

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- Опухоли слюнных желез могут развиваться в больших слюнных железах (околоушная, подчелюстная, и подъязычная) и малых слюнных железах (слизистая оболочка полости рта, небо, небный язычок, дно полости рта, задняя 1/3 языка, ретромолярная область, глотка, гортань, придаточные пазухи носа).

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- Злокачественные опухоли слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости составляют менее 0,5% от всех злокачественных новообразований и приблизительно 3 - 5% всех злокачественных опухолей головы и шеи.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- Возраст большинства пациентов находится в пределах 50 - 70 лет. Приблизительно 80% всех новообразований поражает околоушные железы. Опухоли малых слюнных желез наиболее часто развиваются на небе. Частота развития злокачественных опухолей зависит от их локализации. Так, злокачественными опухолями являются приблизительно 20 - 25% новообразований околоушных, 35 - 40% подчелюстных, 50% - опухолей неба, и около 90% подъязычных слюнных желез.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРЕДСТАВЛЯЮТ РАЗНООБРАЗНУЮ И СЛОЖНУЮ ГРУППУ ОПУХОЛЕЙ, ПОЭТОМУ КЛАССИФИКАЦИЯ ИХ ТРУДНА.

Морфологические признаки злокачественности не всегда отражаются в клиническом проявлении новообразования. Выразить клинко-морфологические особенности каждой нозологической единицы и представить в единой классификации опухолей слюнных желез практически невозможно. Именно поэтому классификация опухолей слюнных желез, изучаемая патоморфологами, по мере накопления современных данных совершенствовалась и оформилась в международную гистологическую классификацию опухолей слюнных желез принятую ВОЗ в 1972 г., которая была дополнена и утверждена ВОЗ в 1991 г. Однако это не значит, что патоморфология опухолей изучена досконально. Современные ультраструктурные исследования помогают не только представить морфологическую природу опухоли, но и определить степень злокачественности, реакцию на проводимое лечение.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ОНКОЛОГАМИ, ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ГРУППЫ НОВОБРАЗОВАНИЙ:

1. **Доброкачественные:** эпителиальные (аденома аденолимфома, смешанная опухоль); соединительнотканые (фиброма, гемангиома);

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ОНКОЛОГАМИ, ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ГРУППЫ НОВОБРАЗОВАНИЙ:

2. Местнодеструкующие: мукоэпидермоидная опухоль,
цилиндрома.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ОНКОЛОГАМИ, ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ГРУППЫ НОВОБРАЗОВАНИЙ:

3. Злокачественные: эпителиальные (рак); соединительнотканые (саркома); злокачественные, развившиеся из доброкачественных новообразований; вторичные (метастатические).

МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (ВОЗ, 1991)

Аденомы

- Плеоморфная аденома (смешанная опухоль)
- Миоэпителиома (миоэпителиальная аденома)
- Базальноклеточная аденома
- Аденолимфома (Уортина опухоль)
- Онкоцитома (онкоцитарная аденома)
- Каналикулярная аденома
- Сальная аденома
- Протоковая папиллома
- Цистаденома

МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (ВОЗ, 1991)

• Карциномы

- Ацинозно-клеточная карцинома
- Мукоэпидермоидная карцинома
- Аденоидно-кистозная карцинома
- Полиморфная низкой степени злокачественности карцинома
- Эпителиально-миоэпителиальная карцинома
- Базальноклеточная аденокарцинома
- Сальная карцинома
- Папиллярная цистаденокарцинома
- Муцинозная аденокарцинома
- Онкоцитарная карцинома
- Карцинома слюнного протока
- Аденокарцинома (неспецифическая)
- Злокачественная миоэпителиома (миоэпителиальная карцинома)
- Карцинома в плеоморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль)
- Плоскоклеточная карцинома
- Мелкоклеточная карцинома
- Недифференцированная карцинома

МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (ВОЗ, 1991)

Другие карциномы

- ▶ Неэпителиальные опухоли
- ▶ Злокачественные лимфомы
- ▶ Вторичные опухоли
- ▶ Неклассифицируемые опухоли
- ▶ Опухолоподобные поражения: сиалоаденоз, онкоцитоз, некротическая сиалометаплазия (инфаркт слюнной железы), доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, киста слюнной железы, хронический склерозирующий сиалоаденит поднижнечелюстной СЖ (опухоль Кюттнера), кистозная лимфоидная гиперплазия AIDS (у приобретенных синдром иммунодефицита).

D11 ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Исключены:	доброкачественные новообразования уточненных малых желез, которые классифицируются в соответствии с их анатомической локализацией (D10.1)	
	доброкачественные новообразования малых слюнных желез БДУ (D10.3)	
D11.0	Доброкачественное новообразование околоушной слюнной железы	
D11.7	Доброкачественное новообразование других больших слюнных желез	
	D11.70	Доброкачественное новообразование поднижнечелюстной
	D11.71	Доброкачественное новообразование подъязычной железы
D11.9	Доброкачественное новообразование большой слюнной железы неуточненное	

D10.1	Доброкачественное новообразование языка	
	<i>Включено:</i>	доброкачественное образование малых слюнных желез
D10.3	Доброкачественное новообразование других и неуточненных частей рта	
	<i>Включено:</i>	малой слюнной железы БДУ

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ДЕЛЯТСЯ НА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ (ПЛЕОМОРФНАЯ И
МОНОМОРФНАЯ АДЕНОМЫ) И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ
(ГЕАНГИОМЫ, ЛИМФАНГИОМЫ, НЕВРИНОМЫ,
ФИБ-
РОМЫ, ЛИПОМЫ И ДР.).**

Плеоморфная аденома растет медленно (в течение нескольких месяцев или лет), не вызывает субъективных ощущений. Начало роста опухоли остается обычно незамеченным, ее обнаруживают чаще только после достижения ею определенных размеров (обнаруживаются самим больным или окружающими лицами). Опухоль равномерно увеличивается в размерах.

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ
ЖЕЛЕЗ ДЕЛЯТСЯ НА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ
(ПЛЕОМОРФНАЯ И МОНОМОРФНАЯ АДЕНОМЫ)
И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ (ГЕМАНГИОМЫ,
ЛИМФАНГИОМЫ, НЕВРИНОМЫ, ФИБ-
РОМЫ, ЛИПОМЫ И ДР.).**

Очень редко больным удается отметить колебания размеров образования (увеличение, а затем некоторое уменьшение опухоли). Это может быть связано с развитием воспалительного процесса в слюнной железе, где расположена плеоморфная аденома или при сдавлении ею выводного протока железы, что приводит к развитию обтурационного сиаденита и обострению воспалительного процесса. Рост опухоли может несколько ускориться даже при доброкачественном ее росте, что обусловлено накоплением секрета в кистозных полостях, которые при этом опухолевом поражении нередко встречается.

- **Плеоморфная аденома малых слюнных желез чаще развивается из нёбных желез** (задний отдел твердого нёба, мягкое нёбо), реже - в щечной или ретромолярной областях.

Рост опухоли бессимптомный и медленный. Выявляется в виде одиночного узла округлой (на мягком нёбе или в ретромолярной области) или полушаровидной (на твердом нёбе) формы.

