

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального  
образования «Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздрава России



Кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ

*Реферат*

По дисциплине «хирургическая стоматология»

Тема: «Опухоли слюнных желез»

Выполнил: Ординатор хирургической стоматологии  
2-го года  
ФИО: Колмаков  
Юрий Владимирович

Красноярск 2017 г

## **План:**

Введение

1 Заболеваемость

2 Морфологическая классификация опухолей слюнных желёз

3 Классификация опухолей по стадиям развития

4 Доброкачественные опухоли

4.1 Аденома слюнных желёз

4.2 Аденолимфома слюнных желёз

4.3 Полиморфная аденома

5 Местнодеструктирующие опухоли

5.1 Ацинозно-клеточная опухоль

6 Злокачественные опухоли

6.1 Мукоэпидермоидная опухоль

6.2 Цилиндрома

6.3 Карциномы

6.4 Саркомы

7 Обнаружение

8 Лечение

9 Прогноз

10 Литература

## **Введение**

**Опухоли слюнных желёз** - доброкачественные, злокачественные и промежуточные опухоли, происходящие из тканей слюнных желёз.

### **1. Заболеваемость**

Новообразования слюнных желёз возникают примерно в 1-2% случаев опухолей человека. Доброкачественные опухоли слюнных желёз встречаются несколько чаще - в 60% наблюдений. Опухолей околоушной и подчелюстной слюнных желез встречаются в соотношении (6-15):1.

Наиболее часто новообразования слюнных желез возникают у людей в возрасте от 50-60 лет, хотя могут наблюдаться у престарелых людей и у новорождённых. Мужчины и женщины страдают этими заболеваниями примерно в равном соотношении.

Чаще всего поражаются околоушные желёзы с одной стороны лица, новообразования подъязычных слюнных желез возникают весьма редко. Из мелких слюнных желёз опухоли чаще всего поражают железы слизистой оболочки твердого, реже мягкого неба.

Злокачественные новообразования околоушных слюнных желез в процессе инвазивного роста могут прорасти лицевой нерв, вызывая парез или паралич его ветвей. Опухоли прорастают в нижнюю челюсть, прежде всего ветвь и угол, сосцевидный отросток височной кости, распространяясь под основанием черепа, в ротовую полость. В запущенных случаях в опухолевый процесс вовлекается кожа боковых отделов лица.

Местное метастазирование злокачественных опухолей слюнных желез происходит в регионарные поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи, но может протекать и гематогенным способом.

## **2. Морфологическая классификация опухолей слюнных желёз**

Опухоли слюнных желёз подразделяются на следующие виды:

### **1. Доброкачественные опухоли:**

- эпителиальные: полиморфная аденома, мономорфные аденомы (аденолимфома, оксифильная аденома и др.)
- неэпителиальные: гемангиома, фиброма, невринома и др.

### **2. Местнодеструкрующие опухоли**

- ацинозно-клеточная опухоль

### **3. Злокачественные опухоли**

- эпителиальные: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, недифференцированная карцинома, аденокистозная карцинома, мукоэпидермоидная опухоль
- злокачественные опухоли, развившиеся в полиморфной аденоме
- неэпителиальные опухоли (саркома)
- вторичные (метастатические) опухоли

## **3. Классификация опухолей по стадиям развития**

Развитие злокачественных опухолей слюнных желёз делится на следующие стадии:

- **I стадия (T<sub>1</sub>)** — опухоль не превышает 2,0 см в наибольшем измерении, расположена в паренхиме железы и не распространяется на капсулу железы. Кожа и лицевой нерв не затронуты
- **II стадия (T<sub>2</sub>)** — опухоль величиной 2—3 см, наблюдается парез мимических мышц

- **III стадия (T<sub>3</sub>)** — опухоль распространяется на большую часть железы, прорастает одну из ближайших анатомических структур (кожа, нижняя челюсть, слуховой проход, жевательные мышцы и т.д.).
- **IV стадия (T<sub>4</sub>)** — опухоль прорастает несколько анатомических структур. Паралич мимических мышц на пораженной стороне.

## **4. Доброкачественные опухоли**

### **4.1. Аденома слюнных желёз**

Встречается редко. Обычно локализуется в околоушных желёзах и состоит из эпителиальных структур, напоминающих саму железу. Безболезненный гладкий и мягкий узел опухоли растёт медленно, отграничиваясь от соседних тканей капсулой.

### **4.2. Аденолимфома слюнных желёз**

Редко встречающаяся опухоль, состоит из эпителиальных железистоподобных структур со скоплениями лимфоидной ткани и чаще всего располагается в толще околоушной железы. Опухолевый узел мягкий и безболезненный, растёт медленно, от окружающих тканей отграничивается капсулой. Опухоль сопровождается воспалительными процессами и на разрезе имеет вид ломких бледно-жёлтых тканей с мелкими кистами.

### **4.3. Полиморфная аденома**

Встречается часто — в 60 % случаев и чаще всего располагается в околоушных слюнных желёзах. Растут обычно безболезненно, медленно, могут достигать значительных размеров. Опухоль плотная и бугристая.

У полиморфных аденом есть ряд особенностей:

- Часто возникают в виде множественных узлов
- Капсула опухоли не полностью покрывает опухоль
- Ткань опухоли имеет сложную структуру, состоящую из эпителиальных, миксохондроподобных и костных клеток
- В 5 % случаев малигнизируются, приобретая все свойства злокачественного роста, что проявляется парезом лицевого нерва.

