнной железы. В-режим: округлое образование $> 2,4 \times 2,2 \times 1,6$ см, расположенное на глубине 0,2 см от кожных покровов в верхнем отделе левой околоушной слюнной железы, жидкостного характера с наличием мелкодисперсной взвеси; режим ЦДК: образование аваскулярно.

Для эхографической картины *цистаденолимфомы* ($n = 10$; 14,7%) было характерно образование округлой формы с ровными четкими контурами, жидкостного характера, с наличием жидкостных компонентов и плотных включений. При доплерографии кровотоков в проекции образования не определялся, единичные сосудистые структуры визуализировались по капсуле образования (рис. 8 на вклейке).

Мономорфная аденома ($n = 4$; 5,9 %) визуализировалась образованием пониженной эхогенности с ровными четкими контурами. В 2 случаях отмечали дистальное акустическое усиление. Структура опухоли определялась практически однородной во всех случаях, что соответствовало преобладанию эпителиального компонента.

Рецидив плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы ($n = 2$; 2,9%) определялся в проекции зоны предыдущего оперативного вмешательства на фоне рубцово-измененных тканей как новообразование пониженной эхогенности с неровными нечеткими контурами. Кровоток в проекции образования не определялся за исключением единичных сосудов по капсуле новообразования.

Киста околоушной слюнной железы ($n = 1$; 1,5%) представляла собой образование с ровными, четкими контурами, внутри - мелкодисперсная взвесь и эхогенные аваскулярные компоненты (рис. 9).

Кисту подъязычной слюнной железы ($n = 3$; 4,4%) визуализировали в виде жидкостной структуры с капсулой. Кровоток в проекции образования не определялся.

Ультразвуковая картина *мукоэпидермоидной опухоли* ($n = 4$; 5,9%): четкие, ровные контуры, эхоструктура изохогенная (рис. 10 на вклейке).

Аденокарцинома ($n = 1$; 1,5%) визуализировалась как образование пониженной эхогенности с неровными контурами неоднородной структуры. Наличие васкуляризации центрального характера с преобладанием сосудов с артериальным кровотоком и достаточно высокими скоростными характеристиками – более 30 см/с – рассматривалось как неблагоприятный признак (рис. 11 на вклейке).

Сопоставляя данные результаты цитологического, ультразвукового (in vivo) и удаленных новообразований

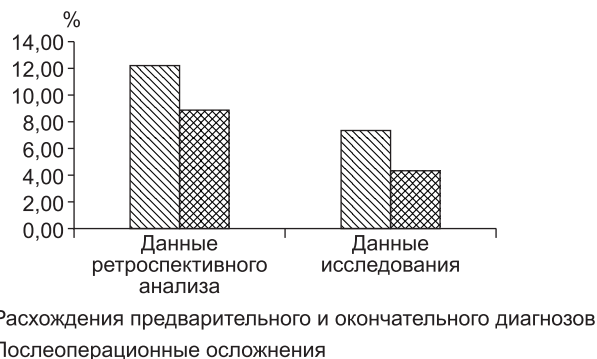


Рис. 12. Сравнительный анализ частоты расхождений предварительного и окончательного диагнозов и послеоперационных осложнений у пациентов в проведенном исследовании ($n = 68$) и у пациентов, включенных в ретроспективный анализ ($n = 442$).

БСЖ) и патогистологического исследований была выявлена корреляция результатов применения этих методов диагностики, свидетельствующая о прогностической значимости разработанного алгоритма УЗИ новообразований БСЖ. Расхождение предварительного и окончательного диагнозов отмечали в 5 (7,4 %) случаях из 68. У 3 (4,4%) пациентов, получивших лечение с УЗИ высокого разрешения, возникли послеоперационные осложнения, носившие транзиторный характер (парез одной из ветвей лицевого нерва, гематома). Это подтверждает правильность планирования оперативного лечения и эффективность морфосонографического анализа, включающего клиническое выявление новообразования, применение усовершенствованной методики сонографии с использованием высокочастотного интраоперационного датчика с малой апертурой, морфологическое исследование: цитологическое и гистологическое (см. рис. 3).

Для оценки эффективности сонографии высокого разрешения был проведен ретроспективный анализ историй болезни 442 пациентов за период с 2000 по 2010 гг. Расхождение предварительного и окончательного диагнозов отмечено в 54 (12,2%) случаях, осложнения зарегистрированы в 40 (9,1%) случаях (рис. 12).

