

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат

Тема : Злокачественные опухоли слюнных желез

Проверил:

Руководитель ординатуры , к.м.н., доцент

Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Выполнил:

Клинический ординатор 2 года обучения

По специальности 31.08.57 онкология

Рамазанова Севда Орудж-кызы

Красноярск , 2023 г.

Содержание

Введение	3
Клиника	3
Классификация	4
Диагностика.....	5
Лечение.....	5
Реабилитация.....	7
Профилактика.....	7
Заключение.....	8
Список используемой литературы.....	9

Введение

Рак слюнной железы – злокачественная эпителиальная опухоль слюнной железы.

Большие слюнные железы: околоушная слюнная железа, подчелюстная слюнная железа, подъязычная слюнная железа.

Малые слюнные железы: слюнные железы полости рта, ротоглотки.

Основными этиологическими факторами развития злокачественных опухолей слюнных желез являются:

- Воспалительные заболевания
- Алиментарные факторы
- Гормональные и генетические нарушения
- Курение

Эпидемиология

Новообразования слюнных желез составляют 1-5% среди всех злокачественных опухолей и 3% среди опухолей головы и шеи. Пик заболеваемости приходится на возраст 15-39 лет.

Клиника

- Появление уплотнения или отека во рту, в области щеки, челюсти, шеи.
- Асимметрия лица .
- Боль во рту, в области шеи, уха, щеки, челюсти. Она долго не проходит.
- Онемение части лица.
- Слабость в мимических мышцах, из-за этого половина лица может быть «опущена», что становится особенно заметно при оскаливании зубов, нахмуривании бровей.
- Не получается широко открыть рот.
- Затруднение глотания.

Классификация

Степень распространенности злокачественных опухолей слюнных желез представлена в классификации TNM 2009 г.

Основную группу новообразований слюнных желез составляют опухоли эпителиального происхождения (95%), причем в 80-90% случаев они развиваются в больших, в 10% - в малых слюнных железах. Значительную роль в прогнозе имеет степень злокачественности опухоли.

Группировка по стадиям

Стадия	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1	1	0
	2	1	0
	3	1	0
IVA	4a	0	0
	4a	1	0
	1	2	0
	2	2	0
	3	2	0
	4a	2	0
IVB	любоеT	3	0
	4b	любоеN	0
IVC	любоеT	любоеN	1

Помимо стадий, выделяют три степени злокачественности рака слюнных желез:

I степень — низкая степень злокачественности. Такие опухоли называют высокодифференцированными. Опухолевая ткань максимально похожа на нормальную ткань слюнных желез. Она медленно растет, и прогноз для таких пациентов наиболее благоприятен.

II степень — это умеренно дифференцированные опухоли. Опухолевая ткань более существенно отличается от нормальной. Такой рак более агрессивен и отличается более плохим прогнозом.

III степень — низкодифференцированные опухоли. Раковые клетки практически полностью утрачивают черты нормальных. Такие опухоли ведут себя наиболее агрессивно.

Диагностика

- Сбор жалоб и анамнеза
- Физикальный осмотр , включающий пальпацию регионарных лимфоузлов и оценку нутритивного статуса
- ОАК , БАК, ОАМ ,Коагулограмма .
- УЗИ первичного очага, ЛУ шеи с ТАБ ,с последующим гистологическим исследованием .
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
- ЭФГДС , ФКС по показаниям .
- Рентгенографию грудной клетки.
- КТ/МРТ костей лицевого скелета с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на нижнюю/верхнюю челюсти, основание черепа.
- Остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета.
- ЭКГ ,ЭХО- КГ пациентам старше 65лет .
- При выявлении у пациента сопутствующих патологий , консультация узких специалистов .

Лечение

Хирургическое лечение - основной метод радикального лечения больных раком слюнных желез.

При T1–T2, N0: В случае выявления при плановом гистологическом исследовании аденокистозного рака средней/низкой степени дифференцировки или неблагоприятных гистологических признаков (положительные края, периневральная инвазия) рекомендована послеоперационная ДЛТ.

При T1–2, N+M0: рекомендовано полное хирургическое удаление первичной опухоли в сочетании с шейной лимфодиссекцией. В послеоперационном периоде рекомендовано проведение ДЛТ .