Размеры ее от 1 до 3 см, редко бывают большими. Слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена, при больших размерах - бледная. В ретромолярной области рост опухоли может сопровождаться болью и затрудненным открыванием рта, а в некоторых случаях даже изъязвление слизистой оболочки над опухолью (при травме зубами или пищей). При пальпации опухоль безболезненная, с четкими границами и гладкой (реже бугристой) поверхностью.

Плеоморфная аденома подвижна при локализации на мягком нёбе, в щеке или в ретромолярной области, малоподвижна - на твердом нёбе. При рентгенографии твердого нёба, в некоторых случаях, может быть обнаружен дефект костной ткани с ровными краями в виде узур или костного отверстия. Это связано с резорбцией кости, которая возникает по мере роста опухоли.

Аденолимфома клинически может проявляться, как обычная доброкачественная опухоль.

В некоторых случаях аденолимфома может быть представлена кистозной формой, при пункции которой получают серо - бурую жидкость (напоминает гнойное содержимое или жидкость эпидермоидной кисты). После пункции и полного отсасывания содержимого кистозной полости

опухоль не исчезает, а лишь несколько уменьшается. Это ее отличает от кисты. Сиалограмма типичная для доброкачественных опухолей с оттеснением паренхимы железы в сторону от локализации аденолимфомы . Окончательный диагноз устанавливается только после гистологического исследования послеоперационного материала.

Базальноклеточная аденома развивается из концевых отделов секреторных протоков.

Представлена базальными клетками, которые построены в солидно - трабекулярные или тубулярно - кистовидные структуры.

Озлокачествленная плеоморфная аденома.

Различают четыре их вида:

- первично злокачественная плеоморфная аденома;
- озлокачествленная плеоморфная аденома (карцинома в плеоморфной аденоме);
- доброкачественная плеоморфная аденома с метастазами, сохраняющими доброкачественную структуру;
- пролиферирующая плеоморфная аденома.

Клиническая симптоматика озлокачествленных и злокачественных плеоморфных аденом характерна. Больные указывают, что опухоль ранее была безболезненная и медленно росла, а в последнее время появились боли в области опухоли, рост ее усилился, подвижность ограничилась. Нередко возникает парез мимической мускулатуры лица, который лечению не поддается и прогрессирует. Могут вовлекаться в опухолевой процесс и окружающие мягкие ткани и даже кость, появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Для пролиферирующих плеоморфных аденом характерен быстрый рост, ограничение подвижности и чаще наблюдается бугристость опухоли .

Сиалограммы злокачественных новообразований слюнных желез характеризуются симптомами, обусловленными разрушением всех железистых структур в процессе инфильтративного роста опухоли. Типичным является обрыв, фрагментация выводных протоков, заполнение рентгеноконтрастным веществом сохранившихся участков паренхимы, наличие очагов скопления рентгеноконтрастного вещества в участках разрушения ткани железы. Указанные изменения наблюдаются преимущественно в паренхиме, окружающей периферию опухоли. Опухоль также дает дефект наполнения, соответствующий ее топографии и размеру. Резко страдает функция железы, о чем свидетельствует ретенция контраста

Мукоэпидермоидная опухоль (мукоэпидермоидная карцинома)

Синоним: *слизеобразующая эпителиома и др.* Развивается из эпителия *выводных протоков* слюнных желез. Встречается чаще у женщин в среднем возрасте. Излюбленная локализация - околоушные железы.

Различают два варианта клинического течения мукоэпидермоидной опухоли: доброкачественный (высокодифференцированный) и злокачественный (низкодифференцированный). Клинически опухоль может проявлять себя, как доброкачественное образование, но в отличие от последнего чаще сопровождается болью, быстрым ростом, спаянностью с окружающими тканями, нечеткими границами. Может вызывать парез мимической мускулатуры лица. По данным А.М. Солнцева и соавт. (1991), поражение лицевого нерва при мукоэпидермоидных опухолях наблюдается в 20% случаев. Опухоль метастазирует в регионарные лимфатические узлы, склонна к рецидивированию, прорастает окружающие мягкие ткани, часто содержит кисты (наблюдается симптом флюктуации). В некоторых случаях достигает больших размеров. Функция слюнной железы снижается из-за инфильтрирующего роста опухоли. Сиалограмма, характерная для злокачественных опухолей

СИАЛОГРАММА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

СОХРАНЕНА ЧЕТКОСТЬ
ПРОТОКОВ



СТЕНКИ ПРОТОКОВ И ЧАСТЬ
ПАРЕНХИМЫ РАЗРУШЕНЫ



АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА НЕБА И МУКОЭПИДЕРМОИДНЫЙ РАК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Аденокистозная карцинома (цилиндрома)

Синоним: *цилиндрома*. Локализуется чаще в околоушной железе и в малых слюнных железах нёба. Клинически может мало чем отличаться от доброкачественных опухолей слюнных желез. Рост медленный, может достигать больших размеров. Характерным для аденокистозной карциномы являются нерезкие боли, что объясняется ростом ее по периневральным щелям. При локализации в железе поражение лицевого нерва, по данным литературы, составляет 25-30% случаев от общего числа этих опухолей. Локализуясь на нёбе, опухоль может разрушить нёбную пластинку и прорасти в верхнечелюстную пазуху, полость носа и носоглотку. Наблюдается метастазирование в регионарные лимфатические узлы, описаны случаи гематогенного метастазирования (в легкие, кости и др. органы). Сиалограмма опухоли характерна для злокачественных опухолей. Функция железы снижена.

МАЛИГНИЗАЦИЯ ПОЛИМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ТВЕРДОГО НЕБА, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ



Карциномы (рак)

Развивается из эпителия вставочных протоков. Выделяют *аденокарциному, эпидермоид-ную, недифференцированную и карциному в плеоморфной аденоме. Встречается чаще в околоушной железе.*

Если сравнивать карциному с доброкачественными опухолями, то можно отметить ее более быстрый рост, ноющие боли, а в некоторых случаях боли иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва. Консистенция опухоли плотная, поверхность бугристая, опухоль неподвижная, четких границ не имеет. При карциноме наблюдается поражение ветвей лицевого нерва, которое характеризуется прогрессирующим парезом мимической мускулатуры лица. Длительность существования опухоли колеблется в широких пределах - от нескольких месяцев до одного года. В поздней стадии заболевания возможны некрозы опухоли. В регионарных лимфатических узлах встречаются метастазы.

При карциноме страдает функция слюнной железы из-за ее деструкции, обусловленной инфильтрирующим ростом опухоли. На сиалограмме - деформация, фрагментация и обрыв выводных протоков, скопление рентгеноконтрастной массы в железе в виде "чернильных пятен"

TNM классификация

Классификация применима только для рака больших слюнных желез: околоушная (C07.9); подчелюстная (C08.0); подъязычная (C08.1).

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.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Заключение о характере патологического процесса в слюнной железе 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). Определяют степень открывания рта, состояние лицевого нерва. Проводят пальпацию регионарных лимфоузлов.