Заключение

Ультразвуковая семиотика новообразований БСЖ коррелирует с данными как цитологического, так и гистологического исследования. Алгоритм УЗИ позволяет уточнить показания для выбора объема оперативного вмешательства. Эффективность разработанного алгоритма ультразвуковой диагностики у пациентов с новообразованиями БСЖ проанализирована по результатам хирургического лечения. При сравнительной оценке результатов предоперационного УЗИ новообразований БСЖ и удаленных новообразований не выявлено эхографических различий при исследовании в аналогичных проекциях.

ЛИТЕРАТУРА

- Gritzmann N., Hollerweger A., Macheiner P., Rettenbacher T., Hubner E. Sonography of the salivary glands. *Eur. Radiol.* 2003; 13: 364–75.
- Mendenhall W.M., Mendenhall C.M., Werning J.W., Riggs C.E., Mendenhall N.P. Adult head and neck soft tissue sarcomas. *Head & Neck.* 2005, 27: 916–22.
- Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. *Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез.* М.; 2008; 8–11.
- Быкова А.А., Кондрашин С.А., Агапов В.С., Задеренко И.А.

- Комплексная сонография в диагностике и лечении опухолей больших слюнных желез. *Сибирский онкологический журнал*. 2002; 4: 12–6.
5. Добромыслова Н.А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез. СГБ.: Эскулап, *Вопросы онкологии*. 2000; 46(4): 472–6.
 6. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М.: Медицина, 2000.
 7. Тимофеев А.А. *Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*. Киев; 2004.
 8. Howlett D.C. High resolution ultrasound assessment of the parotid gland. *Br. J. Radiol.* 2003; 76(904): 271–7.
 9. Liyanage S.H., Spencer S.P., Hogarth K.M., Makdissi J. Imaging of salivary glands, British Institute of Radiology. *Imaging*. 2007; 19, 14–27.
 10. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. *Опухоли слюнных желез*. М.: Meditsina; 2009.

Поступила 05.02.14

REFERENCES

1. Gritzmann N., Hollerweger A., Macheiner P., Rettenbacher T., Hubner E. Sonography of the salivary glands. *Eur. Radiol.* 2003; 13: 364–75.
2. Mendenhall W.M., Mendenhall C.M., Werning J.W., Riggs C.E., Mendenhall N.P. Adult head and neck soft tissue sarcomas. *Head & Neck*. 2005, 27: 916–22.

3. Afanas'ev V.V., Abdusalomov M.R. *Atlas of Diseases and injuries of the Salivary Glands. [Atlas zabolevaniy i povrezhdeniy slunnykh zhelez]*. Moscow; 2008: 8–11. (in Russian)
4. Bykova A.A., Kondrashin S.A., Agapov V.S., Saderenko I.A. Comprehensive sonography in the diagnosis and treatment of tumors of salivary glands. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2002; 4: 12–6. (in Russian)
5. Dobromyslova N.A. x-Ray Diagnostics of Tumors of the Salivary Glands. *Voprosy onkologii*. 2000; 46(4): 472–6. (in Russian)
6. Paches A.I. *Tumors of the Head and Neck. [Opukholi golovy i sheyi]*. Moscow: Meditsina; 2009. (in Russian)
7. Timofeev A.A. *Guide to Oral and Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry. [Rukovodstvo po chelustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii]*. Kyev, 2004. (in Russian)
8. Howlett D.C. High resolution ultrasound assessment of the parotid gland. *Br. J. Radiol.* 2003; 76(904): 271–7.
9. Liyanage S.H., Spencer S.P., Hogarth K.M., Makdissi J. Imaging of salivary glands, British Institute of Radiology. *Imaging*. 2007; 19, 14–27.
10. Paches A.I., Tabolinovskaya T.D. *Tumors of the Salivary Glands. [Opukholi slunnykh zhelez]*. Moscow: Meditsina; 2000. (in Russian)

Received 05.02.14

© ПИМЕНОВА М.П., 2014

УДК 616.314.17-002.2-06:616.127-005.8-036.11]-036.1

Пименова М.П., Арутюнов С.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, г. Москва

Хронический пародонтит и сердечно-сосудистые заболевания широко распространены в популяции, при этом наблюдается высокая частота развития осложнений и смертельных исходов в результате атеросклероза сосудов, в связи с этим необходимы большие затраты для их профилактики и лечения. В то же время заболевания пародонта возможно предотвратить и эффективно лечить. В данной статье представлены особенности течения хронических заболеваний тканей пародонта у больных с сердечно-сосудистой патологией, уточнен состав пародонтопатогенной микрофлоры у больных острым инфарктом миокарда, а также даны рекомендации по стоматологическому сопровождению больных острым инфарктом миокарда на госпитальном этапе.

