

DOI: 10.34921/amj.2022.4.003

Abdullaiev R.Ya.¹, Kulikova F.İ.², Loqvinenko A.V.¹, Kiriçenko A.Q.³,
Leşeva T.V.², Tomax N.V.³, Xomyakov V.N.⁴, Kuçyak T.L.²

AĞIZ SUYU VƏZİLƏRİ ŞİŞLƏRİNİN DİAQNOSTİKASINDA ULTRASƏS MÜAYİNƏSİNİN İMKANLARI

¹Xarkov Diplomdansonrakı Tibb Akademiyası, Xarkov, Ukrayna;

²Dnepr Tibb və İctimai Sağlamlıq İnstitutu, Dnepr, Ukrayna;

³Ukrayna Səhiyyə Nazirliyinin Əlilliyin Tibbi və Sosial Problemləri üzrə
Dövlət Elmi-Tədqiqat İnstitutu, Dnepr, Ukrayna;

⁴Dnepr Ənənəvi və Alternativ Tibb İnstitutu (DMITNM), Dnepr, Ukrayna

Xülasə. Məqalədə ağız suyu vəzilərində şiş törəməsi olan 59 xəstənin ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə dair məlumatlar təqdim edilir. Histoloji olaraq 11 (18,6±5,1%) xəstədə ağız suyu vəzisi xərçəngi, 31 (52,6±6,5%) xəstədə adenoma, 17 (28,8±6,1%) xəstədə Vartin şişi diaqnozu qoyulmuşdur. 5 (8,5±3,6%) halda karsinoma mukoepidermoid, 4 (6,8±3,3%) halda asinosit, 2 (3,4±2,4%) halda mioepitelial olub.

48 (81,4%) halda xoşxassəli şişlər, onlardan 31 (52,6±6,5%) halda plemorfik adenoma, 17 (28,8±5,9%) halda Vartin şişi diaqnozu qoyulmuşdur. Xoşxassəli şişlərə karsinoma ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə ($p<0,001$)artıq, plemorfik adenomaya isə Vartin şişindən ($p<0,01$) daha çox rast gəlinmişdir.

Ağız suyu vəzisi adenomasının ən əhəmiyyətli ultrasəs əlamətlərinə aydın nəzərə çarpan hamar konturlar, homogen struktur və şişin zəif vaskulyarizasiyası aiddir.

Açar sözlər: ultrasonoqrafiya, ağız suyu vəziləri, adenoma, carcinoma

Ключевые слова: ультразвукография, слюнные железы, аденома, карцинома

Key words: ultrasonography, salivary glands, adenoma, carcinoma

Абдуллаев Р.Я.¹, Куликова Ф.И.², Логвиненко А.В.¹, Кириченко А.Г.³,
Лещева Т.В.², Томах Н.В.³, Хомяков В.Н.⁴, Куцяк Т.Л.²

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина;

²Днепровский институт медицины и общественного здоровья Днепр, Украина;

³Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем
инвалидности Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина;

⁴Днепровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, Днепр, Украина

В статье представлены данные о результатах ультразвукографии у 59 больных с опухолями в слюнных железах. Гистологически карцинома слюнных желез диагностирована у 11 (18,6±5,1%), аденома – у 31 (52,6±6,5%), опухоль Вартина – у 17 (28,8±5,9%) пациентов. В 5 (8,5±3,6%) случаев карцинома была мукоэпидермоидной, 4 (6,8±3,3%) случаев ациноклеточной, в 2 (3,4±2,4%) случаев миоэпителиальной.

Доброкачественные опухоли диагностировались в 48 (81,4%) случаев, из них пlemорфная аденома – в 31 (52,6±6,5%), опухоль Вартина – в 17 (28,8±5,9%) случаев. Доброкачественные опухоли диагностировались достоверно ($p<0,001$) чаще, чем карцинома, а пlemорфная аденома чаще, чем опухоль Вартина ($p<0,01$).

