

8. Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B., Vermeire P.A., Buist A.S., Thun M.J., Connel C., Jemal A., Lee T.A., Miravittles M., Aldington S., Beasley R. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease // *Eur.Respir.J.* – 2006.- Vol.27.- P. 188-207.
9. Halpin D. M. G. Health Economics of Chronic Obstructive Pulmonary Disease// *The Proceedings of the American Thoracic Society.*-2006.-№3.-P.227-233.
10. Lopez A. D., Shibuya K., Rao C., Mathers C. D., Hansell A. L., Held L. S., Schmid V., Buist S. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections// *Eur. Respir. J.*-2006.-Vol.27.-P.397-412.
11. Smith D. F., Sterndorff B., Ropcke G., Gustavsen E. M., Hansen J. K. Prevalence and severity of anxiety, depression and Type A behaviors in angina pectoris // *Scand. J. Psychol.* — 1996. — Vol. 37, № 3. — P. 249–258.

## SUMMARY

### CONNECTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA CLINICAL MANIFESTATIONS WITH TYPE A BEHAVIOR

**Kohutych A.A., Tovt-Korshynska M.I., Chopej I.V.**

In 48 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and bronchial asthma (BA) type A behavior was determined in 33%, more frequently in patients with BA, especially in men. We revealed inverse correlation between severity and type A behavior frequency in patients with COPD and BA. Patients with type A behavior, in comparison with other types behavior, more frequently had allergies, but they had lower morbidity of upper respiratory virus infections; additionally the stress perception level was also lower in type A behaviour patients with COPD and BA.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, type A behavior

УДК: 617.764.1-006-036-079.4

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН СЛЬОЗОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДАНИМИ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

**Полякова С.І.**

*Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України, м. Одеса*

**РЕЗЮМЕ:** на основі аналізу даних клінічної симптоматики 234 хворих епітеліальними пухлинами слюзової залози (ЕПСЗ) розроблений алгоритм клінічного дослідження хворого з новоутворенням СЗ, який повинен складатися з послідовного і ретельного дослідження стану повік, кон'юнктиви, пальпаторного дослідження пухлини (консистенція, форма росту, її рухливість, стан поверхні, наявність болю), визначення зміщення очного яблука, обмеження його рухливості і репозиції.

Встановлено, що для диференціації ступеня злоякісності ЕПСЗ на ранньому етапі клінічного обстеження з певним ступенем достовірності мають значення такі клінічні ознаки, як набряк ( $p = 0.03$ ) і гіперемія ( $p = 0.0001$ ) кон'юнктиви, консистенція ( $p = 0.02$ ) і рухливість ( $p = 0.002$ ) пухлини, форма ( $p = 0.0002$ ) росту пухлини, наявність болю при пальпації пухлини ( $p = 0.00001$ ), рухливість ( $p = 0.04$ ) і репозиція ( $p = 0.00003$ ) очного яблука.

**Ключові слова:** епітеліальні пухлини слюзової залози, клінічна симптоматика, диференційна діагностика

**Вступ.** Епітеліальні пухлини слюзової залози (ЕПСЗ), за даними літератури, зустрічаються від 5 до 11 % випадків новоутворень орбіти [1, 2, 3]. Серед ЕПСЗ в 50 % випадків зустрічається доброякісна пухлина – плеоморфна аденома, яку раніше більшість авторів називали «змішаною пухлиною» за особливостями її генеза, рідкісними доброякісними пухлинами слюзової залози (СЗ) називають також міксому, мукоепідермоїдну аденому, онкоцитому. До злоякісних ЕПСЗ відносять рак у плеоморфній аденомі, аденокарциному, аденокістозну карциному, мукоепідермоїдний рак [1].

Головний симптомокомплекс, який характеризує ураження СЗ, визначається її розміщенням у верхньо-бічному відділі очниці у ділянці СЗ, у зв'язку з чим пухлина, яка розвивається в СЗ, доступна пальпації і можливо визначити характерні ознаки пухлинної тканини.

Крім того, розвиток пухлини у СЗ супроводжується змінами з боку повік у вигляді набряка і птоза, або комбінації того чи іншого. В більшості випадків локалізація цих змін характерна для зовнішньої третини верхньої повіки, рідко всієї повіки.

Розвиток пухлини у СЗ супроводжується також зміщенням очного яблука (частіше донизу і в бік носу) з випинанням ока з очниці. Ступінь екзофтальма, як правило, невелика. Репозиція ока в очниці може бути вільна, або затруднена, що залежить від напрямку росту пухлини. Має також значення обмеженість рухливості очного яблука в той чи інший бік, частіше відмічається обмеженість рухливості очного яблука доверху і назовні. Тиск пухлини на око може призводити до збільшення довжини передньозадньої вісі та посиленню рефракції [2].