Ключевые слова: хронический пародонтит; острый инфаркт миокарда; взаимосвязь; пародонтопатогенная микрофлора; атеросклероз.

Pimenova M.P., Arutyunov S.D.

PECULIARITIES OF CHRONIC INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASE PATIENTS ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

State Educational Institution of Higher Professional Education A.I. Evdokimov Moscow State Medical-Dental University Ministry of health of Russia, 127473, Moscow

Chronic periodontal disease and cardiovascular disease is widely distributed in the population, while the high frequency of complications and deaths in the result of atherosclerosis, in this regard, required large costs for their prevention and treatment. At the same time periodontal disease may be prevented or effectively treated. This article presents the peculiarities of chronic periodontal disease and in patients with cardiovascular pathology, the exact composition parodontopathogenic microflora in patients with acute myocardial infarction, as well as recommendations for dental escort of patients with acute myocardial infarction at the hospital stage.

Key words: periodontal disease; myocardial infarction; parodontopathogenic microflora; atherosclerosis.

В мировой стоматологической практике заболевания пародонта являются одними из наиболее распространенных стоматологических патологий, что обусловило повышенное внимание исследователей к ее этиологии и патогенезу для прецизионной терапии различных форм пародонтита. Вос-

паление и деструктивные процессы в тканях пародонта на фоне снижения иммунологической реактивности организма и неспецифических факторов защиты разрушают естественную опору зуба, ведут к рецессии десны и, как правило, к потере зуба. Такая терапия в большинстве случаев паллиативная, и поэтому ощутимых успехов в лечении достичь не удается [1–6].

Сегодня большое количество исследований посвящено выявлению связи заболеваний пародонта с рядом социально-

Для корреспонденции: Пименова Мария Павловна (Pimenova M.P.), e-mail: squirrel84@list.ru.

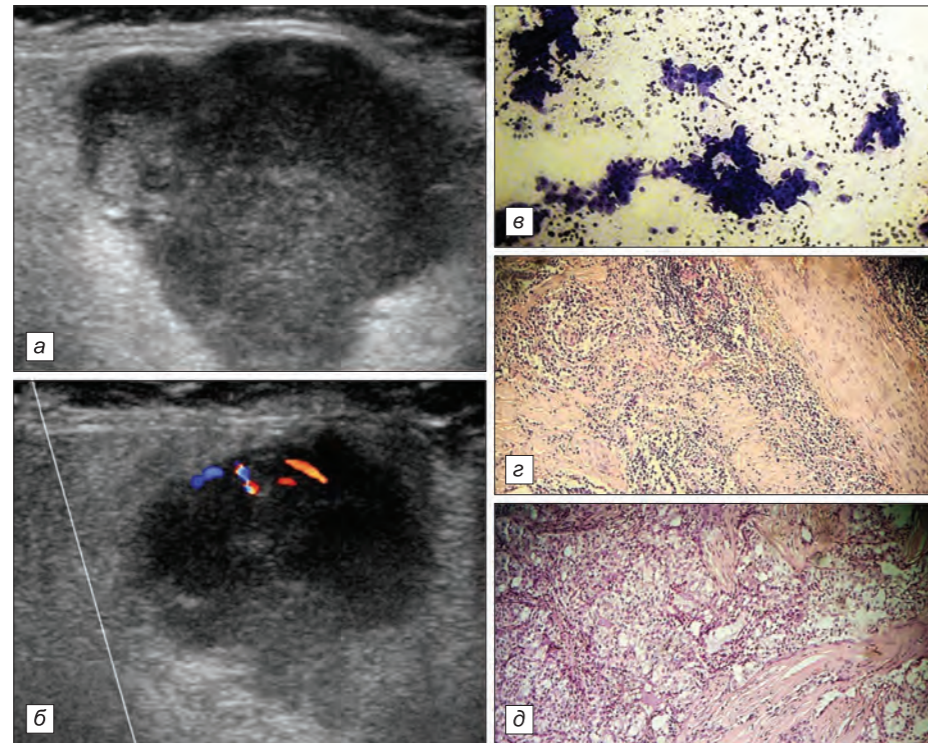


Рис. 10. Морфосонографическая картина мукоэпидермоидной опухоли околоушной слюнной железы. Б о л ь н о й С., 35 лет, и/б № 473-11.

