

Диагностика и лечение рецидивов смешанных опухолей околоушной слюнной железы

Е.Г. Матякин, Р.И. Азизян, Г.Г. Матякин

Московский Государственный медико-стоматологический университет, Российский онкологический научный центр РАМН, ФГУ "Центральная клиническая больница с поликлиникой" УДП РФ

В данной статье представлены материалы научного исследования по современной диагностике и лечению рецидивов доброкачественных (смешанных) опухолей околоушных желез. Проанализированы истории болезни 101 пациента с указанной патологией. Разработан алгоритм обследования больных с рецидивами опухолей ОСЖ, даны рекомендации и показания к наиболее оптимальному методу лечения.

Ключевые слова: рецидивы смешанной опухоли, околоушная слюнная железа (ОСЖ), диагностика и лечение опухолей ОСЖ.

The article presents findings of the research on contemporary diagnostics and treatment of benign (mixed) tumour recurrences in parotid glands. Case histories of 101 patients with the mentioned pathology have been analyzed. The algorithm for examining patients with tumour recurrences in parotid glands have been developed. Recommendations and indications for the most optimal curative approach have been given.

Key words: recurrences of mixed tumours, parotid salivary glands, diagnostics and treatment of tumours in parotid salivary glands.

Среди онкологических заболеваний новообразования околоушных слюнных желез (ОСЖ) составляют 1-2%. Чаще они возникают в возрасте от 30 до 60 лет. Около 80% опухолей являются доброкачественными. Многие из них обладают мультицентрическим ростом и при неадекватном лечении часто рецидивируют [1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 14].

К доброкачественным новообразованиям ОСЖ относятся наиболее часто встречающиеся плеоморфные аденомы (более 60-80%), так называемые «смешанные» опухоли. Среди всех опухолей слюнных желез на их долю приходится от 40 % до 80% [2, 4, 8, 12, 14].

Высокий процент рецидивов после энуклеации доброкачественных опухолей послужил причиной для разработки как более радикальной техники хирургического вмешательства, так и поиска различных способов комбинированного лечения [2, 7, 12, 14, 15, 18, 19, 20].

Несмотря на успехи, достигнутые в разработке новых методов обследования в последние годы, диагностика опухолей ОСЖ представляет определенные трудности [4, 5, 13, 17]. Частота ошибок в диагностике заболеваний ОСЖ остается высокой и колеблется от 7 до 46% [4, 5, 6, 21, 22].

Дифференциальная диагностика объемных образований в железе значительно затрудняется после проведения хирургического лечения из-за наличия послеоперационных рубцов [1, 3, 4, 5, 7, 9, 22]. Поэтому особую актуальность приобретает разработка современных методов ранней диагностики и адекватного лечения рецидивов опухолей ОСЖ.

Таким образом, сложность диагностики опухолей ОСЖ и их рецидивов, выбор правильной тактики лечения, малое количество работ, посвященных этой проблеме позволяют считать проблему актуальной и служат мотивацией для проведения настоящего исследования.

Материалы и методы исследования

В настоящее исследование включен 101 пациент с рецидивами доброкачественных новообразований околоуш-

ных слюнных желез (ОСЖ). Все больные наблюдались и получали лечение в клиниках Российского онкологического научного Центра РАМН и челюстно-лицевой хирургии Московского медико-стоматологического университета.

Указанную группу пациентов составили 30 мужчин и 71 женщина в возрасте от 16 до 83 лет. Несмотря на определенное преобладание числа женщин, зависимость частоты заболевания от пола не установлена, хотя в литературе есть указание на более частое поражение опухолями ОСЖ именно женщин. Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Более половины больных (55%) было в возрасте от 40 до 60 лет, т.е. в самом трудоспособном возрасте.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	До 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	Более 70 лет	Всего больных
Мужчины	2	3	6	7	7	4	1	30
Женщины	6	8	8	20	21	5	3	71
Итого	8	11	14	27	28	9	4	101

Рецидивы доброкачественных опухолей ОСЖ были представлены плеоморфной аденомой или «смешанной опухолью».

Рецидивы опухолей в молодом возрасте (до 30 лет) возникали у 20 больных (20%) и у 63 (62,3%) в зрелом возрасте, т.е. от 30 до 60 лет.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет анализ частоты возникновения повторных рецидивов опухолей ОСЖ у каждого из 101 больного (таблица 2).

В нашем исследовании было установлено, что рецидивы смешанной опухоли возникали многократно у 44 из 101 больного (43,5%).

