

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

На тему : «Опухоли слюнных желез»

Выполнил:

ординатор 2 года обучения

Гафуров Джумъаназар Мирзорахимович

Проверил:

к.м.н., А.В. Поляков

Красноярск, 2022

Содержание

1. Эпидемиология.
2. Способствующие факторы.
3. Формы роста и пути метастазирования.
4. Диагностика.
5. Классификация.
6. Клиническая картина.
7. Лечение. 8. Прогноз.

Список используемой литературы

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Опухоли слюнных желез могут встречаться у пациентов разного возраста. Наиболее часто новообразования слюнных желез появляются у людей в возрасте от 50 до 60 лет. Среди мужчин и женщин опухоли слюнных желез встречаются примерно одинаково, иногда преобладая у того или иного пола в зависимости от гистологической структуры новообразования.

Большие слюнные железы поражаются опухолевыми процессами гораздо чаще, чем малые, но при этом новообразование обычно носит доброкачественный характер. Поражение малых слюнных желез, как правило, имеет злокачественное течение (А. М. Пачес, 2000; А. А. Тимофеев, 2007).

Опухоли больших слюнных желез обычно возникают с одной стороны, одинаково часто располагаясь справа и слева. Двустороннее поражение наблюдается в основном при аденолимфоме.

Новообразования слюнных желез могут быть поверхностными, находиться в глубине паренхимы железы или исходить из добавочной доли околоушной слюнной железы. Очень редко новообразования развиваются из стенового протока. В таких случаях они находятся в толще щеки.

Среди малых слюнных желез опухолевыми процессами наиболее часто поражаются железы слизистой оболочки твердого (реже мягкого) неба.

Опухоли подъязычных слюнных желез наблюдаются крайне редко.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ

По клиническому течению опухоли подразделяются на доброкачественные и злокачественные.

По гистологическому строению, согласно Международной классификации ВОЗ (2005), выделяют:

1. Доброкачественные опухоли:

1. Эпителиальные:

- плеоморфная (полиморфная) аденома;
- оксифильная аденома;
- базальноклеточная аденома;
- миоэпителиома; — аденолимфома;
- онкоцитомы и др.

2. Неэпителиальные:

- гемангиома;
- липома;
- фиброма;
- невринома и др.

II. Злокачественные опухоли:

1. Эпителиальные:

- мукоэпидермоидный рак;
- ацинозно-клеточный рак (ациноклеточная карцинома);
- аденокистозный рак (цилиндрома);
- аденокарцинома;
- эпидермоидная карцинома;
- эпителиально-миоэпителиальная карцинома;
- недифференцированная карцинома;
- злокачественные опухоли, развившиеся в плеоморфной аденоме.

2. Неэпителиальные опухоли (саркома).

Международная TNM-классификация применима только для рака больших околоушной (код по МКБ–10 — C07.9), подчелюстной (C08.0) и подъязычной (C08.1) слюнных желез:

1. T — первичная опухоль:

- TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

- T0 — первичная опухоль не определяется;

- T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении без

распространения за пределы железы;

- T2 — опухоль до 4 см в наибольшем измерении без

распространения за пределы железы;

- T3 — опухоль с распространением за пределы паренхимы без поражения VII нерва и/или от 4 до 6 см в наибольшем измерении;

- T4a — опухоль более 6 см в наибольшем измерении с распространением за пределы паренхимы, на кость нижней челюсти, наружный слуховой проход и/или с поражением VII нерва;

- T4b — опухоль распространяется на основание черепа, крылонебное пространство, внутреннюю сонную артерию.

2. N — регионарные лимфатические узлы (общие для опухолей головы и шеи):

- NX — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;
- N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
- N1 — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении;
- N2 — метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон, или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении;
- N2a — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;
- N2b — метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;
- N2c — метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении;
- N3 — метастаз в лимфатическом узле более 6 см в наибольшем измерении.

3. М — отдаленные метастазы:

- MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов; – M0 — нет признаков отдаленных метастазов; – M1 — имеются отдаленные метастазы.

Метастазы злокачественных опухолей могут распространяться лимфогенным и гематогенным путем. Регионарными лимфатическими узлами для слюнных желез являются поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи. Гематогенные метастазы чаще обнаруживаются в легких, костях скелета, реже — в головном мозге. Частота возникновения метастазов зависит от гистологической структуры опухоли.

Еще одним признаком, характеризующим распространенность опухолевого процесса, является **степень злокачественности (G) карцином**:

- GX — степень дифференцировки не может быть установлена;
- G1 — высокая степень дифференцировки;
- G2 — умеренная степень дифференцировки; – G3 — низкая степень дифференцировки; – G4 — недифференцированная карцинома.

Кроме того, на основании клинической картины и степени распространенности опухолевого процесса, существует **классификация злокачественных опухолей слюнных желез по стадиям**:

- а) I стадия: T1 N0 M0;
- б) II стадия: T2 N0 M0;
- в) III стадия:
 - T3 N0 M0;
 - T1 N1 M0;
 - T2 N1 M0; – T3 N1 M0;
- г) IV A стадия: –
 - T1 N2 M0;
 - T2 N2 M0;
 - T3 N2 M0;
 - T4a N0 M0;
 - T4a N1 M0;
 - T4a N2 M0;
- д) IV B:
 - T4 б любая N M0;
 - любая T N3 M0;
- е) IV C: любая T любая N M1.

3. ДИАГНОСТИКА

План обследования пациентов с патологией слюнных желез включает клинические и специальные методы исследования.

По данным специальной литературы, диагностическая эффективность **общеклинического обследования** при патологии слюнных желез составляет 71–80 %. Данный вид обследования, несмотря на свою простоту, играет огромную роль в первичной диагностике опухолей больших слюнных желез. Так, в 45,6 % случаев он позволяет установить первичный диагноз доброкачественной и в 51,7 % — злокачественной опухоли.

Метод бимануальной пальпации при наличии опухоли позволяет получить исходную информацию об ее ориентировочной локализации, размерах, четкости границ, консистенции, болезненности, отношении к окружающим тканям. При локализации опухоли в глоточном отростке околоушной слюнной железы определяется деформация стенки глотки за счет выбухания. **Оценка слюнообразовательной и слюновыделительной способности слюнных желез** проводится визуально по относительному количеству и характеру секрета (изменение его прозрачности и вязкости, наличие включений), выделяемого при массаже железы.

Ретроградное зондирование выводных протоков желез и слюнных свищей, проводимое с помощью специальных зондов, позволяет выявить находящийся в просвете протока несмещаемый конкремент, участки рубцовых стриктур либо компрессию протока опухолью, ход слюнного свища. Данную диагностическую манипуляцию не рекомендуется проводить при слюнно-каменной болезни в период обострения воспалительного процесса, так как это может привести к перфорации стенки воспаленного протока.