Сонограмма: а (В-режим) – до операции; б (ЦДК) – центральная васкуляризация образования; в – цитограмма: слизь продуцирующие, вакуолизованные клетки, слизь в виде внеклеточных скоплений базофильного гомогенного вещества; окраска гематоксилином и эозином, ув. 100; г – гистограмма: мукоэпидермоидная карцинома с преобладанием светлых клеток и слабым образованием кист; д – реакция с альциановым синим положительная (краситель, выявляющий муцин); окраска гематоксилином и эозином, ув. 100.

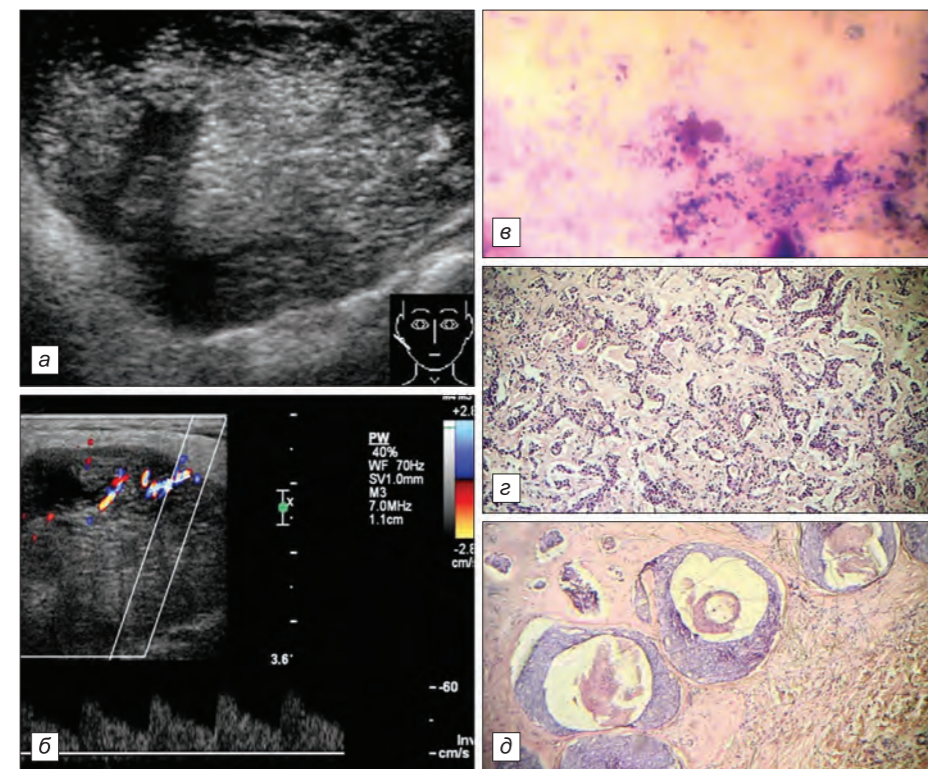


Рис. 11. Морфосонографическая картина аденокистозной карциномы околоушной слюнной железы. Б о л ь н о й И., 77 лет, и/б № 2456.

Сонограмма: а (В-режим) – до операции, б (режим импульсно-волновой доплерографии) – артериальный кровоток, ЛСК > 40–60 см/с; в – цитограмма: среди оксифильного вещества темные, малинового цвета гомогенные шаровидные образования (10–100 мкм), основное вещество, вырабатываемое опухолевыми клетками, однородно, полупрозрачно, напоминает гиалиновый хрящ, выглядит как метакроматически окрашенные гиалиновые округлые образования; окраска гематоксилином и эозином, ув. 100; г – гистограмма: фрагменты опухоли с прорастанием в капсулу и наличием раковых эмболов в просвете одиночных лимфатических сосудов в толще капсулы; д – обширные поля некроза и образование крупных кист, в отдельных участках инвазия по ходу нервных стволиков; окраска гематоксилином и эозином, ув. 100.