У 2 больных рецидивы опухоли возникали повторно 5 раз, у 3 – четыре раза, у 7 – трижды, у 32 – дважды и у 57 пациентов было выявлено по одному рецидиву. Рецидивы опухоли возникали в различные сроки наблюдения: от 4 месяцев до 5 лет.

Таблица 2

Частота повторного выявления рецидивов мешанных опухолей ОСЖ

Всего больных	Частота выявления рецидивов смешанной опухоли				
	5 раз	4 раза	3 раза	2 раза	1 раз
101	2	3	7	32	57

Таким образом, повторные рецидивы плеоморфной аденомы ОСЖ возникали почти у половины (43,5%) больных и у 57 пациентов они были диагностированы однократно. Высокий процент повторного рецидивирования этих опухолей можно объяснить неадекватной тактикой лечения этой группы больных, в частности неадекватными первичными операциями, и это согласуется с данными литературы [2, 14].

Время появления первых симптомов заболевания до начала лечения от 6 месяцев до 10 лет, причем у 78 (77,2%) больных этот интервал составил от 2 до 5 лет. Анализ полученных результатов и данные литературы говорят о том, что рецидивы доброкачественных опухолей ОСЖ обладают медленным ростом и могут развиваться годами. Эффективность клинического обследования больных, по данным разных авторов, составляет 68%.

Наряду с вышеизложенным нами проведен анализ предшествующего лечения как первичной опухоли, так и ее рецидивов.

При поступлении в клинику всем больным было проведено полное клиническое обследование, в которое входили: осмотр и визуальная оценка конфигурации лица, пальпаторное бимануальное обследование слюнных желез и лимфатических узлов шеи с обеих сторон, орофарингоскопия, стандартная сонография, УЗИ, цитологический и патоморфологический методы исследования. Наряду с этим проводились клинические и биохимические анализы крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ и др. стандартные методы обследования. Кроме того, при подозрении на злокачественную опухоль проводились дополнительные методы обследования: ортопантомография нижней челюсти, сиалография, компьютерная рентгеновская и магнито-резонансная томография зоны поражения, радиоизотопное исследование, а также в отдельных случаях, по показаниям, позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

УЗ-диагностика является обязательным методом в комплексном обследовании больного. УЗИ визуализирует структуру железы и опухоли и ее размеры, локализацию. Под контролем УЗИ может быть выполнена пункция того участка новообразования, который вызывает наибольшее подозрение в отношении рецидива опухоли.

Таблица 3

Методы предшествовавшего лечения больных с рецидивами смешанной опухоли ОСЖ

Метод Лечения	Лечение рецидивов					Всего
	1-го	2-го	3-го	4-го	5-го	
Хирургический	55	30	6	1	-	92
Комбинированный (хирургический + лучевой)	-	2	2	2	3	9
Итого	55	32	8	3	3	101

вого роста. УЗ-картина доброкачественных опухолей характеризуется наличием солидного компонента в железе округлого или овального вида, имеющего четко очерченную капсулу.

Рентгенологический метод подразумевает проведение сиалографии (введение в проток контрастного вещества с последующей рентгенографией). Достоверность диагностики с помощью сиалографии повышается на 10–18%. Диагностические ошибки метода составляют 5–30%, при раке – 12,5% [13].

Современными методами исследования новообразований ОСЖ являются компьютерная томография (КТ) и магнито-резонансная томография (МРТ). Эти современные методы исследования помогают оценить состояние опухоли, ее локализацию и распространенность, взаимоотношение опухоли и окружающих ее структур, полностью визуализировать опухоль, оценить возможность радикального хирургического вмешательства. При локализации опухоли в позадичелюстной ямке и у основания черепа показана КТ и МРТ. Эти исследования были выполнены соответственно у 17 и 7 пациентов.

Радиоизотопный метод исследования в диагностике рецидивов опухолей ОСЖ был использован в нашем исследовании у 9 пациентов. Основной задачей этого метода в комплексном обследовании больных была дифференциальная диагностика между доброкачественными или злокачественными новообразованиями, а также исключение костного метастазирования.

В особых случаях затруднительной диагностики, а также с целью выявления отдаленных метастазов в последние годы применяется метод позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Он основан на метаболизме 18-дезоксифторглюкозы в тканях человека. Это исследование было выполнено у 4 наших больных. С помощью метаболической ПЭТ-визуализации удается с высокой точностью различать посттерапевтические изменения в тканях и выявить рецидивирующую опухоль.