Специальные методы исследования (ультразвуковой, лучевой и др.) дают дополнительную информацию, которая позволяет уточнить особенности течения патологического процесса в слюнной железе и провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

Ультразвуковое исследование (УЗИ, сонография, ультрасонография, эхография) позволяет определить размеры самой железы, а по разности эхогенности дает определенную информацию о степени структурных изменений железистой ткани — замещении ее акустически более плотной соединительной тканью. Стандартная методика сонографии позволяет визуализировать опухоль слюнной железы (до 97 % случаев). Метод дает возможность определить локализацию и размеры опухоли, степень поражения железы опухолью, наличие оболочки новообразования, четкость контура, однородность структуры, присутствие эхогенных включений, увеличенных регионарных лимфатических узлов и их взаимоотношения с окружающими анатомическими образованиями, а также степень звукопроводения (высокая, средняя, низкая). Определенные трудности в получении необходимой информации возникают при расположении опухоли в глубоком отделе околоушной железы. Доброкачественные опухоли характеризуются наличием четких, ровных контуров, без признаков инвазии.

Контрастная сиалогRAFия позволяет выявить опухоли слюнных желез в 83 % случаев. Доброкачественные опухоли на сиалограммах оттесняют протоки в сторону, не вызывая изменений их структуры. Контур протоков нередко повторяют очертания опухоли, которая выявляется в виде дефекта наполнения в паренхиме железы — «мяч в руке». Злокачественные новообразования характеризуются разрушением целостности и прерывистостью протоков.

Рентген-компьютерная томография (РКТ) применяется для получения уточняющей информации о состоянии протоковой системы железы. Данный метод рекомендуется использовать в сочетании с контрастной сиалогRAFией или внутривенным введением рентгеноконтрастного вещества.

Магнитно-резонансная компьютерная томография (ядерномагнитно-резонансная компьютерная томография, МРТ, ЯМРТ, MRI) имеет высокую диагностическую ценность в плане уточнения топографоанатомической локализации опухолей и их взаимоотношений с окружающими тканями и органами.

По накоплению и экскреции радиофармацевтического препарата, введенного внутривенно, **методы радионуклидного исследования** позволяют получить информацию о структурных и функциональных нарушениях слюнных желез. Опухоль, не накапливая препарат, создает дефект изображения железы. Метод используется для изучения функциональной способности слюнной железы после проведения органосохраняющей операции, а иногда — с целью подтверждения удаления всей железистой ткани после экстирпации слюнной железы.

Метод термографии (термовизиография, тепловидение) основан на контактном или дистанционном измерении поверхностной температуры тела в инфракрасном или сверхвысокочастотном (радио) диапазоне и получении изображения различной интенсивности серых тонов. Применение холестерических жидких кристаллов позволяет получить цветное изображение.

Оценка термограмм слюнных желез включает определение температурной асимметрии, наличие патологических очагов гипо- или гипертермии, а проведение количественного анализа состоит в измерении градиента температуры в симметричных участках и площади патологической зоны.

Большинство доброкачественных опухолей слюнных желез выглядят как очаги локальной гипотермии, сосудистые опухоли — локальной гипертермии. Злокачественные новообразования характеризуются локальной гипертермией в проекции опухоли и регионарных лимфатических узлов, а при инфильтративном росте отмечается нечеткость контуров патологического очага.

Цитологическое исследование пунктатов опухоли слюнной железы позволяет в большинстве случаев верифицировать диагноз новообразования, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, установить клеточный состав и характер опухоли (доброкачественная или злокачественная). Наиболее простым и доступным методом получения морфологического материала тканей опухолей, располагающихся в толще железы является тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ, FNA — fine needle aspiration). Чувствительность и специфичность данного метода варьирует от 60 до 86 %.

Если опухоль расположена в глубоком отделе слюнной железы, предпочтительно проводить ее пункцию под контролем УЗИ. Иногда удобнее пропунктировать ее с помощью интратрансoralного доступа.

Материал для цитологического исследования получают, соблюдая все правила асептики и антисептики, с помощью сухого шприца с хорошо подогнанным поршнем (для герметичности) объемом не менее 10 мл и с тонкой иглой (18–21G). Перед проведением тонкоигольной аспирационной биопсии выполняют инфильтрационную анестезию новокаином (1 мл 2%ного р-ра). Критерием нахождения иглы в образовании является смещение опухоли при движении иглы. Иглу фиксируют на определенной глубине и выполняют аспирацию, создавая вакуум в шприце. Содержимое шприца наносят на предметное стекло и осторожно распределяют по его поверхности. Высушив мазки на воздухе, их маркируют и отправляют в цитологическую лабораторию, где окрашивают по Паппенгейму или Романовскому–Гимзе и изучают морфологию клеток препарата.

Гистологическое исследование опухоли в настоящее время является самым точным методом дифференциальной диагностики, поскольку позволяет не только выявить опухоль, но и уточнить ее конкретную гистологическую форму и степень дифференцировки.

Инцизионная биопсия с последующим гистологическим исследованием — наиболее достоверный метод морфологической верификации новообразований. Она выполняется путем трепанобиопсии.

Операцию проводят в условиях стационара, под местным обезболиванием, с соблюдением принципов абластики и антибластики.

После обработки операционного поля антисептиком и проведения инфильтрационной анестезии, скальпелем делают разрез кожи в выбранной точке около 1–2 мм. Используют аппарат для автоматической трепанобиопсии фирмы BARD Magnum (игла 18g × 20 cm Length, глубина среза 10 мм) с триггерным механизмом. Для ультразвукового сканирования слюнной железы применяют датчик с частотой 7,5–10,0 МГц. Биопсийная игла входит в ткань на глубину 10 мм, при этом длина столбика ткани составляет 8 мм, а диаметр около 1,2 мм.

Макроскопическая характеристика опухолей слюнных желез отличается многообразием. Установить зависимость между макроскопической картиной удаленного новообразования и его гистологическим строением не представляется возможным. Поэтому при подозрении на злокачественный характер удаленной опухоли и для оценки адекватности проведенной операции некоторые авторы предлагают проводить срочное гистологическое исследование на замороженных

срезах, указывая на его достоверность в 94,1–96 % случаев и на определение конкретной гистологической формы злокачественной опухоли в 82 % случаев.

Согласно клиническим протоколам диагностические мероприятия при опухолях слюнных желез включают в себя: орофарингоскопию; визуальную оценку функции мимической мускулатуры и конфигурации лица; пальпаторное обследование больших слюнных желез; пальпаторное обследование лимфатических узлов шеи с обеих сторон (при клинически не определяемых метастазах в лимфатические узлы — УЗИ шеи); цитологическую верификацию опухоли (тонкоигольная аспирационная биопсия) + срочное интраоперационное гистологическое исследование; ортопантомографию нижней челюсти (при подозрении на вовлечение в опухоль костных структур); компьютерную рентгенотомографию и/или МРТ (толщина срезов 2–4 мм) области локализации опухоли (при отсутствии возможности — УЗИ) + компьютерная рентгенотомография и/или МРТ от основания черепа до ключицы (при резектабельных местнораспространенных опухолях); рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при цилиндроме малых или больших слюнных желез выполняется компьютерная рентгенотомография грудной клетки (толщина срезов не менее 4 мм)); ЭКГ; Эхо-КГ (при планировании химиотерапии).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Как правило, доброкачественные опухоли слюнных желез не сопровождаются какими-либо функциональными нарушениями, появление которых более характерно для злокачественных опухолей за счет прорастания ими нервов и прилежащих мышечных структур.