Однако сходство клиники опухолевых и неопухолевых заболеваний слюнных желез, а также сложности дифференциальной диагностики доброкачественных, промежуточных и злокачественных новообразований вызывает необходимость вспомогательных и специальных методов диагностики:

- цитологическое исследование пунктатов и мазков-отпечатков;
- биопсия и гистологическое исследование материала;
- рентгенологическое исследование;

различное исследование

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ▶ Для распознавания опухолевых и неопухолевых поражений слюнных желез проводится дополнительная инструментальная диагностика – рентгенография черепа Для распознавания опухолевых и неопухолевых поражений слюнных желез проводится дополнительная инструментальная диагностика – рентгенография черепа, УЗИ слюнных желез Для распознавания опухолевых и неопухолевых поражений слюнных желез проводится дополнительная инструментальная диагностика – рентгенография черепа, УЗИ слюнных желез, сиалография Для распознавания опухолевых и неопухолевых поражений слюнных желез проводится дополнительная инструментальная диагностика – рентгенография черепа, УЗИ слюнных желез, сиалография, сиалосцинтиграфия. Наиболее достоверным методом верификации доброкачественных, промежуточных и злокачественных опухолей слюнных желез является морфологическая диагностика Для распознавания опухолевых и неопухолевых поражений слюнных желез проводится

- Диагностика опухолей слюнных желез представляет значительные сложности. Основная проблема диагностики это решение вопроса о злокачественности процесса. Наиболее достоверными являются результаты гистологического исследования, однако такие данные можно получить только после удаления опухоли или во время операции путем срочного морфологического исследования.

- В основе диагностики опухолей, безусловно, должны лежать клинические данные. Однако основываться только на характере клинического течения недостаточно, так как различные по происхождению опухоли, имеют сходное клиническое течение [Zaleska-Dorobisz U.]. Поэтому необходимо использовать специальные методы исследования. Таким образом, поиск и разработка высокоинформативных, неинвазивных и сравнительно недорогих методов диагностики опухолей слюнных желез является актуальной проблемой в современной онкологии.

- ▶ Преимуществами ультразвуковой компьютерной томографии (УЗКТ) являются безвредность, экономичность и быстрота исследования, возможность контроля при проведении аспирационной пункционной биопсии объемных образований. По данным литературы чувствительность ультразвукового исследования в выявлении опухолей слюнных желез составляет 95-98%, точность – 98%.

В настоящее время хорошо разработаны критерии диагностики неопухолевых заболеваний слюнных желез, описана ультразвуковая семиотика опухолевых заболеваний, но нет четких дифференциально-диагностических признаков злокачественных и доброкачественных опухолей, не достаточно изучены возможности ультразвуковой доплерографии, трехмерной реконструкции опухолей слюнных желез, эластографии. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что дальнейшее изучение возможностей комплексного ультразвукового исследования опухолей слюнных желез.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПУХОЛЕВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ:

1. На первом этапе проводится стандартное ультразвуковое исследование в В-режиме и с применением методики доплерографии. При подтверждении наличие опухоли и подозрении на ее злокачественность рекомендуется проведение тонкоигольной аспирационной биопсии и эластографии. При подозрении вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудов шеи в В-режиме и размерах опухоли менее 3,0 см в диаметре выполняется 3Д-реконструкция. Если размеры опухоли превышают 3,0 см рекомендуется РКТ с в/в контрастированием.
2. Исследование слюнных желез начинают датчиком 7-9 МГц. Для детального изучения структуры желез, лимфоузлов и сосудов необходимо дополнять исследование датчиком с частотой 7-14 МГц.
3. Исследование подъязычной слюнной железы рекомендуется дополнять осмотром со стороны полости рта при помощи внутривполостного датчика 4-8 МГц.
4. Трехмерную реконструкцию внутриопухолевых сосудов и оценку распространенности опухоли слюнных желез на магистральные сосуды шеи рекомендуется выполнять при размерах опухоли менее 3,0 см.
5. Выполнение тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗКТ при всех выявленных образованиях слюнных желез.

МРТ обладает значительно большей информативностью в плане определения границ патологического процесса и взаимоотношения его с окружающими структурами. Данный метод позволяет проводить исследование в любой плоскости (аксиальной, коронарной, сагиттальной и косых), что дает возможность получения объемной информации не только о патологическом очаге, но и о кровеносных сосудах, лимфатических узлах и нервах как в самой слюнной железе, так и в окружающих ее тканях.

Визуализация ствола и основных ветвей лицевого нерва дает неоспоримое преимущество этому методу исследования при патологических процессах, локализованных в околоушной слюнной железе. Достаточно хорошо визуализирует не только околоушные и поднижнечелюстные, но и подъязычные слюнные железы

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

- Орофарингоскопия;
- визуальная оценка функции мимической мускулатуры, 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);
- цитологическая верификация опухоли (тонкоигольная аспирационная биопсия) + срочное интраоперационное гистологическое исследование;
- ортопантомография нижней челюсти (при подозрении на вовлечение в опухоль костных структур);
- компьютерная рентгеномография и / или МРТ (толщина срезов 2 - 4 мм) области локализации опухоли (при отсутствии возможности - УЗИ) + компьютерная рентгеномография и / или МРТ от основания черепа до ключицы (при резектабельных местно-распространенных опухолях);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при цилиндроме малых или больших слюнных желез компьютерная рентгеномография грудной клетки (толщина срезов не менее 4 мм));