С целью повышения эффективности диагностики рецидивов новообразований ОСЖ на основании данных литературы и собственного опыта нами разработан алгоритм обследования больных с этой патологией.

Алгоритм обследования больных с рецидивами опухолей ОСЖ.

1. Обязательные методы обследования.
 - 1.1. Осмотр
 - 1.2. Визуальная оценка конфигурации лица и мимической мускулатуры
 - 1.3. Пальпаторное бимануальное обследование слюнных желез с обеих сторон
 - 1.4. Орофарингоскопия
 - 1.5. Стандартная сонография
 - 1.6. Рентгенологическое исследование грудной клетки
 - 1.7. Лабораторные исследования
 - 1.8. Цитологический метод исследования (пункция)
2. Дополнительные методы исследования.
 - 2.1. Гистологический метод исследования (биопсия)
 - 2.2. Ортопантомография челюстей
 - 2.3. Сиалография
 - 2.4. Компьютерная томография околоушной области.
 - 2.5. Магнито-резонансная томография ОСЖ
 - 2.6. Радиоизотопное исследование
 - 2.7. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Методики хирургических вмешательств.

В нашем исследовании в зависимости от перечисленных обстоятельств при рецидивах смешанной опухоли выполнялись следующие хирургические пособия: энуклеация, субтотальная резекция железы или паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва, а также паротидэктомия без сохранения лицевого нерва. Эти принципиальные подходы согласуются с данными других авторов [2, 3, 13].

Объем хирургических вмешательств, выполненных по поводу рецидива смешанных опухолей ОСЖ, представлен в таблице 4.

Таким образом, в нашем исследовании при рецидивах смешанной опухоли наиболее часто выполнялись следующие хирургические вмешательства: резекция ОСЖ (24 или 24%) и субтотальная резекция железы (52 или 51,5%).

Таблица 4

Объем хирургических вмешательств	Количество хирургических вмешательств
Энуклеация опухоли	4
Резекция железы	24
Субтотальная резекция железы	52
Резекция глоточного отростка	7
Паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва	10
Паротидэктомия без сохранения ветвей лицевого нерва	4
Всего	101

В зависимости от размеров опухоли, ее локализации, взаимоотношения с лицевым нервом и окружающими органами и тканями были выполнены следующие хирургические вмешательства.

А. Энуклеация опухоли.

Операция предполагает удаление опухоли вместе с капсулой из окружающей ее тканей железы без выделения лицевого нерва. Таких операций в нашем наблюдении было 4. Это были небольшие по размеру рецидивы смешанной опухоли ОСЖ до 1 см в диаметре, с четкими границами, подвижные при пальпации. Сроки предыдущих операций, которые выполнялись в других лечебных учреждениях, составляли до 6 месяцев. Техника операции (энуклеации) подробно описана в многочисленных пособиях и не представляет особых сложностей.

Б. Резекция ОСЖ.

Эти операции также широко освещены в литературе и выполняются при доброкачественных первичных и рецидивных новообразованиях, расположенных в верхнем, нижнем или заднем крае железы, иногда при опухолях глоточного отростка. В нашем исследовании подобные операции были выполнены у 24 больных с рецидивами смешанной опухоли ОСЖ. Размеры опухоли не превышали 2 см в диаметре, имели четкие границы и были смещаемыми при пальпации. Сроки предыдущей операции составили от 4 месяцев до 4 лет. У 4 пациентов подобные операции выполнялись ранее дважды и у 1 больного трижды. Серьезных послеоперационных осложнений при этих операциях выявлено нами не было. У

6 пациентов в послеоперационном периоде был отмечен парез лицевого нерва, который был купирован консервативными методами лечения в сроки от 2 до 4 месяцев. Рецидива опухоли в последующем наблюдении отмечено не было.

В. Субтотальная резекция ОСЖ.

Эта операция является одной из основных для всех доброкачественных опухолей ОСЖ. Операция выполняется в плоскости расположения ветвей лицевого нерва и начинается, как и резекция железы, кожным разрезом впереди ушной раковины, продолжающимся на шею. Основная часть операции – удаление поверхностной части ОСЖ с опухолью в плоскости расположения лицевого нерва. После нахождения основного ствола нерва производится его выделение до разветвления на основные ветви. Под визуальным контролем выделяются все ветви лицевого нерва с иссечением в их плоскости тканей железы с опухолью. Ствол лицевого нерва сопровождает ветвь шилососцевидной артерии, которую желательнее перевязать, иначе кровотечение из нее значительно осложняет выделение ствола нерва. Операцию заканчивают тщательным гемостазом, ревизией раны. Накладываются швы на кожу. В ране оставляют резиновый выпускник на 18 часов.