Рис. 1. Этап криоцистэктомии. Криодеструктор введен в полость кисты.



Рис. 2. Криодеструкция оболочки кисты.



Рис. 3. Методика записи лазерной термометрии.

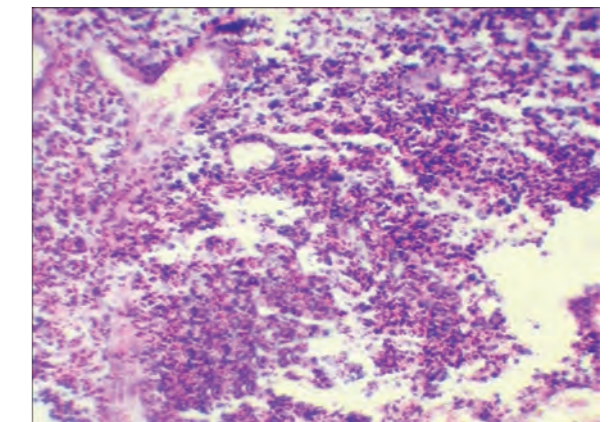


Рис. 4. Выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация некротического очага после криовоздействия на оболочку кисты. Ув.100.



Рис. 4. Этапы субтотальной паротидэктомии.

а – линия разреза, расположенная спереди от ушной раковины; б – мобилизация кожно-жировых лоскутов; в – удаление новообразования и поверхностной доли околоушной слюнной железы; г – в рану введен дренаж, рана послойно ушита узловыми швами.



Рис. 5. Этапы экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы.
a – линия разреза, расположенная параллельно краю нижней челюсти; *б* – мобилизованы края раны, железа подтянута вверх; *в* – удаление новообразования и перевязка сосудов; *г* – в рану введен дренаж, рана послойно ушита узловыми швами.