Наиболее значимыми ультразвукографическими признаками аденомы слюнных желез являются четкие, ровные контуры, однородная структура и слабая васкуляризация опухоли.

Среди злокачественных заболеваний головы и шеи около 3-4% приходится на долю слюнных желез [1]. Доброкачественные опухоли составляют около 80% всех опухолей слюнных желез [2]. Злокачественные опухоли наблюдаются чаще среди лиц старше 40 лет и в одинаковой степени у мужчин и женщин, а плеоморфная аденома среди женщин наблюдается в 1,4 раза чаще, чем у мужчин [3, 4].

Среди всех опухолей слюнных желез доля околоушных составляет около 70%, поднижнечелюстных около 10% и подъязычных менее 1%, малых слюнных желез около 20%. Почти половина опухолей малых слюнных желез и всех опухолей подъязычной железы являются злокачественными. Около 50-60% всех опухолей околоушной железы составляют плеоморфные аденомы, 20-30% опухоли Вартина и около 10% мукоэпидермоидные карциномы. Первичные эпителиальные опухоли слюнных желез имеют множественные морфологические типы, что может создавать значительные диагностические трудности для патологоанатомов и онкологов [5-8].

Благодаря внедрению в клинику новых иммуногистохимических маркеров, в последние годы классификация опухолей слюнных желез пополнилась новыми нозологическими формами. К ним могут относиться аденоидно-кистозная карцинома, мукоэпидермоидная карцинома, секреторная карцинома [9, 10].

По степени агрессивности все карциномы гистологически могут быть классифицированы как высокозлокачественные, низкозлокачественные или смешанные. Следует отметить, что эффективность лечения лучше прогнозируется на основании клинической картины, чем гистологически. В то же время, всесторонний учет клинико-гистологической картины позволяет лучше планировать лечение. Одним из видов злокачественных новообразований слюнных желез является секреторная карцинома, аналогами которой являются опухоли молочной железы развивающихся из ацинарных клеток [11]. Есть некоторые сходства и различия между ациноклеточной карциномой и секреторной карциномой. Оба этих типа карциномы имеют почти идентичные

модели роста. В отличие от ациноклеточной карциномы, секреторная карцинома возникает в небольших участках слюны. Папиллярно-кистозное строение опухоли при истинно ациноклеточном раке встречается редко, однако значительно чаще наблюдается при секреторном раке [12].

В каждом третьем случае злокачественные и доброкачественные опухоли слюнных желез имеют схожую клиническую картину. При явно доброкачественном течении опухоли открытая биопсия не рекомендуется из-за риска распространения опухолевого процесса. В то же время пункционная биопсия показана в случаях, когда предполагается радикальное хирургическое вмешательство. При вялотекущем течении опухоль часто маскируется под доброкачественные новообразования и дооперационная гистологическая диагностика в таких случаях может быть упущена. Комплексное рассмотрение клинической картины, результатов визуализации, цитологии и/или гистологии позволяет в 90% случаев дифференцировать злокачественную и доброкачественную опухоль [13].

Ультрасонография является основным методом диагностики патологий слюнных желез [14, 15]. Учитывая большое гистологическое разнообразие опухолей слюнных желез, для повышения эффективности диагностики предлагается следующий алгоритм действий: 1) все опухоли слюнных желез должны быть оценены гистопатологом с использованием тонкоигольной аспирационной биопсии под ультразвуковым контролем; 2) после хирургического удаления всех злокачественных подчелюстных опухолей следует проводить адьювантную лучевую терапию, за исключением низкодифференцированных опухолей; 3) следует провести полное иссечение всех доброкачественных образований околоушной слюнной железы; 4) при удалении опухоли околоушной слюнной железы необходимо принять все меры для сохранения функции лицевого нерва, а в случаях его повреждения во время операции немедленно обеспечить микрохирургическую коррекцию; 5) шейная диссекция необходима в злокачественных опухолях околоушной железы, за исключением мелких малодифференцированных [16, 17].