Функциональные нарушения в виде пареза или паралича мимической мускулатуры, болевого синдрома или снижения чувствительности кожи, ограничения открывания рта и затрудненного глотания на фоне быстрого роста опухоли являются основными дифференциально-диагностическими клиническими критериями злокачественных опухолей слюнных желез.

Однако определенные функциональные нарушения возможны и при доброкачественных новообразованиях: опухоли больших размеров, исходящие из глубокого отдела околоушной железы и находящиеся в окологлоточном пространстве, могут вызывать выраженную асимметрию ротоглотки и

дискомфорт при приеме пищи и даже привести к развитию асфиксии, требующей выполнения экстренной трахеотомии.

Дифференциально-диагностические признаки доброкачественных опухолей:

- 1) характеризуются продолжительным (иногда на протяжении десятков лет) бессимптомным течением;
- 2) иногда достигают довольно значительных размеров, но при этом не нарушают функцию лицевого нерва;
- 3) не прорастают в кожу и окружающие ткани.

Злокачественные новообразования околоушных слюнных желез в результате инфильтративного характера роста могут прорасти в лицевой нерв, вызывая парез или паралич его ветвей. Нередко такие опухоли поражают нижнюю челюсть, прежде всего — ее ветвь и угол, сосцевидный отросток височной кости, распространяются под основанием черепа, в ротовую полость. В поздних стадиях в опухолевый процесс вовлекается кожа боковых отделов лица.

Признаки малигнизации:

- ускорение темпов роста опухоли;
- появление неприятных ощущений, а иногда и довольно интенсивной боли с иррадиацией в ухо или висок;
- инфильтративный характер роста, сопровождающийся ограничением смещаемости опухоли;
- нарушения целостности ветвей лицевого нерва, которые сопровождаются парезом, а затем и параличом мимической мускулатуры с соответствующей стороны лица;
- может возникать контрактура жевательных мышц, нарушение актов жевания и глотания (в особенности при локализации опухоли в плотной ростке околоушной слюнной железы);
- изменения со стороны регионарных лимфатических узлов, свидетельствующие о метастазировании опухоли.

Однако в большинстве своем доброкачественные и злокачественные опухоли околоушной железы имеют ряд общих клинических признаков, что не позволяет на дооперационном этапе обследования окончательно установить правильный диагноз.

5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (АДЕНОМЫ)

Аденомы составляют от 70 до 80 % всех эпителиальных опухолей слюнных желез.

Наиболее часто встречаются плеоморфная аденома, аденолимфома, онкоцитома, базальноклеточная аденома. Все остальные доброкачественные эпителиальные опухоли слюнных желез

(каналикулярная аденома, протоковые папилломы, различные варианты цистоаденом и сальная аденома) выявляются крайне редко и представляют интерес только для их морфологической диагностики.

Плеоморфная аденома

Среди доброкачественных эпителиальных опухолей слюнных желез самой частой является плеоморфная аденома.

Эта опухоль чаще возникает в околоушной железе, однако может локализоваться и в поднижнечелюстной, и в малых слюнных железах (чаще в области неба). Преимущественно встречается в возрастной группе 50–60 лет. Чаще развивается у лиц женского пола, соотношение выявления опухоли у мужчин и женщин 1:1,7.

Макроскопически новообразование представлено обычно одним узлом плотной, эластичной или мягкой консистенции (в зависимости от преобладания мезенхимального или стромального компонента). На разрезе опухоль белесовато-желтого цвета или беловато-серого с ослизнением, иногда режется с трудом в связи с наличием участков хрящеподобной ткани. В некоторых случаях опухоль имеет бугристую поверхность и обладает мультицентрическим ростом.

При микроскопическом исследовании гистологические варианты плеоморфных аденом выделяют с учетом клеточного (мукоидного) компонента, образования эпителиальных структур, наличия миоэпителиальных клеток и их взаимоотношений с окружающей тканью.

Выделяют три гистологических варианта плеоморфной аденомы:

1. Тубулярно-трабекулярная с выраженным миксоидным или миксоидно-хондроидным компонентом.
2. Тубулярно-трабекулярная с выраженным хондроидным компонентом.
3. Солидная аденома.

Плеоморфные аденомы с выраженным миксоматозным компонентом растут быстрее, иногда обладают мультицентрическим ростом, встречаются

преимущественно у пациентов более молодого возраста и чаще всего рецидивируют. Отличительной особенностью этих новообразований является их относительный инфильтративный рост, но без разрушения прилежащих тканей, характерного для злокачественной опухоли. Это связано с тем, что оболочка плеоморфной аденомы является продуктом самой опухоли, состоит из скоплений стромальной ткани и не одинакова на всем протяжении, местами значительно истончена, а на отдельных участках может вообще отсутствовать. В результате этого опухолевая ткань непосредственно контактирует с прилежащей железистой тканью, может выходить за ее пределы и даже внедряться вглубь ее.

Несмотря на гистологическое строение и характер роста опухоли, характерные для доброкачественного процесса, плеоморфной аденоме присущ признак рецидивирования, т. е. после удаления опухоль возникает повторно (особенно это свойственно плеоморфным аденомам околоушных желез). До 92,9 % рецидивов имеют многоузловой характер. Плеоморфные аденомы имеют склонность к малигнизации. Переход ее в злокачественную опухоль отмечается у 2–5 % пациентов.

Аденолимфома

Аденолимфома (Warthin's tumor, опухоль Уортина, бранхиома слюнной железы) составляет 1,7–10,1 % от всех доброкачественных опухолей слюнных желез и занимает второе место по частоте встречаемости после плеоморфных аденом. Возникает исключительно в околоушных железах. Из клинико-биологических особенностей данной опухоли отмечается: медленный рост, склонность к рецидивированию; в 7–12 % случаев — первично-множественный характер поражения одной железы или двустороннее поражение симметричных желез; в 11,3 % случаев наблюдается одновременная ассоциация с другими опухолями слюнных желез. Рецидивы заболевания чаще встречаются в связи с мультицентрическим ростом. Малигнизация аденолимфом наблюдается крайне редко.

До настоящего времени в литературе дискуссируется вопрос этиологических факторов развития данной опухоли и гистологических подтипов ее проявления. Существует онкоцитарная теория «лимфоэпителиального перерождения» за счет хронического воспаления. Наиболее вероятно дизонтогенетическое происхождение этого типа опухолей, о чем говорит обнаружение гетеротопии островков ткани слюнной железы во внутриорганных лимфатических узлах у плодов и

новорожденных, что подтверждается иммуногисто-химическими и молекулярно-генетическими исследованиями.

Макроскопически опухоль на разрезе имеет бледно-серую окраску с множеством мелких, щелевидных или крупных кист, заполненных серозным содержимым.

Микроскопически железистые структуры и кистозные образования выстланы двойным слоем клеток, напоминающих эпителий слюнных трубок. В строме имеется развитая лимфоидная ткань с образованием лимфоидных фолликулов с зародышевыми центрами.

Онкоцитома

Онкоцитома (онкоклеточная, или оксифильная аденома) — редкая (менее 1 % новообразований данной локализации) доброкачественная опухоль слюнных желез, возникает преимущественно в околоушной железе.