Цитологическое исследование проводится с соблюдением

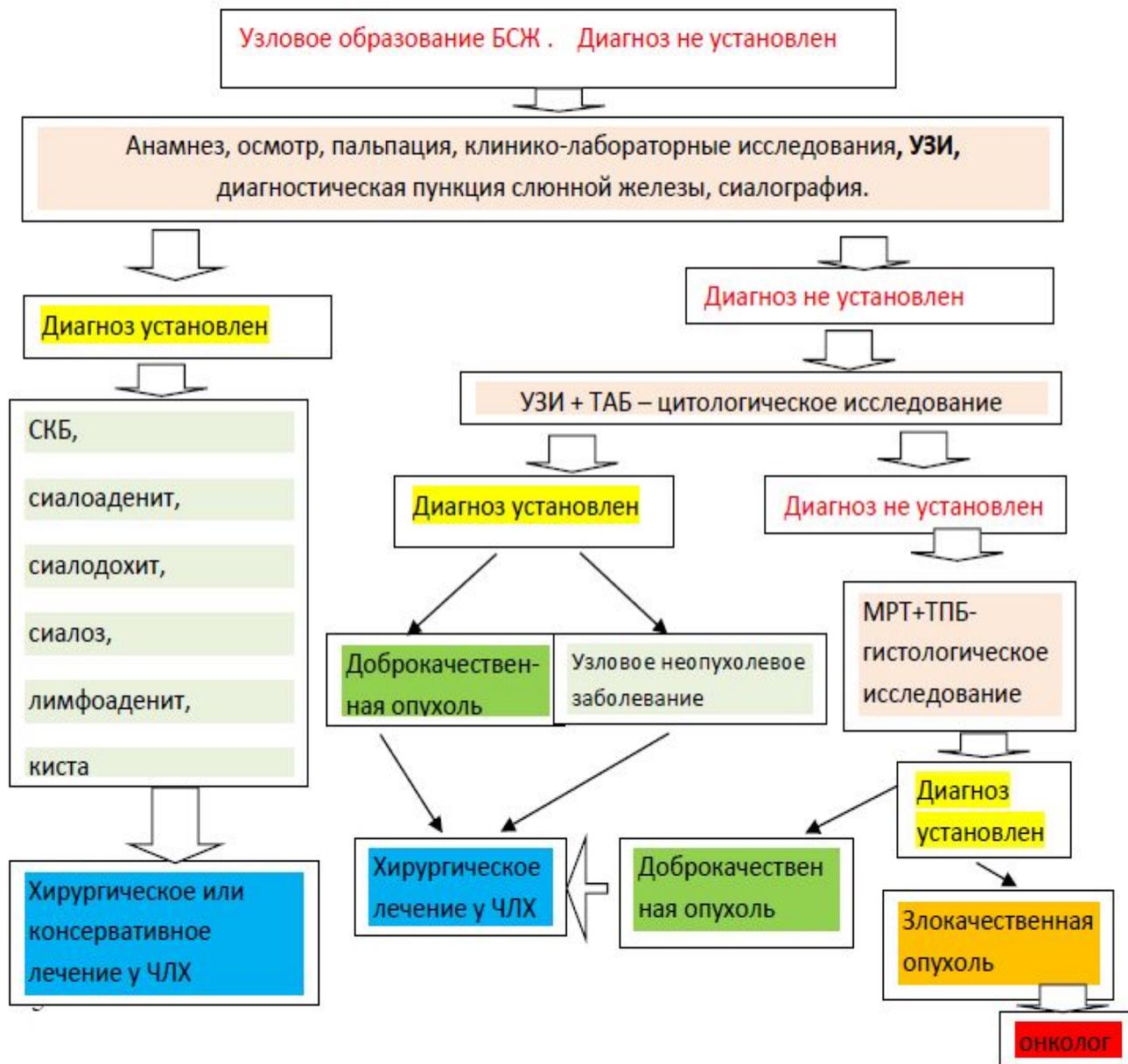
- всех правил асептики и антисептики с помощью сухого шприца с
- хорошо подогнанным поршнем (для получения герметичности) и
- иглы с диаметром просвета 1—1,5 мм. Предварительно выполняется инфильтрационная анестезия новокаином (1,0 мл 2% р-ра).
- Иглу продвигают в толщу новообразования в нескольких направлениях и на разную глубину. При этом поршень шприца оттягивают на себя, что способствует всасыванию жидкого содержимого или обрывков ткани опухоли. Содержимое шприца наносят на предметное стекло и осторожно распределяют по его поверхности. Высушив мазки на воздухе, их маркируют и отправляют в цитологическую лабораторию, где их окрашивают по Паппенгейму или Романовскому и изучают морфологию клеток препарата.
- Преимущества цитологического метода: простота, безопасность, быстрота выполнения, возможность применения в амбулаторных условиях.

Биопсия и гистологическое исследование — наиболее достоверный метод морфологической верификации новообразований.

Операция выполняется под местным обезболиванием с соблюдением принципов аластики и антиластики. После обнажения новообразования скальпелем иссекают наиболее характерный участок опухоли размером не менее 1,0 см на периферии опухолевого узла с участком интактной ткани слюнной железы. Вывихивающими осторожными движениями фрагмент опухоли извлекают из раны и отправляют на гистологическое исследование. Кровотечение из опухолевой ткани останавливают с помощью метода диатермокоагуляции. Рану ушивают. Для выполнения биопсии опухоли слюнной железы больного необходимо госпитализировать.

Операция требует от хирурга определенной подготовки.

Алгоритм комплексного исследования для дифференциальной диагностики ДО БСЖ.



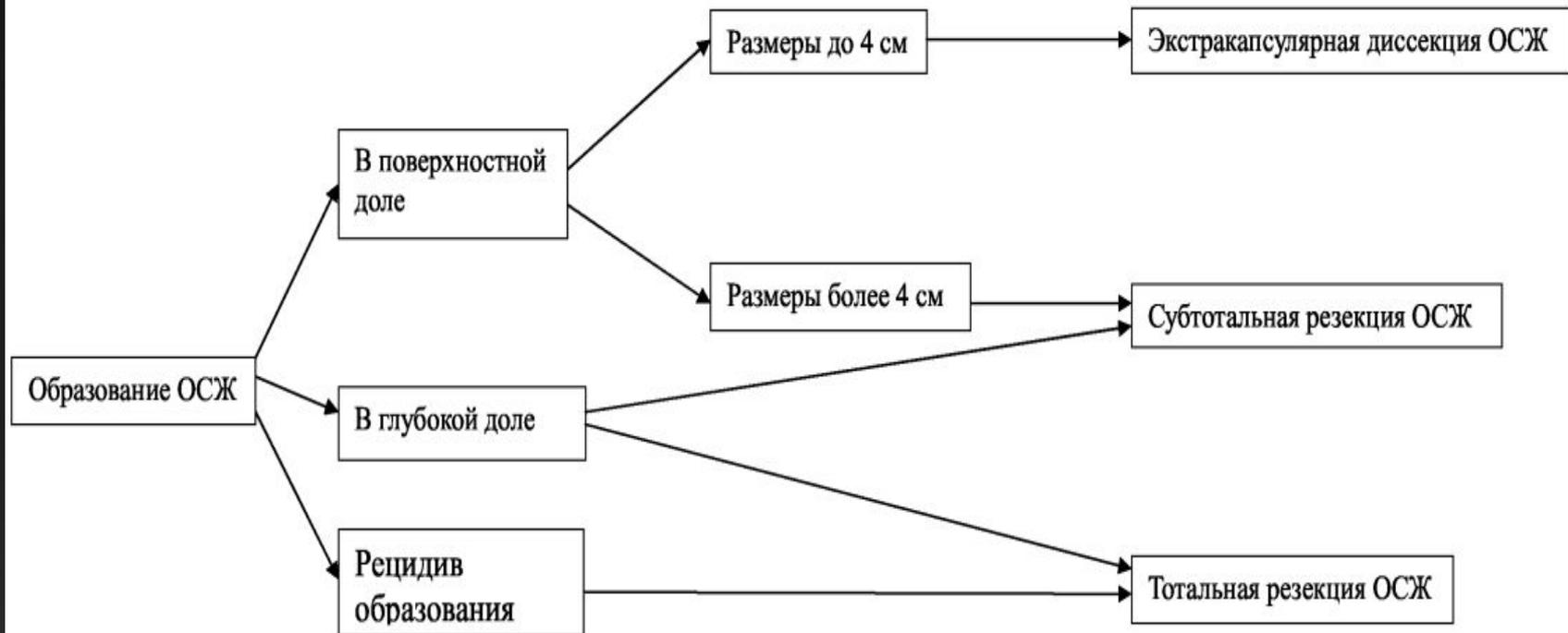
АЛГОРИТМ (СХЕМА) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