Ультрасонография является основным диагностическим методом для выявления объемных образований слюнных желез. Только при глубоких опухолевых поражениях или костной инфильтрации ультразвуковое исследование следует дополнить компьютерной томографией шеи [18]. При заглоточной локализации опухоли с распространением на окружающие ткани необходимо выполнение МРТ, КТ, биопсии с последующим цитологическим и гистологическим исследованием [19].

Данные литературы о возможности УСГ в диагностике объемных образований слюнных желез, дифференциации доброкачественных и злокачественных новообразований противоречивы. По данным Anto J Richie и соавт. (2019) диагностическая точность УСГ в диагностике опухолей слюнных желез составила 85,7% [20].

Целью настоящего исследования явилась оценка возможностей ультрасонографии в диагностике опухолей слюнных желез.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов УСГ у 59 больных с опухолями слюнных желез. Возраст больных варьировал в пределах 27-75 лет, в среднем составил 48±6 лет. Среди них женщин было 36 (61,0±6,3%), мужчин 23 (39,0±6,3%). Определены количественные и качественные эхографические параметры. УСГ выполняли микроконвексным датчиком в диапазоне частот 4-9 МГц на сканере Philips HD-11.

Результаты исследований были проанализированы

методом статистической обработки количественных факторов. Для оценки различий количественных показателей между группами использовался t критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение Как видно из таблицы 1, количество женщин составило 61,0±6,3%, мужчин 39,0±6,3%, разница между ними составила статистически значимую ($p < 0,05$) величину. Наибольшее количество больных было в возрасте 31-40 и 41-50 лет (по 23,7±5,5%) и старше 60 лет (22,0±5,4%) – без существенных различий между ними. Наименьшее количество больных было в возрасте 51-60 лет и составило 15,3±4,7%. В возрасте 41-50 лет количество женщин значимо ($p < 0,05$) превышало количество мужчин (18,6±5,1% против 5,1±2,9%).

В таблице 2 представлены результаты гистологического исследования. Плеоморфная аденома диагностирована у 31 (52,6±6,5%), опухоль Вартина – у 17 (28,8±5,9%) пациентов. В 5 (8,5±3,6%) случаях карцинома была мукоэпидермоидной, в 4 (6,8±3,3%) случаях ациноклеточной, 2 (3,4±2,4%) случаев миоэпителиальной. Плеоморфная аденома встречалась значительно чаще, чем опухоли Вартина и мукоэпидермоидная карцинома ($p < 0,05$ и $p < 0,001$).

Таблица 1. Распределение пациентов с учетом их возраста и пола

Возраст пациентов	Женщины	Мужчины	Всего
< 30	5 (8,5±3,6%)	6 (10,2±3,9%)	11 (18,6±5,1%)
31-40	8 (13,6±4,5%)	5 (8,5±3,6%)	14 (23,7±5,5%)
41-50	11 (18,6±5,1%) $p < 0,05$	3 (5,1±2,9%)	14 (23,7±5,5%)
51-60	5 (8,5±3,6%)	4 (6,8±3,2%)	9 (15,3±4,7%)
> 60	7 (11,9±4,2%)	5 (8,5±3,6%)	13 (22,0±5,4%)
Всего	36 (61,0±6,3%) $p < 0,05$	23 (39,0±6,3%)	61 (100%)

Примечание: p – достоверность различий между показателями женщин и мужчин в возрастных группах (по горизонтали)

Таблица 2. Распределение наблюдений с учетом гистологического диагноза

Гистологический диагноз	Количество пациентов n=59
1. Плеоморфная аденома	31 (52,6±6,5%) p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,001
2. Опухоли Вартина	17 (28,8±5,9%) p ₂₋₃ <0,001
3. Мукоэпидермоидная карцинома	5 (8,5±3,6%)
4. Ациноклеточная карцинома	4 (6,8±3,3%)
5. Миеэпителиальная карцинома	2 (3,4±2,4%)

Примечание: p – достоверность различий между частотой встречаемости гистологических форм опухолей слюнных желез (по вертикали)

При диагностике опухолей слюнных желез необходимо учитывать форму, экзогенность, эхоструктуру, особенности васкуляризации образования. Форма опухоли может быть овальной, округлой, неправильной; экзогенность – гипо-, изо-, ги-

перэхогенная; эхоструктура – гомогенная, гетерогенная [табл. 3].