У зв'язку з тим, що публікації відносно пухлин слюзової залози у більшості складються з опису поодиноких випадків або невеликої кількості спостережень, практично неможливо скласти уяву про те, які клінічні ознаки мають диференційне значення для діагностики ЕПСЗ різного ступеня злоякісності.

Накопичення власних спостережень за хворими ЕПСЗ протягом майже 30 років і розвиток інформаційних технологій дозволили нам створити велику інформаційну електронну базу даних хворих на новоутворення СЗ (500 хворих), серед яких

хворі ЕПСЗ склали 234. Це дозволило більш ретельно вивчити інформативність клінічних ознак, даних інструментального, лабораторного, імунологічного, цитологічного та гістоморфологічного досліджень в диференційній діагностиці новоутворень СЗ, зокрема пухлин епітеліального генеза.

**Метою дослідження** було вивчення можливості диференційної діагностики доброякісних та злоякісних ЕПСЗ за даними клінічної симптоматики на ранньому доопераційному обстеженні.

**Матеріал і методи.** Дослідження особливостей клінічної симптоматики проведено у 234 хворих ЕПСЗ, які лікувалися в ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України» з 1946 по 2008 роки. Серед них чоловіків було 112 (48,5 %), жінок – 122 (51,5 %). Середній вік хворих складав  $44,5 \pm 15,8$  роки, мінімальний вік – 13 років, максимальний – 76 років. Права очниця була уражена у 133 хворих (56,8 %), ліва – у 101 (43,2 %). Власні спостереження склали 113 хворих.

Усі хворі ЕПСЗ були прооперовані та діагноз верифікований гістологічним методом.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми «Statistics 7».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розподіл хворих ЕПСЗ в залежності від гістологічної структури пухлини представлений у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на ЕПСЗ залежно від гістологічної структури пухлини

Гістологічний тип пухлини	Кількість хворих	%
Плеоморфна аденома	90	38,5
Рак у плеоморфній аденомі	16	6,8
Аденокарцинома	58	24,8
Аденокістозна карцинома	34	14,5
Аденокарцинома у плеоморфній аденомі	8	3,4
Аденокістозна карцинома у плеоморфній аденомі	5	2,2
Аденокарцинома в аденокістозній карциномі	8 (3,5 %)	3,4
Міксома	6	2,6
Мукоепідермоїдна аденома	8 (3,5 %)	3,4
Онкоцитوما	1	0,4
Усього	234	100,0

Як видно з даних таблиці 1, серед наших хворих частіше зустрічалися плеоморфні аденоми – 38,5 %, далі аденокарциноми – 24,8 %, аденокістозні карциноми – 14,5 %, рак в плеоморфній аденомі – 6,8 %. Однаково часто (3,4 %) зустрічалися аденокарцинома в плеоморфній аденомі, аденокарцинома в аденокістозній карциномі і мукоепідермоїдна аденома. Значно рідше – міксома (2,6 %), аденокістозна карцинома в плеоморфній аденомі (2,2 %) і онкоцитوما, котра діагностована у наших хворих в одному випадку (0,4 %). До доброякісних ЕПСЗ (105 хворих) нами віднесені – плеоморфна аденома, міксома, мукоепідермоїдна аденома і онкоцитوما. До злоякісних (126 хворих) – рак в плеоморфній аденомі, аденокарцинома, аденокістозна карцинома, аденокарцинома в плеоморфній аденомі, аденокістозна карцинома в плеоморфній аденомі, аденокарцинома в аденокістозній карциномі.

Поширеність різних клінічних симптомів у хворих ЕПСЗ при різному ступені їх злоякісності представлена в таблиці 2.

Як видно з даних таблиці 2, зміни повік у вигляді набряка і птоза зустрічаються як при доброякісних, так і при злоякісних пухлинах, але при

злаякісних пухлинах частіше, хоч статистичної достовірності при цьому не відмічено.

Зміни кон'юнктиви у вигляді набряка, гіперемії та гемоза також частіше зустрічаються при злоякісних ЕПСЗ, при цьому набряк ( $p = 0,03$ ) і гіперемія ( $p = 0,0001$ ) кон'юнктиви – ознаки, які мають статистичну достовірність при диференціації доброякісних і злоякісних ЕПСЗ.