Встречаются как односторонние, так и двухсторонние поражения. Могут быть многофокусные закладки. Возраст пациентов, у которых встречается эта редкая опухоль, — от 50 до 80 лет и старше.

Макроскопически опухоль выглядит как узел (или, реже, множественные узлы) с четкими границами. Как правило, она окружена капсулой эластичной консистенции, буровато-коричневого цвета на разрезе.

Микроскопически онкоцитома имеет своеобразную картину: крупные светлые клетки с зернистой эозинофильной цитоплазмой с небольшим ядром формируют солидно-альвеолярные структуры.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Липома (сиалолипома)

Достаточно большое присутствие жировой ткани в структуре околоушных слюнных желез может явиться морфологическим субстратом для развития внутриорганных липом в околоушной слюнной железе, которые составляют 1,0–3,1 % всех опухолей околоушных желез.

Приблизительно 90 % этих опухолей — липомы с типичной морфологической структурой, состоящей из зрелой жировой ткани. Отличительным дифференциально-диагностическим признаком липом от липоматоза, наблюдаемого при реактивно-дистрофических процессах в слюнной железе, является наличие тонко-волокнистой соединительнотканной оболочки, окружающей опухоль.

Структурная особенность этой формы опухоли — наличие среди зрелой жировой ткани островков железистой ткани, состоящих из ацинарных клеток, немногочисленных протоковых структур и мелких ветвей нерва. Такое строение сиалолипом может предопределить более агрессивный характер роста опухоли и определенные технические трудности при ее хирургическом удалении. Наличие волокнистой оболочки, окружающей опухоль, также позволяет дифференцировать ее от липоматоза железы.

Гемангиома

Достаточно редко встречающаяся опухоль слюнных желез. Она составляет 1,1–1,6 % от всех опухолей данных органов. В большинстве случаев гемангиома обнаруживается сразу при рождении, что дает основание предположить ее врожденную природу; однако часто она является приобретенной, развиваясь в раннем детстве.

Несмотря на то что гемангиома, с гистологической точки зрения, является доброкачественным образованием, в ряде случаев в процессе роста она может достаточно активно внедряться в железистую ткань, что может характеризоваться как инвазивный рост новообразования.

Если для большинства доброкачественных опухолей слюнных желез характерен длительный, медленный и относительно равномерный рост, то особенностью гемангиома является достаточно быстрый рост в начале, который сменяется периодом его стабилизации, а иногда и с последующей тенденцией к регрессии новообразования.

Нейрофиброма

Опухоль чаще встречается в околоушных слюнных железах, развивается преимущественно в области ветвей лицевого нерва, реже — других соматических нервов или ветвей вегетативной нервной системы. Нейрофиброма растет медленно, без болевых ощущений, может иметь округлую или узловатую форму, плотноэластическую консистенцию, покрыта оболочкой, с окружающими тканями не спаяна.

Миоэпителиома

Миоэпителиому следует рассматривать как вариант мономорфной аденомы, которая состоит исключительно из зрелых миоэпителиальных клеток, но в ряде случаев в ней можно наблюдать также присутствие эпителиального

компонента протоков. Миоэпителиома стоит на третьем месте по частоте выявления среди доброкачественных опухолей слюнных желез.

В основном опухоль локализуется в околоушной железе, но может быть обнаружена в поднижнечелюстной железе и малых слюнных железах неба и языка. Она встречается одинаково часто у мужчин и женщин в возрасте от 14 до 80 лет. Опухоль обычно безболезненна, темпы роста варьируют от нескольких месяцев до нескольких лет.

Макроскопически опухоль неправильной, узловатой формы, на разрезе представлена плотной белесоватой тканью.

Микроскопически выделяют три гистологических варианта данной опухоли:

- ретикулярная с миксоидным компонентом; –
- солидный тип;
- смешанная форма.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

В настоящее время лечение всех доброкачественных опухолей слюнных желез исключительно хирургическое.

При локализации опухоли в поднижнечелюстной слюнной железе выполняется экстирпация последней. В случае поражения малых слюнных желез опухоль удаляется в пределах здоровых тканей, в связи с высокой вероятностью злокачественного характера образования, с соблюдением принципов абластики. При локализации опухоли в области твердого неба необходимо изготовить защитную пластинку для ведения послеоперационной раны под йодоформенной турундой.

Наибольшие сложности в лечении отмечаются при локализации опухоли в околоушной железе.

В качестве оперативного доступа при операциях на околоушной железе предложено более десятка разрезов и их модификаций (Ковтуновича, Мартина, Редона, Систрунка и др.). В основе большинства их лежит преддушно-зачелюстной разрез, с продолжением в поднижнечелюстную область или верхнебоковой отдел шеи.

При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы нужно обязательно сохранять анатомическую целостность лицевого нерва. По этой причине в зарубежной литературе такие операции нередко называются «консервативные». «Радикальными» являются вмешательства без сохранения лицевого нерва.

Существуют две методики обнаружения и выделения внутрижелезистого отдела лицевого нерва:

1. Нахождение ствола нерва в области выхода его из шиловосцевидного отверстия с последующим выделением ветвей к периферии (задний доступ или антеградное выделение).

2. Нахождение периферических ветвей (краевой в области нижнего полюса железы, щечной по ходу выводного протока железы, скуловых) и выделение их по направлению к стволу части нерва (передний доступ или ретроградное выделение).

При доброкачественных опухолях околоушной железы традиционно применяют четыре основных метода их удаления, три из которых являются органосохраняющими, и при всех операциях сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва:

- 1) выделение опухоли по ее оболочке (энуклеация);
- 2) частичная паротидэктомия;
- 3) субтотальная паротидэктомия (поверхностная, глубокая); 4) тотальная паротидэктомия.

Выбор конкретного вида операции зависит не только от гистологической формы новообразования. Определяющим моментом также являются топографо-анатомическая локализация и размер опухоли, особенности клинического течения. Поэтому при одной и той же гистологической форме опухоли объем выполняемой операции может быть различным.

Все виды операций проводятся под контролем операционного микроскопа (являются микрохирургическими).

Удаление опухоли путем выделения ее по оболочке (энуклеация опухоли, перикапсулярное удаление). Суть метода состоит в том, что после рассечения капсулы околоушной железы выходят на оболочку опухоли и проводят постепенную отслойку этой оболочки от прилежащих к ней здоровых тканей по всему периметру опухоли до полного ее выделения и удаления. Данный метод является наименее травматичным по сравнению с другими. Считается, что он может быть применен при любой доброкачественной опухоли околоушной железы, если до операции точно установлена гистологическая форма новообразования и оно имеет хорошо выраженную оболочку.

Исключением из этого правила является плеоморфная аденома. В настоящее время большинство авторов придерживаются убеждения, что по причине известных клинико-биологических особенностей этой опухоли данный метод хирургического лечения к ней не должен применяться.

Частичная паротидэктомия (частичная резекция околоушной железы, частичная поверхностная паротидэктомия, экстракапсулярная резекция околоушной железы, блоковая паротидэктомия). Данный метод заключается в удалении опухоли вместе с прилежащей к ней тканью слюнной железы. Считается оптимальным способом хирургического лечения всех доброкачественных опухолей, располагающихся в поверхностном отделе околоушной железы (преимущественно в области одного из ее полюсов) и имеющих размеры до 2 см.