Эхографическая картина опухолей слюнных желез характеризуется полиморфизмом. Как видно из табл. 3, форма доброкачественных опухолей в 39 (81,3±5,6%) случаях была округло-овальной (p<0,001), в 5 (10,4±4,1%) — неправильной, в 4 (8,3±3,9%) случаев дольчатой. Форма злокачественных новообразований в 2 (18,2±11,6%) случаях была округло-овальной, в 6 (54,5±15,0%) — неправильной (p<0,001), в 3 (27,3±13,4%) — дольчатой (рис. 1).

Границы опухоли могут быть четкими и нечеткими. Как видно из таблицы 3, граница доброкачественных опухолей в 37 (77,1±6,1%) случаях была четкой (p<0,001), в 11 (22,9±6,1%) — нечеткой. Граница злокачественного новообразования в 2 (18,2±11,6%) случае была четкой, в 9 (81,8±11,6%) нечеткой (рис. 2).

Эхоструктура образования может быть гомогенной или гетерогенной. Гомогенная эхоструктура злокачественных новообразований наблюдалась в 2 (18,2±11,6%) случаях, доброкачественных опухолей – в 42 (87,5±4,8%) случаях (p<0,001), гетероген-

Таблица 3. Ультрасонографическая картина опухолей слюнных желез

Сонографическая картина		Карцинома n=11	Аденома n=48
Форма	Округло-овальной	2 (18,2±11,6%)	39 (81,3±5,6%) p<0,001
	Неправильной	6 (54,5±15,0%) p<0,01	5 (10,4±4,1%)
	Дольчатая	3 (27,3±13,4%)	4 (8,3±3,9%)
Контур	Четкие	2 (18,2±11,6%)	37 (77,1±6,1%)
	Нечеткие	9 (81,8±11,6%)	11 (22,9±6,1%)
Эхогенность	Изоэхогенный	3 (27,3±13,4%)	6 (12,5±4,8%)
	Гипо-анэхогенный	8 (72,7±13,4%)	23 (47,9±7,2%)
	Гиперэхогенный	-	19 (39,6±7,1%)
Эхоструктура	Гомогенный	2 (18,2±11,6%)	42 (87,5±4,8%) p<0,001
	Гетерогенный	9 (81,8±11,6%) p<0,001	6 (12,5±4,8%)

Примечание. p – достоверность различий между частотой встречаемости эхографических симптомов при карциноме и аденоме (по горизонтали)

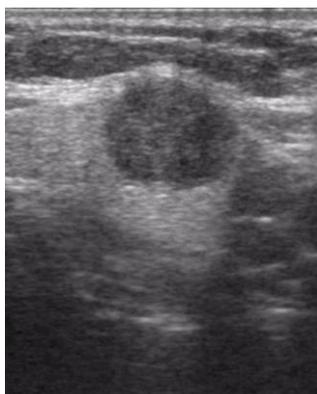


Рис. 1. Плеоморфная аденома. На эхограмме в околоушной слюнной железе визуализируется образование округлой формы, четким контуром, гомогенной структуры



Рис. 2. Эхографическое изображение плеоморфной аденомы. Контур образования четкие, эхоструктура однородная

