

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

По данным РОНЦ опухоли слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости составляют 1-5% и 3% среди опухолей головы и шеи. Среди эпителиальных опухолей слюнных желез треть приходится на злокачественные.

Среди этиологических фактов следует отметить вредные условия окружающей среды (лучевое воздействие, частое рентгеновское исследование области головы и шеи, злоупотребление ультрафиолетом, лечение радиоактивным йодом). Большинство опухолей имеют эпителиальную природу и развиваются в больших слюнных железах (наиболее часто в околоушной). В слюнных железах может встречаться любой тип сарком, при этом отмечается агрессивное течение и высокая летальность в первые годы после установления диагноза. Встречаются также первичные лимфомы, которые развиваются из лимфоузлов или самой ткани железы. Злокачественные опухоли малых слюнных желез могут развиваться в любой части полости рта, но чаще всего диагностируются в области твердого неба. Для рака больших слюнных желез характерен быстрый инфильтративный рост, при этом нарушение функции лицевого нерва может длительное время отсутствовать. Для рака малых слюнных желез характерно изъязвление, а также прорастание в окружающие ткани (кожу, хрящи, кости). Распространение опухоли наблюдается по лимфатическим, кровеносным сосудам и периневрально. Регионарными для слюнных желез являются поверхностные и глубокие яремные лимфоузлы шеи. Отдаленные метастазы диагностируются в легких, головном мозге, висцеральных органах и в костях. Различают несколько видов рака слюнных желез: ацинозно-клеточный, аденокистозный, мукоэпидермоидный, аденокарцинома, рак в плеоморфной аденоме, миоэпителиальный, рак из слюнного протока, онкоцитарный рак, плоскоклеточный и недифференцированный.

Классификацию используют только применительно к большим слюнным железам, рак малых слюнных желез стадируется согласно области его расположения.

Классификация по системе TNM (8 издание) для эпителиальных опухолей больших слюнных желез.

T- первичная опухоль

TX- первичную опухоль оценить невозможно

T0- нет признаков первичной опухоли

T1- опухоль до 2 см без распространения за пределы слюнной железы

T2- опухоль более 2 см, но не более 4 см без распространения за пределы паренхимы железы

T3- опухоль более 4 см и \или опухоль с распространением за пределы железы

T4a- опухоль врастает в любую из следующих структур: кожу, нижнюю челюсть, лицевой нерв

T4b - опухоль врастает в основание черепа и\или пластинки крыловидного отростка клиновидной кости и\или циркулярно охватывает сонную артерию

N- регионарные лимфатические узлы

NX- регионарные лимфоузлы не могут быть оценены

N0- нет метастазов в регионарные лимфатические узлы

N1- метастаз максимальным размером не более 3 см в одном регионарном лимфатическом узле на стороне поражения без распространения за пределы капсулы узла

N2a- метастаз максимальным размером более 3 см, но не более 6 см в одном лимфатическом узле на стороне поражения без распространения за пределы капсулы узла

N2b- метастазы, каждый максимальным размером не более 6см, в нескольких регионарных лимфатических узлах без распространения за пределы капсулы узла

N2c- двусторонние метастазы в регионарных лимфатических узлах либо метастазы в регионарных лимфатических узлах на противоположной пораженной стороне, каждый максимальным размером не более 6см без распространения за пределы капсулы узла

N3a-метастаз максимальным размером более 6см в регионарном лимфатическом узле без распространения за пределы капсулы узла

N3b- метастаз в одном или нескольких регионарных лимфатических узлах с клиническими признаками распространения за пределы капсулы узла

M- отдаленные метастазы

M0- нет отдаленных метастазов

M1- есть отдаленный метастаз

Стадии			
M0	Стадия 0	Tis	N0
M0	Стадия I	T1	N0
M0	Стадия II	T2	N0
M0	Стадия III	T3	N0
M0		T 1 T2 T3	N1
M0	Стадия IVa	T4a	N0 N1 N2
M0		T1 T2 T3	N2

Стадия IVb	любая T	N3
M0		
	T4b	любая N
M0		
Стадия IVc	любая T	любая N
M1		

Важным методом диагностики является цитологическое исследование, позволяющее дифференцировать опухолевый и неопухолевые процессы, доброкачественный процесс от злокачественного, первичные и вторичные поражения желез, а также лимфопролиферативные процессы. Точность цитологического исследования зависит от квалификации цитолога, метода окраски и способа получения материала. При неясном характере доброкачественности или злокачественности опухоли возможно использовать метод проточной цитофлуорометрии с анализом ДНК. Исследуется способность и частота митотической активности клеток, что позволяет прогнозировать течение заболевания и выбирать оптимальную лечебную тактику. Обязательным методом диагностики является УЗИ слюнных желез и зон регионарного метастазирования. КТ и МРТ позволяют уточнить состояние опухоли, ее локализацию, распространение и отношение к окружающим структурам. МРТ также используется для визуализации лицевого нерва, что позволяет планировать хирургическое лечение. В ряде случаев используется диагностическая биопсия с последующим проведением иммуногистохимического исследования.

Лечение злокачественных опухолей слюнных желез планируется с учетом распространения опухоли и ее степени злокачественности. При T1 и низкой степени злокачественности возможно выполнение паротидэктомии с сохранением лицевого нерва при условии локализации опухоли далеко от ствола нерва. При высокой степени злокачественности опухоли T1 и независимо от степени злокачественности при T2, T3 показано проведение

комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией до СОД-40-50ГР, на втором этапе через 3-4 недели выполняется операция. Выполнение консервативной паротидэктомии (с сохранением ветвей лицевого нерва) возможно при распространении опухоли, соответствующей символам T1 и T2. При T3 выполняется паротидэктомия без сохранения ветвей лицевого нерва и выполняется операция на зонах регионарного метастазирования.

Осложнения могут возникнуть как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Наиболее опасным осложнением во время операции является кровотечение, которое может развиться из регионарных мелких и крупных сосудов (шилососцевидная артерия, височная артерия и вена, передние околоушные вены, задняя лицевая артерия, наружная сонная артерия и ее ветви, внутренняя яремная вена, внутренняя сонная артерия). Также осложнением считается повреждение ствола лицевого нерва, если такое не планировалось дооперационно. Восстановление целостности лицевого нерва является одной из важнейших задач при хирургическом лечении опухолей слюнных желез. Для восстановления функций нерва во время операции имплантируется фрагмент другого двигательного нерва (большой ушной нерв) с формированием анастомоза конец в конец. Также делаются анастомозы между стволом и периферическими ветвями со стволом другого краниального нерва. Зона анастомоза обволакивается защитной оболочкой, которую формируют из стенки вены (наружной яремной). Структура нерва восстанавливается, в среднем, 3-4 месяца, функция нерва обычно через 6 месяцев. В послеоперационном периоде рекомендован прием витаминов группы В, назначается прозерин.

Криохирургическое воздействие можно использовать при раке малых слюнных желез. Проведение лучевой терапии по радикальной программе показано при недифференцированных опухолях и у неоперабельных больных. При распространенных опухолях проводится также химиотерапия.

Прогноз зависит от типа опухоли, ее локализации, степени дифференцировки и наличия метастазов. 5-летняя выживаемость составляет 35%.