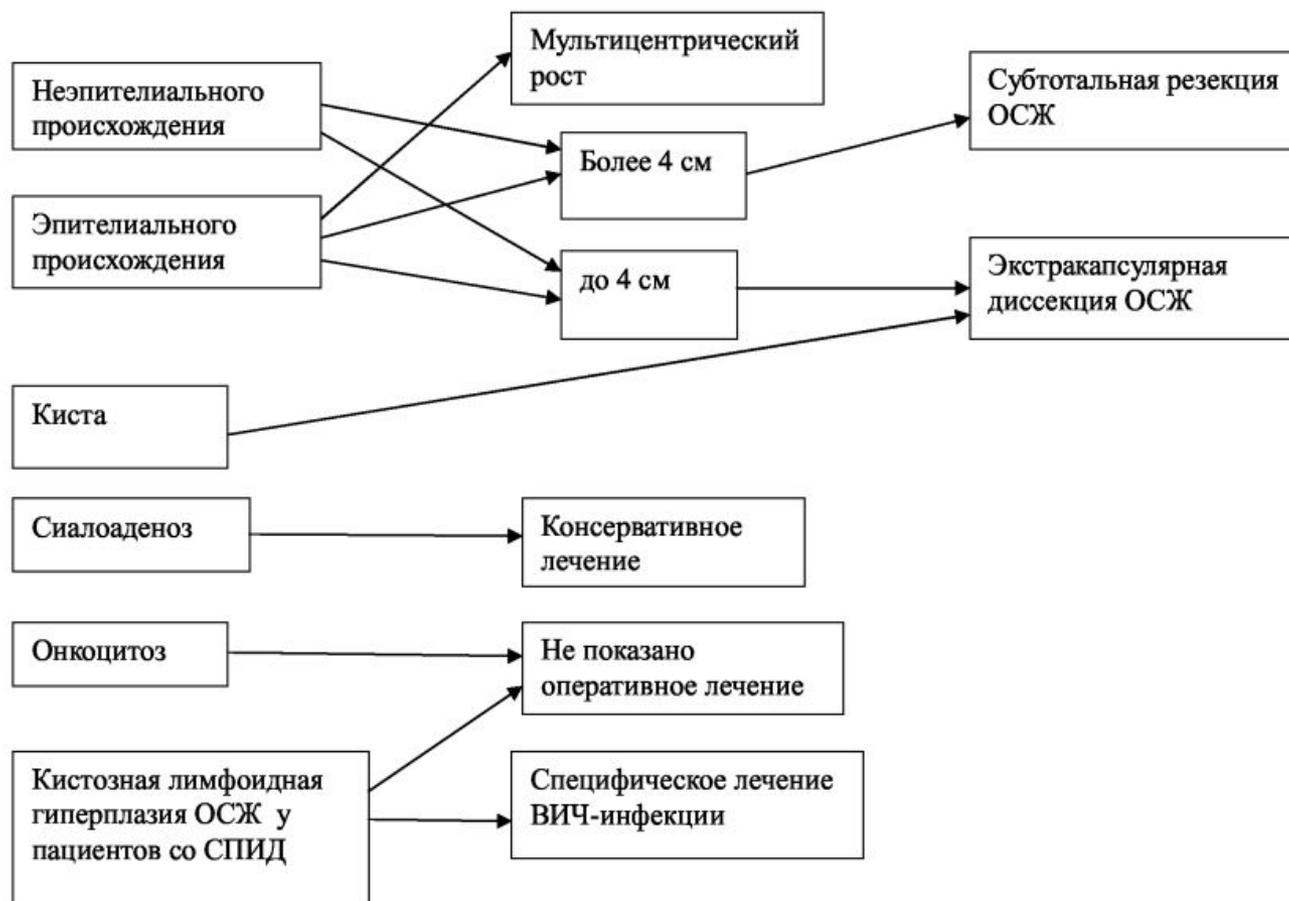
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- ▶ Резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва.
- ▶ Субтотальная резекция околоушной слюнной железы с выделением и сохранением ветвей лицевого нерва.
- ▶ Паротидэктомия с сохранением лицевого нерва.
- ▶ Удаление поднижнечелюстной слюнной железы.
- ▶ Удаление подъязычной слюнной железы.

1. Критерии выбора метода оперативного лечения доброкачественных опухолей околоушно-жевательных желез в зависимости от локализации.



2. Критерии выбора метода оперативного лечения доброкачественных опухолей околоушно-жевательных желез в зависимости от гистологического происхождения.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

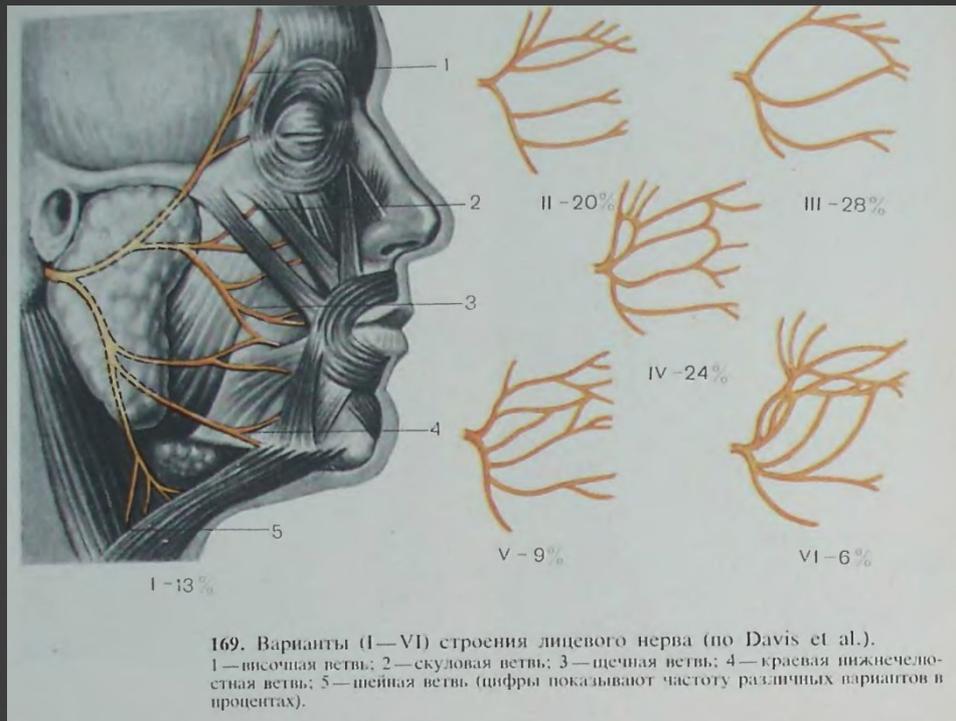
Хирургическое удаление опухоли является ведущим компонентом радикального лечения злокачественных новообразований слюнных желез. При I - II стадии низкоккачественных опухолей (низкоккачественная мукоэпидермоидная карцинома, ацинозноклеточная карцинома) радикальное хирургическое вмешательство является самостоятельным методом лечения. При опухолях промежуточной и высокой злокачественности (мукоэпидермоидная карцинома, аденокарцинома, аденокистозная карцинома, злокачественная смешанная опухоль, недифференцированная карцинома и плоскоклеточная карцинома) лечение комбинированное. Шейная лимфодиссекция показана лишь при наличии метастазов в лимфатических узлах.