В нашем исследовании было выполнено 52 субтотальные резекции околоушной слюнной железы. Размеры опухоли ставили от 2 до 4 см в диаметре. Сроки предыдущей операции составили от 6 месяцев до 5 лет. У 9 пациентов оперативные пособия выполнялись дважды и у 1 больного трижды. В послеоперационном периоде у 5 больных наблюдались незначительные преходящие осложнения в виде частичного расхождения швов и нагноения раны. У 22 пациентов был отмечен послеоперационный парез ветвей лицевого нерва. Консервативные мероприятия позволили восстановить функцию лицевого нерва в сроки от 2 до 6 месяцев после операции. Рецидив опухоли спустя 1 год и более возник у 2 пациентов. Приводим выписку из истории болезни, которая убедительно показывает, что неадекватно выполненная первичная операция неизбежно приводит к повторным рецидивам заболевания.

Больная А., в 15-летнем возрасте поступила в отделение опухолей головы и шеи Онкологического научного центра в 1980 году по поводу повторного рецидива смешанной опухоли ОСЖ справа. В 1975 г. в стоматологической клинике г. Вильнюса произведено удаление опухоли ОСЖ (энуклеация). Гистологически: смешанная опухоль. Через год у больной возник рецидив опухоли, который в течение 5 лет медленно увеличивался в размерах. В марте 1980 г. была выполнена повторная операция с последующим послеоперационным облучением ложа опухоли СОД=36 Грей. Спустя 3 месяца был обнаружен очередной рецидив опухоли в зоне послеоперационного рубца. Больная была направлена в Онкологический научный центр г.Москвы. При поступлении в правой зачелюстной области, под рубцом, пальпировалась несмещаемая плотная, безболезненная опухоль, размером 3х2,5см. Пареза лицевого нерва не отмечалось, регионарные лимфоузлы не определялись. 10.10.80 г произведена субтотальная резекция правой ОСЖ по Ковтуновичу с сохранением лицевого нерва и его ветвей. Гистологически №16615\80- рецидив смешанной опухоли. Заживление раны первичным натяжением. В послеоперационном периоде в течение 4 месяцев отмечен парез лицевого нерва справа, по поводу чего больная получала специальное лечение.

Данное наблюдение примечательно тем, что смешанная опухоль возникла у ребенка в 10-летнем возрасте и, несмотря на проведенную операцию и лучевую терапию, дважды рецидивировала. Больная наблюдалась в течение 5 лет без рецидива. Дальнейшую судьбу пациентки проследить не удалось.

Г. Резекция глоточного отростка ОСЖ.

Особо следует остановиться на рецидивах смешанных опухолей, исходящих из глоточного отростка ОСЖ, прежде всего потому, что диагностика и лечение новообразований с данной локализацией представляют определенные трудности и специфику. Среди наших пациентов рецидивы опухоли глоточного пространства обнаружены у 7(7%) больных. Пациенты с локализацией рецидива опухоли в этой зоне, как правило, случайно обнаруживают припухлость в позадичелюстной области или дискомфорт в области глотки. Период от обнаружения опухоли до обращения к специалисту, как правило, составляет от 10 месяцев до 3 лет. При росте опухоли появлялись ощущения инородного тела в глотке, боли во время еды, гнусавость. Следует напомнить, что у всех больных с рецидивами опухолей ОСЖ необходимо проводить дополнительно бимануальную пальпацию. Эти манипуляции позволяют избежать возможность диагностических ошибок и на раннем этапе выявить рецидив заболевания.

При рецидивах смешанной опухоли, расположенных в глоточном пространстве, в нашем исследовании проводилась резекция глоточного отростка железы наружным подчелюстным доступом. Всего было выполнено 7 подобных хирургических вмешательств. Размеры опухоли составляли от 1,5 до 3 см в диаметре. Следует отметить, что удаление опухолей этой локализации через полость рта считается неудобным и опасным в связи с возможностью повреждения наружной или внутренней сонной артерии и другими осложнениями. Техника хирургических вмешательств наружным поднижнечелюстным доступом подробно описана во многих пособиях [14].

Д. Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва.