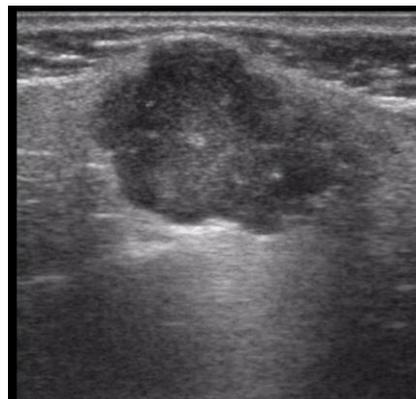


Рис. 3. Плеоморфная аденома. На эхограмме представлено образование в околоушной слюнной железе неправильной формы, местами нечетким контуром, гетерогенной структуры



Рис. 4. Карцинома левой околоушной железы. На эхограмме показано гипозоногенное образование неправильной формы, гетерогенной структуры, нечетким и неровным

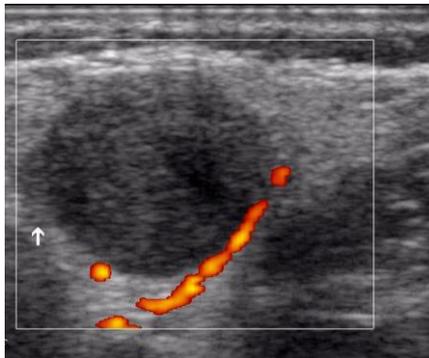


Рис. 5. Отсутствие сосудистых сигналов внутри аденомы околоушной слюнной железы

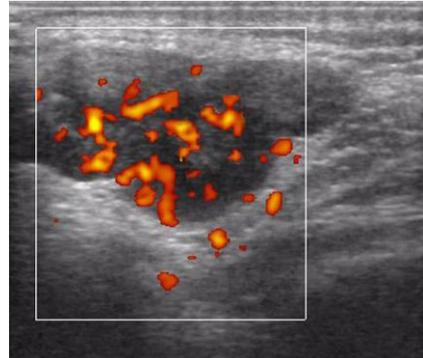


Рис. 6. Усиленная смешанная васкуляризация карциномы поднижнечелюстной слюнной железы

ная эхоструктура – в 9 (81,8±11,6%) случаях ($p < 0,001$) и в 6 (12,5±4,8%) случаях соответственно (рис. 3, 4).

Карцинома чаще имеет гипо-анэхогенную эхоструктуру с усиленной васкуляризацией в режиме цветовой доплерографии. Частота появления густо расположенных цветных сосудистых сигналов по периферии опухоли при аденолимфоме несколько выше, чем при плеоморфной аденоме (рис. 5, 6).

Как известно, опухоли слюнных желез встречаются относительно редко – менее 5 на 100 000 населения в год, причем 4/5 из них доброкачественные [1, 2]. Своевре-

менная диагностика опухолей слюнных желез значительно улучшает результаты хирургических вмешательств и прогноз. Значительная часть (более 80%) всех опухолей локализуется в трех парах крупных слюнных желез, из них 70% исходят из околоушной железы. На поднижнечелюстные и подъязычные железы приходится около 11%. Существует прямая зависимость между размером и частотой выявления опухолей слюнных желез. УСГ является основным методом исследования больших слюнных желез при диагностике различной патологии, в частности новообразований [14, 15]. Даже в двухмерном режиме частота

встречаемости таких ультразвуковых параметров, как четкость контуров, степень неоднородности эхоструктуры, позволяет предварительно оценить степень злокачественности процесса [21]. В цветовом доплеровском режиме преобладание центральной или периферической васкуляризации также способствует сужению диапазона дифференцируемых опухолевых масс. Тем не менее, окончательным методом верификации диагноза является гистопатологическая оценка биопсийного материала, который может быть взят под контролем УСГ.