Консистенція пухлини – один із важливіших клінічних симптомів діагностики. Тверда консистенція пухлини СЗ визначається практично однаково часто як при доброякісних (89,5 %), так і злоякісних (96,9 %) ЕПСЗ (табл. 2). При плеоморфній аденомі тверда консистенція пухлини визначалась у 81 хворого (90,0 %), а м'яка лише в 10,0 % випадків. При злоякісних ЕПСЗ тверда консистенція пухлини визначалась у всіх випадках у хворих аденокарциномою (58 хворих) і раком в плеоморфній аденомі (16 хворих). Таким чином, для ЕПСЗ незалежно від ступеня злоякісності і гістологічного типу більш характерна тверда консистенція пухлини, але м'яка консистенція пухлини зустрічається частіше при доброякісних пухлинах, у зв'язку з чим ознака є статистично достовірною ( $p = 0,02$ ) при диференційній діагностиці ЕПСЗ.

При ЕПСЗ частіше визначалась гладка поверхня пухлини, практично однаково як при доброякісних (76,2 % випадків), так і при злоякісних пухлинах (71,3 % випадків). Гладка поверхня пухлини сльозової залози визначалась у 80 з 172 хворих з цією ознакою (46,5 %) при доброякісних пухлинах і в 53,5 % випадків при злоякісних пухлинах. Гор-

биста поверхня пухлини визначається рідше, але також однаково як при доброякісних (23,8 %), так і при злоякісних (28,7 %) пухлинах. Статистичної достовірності ( $p = 0,39$ ) при диференціації ступеня злоякісності і гістологічного типу ЕПСЗ ця ознака не має (табл. 2).

Таблиця 2

Поширеність клінічних симптомів у хворих на ЕПСЗ при різному ступені їх злоякісності

Клінічні симптоми	Доброякісні пухлини (n = 105)		Злоякісні пухлини (n = 129)		p
	n	%	n	%	
Набряк повік:	20	19,1	35	26,3	0,18
Птоз:	80	76,2	101	78,3	0,7
Набряк кон'юнктиви	2	1,9	10	7,7	<b>0,03</b>
Гіперемія кон'юнктиви	8	7,6	33	25,6	<b>0,0001</b>
Хемоз кон'юнктиви	2	1,9	6	4,6	0,23
Консистенція пухлини:					
тверда	94	89,5	125	96,9	<b>0,02</b>
м'яка	11	10,5	4	3,1	
Поверхня пухлини:					
гладка	80	76,2	92	71,3	0,39
горбиста	25	23,8	37	28,7	
Рухливість пухлини:					
рухома	15	14,3	6	4,7	<b>0,002</b>
малорухома	25	23,8	17	13,2	
нерухома	65	61,9	106	82,1	
Форма росту пухлини:					
вузлова	39	37,1	29	22,5	<b>0,0002</b>
плоска	46	43,8	44	34,1	
дифузна	20	19,1	56	43,4	
Зміщення ока:					
допереду	14	13,3	11	8,5	0,16
донизу	25	23,8	35	27,1	
донизу і до носу	59	56,2	75	58,1	
до носу	0	0,00	2	1,6	
доверху і назовні	0	0,00	2	1,6	
відсутня	7	6,7	4	3,1	
Рухливість ока у повному об'ємі	21	20,0	14	10,9	<b>0,04</b>
Рухливість ока обмежена:					
назовні	1	1,00	3	2,3	
доверху	19	18,1	24	18,6	
донизу	0	0,00	2	1,6	
до носу	0	0,00	1	0,8	
доверху і назовні	60	57,1	68	52,7	
в усі боки	3	2,9	9	7,0	
відсутня	1	1	8	6,2	
Репозиція ока:					
Вільна	16	15,2	5	3,9	<b>0,00003</b>
затруднена	63	60,0	59	45,7	
неможлива	26	24,8	65	50,4	
Наявність болю при пальпації пухлини:	3	2,9	27	20,9	<b>0,00001</b>

Важливою ознакою для диференціації пухлини є її рухливість. ЕПСЗ незалежно від ступеня злякисності частіше бувають нерухомі – 171 хворий (73,0 %), рідко малорухомі – 42 хворих (18,0 %) і рухомі – 21 хворий (9,0 %). Рухома і малорухома пухлина частіше визначається при плеоморфній аденомі (57,1 % і 52,4 % відповідно), ніж при інших типах ЕПСЗ. Нерухома пухлина частіше (64,3 %) визначається при злякисних типах ЕПСЗ. Із даних таблиці 2 видно, що ця ознака є високо статистично достовірною ( $p = 0,002$ ) для диференціації ступеня злякисності ЕПСЗ. Але, на наш погляд, ця ознака більш відображає не ступінь злякисності пухлини, а стадію її розвитку і розповсюдження, зокрема, зв'язок з окістям та проростанням у кістку.