Существует две методики выполнения частичной паротидэктомии:

1. Когда первоначально выделяют стволковую часть лицевого нерва, и от него препарируют только те ветви нерва, которые предположительно проходят в области расположения опухоли. При этом отделяют и удаляют часть слюнной железы вместе с находящейся в ней опухолью.

2. Когда стволковую часть нерва не выделяют, а сразу проводят удаление опухоли по железистой ткани, отступая от ее определяемых границ, с одномоментным препарированием ветвей лицевого нерва, попадающих в операционное поле.

Выполнение данной методики операции традиционно проводится либо путем тупого разъединения железистой ткани кровоостанавливающим зажимом с рассечением соединительнотканых тяжей и лигированных кровеносных сосудов, либо острым путем с помощью скальпеля, отсекая часть железы с включенной в нее опухолью.

Поверхностная субтотальная паротидэктомия (субтотальная резекция околоушной железы, поверхностная паротидэктомия, поверхностная субтотальная паротидэктомия). Метод заключается в первоначальном обнажении стволковой части или периферических ветвей лицевого нерва с последующим хирургическим отделением поверхностного отдела околоушной железы от лицевого нерва по плоскости его ветвления и располагающегося под ним глубокого отдела железы. Таким образом, поверхностный отдел околоушной железы полностью удаляется вместе с находящейся в нем опухолью, а лицевой нерв и глубокий отдел слюнной железы сохраняются.

Выполняя субтотальную паротидэктомию, следует стремиться не повредить интимную связь ветвей лицевого нерва с глубоким отделом околоушной железы, так как это нарушает трофику нерва и обуславливает развитие послеоперационного пареза мимической мускулатуры.

Выполнение данной операции предусматривает пересечение выводного протока околоушной железы на уровне проксимальной части внежелезистого отдела и удаление его вместе с поверхностным отделом железы.

Глубокая субтотальная паротидэктомия (разработана на кафедре ЧЛХ БГМУ для удаления опухолей глубокого отдела околоушной железы и является органосохраняющей). Под эндотрахеальным интубационным наркозом в околоушно-жевательной области проводят разрез по Ковтуновичу. Рассекают кожу и подкожно-жировую клетчатку. В отличие от стандартной методики широко-рокового хирургического доступа к околоушной железе, отслойку кожно-жирового лоскута от наружной поверхности околоушной слюнной железы не проводят, а только рассекают околоушную фасцию в области нижнего и заднего полюсов околоушной железы, с последующей мобилизацией железы кпереди до обнажения переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Используя традиционные ориентиры и 5–10-кратное увеличение операционного микроскопа, обнажают стволовую часть лицевого нерва в области шило-сосцевидного отверстия и выделяют ее до входа в слюнную железу. Под контролем операционной оптики и с использованием микрохирургического инструментария, поверхностный отдел околоушной железы отделяют от стволовой части и ветвей лицевого нерва и мобилизуют, несколько не доходя до переднего полюса железы, единым анатомическим блоком с кожно-жировым лоскутом околоушно-жевательной области, максимально щадя при этом железистую ткань.

Далее лицевой нерв отделяют от железистой ткани глубокого отдела железы. Последний выделяют и удаляют из-под ветвей лицевого нерва единым блоком вместе с находящейся в нем опухолью.

Со стороны полости рта через устье в проток железы вводят зонд до уровня внутрижелезистой его части. Это позволяет определить возможность сохранения выводного протока вместе с прилежащим к нему сегментом железистой ткани для поддержания полноценной функциональной активности железы. В завершение операции кожножировой лоскут вместе с сохраненным на нем поверхностным отделом слюнной железы возвращают на место, восстанавливают целостность фасциального футляра и зашивают рану. После этого накладывают тугую бинтовую повязку, обеспечивающую равномерное прижатие тканей по всей поверхности лоскута. В послеоперационном периоде пациенту назначают медикаментозную противовоспалительную терапию, обезболивающие средства и диету, исключаяющую пищевые стимуляторы слюноотделения.

Тотальная паротидэктомия (экстирпация околоушной железы) при удалении доброкачественных опухолей околоушных желез применяется у 5,2–17,6 % пациентов.

Операция условно состоит из двух этапов — вначале, после идентификации лицевого нерва, поверхностный отдел железы отделяют от него и удаляют (проводится субтотальная паротидэктомия). Затем от лицевого нерва отделяют глубокий отдел слюнной железы и также удаляют. Таким образом, околоушную железу удаляют полностью, сохраняя при этом анатомическую целостность лицевого нерва.

Возможные осложнения хирургического лечения доброкачественных опухолей околоушной железы

Осложнения при хирургическом лечении доброкачественных опухолей околоушной железы могут возникать как во время удаления опухоли, так и в послеоперационном периоде (в ближайшем или даже спустя многие годы).

К осложнениям, возникающим во время операции, можно отнести: нарушение целостности оболочки опухоли при ее удалении; повреждение попадающих в операционное поле нервов (лицевого, большого ушного, ушно-височного), крупных кровеносных сосудов (наружной сонной артерии, зачелюстной вены, шило-сосцевидной артерии) и выводного протока околоушной железы.

Из-за анатомической неполноценности оболочки плеоморфной аденомы разрыв ее во время удаления характерен именно для этой опухоли. Наиболее часто это осложнение возникает при удалении опухоли методом энуклеации (в 5–21 % случаев), а также, когда опухоль локализуется в глубоком отделе железы (в 6 % удалений). При этом происходит попадание опухолевых клеток в операционную рану, что увеличивает риск возникновения рецидива.

Непреднамеренное повреждение в ходе операции нервов, крупных кровеносных сосудов и выводного протока слюнной железы связывают, как правило, с отсутствием полноценного визуального контроля над этими анатомическими структурами. Когда во время операции все же происходит вынужденное или непреднамеренное нарушение целостности лицевого нерва, рекомендуется одномоментное проведение нейрорастики.

Повреждение ушно-височного и большого ушного нервов оценивается некоторыми хирургами как несущественное осложнение, поскольку последствия повреждения этих нервов в послеоперационном периоде не столь «показательны», как повреждение лицевого нерва, и через полгода после операции происходит самостоятельное восстановление чувствительности.

Другие авторы считают, что это приводит не только к нарушению кожной чувствительности в послеоперационной области, но и имеет существенное значение в развитии синдрома Фрея, который создает определенный дискомфорт для пациентов. Поэтому при операциях на околоушной железе необходимо стремиться по возможности сохранить анатомическую целостность этих нервов. Синдром Фрея (аурикулотемпоральный синдром, околоушный гипергидроз) отличается многообразием клинических проявлений, которые локализованы в зоне иннервации большого ушного и ушно-височного нервов: чувство жара, покалывания, расширения, жжения, боль, покраснение кожи, появление капель пота при приеме пищи.

Механизм развития синдрома Фрея объясняют патологической регенерацией вегетативной нервной системы, когда парасимпатические волокна ушно-височного нерва переключаются на потовые железы и поверхностные кровеносные сосуды кожи, иннервация которых в норме осуществляется симпатическими нервными волокнами, но как исключение в физиологии симпатической нервной системы, являются холинергическими, т. е. используют тот же самый нейромедиатор.