В нашем исследовании мы проанализировали частоту встречаемости эхографических показателей при различных видах опухолей слюнных желез, которые были диагностированы гистологически. Наиболее часто выявляемой доброкачественной опухолью слюнных желез была плеоморфная аденома [10]. Для плеоморфной аденомы наиболее характерны округло-овальная форма, четкие контуры, гомогенная эхострук-

тура, плохая периферическая васкуляризация. Для опухолей Вартина наиболее характерны: кистозная эхоструктура, менее выраженная центральная васкуляризация. Чандак Р. и соавт. (2011) пришли к выводу, что клиническая диагностика имеет чувствительность и точность 85,7%, а ультразвуковая диагностика имеет чувствительность и точность 98,5% [22]. Мы получили аналогичные результаты.

Выводы

1. Ультрасонография является информативным и доступным методом выявления образований слюнных желез;

2. Плеоморфная аденома встречается достоверно чаще, чем опухоли Уортина и карцинома ($p < 0,05$ и $p < 0,001$);

3. Основными эхографическими признаками доброкачественной опухоли слюнных желез являются четкие ровные контуры, однородная структура и незначительная васкуляризация образования.

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Thompson L.D.R., Bishop J.A. eds. Head and neck pathology. 3rd edn. Philadelphia: Elsevier, 2019.
2. Cancer Research U.K. Salivary gland cancer. Aug 2017, <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/salivary-gland-cancer/about> (accessed October 2019).
3. World Health organization classification of head and neck tumours. In: El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Sootweg P. eds. Tumours of the salivary glands. 4th edn. Lyon IARC press, 2017; 159e202. Chapter 7;
4. Khurram S.A., Barrett A.W., Speight P.M. Diagnostic difficulties in lesions of the minor salivary glands // *Diagn Histopathology* 2017; 23: 250-9].
5. Lin H.H., Limesand K.H., Ann D.K. Current state of knowledge on salivary gland cancers // *Crit Rev Oncog* 2018; 23: 139-51].
6. Mlika M., Konda N., Benjilani S. Salivary duct carcinoma of the parotid gland // *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 16.1 (2012): 134-136.
7. Valstar M.H., de Ridder M., van den Broek E.C. et al. Salivary gland pleomorphic adenoma in The Netherlands: a nationwide observational study of primary tumor incidence, malignant transformation, recurrence, and risk factors for recurrence // *Oral Oncol.*, 2017; 66: 93-99;
8. Speight P.M., Barrett A.W. Salivary gland tumours: diagnostic challenges and an update on the latest WHO classification // *Diagnostic Histopathology*. 2020, Volume 26, Issue 4, P. 147-158].
9. Seethala R.R., Stenman G. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland // *Head and Neck Pathol.*, 2017, 11:55–67.;
10. Khurram S.A., Sultan-Khan J., Atkey N., Speight P.M. Cytogenetic and immunohistochemical characterization of mammary analogue secretory carcinoma of salivary glands // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* 2016; 122: 731-42. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016 Dec;122(6):731-742. doi: 10.1016/j.oooo.2016.07.008. Epub 2016 Jul 20.
11. Xu B., Haroon A.I., Rasheed M.R., Antonescu C.R. et al. Pan-Trk immunohistochemistry is a sensitive and specific ancillary tool in diagnosing secretory carcinoma of salivary gland and detecting ETV6-NTRK3 fusion. *Histopathology*, 2020 Feb;76 (3):375-382. doi: 10.1111/his.13981. Epub 2019 Dec 11
12. Bishop J.A., Yonescu R., Batista D., Eisele D.W., Westra W.H. Most nonparotid “acinic cell carcinomas” represent mammary analog secretory carcinomas. *Am J Surg Pathol.* 2013; 37(7): 1053–7. doi: 10.1097/ PAS. 0b0 13 e3182841554.
13. Tessa P.J., Jayalekshmy P.S., Cicy P.J., Poothode U. Fine needle aspiration cytology of salivary gland lesions with histopathological correlation: A two year study // *Int J Healthc Biomed Res.*, 2015; 3(4): 91-9.
14. Abdullaev R. Ya. Sialosis. *EC Dental Science*, 2017, 10.1: 11-19.

