

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
Высшего профессионального образования  
Новосибирский Государственный Медицинский Университет  
Минздрава России

Кафедра хирургической стоматологии, стоматологической  
имплантации и челюстно-лицевой хирургии .

### **РЕФЕРАТ**

На тему: “Опухоли слюнных желез. Тактика хирургического  
лечения.”

Выполнила:  
ординатор 1 года обучения  
9 группы  
по специальности челюстно-лицевая хирургия  
Сафарова Айнур Сафар кызы

Новосибирск, 2019

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

### **Эпидемиология**

Злокачественные опухоли больших слюнных желез принято рассматривать отдельно от рака малых слюнных желез полости рта, на которые приходится до 10 % данных новообразований. Среди опухолей больших слюнных желез чаще выявляется рак околоушной (85 %), реже - подчелюстной (около 5 %), еще реже - подъязычной слюнных желез. В структуре онкологической заболеваемости на данную группу новообразований приходится около 1 %.

Большинство злокачественных опухолей околоушной слюнной железы представлены эпителиальными новообразованиями (рак различного строения).

Достоверные причины возникновения рака слюнных желез не определены.

Предрасполагающими могут быть алиментарные, гормональные, воспалительные факторы. К группе риска относят доброкачественные опухоли слюнных желез; их хирургическое лечение является мерой профилактики рака данной локализации.

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

## **МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM (2002)**

### **Правила классификации**

Представленная ниже классификация применима только для рака больших слюнных желез: околоушной, поднижнечелюстной и подъязычной. Опухоли малых слюнных желез (например, слизистых желез верхних дыхательных путей и начального отдела пищеварительного тракта) относят к опухолям соответствующих анатомических областей

(ротовой полости, придаточных пазух носа и т.д.), поэтому в данном разделе они не рассматриваются. В каждом случае необходимо гистологическое подтверждение диагноза.

### **Регионарные лимфатические узлы**

К регионарным относят шейные лимфатические узлы.

Регионарные узлы N для всех анатомических областей головы и шеи (за исключением носоглотки и щитовидной железы) аналогичны. Группы регионарных лимфатических узлов представлены ниже.

- 1.Подбородочные лимфатические узлы.
- 2.Поднижнечелюстные лимфатические узлы.
- 3.Верхние яремные лимфатические узлы.
- 4.Средние яремные лимфатические узлы.
- 5.Нижние яремные лимфатические узлы.
- 6.Поверхностные лимфатические узлы латеральной области шеи (по ходу спинномозгового корешка добавочного нерва).
- 7.Надключичные лимфатические узлы.
- 8.Предгортанные, претрахеальные\*, паратрахеальные лимфатические узлы.
- 9.Заглоточные лимфатические узлы.
- 10.Околоушные лимфатические узлы.
- 11.Щечные лимфатические узлы.
- 12.Сосцевидные и затылочные лимфатические узлы.

### **Клиническая классификация TNM - первичная опухоль**

Tx - оценка первичной опухоли невозможна. T0 - первичная опухоль не обнаружена.

T1 - опухоль размером 2 см в наибольшем измерении и не выходит за пределы железы\*. T2 - опухоль размерами 2,1-4 см в наибольшем измерении и не

выходит за пределы железы\*. T3 - опухоль размерами более 4 см в наибольшем измерении и/или выходит за пределы железы\*: T4a - опухоль распространяется на кожу, нижнюю челюсть,

наружный слуховой канал и/или лицевой нерв; T4b - опухоль поражает основание черепа и/или крыловидный отросток клиновидной кости и/или сдавливает сонную артерию.

N - регионарные лимфатические узлы

? - состояние регионарных лимфатических узлов оценить невозможно.

N0 - метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.

N1 - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром не более 3 см в наибольшем измерении.

N2 - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром 3,1-6 см в наибольшем измерении либо метастазы в несколько ипсилатеральных узлов, ипсилатеральные и контралатеральные лимфатические узлы или только контралатеральные лимфатические узлы диаметром не более 6 см в наибольшем измерении: ?а - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром 3,1-6 см;

N2b - метастазы в несколько ипсилатеральных лимфоузлов диаметром не более 6 см в наибольшем измерении;

?с - метастазы в ипсилатеральные и контралатеральные лимфатические узлы или только в контралатеральные лимфатические узлы диаметром не более 6 см в наибольшем измерении.

N3 - метастазы в регионарные лимфатические узлы размером более 6 см в наибольшем измерении.

