

УДК 616-006.632(575.2)

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*С.Р. Арстанбеков, А.Р. Жумабаев*

Проведен анализ больных с новообразованиями слюнных желез с 2005 по 2015 г. по материалам Ошского межобластного центра онкологии МЗ Кыргызской Республики, представлена морфологическая структура опухолей слюнных желез.

*Ключевые слова:* новообразования слюнных желез; анализ; злокачественные; доброкачественные.

---

## CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS

*S.R. Arstanbekov, A.R. Zhumabaev*

The analysis of patients with growths of the salivary glands from 2005 to 2015 at the materials of Osh interregional center oncology MW of the Kyrgyz Republic is carried out, the morphological structure of salivary gland tumors is presented.

*Keywords:* growths of the salivary glands; analysis; malignant; benign.

**Актуальность.** За последние годы заболеваемость опухолями слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости остается неизменной и составляет 1–5 %. В общей структуре заболеваемости по РФ опухоли околоушной слюнной железы встречаются у 0,24 % мужчин и 0,20 % женщин [1]. В Кыргызской Республике ежегодно регистрируется более 30 новых случаев злокачественных опухолей слюнных желез. Основным в комплексе лечебно-диагностических мероприятий в отношении опухоли слюнных желез остается хирургический этап лечения.

Анализ опухолевой патологии слюнных желез остается актуальным и сегодня. В настоящее время количество рецидивов после лечения злокачественных опухолей слюнных желез достигает 30–33 %. Количество рецидивов после лечения плеоморфных аденом (а их среди доброкачественных опухолей преобладающее большинство) составляет 20–25 %, причем 2/3 из них, по данным литературы, перерождается в рак.

Противоречивость мнений исследователей относительно степени злокачественности опухолей, часто при небольшом количестве наблюдений у авторов, отражает многообразие терминов, применяемых к этой группе новообразований от доброкачественных, полузлокачественных форм и до признания только злокачественного характера заболевания [2, 3].

Сопоставление клинических проявлений опухолей с различными вариантами гистологического

строения, возможно, может дать объяснение своеобразию течения заболевания, которое может длиться годами или приводит к гибели больных в ранние сроки.

Недостаточно изучены возможности дооперационной диагностики опухоли слюнных желез. Метод клинической цитологии, получивший в последние годы широкое применение в диагностике различных новообразований, при обследовании больных опухолями слюнных желез используется недостаточно.

Отмечается способность новообразований к рецидивированию, однако существует множество мнений и суждений относительно его причин. В частности, отсутствует характеристика клинических особенностей проявлений рецидивов опухолей слюнных желез.

Одной из биологических особенностей новообразований, подтверждающих их злокачественность, является способность метастазировать в лимфатические узлы шеи и отдельные органы. Однако остаются неизученными вопросы закономерности метастазирования с учетом морфологического строения опухолей и его частоты и сроков возникновения, знание которых необходимо для разработки адекватной лечебной тактики.

Весьма актуальным остается и вопрос выбора метода лечения больных с данными новообразованиями слюнных желез.

Различная оценка радиочувствительности опухолей способствовала утверждению двух основных

методов лечения – комбинированного и хирургического.

Цель исследования – обобщение значительного числа наблюдений разнообразных опухолей больших слюнных желез для уточнения частоты, гистологического строения, клинико-морфологического характера, особенности локализаций новообразований, определения особенностей клинического течения, а также наиболее рациональных методов диагностики и адекватного лечения.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для настоящей работы являлось изучение всех случаев заболевания слюнных желез у 124 пациентов с различными опухолями слюнной железы и у 64 больных с воспалительными заболеваниями и кистами.

Для оценки клинического течения заболевания во всех случаях эпителиальных опухолей слюнных желез (исключая группу плеоморфных аденом) изучали истории болезни и поликлинические карты, а для получения сведений об отдаленных результатах лечения рассылали запросы.

Аденолимфомы (вид мономорфных аденом) составили на нашем материале 2,2 % всех эпителиальных опухолей слюнных желез. Возраст больных составил свыше 40 лет и преобладание его достаточно характерно. При микроскопическом исследовании отмечено, что аденолимфома состоит из двухслойного эозинофильного эпителия, формирующего железистые и папиллярные структуры, и лимфоидной стромы.