15. Carotti M., Ciapetti A., Jousse-Joulin S., Salaffi F. Ultrasonography of the salivary glands: the role of grey-scale and colour/power Doppler // *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32:S61–70.
16. Sood S., Mc Gurk M., Vaz F. “Management of Salivary Gland Tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guideline” // *Journal of Laryngology and Otology*, 2016, 130.2: S142-S149.
17. Ramirez-Perez F., Gonzalez-Garcia R., Hernandez-Vila C., Monje-Gil F., Ruiz-Laza L. Is fine-needle aspiration a reliable tool in the diagnosis of malignant salivary gland tumors // *J Craniomaxillofac Surg* . 2017 Jul;45(7):1074-1077. doi: 10.1016/j.jcms.2017.03.019.
18. Abd El-latif Ibrahim El-Rasheedy, Alaa Mohamed Abdel Rasoul Abdalla, Shaimaa Abdel-hamid Hassanein, Tarek Abdel Rahman Abdel Hafez and Heba Abdel-rehem Aboel-naga. The role of ultrasound in evaluating salivary glands swellings. *The Egyptian Journal of Otolaryngology* (2021) 37:101. <https://doi.org/10.1186/s43163-021-00165-y>.
19. Kakoty S., Baruah T.D., Babu C.P.G. FNAC and histopathological correlation of salivary gland lesions: An observational study // *Int Surg.*, J 2017;4(7): 2148-52.
20. Anto J. Richie, Mellonie P. Sonological evaluation of major salivary gland lesions with histopathological correlation // *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*. 2019; 4(2):B91-B94.
21. Vijai Pratap, S. .K Jain. Sonographic Evaluation of Salivary Gland Tumors – A Hospital Based Study // *International Journal of Scientific Study*. 2014;1(4):32- 36.
22. Chandak R., Degwekar S., Bhowte R.R., Motwani M., Banode P., Chandak M., Rawlani S. An evaluation of efficacy of ultrasonography in the diagnosis of head and neck swellings // *Dentomaxillofac Radiol*, 2011; 40(4):213–221.

*Abdullaiev R.Ya.¹, Kulikova F.I.², Logvinenko A.V.¹, Kirichenko A.G.³,
Leshcheva T. V.⁵, Tomakh N.V.³, Homyakov V.N.⁴, Kutsiak T.L.⁵*

POSSIBILITIES OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF THE TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS

¹*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine;*

²*Dnipro Institute of Medicine and Public Health, Dnipro, Ukraine;*

³*State Institution “ Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the
Ministry of Health of Ukraine “, Dnipro, Ukraine;*

⁴*Dnipro Medical Institute of Traditional and Non-Traditional Medicine, Dnipro, Ukraine.*

The article presents data on ultrasonography results in 59 patients with tumors in the salivary glands. Histologically salivary gland carcinoma was diagnosed in 11 (18.6±5.1%) patients, adenoma in 31 (52.6±6.5%) patients, and Vartin's tumor in 17 (28.8±5.9%) patients. In 5 (8.5±3.6%) cases the carcinoma was mucoepidermoid, in 4 (6.8±3.3%) cases it was acinoma, in 2 (3.4±2.4%) cases it was myoepithelial.

Benign tumors were diagnosed in 48 (81.4%) cases: pleomorphic adenoma - in 31 (52.6±6.5%) cases, Vartin's tumor - in 17 (28.8±5.9%) cases. Benign tumors were diagnosed significantly high (P<0.001) more often than carcinoma, and pleomorphic adenoma more often than Warthin's tumor (P<0.01).

The most significant ultrasonographic signs of salivary gland adenoma were clear, even contours, homogeneous structure, and weak tumor vascularization.

Автор для корреспонденции:

Абдуллаев Ризван Ягуб оглы – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, Харьков, Украина

E-mail: rizvanabdullaiev@gmail.com