## **5. Местнодеструктирующие опухоли**

### **5.1. Ацинозно-клеточная опухоль**

Опухолевая ткань состоит из базофильных клеток, имеющих сходство с серозными клетками ацинусов нормальной слюнной железы. Опухолевый узел имеет капсулу, но иногда проявляет инвазивный рост, внедряясь в соседние ткани.

## **6. Злокачественные опухоли**

### **6.1. Мукоэпидермоидная опухоль**

Встречается в 10% случаев, чаще всего у женщин 40-60 лет, поражает в основном околоушные слюнные железы. В половине случаев протекает доброкачественно, клинически похожа на полиморфную аденому.

Злокачественная разновидность опухоли представляет собой болезненный плотный узел без четкой границы, в 25% случаев дающий метастазы. Новообразование сопровождается изъязвлением, нагноением образованием свищей с выделением гнойного содержимого. Чувствительна к лучевой терапии.

### **6.2. Цилиндрома**

Новообразование встречается в 9-13% случаев. На разрезе ткань опухоли напоминает саркому. Представляет собой плотный бугристый узел с псевдокапсулой, сопровождается болью, парезом или параличом лицевого нерва. Цилиндрома растёт инфильтративным ростом, часто рецидивирует, в 8-9% случаев даёт метастазы. Отдалённые метастазы поражают лёгкие и кости.

### **6.3. Карциномы**

Карциномы слюнных желёз встречаются в 12-17% наблюдений. Морфологически представляют собой плоскоклеточный рак, аденокарциному и недифференцированный рак. В 21% случаев образуются в результате малигнизации доброкачественной опухоли. Чаще страдают женщины старше 40 лет. Около 2/3 карцином развиваются в больших слюнных железах.

Опухоль возникает как плотный безболезненный узел с нечёткими границами. Впоследствии присоединяются боли, явления пареза лицевого нерва. Новообразование прорастает мышцы и кости вплоть до контрактуры жевательных мышц. Метастазы поражают регионарные лимфатические узлы, отдалённые метастазы развиваются в лёгких и костях.

### **6.4. Саркомы**

Саркомы встречаются очень редко и возникают из гладких и поперечно-полосатых мышц, элементов стромы слюнных желёз, сосудов. К этим видам опухолей относятся рабдомиосаркомы, ретикулосаркомы, лимфосаркомы, хондросаркомы, гемангиоперицитомы, веретенклеточные саркомы.

Хондро-, рабдо- и веретенклеточные саркомы представляют собой плотные узлы, четко отграниченные от соседних тканей. Быстро растут в

размерах, изъязвляются и разрушают соседние органы, особенно кости, дают обширные гематогенные метастазы.

Ретикуло- и лимфосаркомы имеют эластическую консистенцию, нечеткие границы. Очень быстро растут в размерах, на соседние области распространяются иногда в виде нескольких узлов. Более склонны к регионарному метастазированию, отдаленные метастазы сравнительно редки. Соседние кости не поражаются.

Гемангиоперицитомы встречаются крайне редко как доброкачественным, так и в злокачественном виде.

## **7. Обнаружение**

Установление диагноза опухолевого процесса в слюнных железах может быть получено с помощью различных методов исследования:

- изучение клиники заболевания (жалобы, история заболевания, осмотр, определение формы, консистенции, локализации, болезненности, размеров опухоли, четкости и ровности контуров, характер поверхности и др.)
- Цитологическое исследование
- Биопсия и гистологическое исследование
- Рентгенологические методы исследования (рентгенография черепа, нижней челюсти, сиалоаденография)
- Радиоизотопное исследование

## **8. Лечение**

При лечении доброкачественных новообразований слюнных желёз опухолевый узел осторожно удаляется вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием удалённых тканей.

Выбор метода лечения злокачественных опухолей зависит от распространенности опухолевого процесса, морфологической разновидности опухоли, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний. В большинстве случаев вначале проводится предоперационная телегамма-терапия с последующим радикальным оперативным вмешательством. При подозрении на метастазы облучению подвергаются зоны регионарного лимфооттока.

В запущенных случаях (далеко зашедший опухолевый процесс, распад опухоли и др.) проводится симптоматическое лечение.

Химиотерапия неэффективна, однако метотрексат и сарколизин иногда приводят к некоторому уменьшению размера опухоли.

## **9. Прогноз**

Доброкачественные опухоли обычно успешно поддаются излечению, однако полиморфная аденома способна рецидивировать. Прогноз при лечении злокачественных новообразований слюнных желёз хуже - излечение при карциномах достигается у 20—25% больных, рецидивы возникают у 4—44% больных, метастазы в регионарные лимфоузлы — у 47—50%. Прогноз у злокачественных опухолей подчелюстных слюнных желез хуже, чем околоушных.

## **Список литературы**

1. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. — М., Н. Новгород: Медицинская книга, Изд-во НГМД, 2000. — 160 с. — 5 000 экз. — ISBN 5-86093-036-4
2. Афанасьев В.В. //Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиаденита. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф./ Стоматология, 1, М., 2000, С. 46.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002.- С. 384-523.
4. Лукьяненко А.В. Ранения лица. – Москва, Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003, 160с., илл.
5. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – Н.Новгород: НГМА, 2000.-С.11-17, 93-139.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.:Медицина, 1983.-416с.
7. Рунова М.Б. Современные принципы диагностики и лечения заболеваний слюнных желез // Стоматология. - 2011. - № 3. - С. 152-156.