При T3–4a, N0 M0: рекомендовано полное хирургическое удаление первичной опухоли. Шейная лимфодиссекция проводится при аденокистозном раке средней или низкой степени дифференцировки. В послеоперационном периоде рекомендовано проведение ДЛТ. В случае выявления при плановом гистологическом исследовании неблагоприятных гистологических признаков (средне- низкодифференцированная опухоль,

положительные края, периневральная инвазия, сосудистая эмболия) рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении конкурентной ХЛТ.

При невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства на первом этапе рекомендовано проведение конкурентной ХЛТ.

При T3–4a N+ M0: рекомендовано полное хирургическое удаление первичной опухоли в сочетании с шейной лимфодиссекцией. В послеоперационном периоде рекомендовано проведение послеоперационной ДЛТ. В случае выявления при плановом гистологическом исследовании неблагоприятных гистологических признаков (средне- низкодифференцированная опухоль, положительные края, периневральная инвазия, опухолевые эмболы в сосудах) рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении конкурентной ХЛТ.

При стадии T4b: рекомендована конкурентная ХЛТ.

ЛТ в самостоятельном варианте: Рекомендована фотонная или фотон/электронная или протонная ЛТ: первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы от 66-70 (2 Гр/фракция), 5 раз в неделю в течении 6-7 недель; клинически не измененные ЛУ 50 Гр (2,0 Гр/фракция).

Выбор ХТ должен быть индивидуализирован в зависимости от характеристик пациента (общее состояние, цели лечения).

- Одновременная ХЛТ Рекомендовано Цисплатин + ЛТ. ЛТ на первичный очаг (минимально 70 Гр) и ЛУ (минимально 50 Гр) – фракция 2 Гр/сут ежедневно (понедельник–пятница) в течение 7 недель; Цисплатин в дозе 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1, 22 и 43-й дни ЛТ (суммарная доза во время ЛТ – 300 мг/м²).

- Рецидивные неоперабельные опухоли или наличие отдаленных метастазов (инкурабельные). Рекомендовано: доксорубицин 60мг/м² 1-й день + цисплатин 40мг/м² 1-й день или доксорубицин 50мг/м² + блеомицин 15мг + цисплатин 20мг/м² или доксорубицин 60мг/м² + блеомицин 10мг + винкристин 1,4мг/м². 1 раз в 3 недели, количество курсов ХТ зависит от эффекта от проводимого лечения.

Реабилитация

Рекомендуется проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств и/или химиотерапии.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения:

В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 3-6 месяца, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев.

После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

1. Анамнез и физикальное обследование
2. УЗИ ЛУ шеи с 2-х сторон, органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 мес. в зависимости от риска прогрессирования;
3. Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес.

Заключение

Прогноз для онкологических больных принято измерять показателем пятилетней выживаемости. Это процент пациентов, которые остались живы в течение пяти лет после того, как у них была диагностирована злокачественная опухоль.

Пятилетняя выживаемость на разных стадиях при злокачественных опухолях слюнных желез составляет:

Локализованный рак (не распространился за пределы слюнной железы — 0, I и II стадии) — 93%.

Рак, распространившийся в окружающие ткани и лимфатические узлы (стадии III, IVA и IVB) — 67%.

Рак с метастазами (стадия IVC) — 34%.

Злокачественные опухоли в слюнных железах бывают разными, поэтому важно понимать, что это средние цифры, они зависят от типа рака и степени его агрессивности. Кроме того, эти цифры рассчитаны на основании данных о пациентах, у которых заболевание было диагностировано 5 лет назад и раньше. Но онкология развивается, возможности врачей постоянно растут. Поэтому больные, которые проходят лечение сейчас, могут иметь лучший прогноз.

Специальных методов профилактики не существует. Нужно в целом вести здоровый образ жизни, своевременно обращать внимание на подозрительные симптомы и обращаться к врачу

Список используемой литературы

- Клинические рекомендации по лечению ЗНО слюнных желез
- https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/Zlokachestvennye_opukholi_slyunnykh_zhelez_pr2018.pdf
- Введение в опухоли ОГШ
- <https://www.euroonco.ru/oncology/opukholi-golovy-i-shei/rak-slyunnoj-zhelezy>
 - Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии. – М.: ООО «РЛС-2004», 2004.
 - Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – С.11, 15, 16.
 - CANCER TODAY. URL:
https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=908_643&key=asr&sex=0&ca