Ще однією не менш важливою ознакою у діагностиці пухлин СЗ є визначення її форми зросту. При ЕПСЗ незалежно від їх ступеня злякисності частіше зустрічається вузлова, або плоска форма зросту пухлини – 158 хворих (67,5 %). При цьому вузлова і плоска форма зросту пухлини частіше спостерігається у хворих на плеоморфну аденому (51,5 % і 45,6 % відповідно) у порівнянні з іншими гістологічними типами ЕПСЗ. Дифузна форма зросту частіше визначається у хворих із злякисними типами ЕПСЗ (76,3 %), при цьому, у 87,9 % випадків – у хворих на аденокарциному, 81,3 % випадків – у хворих на рак в плеоморфній аденомі і у 70,6 % випадків – у хворих на аденокістозну карциному. Із даних таблиці 2 видно, що ця ознака, яка характеризує стан пухлинної тканини і визначається пальпаторно, має високий ступінь достовірності в диференціації ступеня злякисності ЕПСЗ ( $p = 0,0002$ ).

Ріст пухлини СЗ в очниці призводить до зміщення очного яблука, обмеження його рухливості і репозиції. Як при доброякісних, так і при злякис-

них ЕПСЗ більш ніж в 50 % випадків спостерігається зміщення очного яблука донизу і до носу та обмеження його рухливості доверху і назовні, в інших напрямках рідше (табл. 2). Слід відзначити, що статистично достовірна повна відсутність рухливості очного яблука визначається у хворих на злякисні пухлини ( $p = 0,04$ ). При цьому, середній ступінь екзофтальму ( $M \pm SD$ ) у хворих ЕПСЗ був  $5,1 \pm 3,2$  мм при мінімальному його значенні – 0 і максимальному – 17 мм.

Репозиція ока незалежно від ступеня злякисності ЕПСЗ частіше буває затруднена або неможлива (табл. 2). Разом з тим, при злякисних пухлинах репозиція ока в 2 рази частіше неможлива (49,6 %), ніж при доброякісних пухлинах (24,5 %), що статистично високо достовірно ( $p = 0,00003$ ).

Ми визначили також, що для злякисних ЕПСЗ характерним є наявність болю при пальпації пухлини (табл. 2). Ця ознака статистично високо достовірно дозволяє диференціювати доброякісні пухлини від злякисних ( $p = 0,00001$ ).

**Висновки.** Аналіз даних клінічної симптоматики показав, що алгоритм клінічного обстеження хворого з новоутворенням СЗ повинен складатися з послідовного і ретельного обстеження стану повік, кон'юнктиви, пальпаторного дослідження пухлини (консистенція, форма росту, її рухливість, стан поверхні, наявність болю), визначення зміщення очного яблука, обмеження його рухливості і репозиції. Встановлено, що для диференціації ступеня злякисності ЕПСЗ на ранньому етапі клінічного обстеження з певним ступенем достовірності мають значення такі клінічні ознаки, як набряк і гіперемія кон'юнктиви, консистенція і рухливість пухлини, форма росту пухлини, наявність болю при пальпації пухлини, рухливість і репозиція очного яблука.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты: руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 256 с.
2. Офтальмоонкология: Руководство для врачей / А.Ф.Бровкина, В.В.Вальский, Г.А.Гусев и др.; Под ред. А.Ф.Бровкиной. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
3. Henderson J. W. Orbital tumors. – Raven Press, New York. – 1994. – 448 p.

## SUMMARY

### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE EPITHELIAL TUMORS OF THE LACRIMAL GLAND ACCORDING TO THE CLINICAL SYMPTOMS

**Polyakova S.I.**

Based on the clinical examination of 234 patients with epithelial tumor of lacrimal gland (ETLG) the algorithm of investigation was established. It consisted of successive and thorough examination of eyelids, conjunctiva, palpation of tumor (consistence, the type of tumor's growth, the mobility, the state of tumor's surface, painfulness, the disposition of eyeball, the limited mobility and reposition of eyeball).

It was established that such clinical signs as conjunctival hyperemia ( $p = 0,0001$ ) and edema ( $p = 0,03$ ), tumor's consistence ( $p = 0,02$ ), tumor's growth ( $p = 0,0002$ ), pain at tumor's palpation ( $p = 0,00001$ ), mobility ( $p = 0,04$ ) and reposition ( $p = 0,00003$ ) of eyeball are important in differential degree of early diagnosis of malignant ETLG.

**Key words:** epithelial tumors of the lacrimal gland, clinical symptoms, differential diagnosis