Отмечено, что вероятность проявления этого осложнения значительно снижается, когда с частью слюнной железы сохраняется ее выводной проток, а также когда проводится одномоментное устранение дефекта тканей, образованного после удаления железы с опухолью, мышечно-апоневротическим лоскутом SMAS, подлобковой свободной пересадкой деэпидермизированного кожно-жирового аутоотрансплантата или имплантационного материала.

Повреждение в железе крупных кровеносных сосудов сопровождается массивными кровотечениями, которые могут представлять опасность даже для жизни пациента. Остановка такого кровотечения бывает достаточно сложной, тем более что при проведении ее существует дополнительный риск повреждения находящегося рядом лицевого нерва.

При выделении стволовой части лицевого нерва возможно повреждение шило-сосцевидной артерии. Помимо того что возникающее при этом кровотечение значительно затрудняет препарирование ствола нерва, артерия является источником его кровоснабжения, и ее повреждение может привести к ишемии ствола лицевого нерва с последующим развитием пареза мимической мускулатуры.

Пересечение выводного протока околоушной железы при проведении органосохраняющей операции может явиться определяющим фактором формирования в послеоперационном периоде слюнного свища.

Одно из ранних послеоперационных осложнений — травматический неврит лицевого нерва, который проявляется нарушением иннервации ми-

мической мускулатуры. Однако временный парез, а иногда и постоянный паралич мимических мышц — относительно частое явление после удаления доброкачественных опухолей околоушной железы, несмотря на то, что при всех применяемых с этой целью операциях сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва.

При травматическом неврите лицевого нерва, кроме выраженных эстетических нарушений со стороны лица, затрудняются прием пищи и речь, а отсутствие полноценного движения век приводит к целому комплексу патологических изменений со стороны органа зрения. На стороне паралича резко опущен угол рта, пациент не может оскалить зубы, надуть щеки. Жидкая пища выливается из угла рта, наблюдается сглаженность носогубной складки, маскообразность пораженной половины лица (синдром Бела). В зависимости от того, какая ветвь нерва повреждена, может поражаться вся половина лица или отдельные мышечные группы.

К патогенетическим моментам развития травматического неврита лицевого нерва при сохранении его непрерывности относят: механическое повреждение оболочек нерва, нарушение трофики нерва из-за пересечения питающих его кровеносных сосудов (особенно шило-сосцевидной артерии); посттравматический эндоневральный отек или отек окружающих нерв мягких тканей, перерастяжение нервного ствола, воспалительный процесс.

После проведения органосохраняющих операций в 4,1 % случаев отмечается скопление слюны под кожно-жировым лоскутом («слюнные опухоли»), а после экстирпации слюнной железы в 7 % случаев выявляется подлоскутное скопление транссудата (формирование серомы). Данные осложнения купируются путем проведения пункций с активной аспирацией содержимого и наложения тугой бинтовой повязки.

В числе других ранних осложнений, возникающих после удаления доброкачественных опухолей околоушной железы, отмечены: острый воспалительный процесс, краевой некроз кожно-жирового лоскута.

Рецидивы доброкачественных опухолей околоушной железы относятся к поздним осложнениям и могут возникать через несколько лет и даже десятилетий после их первоначального удаления. Это осложнение наиболее типично для плеоморфных аденом.

Формирование слюнных свищей обусловлено значительной травмой паренхимы слюнной железы и может развиваться после всех видов операций.

К поздним осложнениям эстетического плана относятся: деформация (западение) мягких тканей в послеоперационной области после проведения

субтотальной и тотальной паротидэктомии, образование гипертрофических и келоидных рубцов.

С целью устранения послеоперационного дефекта тканей предлагается возмещать его в ходе операции мышечно-апоневротическим лоскутом SMAS, деэпидермизированным кожно-жировым аутоотрансплантатом, имплантационными материалами. Для профилактики формирования неэстетичных рубцов рекомендуется выполнять разрезы, как при проведении ритидопластики лица.

Имеется сообщение о развитии невромы большого ушного нерва (6 %) после проведения паротидэктомии.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Встречаются в 12–17 % наблюдений. В 21 % случаев этот вид новообразований возникает в результате малигнизации доброкачественной опухоли. Чаще болеют женщины старше 40 лет. Примерно $\frac{2}{3}$ опухолей поражают большие слюнные железы. Анамнез, как правило, короткий из-за быстрого роста опухоли. При пальпации новообразование плотное, безболезненное, имеет нечеткие границы. В начальном периоде опухолевый узел может быть подвижным, особенно при поверхностном расположении, однако подвижность постепенно теряется вследствие инфильтрации окружающих тканей. Опухоль может спаиваться с кожей, которая приобретает красноватый цвет.

По мере прогрессирования заболевания присоединяются боли, появляется парез ветвей лицевого нерва. В запущенных случаях поражаются близлежащие мышцы и кости, причем при вовлечении в опухолевый процесс жевательных мышц возникает контрактура. Метастазирование в регионарные лимфоузлы бывает у 40–50% больных. Иногда метастатические узлы увеличиваются в размерах быстрее первичной опухоли. Отдаленные метастазы возникают в легких, костях скелета. Макроскопически на разрезе опухолевый узел имеет однородный или слоистый рисунок, множественные мелкие или одиночные крупные кисты. Опухоль не имеет четких границ и переходит в здоровую ткань.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (КАРЦИНОМЫ)

Мукоэпидермоидный рак

Частота встречаемости — 10,2 % случаев. Чаще выявляется у женщин в возрасте 40–60 лет. В 50 % случаев наблюдается доброкачественное течение.

ние опухоли. Наиболее частой локализацией мукоэпидермоидного рака является околоушная железа, второе место по частоте занимают малые слюнные железы слизистой оболочки твердого неба.

Опухоль клинически напоминает плеоморфную аденому: имеет плотнo-эластическую консистенцию, характеризуется медленным ростом. Кроме того, для нее свойственно наличие небольшого отека с фиксацией кожи над опухолью, ограничением подвижности, отсутствием четкой границы. Иногда возникают очаги размягчения. После травмы возможно изъязвление кожных покровов над опухолевым узлом. Иногда образуются свищи с отделяемым, напоминающим густой гной. У 25 % пациентов встречаются метастазы.

Макроскопически опухоль обычно хорошо отграничена от окружающих тканей, но редко инкапсулирована. Если же капсула есть, она, как правило, тонкая и не полностью сформирована. Консистенция узла переменна: от мягкой до плотной, иногда «каменистой». При этом малоподвижные опухоли плотной консистенции обычно оказываются низкодифференцированными при микроскопическом исследовании. Иногда встречаются узлы неоднородной консистенции: среди мягкой опухолевой ткани присутствуют включения хрящевой плотности. Размеры узла составляют от 1,5 до 4 см, более крупные образования редки. Форма узлов округлая или овальная, неправильная, бугристая. Встречаются также многоузелковые опухоли, узлы которых обычно спаяны между собой и имеют плотную консистенцию. На разрезе выявляется ткань гомогенной структуры желтого или серовато-белого цвета с множественными полостями, заполненными чаще всего гноем.