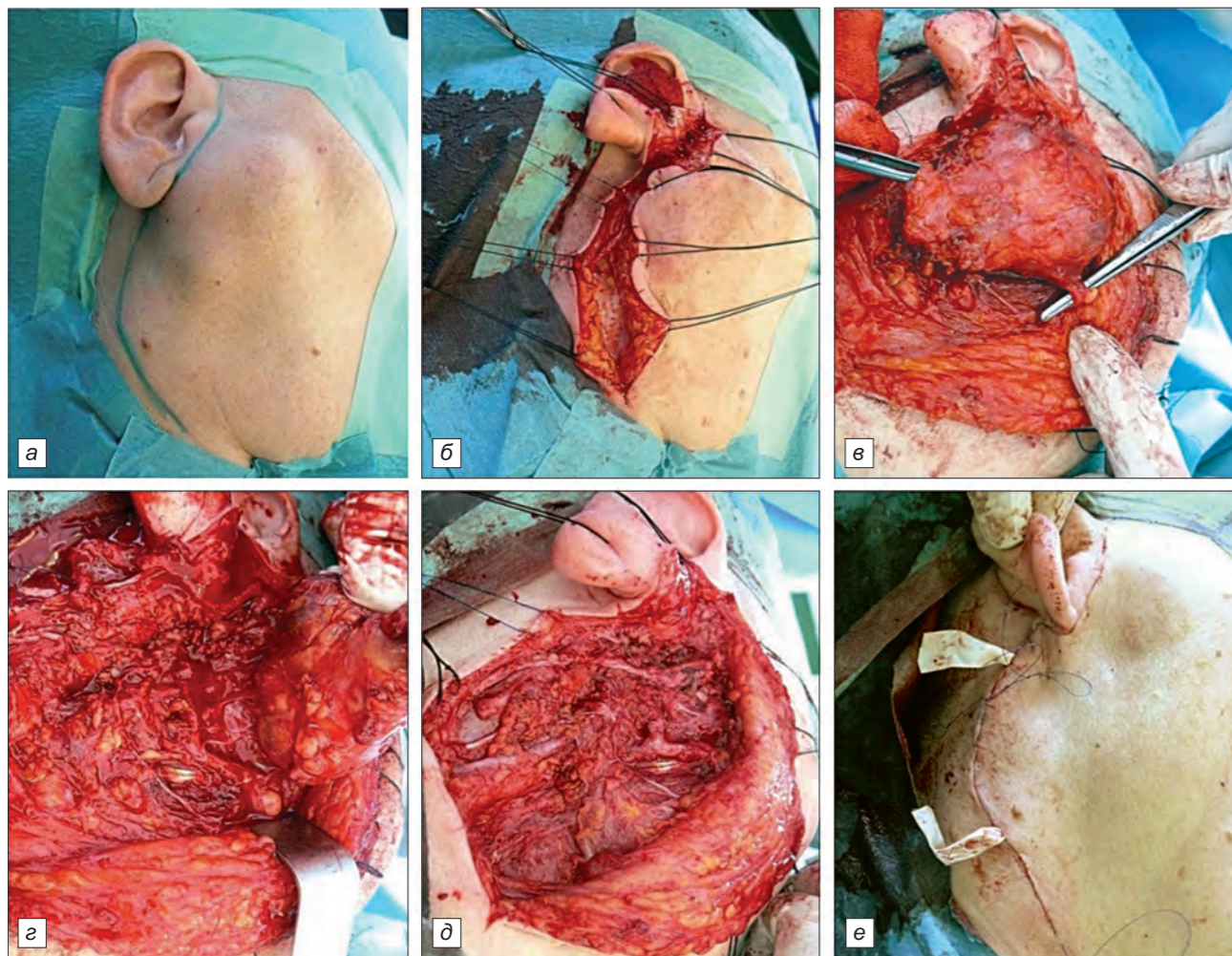


Рис. 6. Этапы тотальной паротидэктомии.
a – линия разреза по Редону; *б* – мобилизация кожно-жировых лоскутов, фиксация лоскутов на «держалках»; *в* – выделен для перевязки стеноз протока; *г* – удаление новообразования и околоушной слюнной железы; *д* – вид послеоперационной раны; *е* – в рану введены дренажи, рана послойно ушита.