Показанием к этому виду вмешательства являются больные с доброкачественными опухолями, чаще всего плеоморфные аденомы (или их рецидивы) больших размеров. Операция состоит из 2 этапов, включающих субтотальную резекцию и удаление глоточной части ОСЖ. Разрез кожи такой же, как и при субтотальной резекции, только несколько удлиняется в области шеи вниз, так как на уровне заднего брюшка двубрюшной мышцы перевязывается наружная сонная артерия. Также в процессе операции перевязывается наружная яремная вена и поверхностная височная артерия. Производится субтотальная резекция ОСЖ в плоскости расположения ветвей лицевого нерва, выделенные ветви нерва приподнимаются на резиновые держалки, и иссекается глубокая часть железы вместе с опухолью. Далее производится тщательный гемостаз и ревизия раны. Рана дренируется и послойно ушивается. В нашем исследовании было выполнено 10 паротидэктомий с сохранением ветвей лицевого нерва по поводу рецидива смешанной опухоли ОСЖ. Размеры опухолей были различны и составляли от 4 до 6 см. Сроки предыдущей операции составили от 5 месяцев до 6 лет. У 3 пациентов хирургические вмешательства ранее выполнялись дважды и у одного пациента – 4 раза.

Послеоперационные осложнения в виде частичного расхождения швов и нагноения раны отмечены у 2 больных. У 7 пациентов наблюдался парез лицевого нерва в сроки от 2 до 6 месяцев после операции и у одного – до 1 года. Удлинение сроков восстановления функции лицевого нерва, на наш взгляд, связано с нарушением трофики тканей, повторными хирургическими вмешательствами, нанесенной во время операции травмой лицевого нерва. Рецидив опухоли отмечен у 1 больного спустя 2 года после операции.

Е. Паротидэктомия без сохранения лицевого нерва.

Показанием к данной операции послужили 4 больных с размерами опухолей более 5 см в диаметре. Всем им ранее выполнялись многократные хирургические операции в различных клиниках страны. Исходя из анамнеза, а также выписок из историй болезни, у этих больных были ранее выполнены от 3 до 5 хирургических вмешательств (вылущивание опухоли, энуклеация, резекция железы). 3 больным проводилась послеоперационная лучевая терапия.

При поступлении в клинику у этих пациентов имелась распространенная опухоль, размерами 5x8 см и 6x8 см. У всех больных при поступлении отмечен парез лицевого нерва на стороне поражения, болевой синдром, затрудненное глотание и открывание рта.

Хирургическое вмешательство состояло в удалении единым блоком железы и других мягких тканей, вовлеченных опухолью с послеоперационными рубцами и измененной вокруг кожей. Рубцовые изменения значительно затрудняли попытку выделения лицевого нерва, поэтому, во избежание повторного рецидива опухоли, сохранение нерва было нецелесообразно.

Серьезных послеоперационных осложнений у 4 оперированных больных не наблюдали. В 3 случаях рана зажила первичным натяжением. У одного пациента наблюдалось расхождение швов, рана в дальнейшем зажила вторичным натяжением. У всех больных отмечен паралич лицевого нерва на стороне заболевания. Больные наблюдались в течение 2 лет, рецидива опухоли не отмечено.

Комбинированный метод применяли у 9 пациентов. В основном его выполняли при больших объемах опухоли, которая неоднократно рецидивировала. Хирургическому вмешательству предшествовала дистанционная лучевая терапия в дозе от 36 до 50 Грей. 3 пациентам лучевая терапия проведена из-за сомнений в возможности малигнизации опухолевого процесса. Однако после гистологического исследования операционного материала данные за озлокачествление опухоли не подтвердились.

Таким образом, ретроспективно оценивая наши наблюдения и сопоставляя их с данными литературы, подчеркнуть важность выработки правильной тактики лечения больных с опухолями ОСЖ при первичном их обращении в клинику. При этом обязательна консультация или участие в операции квалифицированного онколога, специалиста в области челюстно-лицевой хирургии.

Грамотное, взвешенное принятие решения в отношении адекватного хирургического пособия при данном заболевании поможет избежать повторных операций и сохранить трудоспособность пациента на долгие годы.