### **М - отдаленные метастазы**

Mx - наличие отдаленных метастазов оценить невозможно.

M0 - отдаленных метастазов нет.

M1 - наличие отдаленных метастазов.

### **Патоморфологическая классификация pTNM**

Принципы выделения категорий pT, pN и pM аналогичны категориям T, N и M.

С целью патоморфологической оценки показателя N проводят частичное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с удалением шести лимфатических узлов или более либо радикальное (модифицированное) фасциально-фулярное иссечение клетчатки с удалением десяти лимфатических узлов или более. В настоящее время принято, что отсутствие характерных изменений ткани при патоморфологическом исследовании биоптатов меньшего количества лимфатических узлов позволяет подтвердить стадию pN0.

Если критерием оценки показателя N служит размер образования, то чаще всего учитывают диаметр метастатического очага, а не всего лимфатического узла.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Морфологическое строение опухоли влияет на ее клиническое течение. Доброкачественные процессы как эпителиальной, так и неэпителиальной природы протекают длительно, отличаются медленным ростом в течение десятков лет, не вызывая субъективных жалоб. Практически никогда не развивается парез мимической мускулатуры.

До 60-70 % всех опухолевых процессов слюнных желез приходится на доброкачественные. Как правило, эти опухоли имеют выраженную капсулу. Наиболее частым морфологическим вариантом строения доброкачественных опухолей слюнных желез является **плеоморфная аденома** или так называемая смешанная опухоль. Несмотря на доброкачественный характер, данный вид опухолей имеет склонность к рецидивированию (после хирургического лечения), обусловленному наличием микроскопических дефектов в капсуле, через которые опухолевые клетки проникают в окружающую ткань железы. Чаще всего данный вид опухоли

встречается в возрасте 30-50 лет; у женщин - в 3 раза чаще, чем у мужчин. Для смешанных опухолей типичны медленный рост, плотная консистенция, четкие границы, смещаемость и безболезненность опухолевого узла. Постановка правильного диагноза цитологическим методом возможна в 95-97 % случаев.

В отличие от плеоморфных **мономорфные аденомы** встречаются гораздо реже и составляют менее 1 % всех новообразований слюнных желез, возникая преимущественно в околоушных слюнных железах. При объективном осмотре мономорфные аденомы отличаются чуть более мягкой консистенцией. При цитологическом исследовании обнаруживают группы мономорфного эпителия слюнных желез, пролиферирующего эпителия с полиморфизмом отдельных ядер, но без признаков атипичности.

**Аденолимфомы** имеют в своей структуре как эпителиальный, так и лимфоидный компоненты, чаще встречаются у мужчин старше 40 лет. Также имеют мягкую, иногда тестоватую консистенцию, при формировании кист может определяться флюктуация.

Опухоли слюнных желез отличаются высокой степенью злокачественности. К ранним симптомам относят уплотнение железы. Примерно у  $\frac{1}{3}$  больных в первые 3-6 мес от начала заболевания отмечаются быстрый рост опухоли (рис. 12.1, 12.2) с поражением соседних анатомических структур, в том числе лицевого нерва, регионарное метастазирование в лимфатические узлы шеи. У 20 % больных при первичном обращении определяются боли в околоушной области, парез лицевого нерва, увеличенные лимфатические узлы шеи, и лишь при последующих осмотрах выявляются изменения в околоушной слюнной железе. Либо даже пальпируемые в железе опухолевые узлы расцениваются как лимфаденит. Значительная часть пациентов продолжают лечение с неверным диагнозом (неврит лицевого нерва, шейный лимфаденит, артрозоартрит височно-нижнечелюстного сустава), получая физиотерапевтические процедуры. Проводя дифференциальный диагноз, следует помнить о возможности вторичного опухолевого поражения (метастазах) в околоушных слюнных железах.

**Ацинозно-клеточный рак** составляет до 1,5 % эпителиальных опухолей слюнных желез. Данный вариант злокачественных опухолей встречается только у женщин. Кроме того, ацинозно-клеточный рак отличается местно-деструктивным, инфильтративным ростом и редким метастазированием. Морфологическая диагностика затруднена из-за наличия светлых клеток, что делает картину сходной с таковой при ряде других опухолей (мукоэпидермоидном раке, оксифильных аденомах, светлоклеточных аденомах), и криброзных структур, требующих дифференциального диагноза с аденокистозным раком и аденокарциномой.