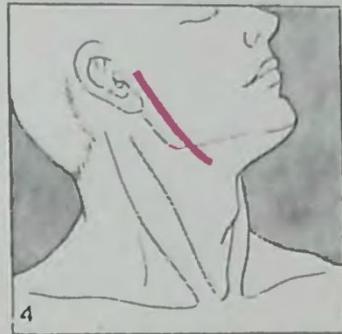
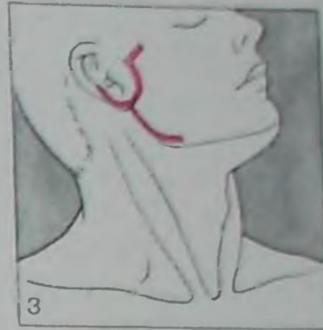
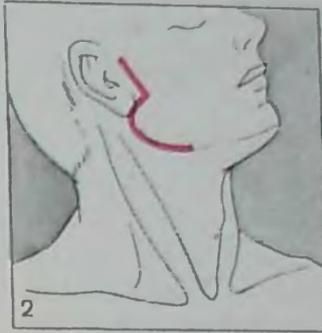
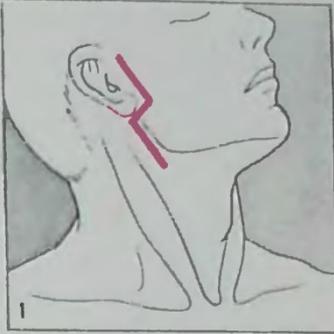
- Все хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей слюнных желез выполняются под общей анестезией.

- Основным видом оперативного вмешательства при злокачественных опухолях околоушных слюнных желез является паротидэктомия с / или без сохранения лицевого нерва. При низкоккачественных опухолях околоушной слюнной железы T1-T2 (низкоккачественная мукоэпидермоидная карцинома, ацинозноклеточная карцинома) допустимо выполнять субтотальную резекцию. В этом случае необходим интраоперационный контроль радикальности хирургического вмешательства. 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).
- ▶ Основным видом оперативного вмешательства при злокачественных опухолях околоушных слюнных желез является паротидэктомия с / или без сохранения лицевого нерва. При низкоккачественных опухолях околоушной слюнной железы T1-T2 (низкоккачественная мукоэпидермоидная карцинома, ацинозноклеточная карцинома) допустимо выполнять субтотальную резекцию. В этом случае необходим интраоперационный контроль радикальности хирургического вмешательства. Опухоли подчелюстной и подъязычной слюнных желез удаляются единым блоком с содержимым подчелюстного треугольника.
- ▶ При клинически негативных лимфатических узлах в ходе выполнения паротидэктомии или удаления подчелюстной слюнной железы обследуется первый лимфатический уровень Увеличенные или подозрительные лимфатические узлы направляются на срочное гистологическое исследование. Необходимость выполнения лимфодиссекции и ее тип определяются на основании операционных находок. При одиночных метастазах и отсутствии экстранодального распространения предпочтение отдается модифицированным шейным лимфодиссекциям.

В 1945 г. Redon и в 1953 г. Г.П. Ковтунович предложили технику операции на околоушной СЖ позволяющую сохранить лицевой нерв и его ветви. Эта техника операции используется современными хирургами с некоторыми модификациями разреза кожи. Дискутируются показания к резекциям или экстирпации околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва при плеоморфной аденоме. Одни авторы считают показанной различные резекции околоушной слюнной железы другие — экстирпацию железы, аргументируя данную тактику множественностью опухолевых зачатков. До настоящего времени ряд хирургов, онкологов считают безопасной и надежной в «опытных руках» операцию — капсулярную диссекцию плеоморфной аденомы. Иссечение опухоли необходимо производить под интраоперационным контролем при интактной капсуле опухоли. До 1950 г. энуклеация была основной операцией для плеоморфной аденомы. После 1950 г. в общую практику вошли поверхностная и тотальная паротидэктомия, при которых число рецидивов снизилось до 2,5%. Плеоморфную аденому следует рассматривать как опухоль, не имеющую капсулы. Объем операции должен быть не меньше латеральной паротидэктомии, а при расположении опухоли под ветвями лицевого нерва — тотальной



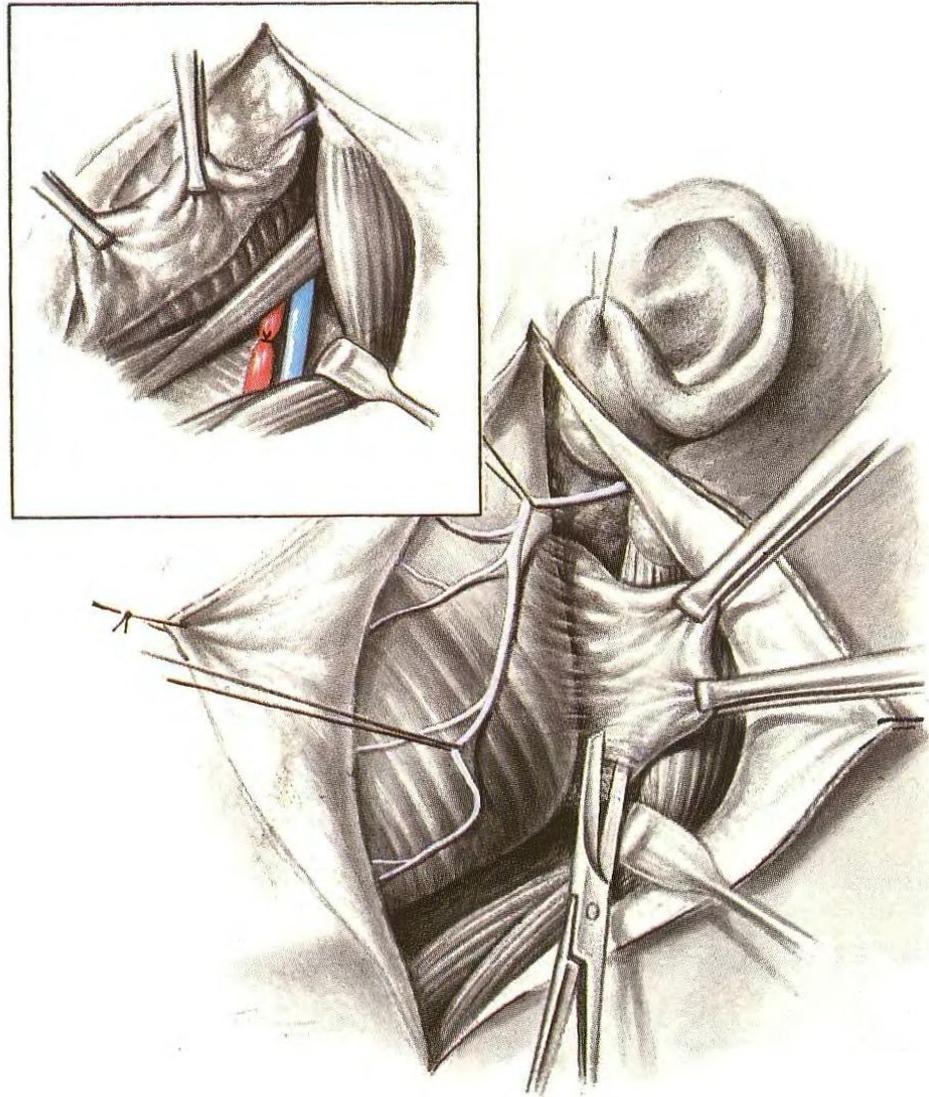


170. Разрезы кожи при операциях по поводу полиморфной аденомы околоушной слюнной железы.
1—по Редону; 2—по Г. П. Ковтуновичу;
3—по Маргину; 4—по Систерунку.

СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ПАРОТИДЭКТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА



90. Паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва. Перевязывают наружную сонную артерию на уровне заднего брюшка двубрюшной мышцы (в рамке). После субтотального иссечения поверхностной части железы ветви лицевого нерва приподнимают и удаляют глубокую часть железы.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

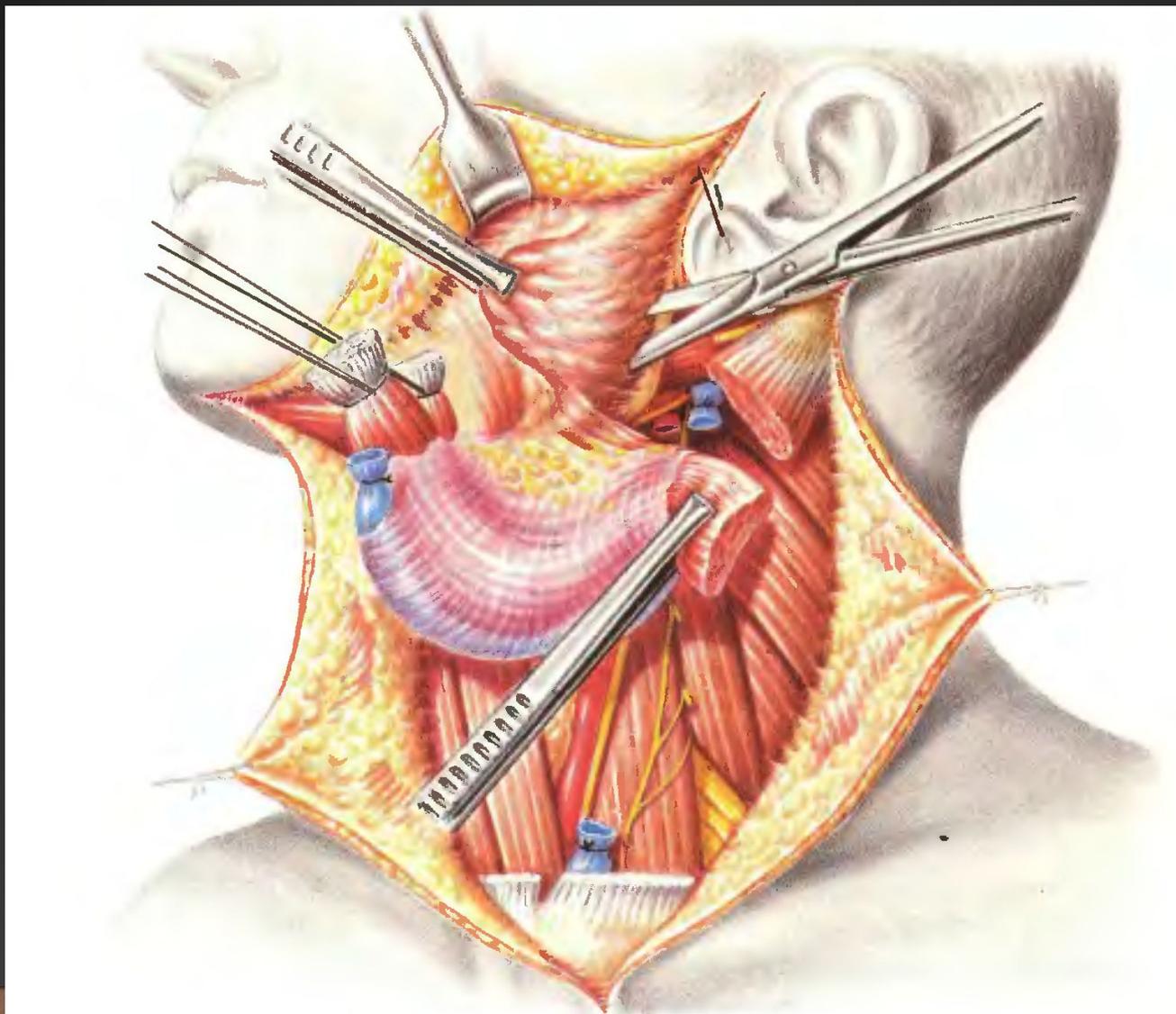
- ▶ Наиболее частыми осложнениями являются: рецидив опухоли, паралич мимических мышц, временный ишемический парез мимической мускулатуры, лица, околоушный гипергидроз, образование слюнных свищей, гемипарез языка и др.
- ▶ При интраоперационном повреждении лицевого нерва необходимо восстановление его непрерывности с применением микрохирургической техники
- ▶ Профилактикой временного послеоперационного пареза мимических мышц, связанного с ишемией нерва является щадящая, деликатная оперативная техника с оптимальным доступом, обеспечивающим хороший обзор операционного поля

При низкой степени злокачественности рака и распространенности первичной опухоли T1 возможно хирургическое лечение опухолей слюнных желез в объеме паротидэктомии с сохранением лицевого нерва при условии локализации опухоли далеко от основного ствола лицевого нерва и его ветвей.

При высокой степени злокачественности опухоли распространенностью T1 и независимо от дифференцировки опухоли с распространенностью T2, T3 показано комбинированное лечение с предоперационной дистанционной гамма-терапией в СОД 50-60 Гр и последующей операцией через 3-4 недели.