Литература

1. Агапов В.С., Ланюк С.В. Смешанные опухоли околоушных слюнных желез. *Стоматология*, 1998, № 2, С. 28–31.
2. Белоусова Н.В., Изучение спорных вопросов лечения смешанных опухолей околоушной слюнной железы. Автореф. дисс. канд.мед.наук, Москва, 1974.
3. Болотин М.В. Опухоли слюнных желез у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2008.
4. Быкова А.А. Комплексная сонография в диагностике и лечении объемных образований слюнных желез. Автореф. дисс. канд.мед.наук, Москва, 1999.
5. Газаль А.С. Морфологические основы совершенствования пункций околоушной слюнной железы. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Иркутск, 2007.
6. Гайдук И.В. Изменения в слюнных железах у больных ревматоидным артритом. Автореф. дисс. канд. мед.наук, Москва, 2003.
7. Грибова О.В. Нейтронно-фотонная терапия злокачественных новообразований слюнных и щитовидных желез. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Томск, 2008
8. Дарьялова С.Л. Принципы лучевого и комбинированного лечения новообразований околоушной слюнной железы. Москва, 1972.
9. Ланюк С.В., Агапов В.С., Шипкова Т.П. Развитие метода оперативного лечения плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы. Юбилейный сборник. 60-летие кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ. Москва, 1998, ч.1, С. 140–142.
10. Максимова О.М. Клиника и лечение цистоденоидной карциномы слюнных желез. Автореф. дисс.канд.мед.наук, Москва, 1978.
11. Мардынский Ю.С. Комбинированное лечение опухолей головы и шеи. Юбилейный сборник, Обнинск, 2008, С. 21–25.
12. Матякин Е.Г., Дробышев А.Ю., Рецидивы опухолей околоушных слюнных желез. Материалы конф. “Технологии XXI века в стоматологии”, Тверь, 2008, С. 83–86.
13. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Москва, 1983, 1997, 2000.
14. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Опухоли слюнных желез. Москва, 2009.
15. Чойнзонов Е.Л. и соавт. Развитие хирургической реабилитации как этапа лечения онкологических больных. Бюллетень СО РАМН, 2004, № 2, С. 35–41.
16. Barnes L., Eveson J., Reichart P. WHO Classification of tumors. Pathology and genetics of head and neck tumors. IARC Press-Lion, 2005.
17. Bradley P. General epidemiology and statistics in defined UK population/ Ed. by M.McGulck and Renehan Oxford, 2001, P. 3–12.
18. Bullerdick J., Wobst G. Cytogenetic subtyping of 220 salivary gland pleomorphic adenomas. *Cancer Genet Cytogenet.* 1993, Vol. 65, P. 27–31.
19. Dehner L., Valbuena L. Salivary gland anlage tumor (congenital pleomorphic adenoma). *Am.J.Surg.Phathol.*, 1994, Vol. 18, P. 25–36.
20. Glas A., Holema H., Nap R. Expression of estrogen receptor, progesterone receptor in patients with recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Cancer*, 2002, Vol. 94, P. 2211–2216.
21. Harada H. Histomorphological investigation regarding to malignant transformation of pleomorphic adenoma of the salivary gland origin. *Kurume Med.J.*, 2000, Vol. 47, P. 307–323.
22. Lewis J., Olsen K., Sebo T. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: pathologic analysis of 73 cases. *Hum.Pathol.*, 2001, Vol. 32, p. 596–604.

Оказание неотложной помощи детям с острым стенозирующим ларинготрахеитом на догоспитальном этапе

Л.Л. Стажадзе*, Е.А. Спиридонова*, Л.В. Феклисова**, И.П. Лобушкова*

*ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

**ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД Президента РФ,

**Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

В ходе работы проведена оценка эффективности неотложной терапии, проводимой 113 пациентам с острым стенозирующим ларинготрахеитом различных возрастных групп на догоспитальном этапе. Установлено, что использование ингаляционного пути введения глюкокортикостероидных препаратов через небулайзер позволяет купировать симптомы острой дыхательной недостаточности у 49,6% детей. Госпитализация в стационар составила 50,4% от общего количества больных.

Ключевые слова: острый стенозирующий ларинготрахеит, дети, острая дыхательная недостаточность, неотложная терапия, догоспитальный этап.

Effectiveness of urgent therapeutic measures in 113 children with acute stenosing laryngotracheitis at various age groups at the pre-hospital stage has been evaluated at the present study. It has been found out that inhalation for administering glucocorticoids via a nebulizer cuts off symptoms of acute pulmonary insufficiency in 49,6% of children. 50,4% of all children had to be admitted to the hospital.

Key words: acute stenosing laryngotracheitis, children, acute pulmonary insufficiency, urgent care, pre-hospital stage.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) при респираторных заболеваниях является одной из основных причин, ведущих к развитию синдрома острой дыхательной недостаточности у детей на догоспитальном этапе.

Обструкция верхних дыхательных путей при ОСЛТ обусловлена относительной узостью гортани у детей раннего возраста и богатой васкуляризацией слизистой оболочки данной области, что приводит к значительно-