Мукоэпидермоидные опухоли составили 14,9 % всех эпителиальных новообразований слюнных желез. Опухоли встречаются преимущественно у женщин (3:1), чаще в возрасте от 40 до 60 лет. Околоушные железы являются наиболее частым местом возникновения мукоэпидермоидных опухолей. Для хорошо дифференцированных мукоэпидермоидных опухолей характерным является наличие эпидермоидных и слизеобразующих типов клетки с преобладанием последних кистозных полостей. В ряде случаев слизеобразующие бокаловидные клетки составляют основную массу опухоли. Существуют образования, представленные одной или несколькими кистозными полостями. Для малодифференцированных мукоэпидермоидных опухолей характерно преобладание так называемых эпидермоидных клеток (от мелких кубовидных до крупных со светлой цитоплазмой). Среди эпидермоидных клеток расположены слизеобразующие клетки, отличающиеся от последних темной базофильной цитоплазмой или выявляемые только с помощью специальных методов окрашивания. Умеренно дифференцированный тип строения мукоэпидермоидных опухолей сходен с хо-

рошо дифференцированными опухолями, однако содержит меньшее количество слизеобразующих клеток и образованных ими кистозных полостей. Хорошо дифференцированные мукоэпидермоидные опухоли в большинстве случаев не представляют трудности для диагностики.

Ацинозноклеточные опухоли составляют 2,5 %. Все опухоли возникли у женщин и локализовались в околоушной слюнной железе. Длительный долечебный период существования новообразования позволял в большинстве случаев предполагать доброкачественный характер опухоли. Чаще ацинозноклеточные опухоли хорошо отграничены от окружающих тканей, однако при микроскопическом исследовании в части наблюдений были обнаружены признаки инфильтративного роста. Ацинозноклеточные опухоли состоят из базофильных клеток с зернистой цитоплазмой ацинусов нормальной слюнной железы.

Цистаденоидная карцинома составила на нашем материале 6,4 % эпителиальных опухолей слюнных желез. В отличие от всех других новообразований, цистаденоидные карциномы локализовались преимущественно в малых слюнных железах (составляя 53,8 % опухолей данной локализации) при почти равном соотношении больных по полу. Рецидивы наблюдались у 47,8 %, отдаленные метастазы – у 33,8 %, метастазы в регионарные лимфатические узлы отмечены у 6,8 % больных, хотя 5 лет после первичного лечения прослежены только у 63,5 % больных при характерном относительно длительном течении заболевания. Морфологическое строение цистаденоидных карцином в сопоставлении с клиническими данными позволило выявить четкую взаимосвязь между вариантами строения опухоли и течением заболевания.

Аденокарциномы слюнных желез составили 5,9 % эпителиальных новообразований. У 1/3 больных опухоли локализовались в малых слюнных железах, отмечено некоторое преобладание мужчин. Рецидивы опухолей возникли в 37,2 %, метастазы в регионарных лимфатических узлах – в 45,3 % наблюдений.

Недифференцированные раки слюнных желез составили 2,4 % всех эпителиальных опухолей. Их преимущественной локализацией являются большие слюнные железы, среди больных этой группы характерно некоторое преобладание женщин старше 50 лет. Рецидивы опухолей были отмечены в 37,5 %, метастазы в регионарных лимфатических узлах – в 48 % наблюдений. Более половины больных недифференцированными раками погибли от прогрессирования основного заболевания в сроки от 8 месяцев до 14 лет после первичного лечения, что свидетельствует о вариативности клиническо-

го течения, несмотря на недифференцированный характер опухолевых клеток на уровне светового исследования.

Учитывая неполноценное обследование в отношении больных с новообразованиями околоушных слюнных желез и, как следствие, неверно выбранную тактику лечения, можно ожидать увеличения количества осложнений и роста послеоперационных рецидивов.

Таким образом, на первый план выходят организационные принципы по раннему выявлению новообразований околоушной слюнной железы и своевременному направлению больных в специализированные отделения онкологического профиля.

Учитывая отсутствие минимального объема обследования (УЗИ, пункция) у большинства больных с новообразованиями в околоушной области остается неутонченной топография опухолевого процесса. Данный фактор, несомненно, приводит к выбору операций типа энуклеации и энуклеации-резекции при опухолях

околоушной слюнной железы, после которых рецидивы опухолей были выявлены у 28 % больных, в том числе 5,9 % были прооперированы по поводу злокачественной и 22,1 % по поводу доброкачественной опухоли, что привело к повторным операциям.

#### *Литература*

1. Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН. 2006. Т. 17. № 3 (приложение 1). С. 39.
2. *Полуцыганов А.В.* Эпидемиологические, гистологические, клинко-морфологические и прогностические особенности злокачественных эпителиальных опухолей слюнных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Полуцыганов. М., 2004. 24 с.
3. Злокачественные новообразования в России (Заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чисова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. 252 с.