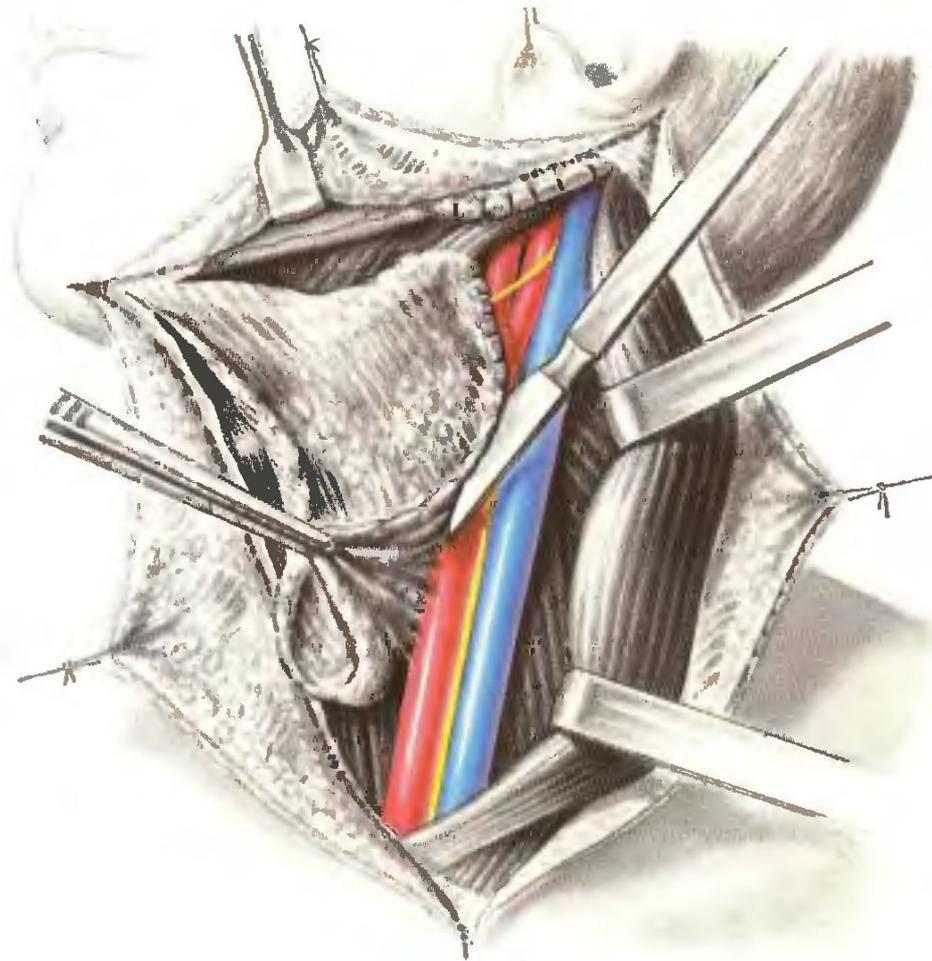
Хирургический этап при размерах опухоли T1, T2 включает паротидэктомию с сохранением ветвей лицевого нерва и одномоментной операцией на регионарных зонах соответствующей стороны.

ЭТАП ПАРОТИДЭКТОМИИ



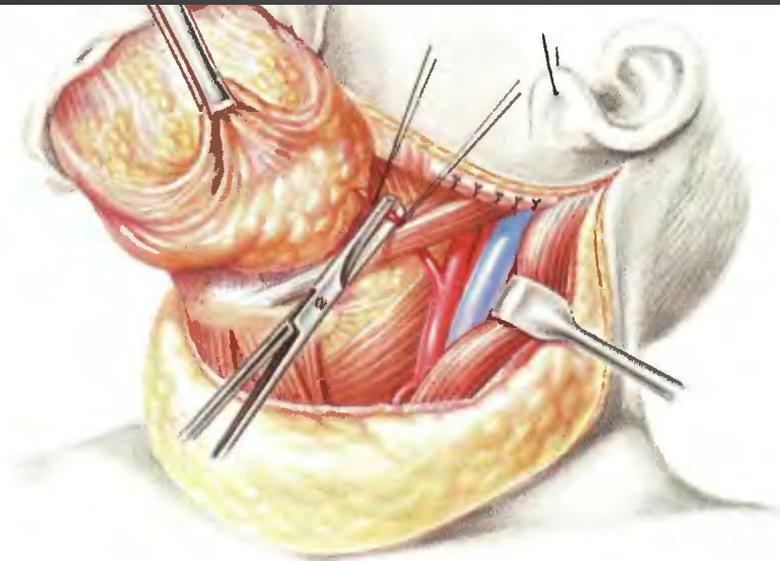
96. Произведя иссечение клетчатки шеи до развилки сонной артерии, перевязывают и пересекают наружную сонную артерию. У сосцевидного отростка пересекают грудиноключично-сосцевидную, шилоподъязычную мышцы и заднее брюшко двубрюшной мышцы. Здесь же

ЭТАП ПАРОТИДЭКТОМИИ



129. Иссекают клетчатку шеи вдоль всего сосудисто-нервного пучка.

ФАСЦИАЛЬНО-ФУТЛЯРНОЕ ИССЕЧЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПО ПАЧЕСУ



132. Оттягивают книзу грудиноключично-сосцевидную мышцу. Выделяют добавочный нерв, затем поднимают его и иссекают всю клетчатку этой области вместе с клетчаткой, расположенной в области развилки общей сонной артерии. Перевязывают и пересекают лицевую артерию.

В рамке: удаляют клетчатку подчелюстного треугольника вместе с подчелюстной слюнной железой. Затем в блок удаляемых тканей включают клетчатку подбородочной области.

При размерах опухоли ТЗ производят паротидэктомию без сохранения ветвей лицевого нерва с одномоментной операцией на регионарных зонах соответствующей стороны.

Положительные результаты получены при использовании интраоперационного облучения ложа железы. Эти методики позволяют проводить функционально-щадящие операции на втором этапе комбинированного лечения, заключающиеся в сохранении лицевого нерва или его отдельных ветвей.

Лучевой метод лечения злокачественных опухолей слюнных желез показан при недифференцированных формах рака всех стадий и паллиативном лечении неоперабельных опухолей.

- Лучевая терапия применяется в самостоятельном виде исключительно при лечении нерезектабельных опухолей или в случае отказа пациента от операции.

- Химиотерапия и химиолучевое лечение могут быть использованы в отдельных группах больных с первично нерезектабельными опухолями, регионарными рецидивами, отдаленными метастазами, а также при наличии резидуальной опухоли или прогностически неблагоприятных факторов (промежуточная и низкая степень дифференцировки, метастазы в лимфатических узлах, инвазия в лицевой нерв, периневральная / лимфатическая / сосудистая инвазия).

- Стандартным методом лечения злокачественных опухолей малых слюнных желез является адекватное хирургическое удаление опухоли, объем которого зависит от локализации и распространенности процесса. Послеоперационная лучевая терапия у пациентов с высоким риском снижает частоту местных рецидивов в 1,5 - 2 (3) раза. Профилактическое облучение шейных лимфатических узлов не ведет к улучшению результатов лечения.

Злокачественные новообразования поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез лечатся комбинированным методом с использованием на втором этапе операции в объеме фасциально- футлярного иссечения клетчатки шеи. При процессах, выходящих за пределы железы, объем иссекаемых тканей может включать ткани дна полости рта, резекцию нижней челюсти. Лечение злокачественных опухолей малых слюнных желез осуществляется по принципам, применяемым к плоскоклеточному раку полости рта, ротоглотки, полости носа и придаточных пазух. При распространенных процессах проводится паллиативное лучевое лечение опухолей слюнных желез и лекарственная терапия препаратами платины, 5-фторурацила, метотрексата, сарколизина, таксола, гемзара, кселоды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- А. С. ЛАСТОВКА, И. В. ДУДАРЕВА. Опухоли слюнных желез. Минск БГМУ 2017.
- Вей В. Опухоли слюнных желез //Современные аспекты хирургии и онкологии головы и шеи: мат. конф., 16-18 октября, 2008. - М., 2008.
- Вихлянов И. Комплексное лечение опухолей орофарингеальной зоны. Вестн. РОЦ РАМН 2009
- Джумбаев А.И., Осумбеков Б.Н. Мукоэпидермоидные опухоли слюнных желез. Вестник РОНЦ РАМН, 2009г