Микроскопическая картина опухоли неоднородна вследствие разнообразия пропорций слизеобразующих бокаловидных, эпидермоидных и промежуточных клеток в каждой опухоли. Если при диагностике типичного варианта мукоэпидермоидного рака, представленного скоплениями эпидермоидных клеток и кистами, выстланными слизьсекретирующими клетками, трудностей обычно не бывает, то варианты, бедные кистами и слизистыми клетками, с низкодифференцированными эпидермоидными клетками и преобладанием клеток промежуточного типа, вызывают множество проблем, в особенности, если имеются следы диагностических вмешательств.

По степени дифференцировки мукоэпидермоидный рак подразделяется на высокодифференцированный, умеренно- и низкодифференцированный.

Большинство правильно диагностируемых клиницистами мукоэпидермоидных раков локализуется на небе, тогда как в околоушной железе эту

опухоль очень часто принимают за плеоморфную аденому. Это можно объяснить тем, что излюбленные локализации тех или иных нозологических форм известны хирургам-стоматологам, и они в той или иной степени опираются при диагностике на статистические закономерности и клинику, которая чаще всего недостаточно симптоматична.

Опухоль радиочувствительна, однако основной метод лечения — комбинированный (лучевая терапия и операция). Мукоэпидермоидный рак часто рецидивирует.

Ацинозно-клеточный рак

Ацинозно-клеточный рак (ациноклеточная (ацинозно-клеточная) карцинома) встречается гораздо реже, чем мукоэпидермоидная карцинома. Возраст заболевших различный, этот вид карцином может встречаться и у детей. Имеется нечеткий возрастной пик частоты возникновения ациноклеточной карциномы в 5-м десятилетии жизни. Чаще эта опухоль встречается у лиц женского пола. Клинические проявления часто отсутствуют, и наличие узла (около 50 % случаев — болезненного при пальпации) является единственным симптомом. Для опухоли типичен медленный рост. Узел обычно хорошо отграничен, часто инкапсулирован. Консистенция узла плотноэластическая, размеры небольшие (в среднем до 1 см в диаметре).

Микроскопически опухоль состоит из клеток, подобных серозным клеткам ацинусов слюнных желез, которые имеет зернистую базофильную цитоплазму (базофильные клетки). Возможны варианты с незернистыми и светлыми клетками. Опухоль представлена солидными, цистопапиллярными и фолликулярными структурами с мелкими кистами. Чаще встречаются солидные структуры и мелкие кисты, но около половины опухолей содержат разные виды структур.

Аденокистозный рак

Аденокистозный рак (аденоид-кистозный рак, цилиндрома) является второй по частоте карциномой слюнных желез, составляет от 1,2 до 10 % всех злокачественных опухолей слюнных желез и 2–3 % от общего числа злокачественных эпителиальных опухолей слюнных желез.

Аденокистозная карцинома чаще встречается в малых слюнных железах слизистой оболочки твердого неба, реже — в больших слюнных железах, преимущественно в околоушной, может выявляться в поднижнечелюстной и подъязычной железах. Одинаково часто встречается у лиц обоего пола.

Возрастной пик приходится на 6–7-е десятилетия жизни. У молодых людей аденокистозная карцинома встречается редко.

Опухоль развивается из миоэпителиальных клеток протоков слюнных желез. Эти клетки сгруппированы вокруг кистозных пространств, иногда в структуре опухоли встречаются солидные пласты мономорфных клеток. Выделяют кистозный, солидный и смешанный тип строения опухоли. Во всех случаях отмечен инфильтративный рост, нередко распространение опухоли происходит вдоль нервов. Все аденокистозные карциномы, независимо от их гистологических типов, являются биологически агрессивными, и метастазы их могут проявиться иногда даже через много лет после иссечения первичной опухоли.

Клиническая картина аденокистозных карцином разнообразна, сначала она мало чем отличается от доброкачественных опухолей. Новообразование имеет плотноэластическую консистенцию, гладкую, иногда бугристую поверхность, отграничено от окружающих тканей. Однако в дальнейшем опухоль почти всегда спаивается с окружающими тканями и становится малосмещаемой при пальпации, при этом быстро развивается паралич мимической мускулатуры.

Пациентов могут беспокоить боли, при поражении околоушных слюнных желез иногда наблюдаются парезы мимической мускулатуры. Если опухоль поражает малые слюнные железы в области твердого неба, то она может прорасти в верхнечелюстную пазуху, полость носа. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы шеи происходит редко (в 8–9 % случаев), чаще оно осуществляется гематогенным путем в легкие и кости (у 40–45 % больных).

Макроскопически опухоль обычно представлена плотными узлами размером от 1 до 4–5 см в диаметре. На разрезе новообразование серого или серовато-желтого цвета с нечеткими границами. Узел обычно хорошо отграничен, часто инкапсулирован. Консистенция узла плотноэластическая, размеры небольшие (в среднем до 1 см в диаметре).

Карцинома в плеоморфной аденоме

Данная опухоль представляет собой отдельную нозологическую единицу. Частота ее развития колеблется от 2 до 10 % случаев.

Возраст пациентов с этой опухолью — от 30 до 65 лет, а возрастной пик приходится на 4-е десятилетие (30 % случаев). Новообразование локализуется в околоушной, поднижнечелюстной и малых слюнных железах.

Макроскопически опухоль представляет собой либо конгломерат узлов с нечеткими границами, либо отдельный узел диаметром до 3 см белого или желтого цвета на разрезе.

Микроскопически в плеоморфной аденоме могут быть обнаружены различные гистологические типы карцином: до 35 % — аденокистозная карцинома, до 25 % — мукоэпидермоидная карцинома, около 25 % — недифференцированная карцинома, в 15–20 % случаев — аденокарцинома.

Эпителиально-миоэпителиальная карцинома

Эпителиально-миоэпителиальный рак характеризуется уницентрическим, экспансивным типом роста. Опухоль не всегда имеет границы (капсула может отсутствовать). В 10–20 % наблюдений данный вид карциномы дает метастазы в лимфатические узлы шеи, и крайне редко встречаются отдаленные метастазы, в том числе и гематогенные.

Микроскопически эпителиально-миоэпителиальный рак является типичной высокодифференцированной карциномой. В настоящее время выделяют три гистологических варианта этой опухоли: тубулярный, солидный и склерозирующий.

Аденокарцинома

Аденокарциномы составляют около 6 % опухолей слюнных желез, встречаются как в больших, так и в малых слюнных железах.

Опухоль плотной консистенции, безболезненна, не имеет четких границ.

При прогрессировании роста новообразования появляется боль, инфильтрация близлежащих тканей, контрактура жевательных мышц, парез лицевого нерва, гиперемия кожи. Опухоль метастазирует в шейные регионарные лимфатические узлы, иногда в легкие, кости.

Макроскопически аденокарцинома представляет собой узел или диффузное уплотнение, иногда имеет полость, что может привести к ошибочно-му клиническому диагнозу кисты.

Микроскопически опухоль представлена железистыми структурами с различным количеством слоев клеток, напоминающих выстилку протока, которая может быть выполнена пролиферирующими клетками. Имеются солидные комплексы из сливающихся протокоподобных структур и полей клеток протокового типа.