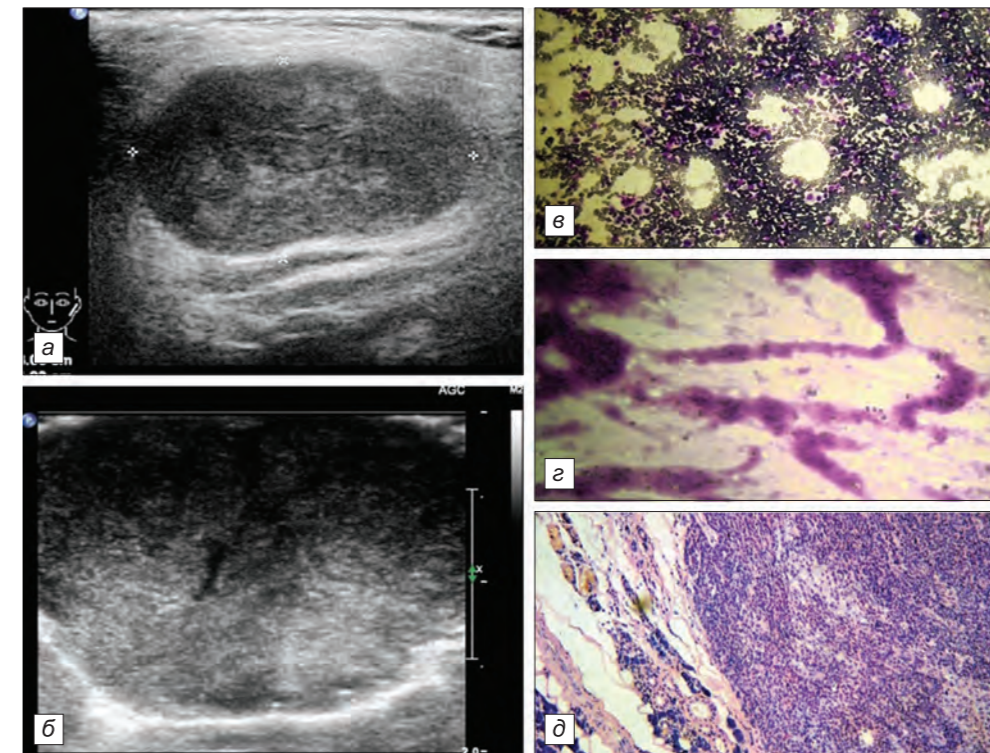


Рис. 7. Морфосонографическая картина плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы. Больной П., 77 лет., и/б № 2076-10.
 Сонограмма (В-режим): *a* – до операции, *б* – удаленного новообразования; *в*, *г* – цитогарма (железистая опухоль, выраженный клеточный полиморфизм, слизь, единичные клетки в поле зрения), окраска гематоксилином и эозином, ув. 100; *д* – гистогарма: плеоморфная аденома с эпителиальным и хондронным компонентами; окраска гематоксилином и эозином, ув. 100.

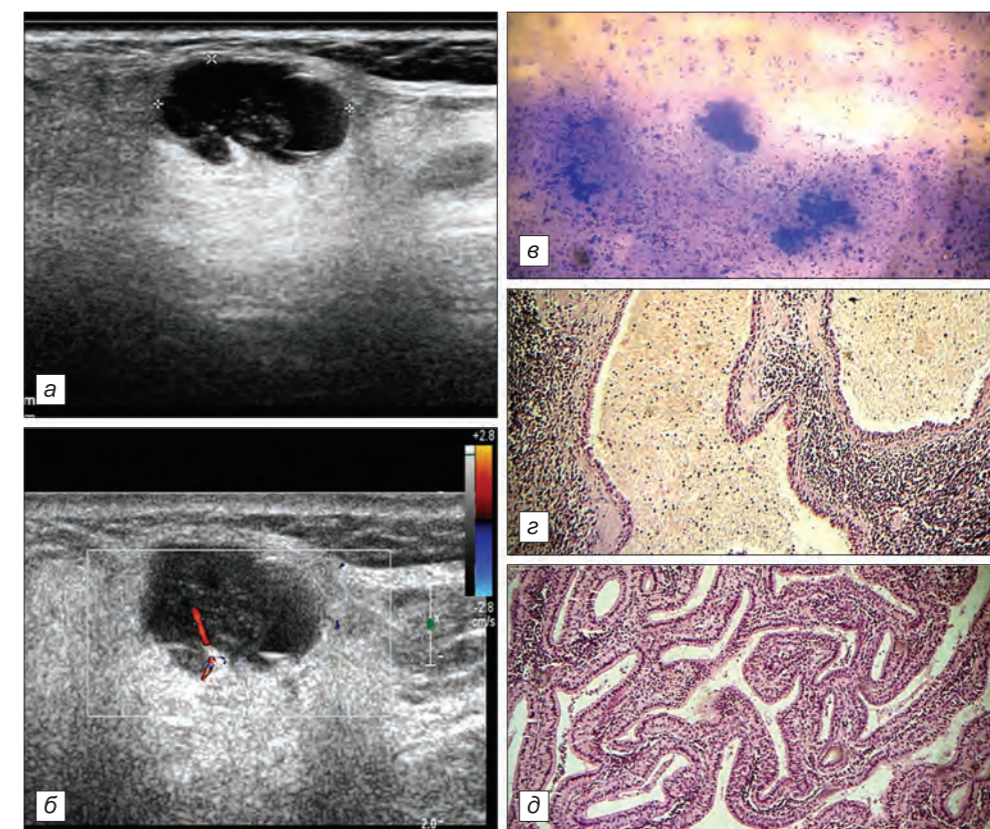


Рис. 8. Морфосонографическая картина цистаденолимфомы околоушной слюнной железы. Больной З., 45 лет., и/б № 2027-11.
 Сонограмма (В-режим): *a* – до операции, *б* (ЦДК) – единичные сосудистые структуры по капсуле образования и единичный сосуд в проекции новообразования; *в* – цитогарма: клетки кубического, призматического и цилиндрического эпителия, расположенного как группами, так и разрозненно в межклеточном веществе. Лимфоидные элементы представлены зрелыми лимфоцитами и более молодыми предшественниками, окраска гематоксилином и эозином, ув. 200; *г* – гистогарма: преобладание кистозных полостей; *д* – призматический двухрядный эпителий с эозинофильной цитоплазмой, формирующий сосочковые выросты и выстилающий образованные полости, окраска гематоксилином и эозином, ув. 100.