а



б

**Рис. 12.1.** Рак подчелюстной слюнной железы слева (а, б)



**Мукоэпидермоидный рак** встречается в 11 % случаев опухолевого поражения слюнных желез. Примерно в 3 раза чаще он выявляется у женщин, чем у мужчин, а также в возрастной группе 40-60 лет. По течению схож со смешанными опухолями, к моменту клинического обнаружения опухоль существует около 5 лет. При высокодифференцированном мукоэпидермоидном раке отмечается выраженная продукция слизи, что приводит к кистообразованию и ложному диагнозу (киста). Трактовка цитологического материала также затруднительна. При наличии в цитограмме клеток с пенистой цитоплазмой (слизеобразующие клетки) можно предположить мукоэпидермоидный рак. Данному варианту рака слюнных желез свойствен инфильтративный рост; метастазирование в регионарные лимфатические узлы отмечается в 25 % случаев.

**Аденокистозный рак (цилиндрома)** составляет 13,5 % эпителиальных опухолей слюнных желез. Более 60 % всех цилиндром приходится на малые слюнные железы. Эти новообразования отличаются медленным ростом, у половины больных длительность анамнеза составляет 5-10 лет. По клиническому течению цилиндромы долго сходны со смешанными опухолями, однако отличаются наличием более у 40-60 % больных. Ускорение роста опухоли отмечается через 3-6 лет после ее возникновения. В эти же сроки возрастает риск гематогенных метастазов в легкие и кости. Метастазы в регионарные лимфатические узлы отмечаются редко.

## **ДИАГНОСТИКА**

В связи с многообразием патологических процессов в слюнных железах, сложностями клинической и морфологической диагностики необходимо применять комплекс диагностических мероприятий. Кроме тщательного сбора анамнеза, изучения жалоб, учета возраста и пола пациента, осмотра, необходимы выполнение УЗИ и пункция (обязательно) подозрительного образования с цитологическим исследованием. Правильный цитологический диагноз при раке больших слюнных желез устанавливают в 90 % случаев. По показаниям выполняется КТ (для уточнения местной распространенности опухоли и взаимоотношений с окружающими анатомическими структурами). Для уточнения стадии опухолевого процесса также обязательны УЗИ лимфатических узлов шеи и печени, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

## **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ**

Все доброкачественные опухоли больших слюнных желез подлежат хирургическому лечению. При опухолях околоушных слюнных желез выполняется субтотальная резекция железы либо паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва. Следует отметить, что такие вмешательства сопряжены с риском травмирования ветвей лицевого нерва, поэтому в процессе их выделения необходим постоянный визуальный контроль. Операции в объеме вылушивания (энуклеации) опухолевого узла допустимы только при аденомах и крайне нежелательны при смешанных опухолях из-за высокого риска рецидива. При доброкачественных опухолях подчелюстных и подъязычных слюнных желез выполняют полное удаление пораженной железы.

В лечении злокачественных опухолей больших слюнных желез применяется комбинированный метод. **Лучевая терапия** (СОД 50 Гр) обычно применяется в предоперационном периоде. Через 2-4 нед выполняется **хирургическое вмешательство**. При опухолях околоушных слюнных желез небольшого объема (T1-T2) возможна

субтотальная резекция или паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва. При больших опухолях с поражением лицевого нерва выполняется паротидэктомия без сохранения его ветвей. При наличии регионарных метастазов одномоментно осуществляется шейная лимфодиссекция необходимого объема. При поражении других больших слюнных желез применяется их полное удаление с фасциально-фузлярным иссечением клетчатки шеи.

**Химиотерапия** при раке больших слюнных желез носит паллиативный характер, используется при отдаленных метастазах и неоперабельных первичных опухолях. Чаще всего в схемы лечения включают препараты группы антрациклинов.

**Прогноз:**

Доброкачественные опухоли обычно успешно поддаются излечению, однако полиморфная аденома способна рецидивировать. Прогноз при лечении злокачественных новообразований слюнных желез 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. 5-летнее излечение при I стадии рака околоушной слюнной железы составляет 70-75 %, при поражении лицевого нерва - 5-25 %, при аденокистозном раке - до 65 %, при высокодифференцированной форме мукоэпидермоидного рака достигает 90 %.



## Список литературы:

- *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. — 160с. — 5 000 экз. — ISBN 5-86093-036-4
- Онкология : учебник / М. И.Давыдов,Ш.Х.Ганцев.2010. -920с