Плоскоклеточный рак

Плоскоклеточный рак (эпидермоидная карцинома) по клинической картине напоминает аденокарциному слюнных желез. Отличается от последней в основном гистологическим строением: для него характерно наличие межклеточных мостиков и образование кератина в опухолевых клетках. Клинически характеризуется ранним поражением жевательных мышц, нижней челюсти, лицевого нерва, быстрым метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Недифференцированная карцинома

Эта опухоль характеризуется отсутствием четкой структуры, низкодифференцирована, форма клеток может быть различной. Характерно быстрое течение, часто инфильтрируется кожа, иногда изъязвляется. Опухоль метастазирует в регионарные лимфатические узлы. Метастазы могут расти быстрее первичного образования. Реже происходит метастазирование в легкие и кости.

Все остальные формы злокачественных эпителиальных опухолей слюнных желез сохраняют общие принципы их морфологической характеристики, приемлемые для других эпителиальных органов.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (САРКОМЫ)

Саркомы встречаются в слюнных железах достаточно редко — 0,4–3,3 % случаев. Источниками опухолевого роста являются гладкие и поперечно-полосатые мышцы, элементы стромы слюнных желез, сосуды. Микроскопические разновидности сарком: рабдомиосаркомы, ретикулосаркомы, лимфосаркомы, хондросаркомы, гемангиоперицитомы, веретенчатые саркомы.

Клиника во многом определяется вариантом гистологического строения. *Хондро-, рабдо- и веретенчатые саркомы* плотные на ощупь, четко отграничены от окружающих тканей. На первых этапах своего развития подвижны, затем теряют подвижность. Рост быстрый. Рано изъязвляется кожа, разрушаются близлежащие кости. Активно метастазируют гематогенным путем.

Ретикуло- и лимфосаркомы имеют эластическую консистенцию, нечеткие границы. Растут очень быстро, распространяются на соседние облас-

ти, иногда в виде нескольких узлов. Эти разновидности сарком более склонны к регионарному метастазированию, а отдаленные метастазы редки.

Гемангиоперицитомы исключительно редка. Встречается в двух вариантах: доброкачественном и злокачественном.

7. ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Выбор схемы лечения зависит от распространенности опухолевого процесса, морфологической разновидности опухоли, возраста пациента, наличия сопутствующей патологии. В большинстве случаев (кроме радиорезистентных видов сарком) применяется комбинированное лечение.

Хирургическое лечение. Основным видом оперативного вмешательства при злокачественных опухолях околоушных слюнных желез является паротидэктомия с сохранением лицевого нерва или без него. При низкоклеточных злокачественных опухолях околоушной железы T1–T2 допустимо выполнять субтотальную резекцию. В этом случае необходим интраоперационный контроль радикальности хирургического вмешательства. До операции должно быть четко выяснено функциональное состояние нерва, поскольку частичный или полный паралич может быть обусловлен инвазией опухоли. Если опухоль не окружает нерв циркулярно и отсутствует перинеуральная инвазия, возможно проведение нервосохраняющих операций с последующим курсом лучевой терапии. Увеличенные или подозрительные лимфатические узлы удаляются и направляются на срочное гистологическое исследование. При одиночных метастазах предпочтение отдается модифицированным шейным лимфодиссекциям.

Опухоли подчелюстной и подъязычной слюнных желез удаляются единым блоком с содержимым подчелюстного треугольника.

Распространенные опухоли требуют резекции всех вовлеченных структур (кожа, мышцы, нервы, нижнечелюстная и височная кость).

Лучевая терапия. При первично резектабельных опухолях преимущество имеет послеоперационная лучевая терапия. На ложе удаленной опухоли подводится СОД 60–70 Гр, на регионарные лимфатические узлы СОД 50 Гр.

Разовые очаговые дозы зависят от скорости роста опухоли и ее степени дифференцировки. При медленно растущих опухолях РОД 1,8 Гр, при высокозлокачественных быстрорастущих — РОД 2 Гр.

После удаления опухолей глубокой доли, распространяющихся на парафарингеальное пространство, для снижения повреждения контралатеральной околоушной железы облучение проводится с использованием комбинации фотонной терапии и электронотерапии.

Превентивное облучение лимфатических узлов шеи на стороне пораженной слюнной железы обязательно при высокозлокачественных опухолях (мукоэпидермоидной карциноме, аденокарциноме, аденокистозной карци-

номе, злокачественной смешанной опухоли, недифференцированной карциноме и плоскоклеточной карциноме).

Химиотерапия проводится препаратами: цисплатин, фторурацил, док-сорубицин, паклитаксел, карбоплатин.

Лечение злокачественных опухолей проводят **в зависимости от стадии** (согласно клиническим протоколам лечения):

- I–II стадия (низкозлокачественные опухоли): полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям);

- I–II стадия (средне/высокозлокачественные опухоли): радикальное хирургическое вмешательство на первичном очаге с послеоперационной дистанционной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр (РОД 2 Гр) + профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов на стороне пораженной железы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр). При аденокистозной карциноме в зону облучения включают ложе удаленной опухоли и ближайшие черепно-мозговые нервы (регионарные интактные лимфатические узлы не облучаются);

- III–IV стадия (резектабельные): удаление опухоли и проведение радикальной шейной лимфодиссекции на стороне поражения с послеоперационной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр и область регионарных лимфатических узлов на стороне поражения в СОД 50–60 Гр.

При наличии в краесечении опухоли умеренной и низкой степени дифференцировки может проводиться одновременная химио- и лучевая терапия.

Для лечения нерезектабельных опухолей проводится одновременно химио- и лучевая терапия. Если после завершения лечения опухоль стано-

вится резектабельной, возможно выполнение радикального хирургического вмешательства.

Диспансерное наблюдение осуществляется: в течение первых шести месяцев после завершения лечения — ежемесячно; далее, в течение последующих шести месяцев (до года) — каждые 2 месяца; в течение второго года — один раз в 4 месяца; с третьего по пятый годы — один раз каждые 6 месяцев; после пяти лет — один раз каждые 12 месяцев.

При этом в обязательном порядке проводят следующие виды обследования: локальный контроль (пальпаторное обследование губы, языка, щек, тканей дна полости рта, орофарингоскопия) — при каждом посещении; пальпация регионарных лимфатических узлов — при каждом посещении; УЗИ шеи (при подозрении на наличие метастазов); рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при цилиндроме малых или больших слюнных желез рекомендуется компьютерная рентгенотомография грудной клетки) — один раз в год; контроль функции щитовидной железы через 1,2 и 5 лет (после облучения шеи).

Список литературы

1. М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев Онкология. Учебник. 2010, 920 с.
2. Матякин Е.Г. Реконструктивная пластическая хирургия при опухолях головы и шеи. Опухоли головы и шеи. – М., 1997.
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» Онкол.науч.центр им. Н.Н.Блохина АМН Рос.Федерации.- 4-е изд.- М.: Медицина, 2000.
4. Переводчикова Н.И. Противоопухолевая химиотерапия. – М., 1996. – С. 49–51.
5. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи . – М.: Медицина, 1984.
6. Шалимов С.А., Гриневич Ю.А., Мясоедов Д.В. Справочник по онкологии.
– Киев, Здоровье, 2000.
7. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Москва : Мед. лит., 2000. 416 с.