МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВЯ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз: класифікація, етіологія, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування (методичні рекомендації)

14.01.22 - СТОМАТОЛОГІЯ

Київ
Видавництво «Книга-плюс»
2025

УДК: 616.316-006.03-02-091-092-079.4-08-048.445

Установа – розробник:

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Укладачі (автори):

Бродецький Ігор Сергійович – доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук.

Маланчук Владислав Олександрович – завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця, член-кор. НАМНУ, професор, доктор медичних наук.

Воловар Оксана Степанівна – професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук.

Жураковська Галина Василівна – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця.

Рецензенти:

Нагірний Ярослав Петрович – завідувач кафедри хірургічної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, доктор медичних наук, професор.

Григоров Сергій Миколайович - завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

Методична розробка присвячена знайомству з доброякісними новоутвореннями слинних залоз, які досить поширені в щелепно-лицевій ділянці. Авторами описано етіологію, класифікацію, клінічні особливості, діагностику, диференційну діагностику, гістологічну будову, принципи хірургічного лікування доброякісних новоутворень слинних залоз.

Методичні рекомендації призначені для студентів 4, 5 курсів стоматологічного факультету з дисципліни хірургічна стоматологія, циклів тематичного вдосконалення стоматологічних дисциплін, науковців та лікарів, які працюють у сфері стоматології.

This guidance paper is devoted to the introduction to benign neoplasms of salivary glands, which are quite common in the maxillofacial region. The authors describe the etiology, classification, clinical features, diagnostics, differential diagnosis, histological structure, and principles of surgical treatment of malignant neoplasms of the salivary glands.

The guidelines are intended for 4th and 5th year students of the Faculty of Dentistry in surgical dentistry, thematic improvement cycles for dental disciplines, researchers, and dental practitioners.

Рекомендовано до друку на засіданні ЦМК стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України (протокол № 1 від 29.08.2025)

Підписано до друку 12.09.2025. Друк офсетний. Папір офсетн.
Ум. друк. арк. 4. Формат 60 х 84 1/16. Наклад 100 прим.

Видавництво «Книга-плюс»
03057, Київ, пр. Берестейський, 34.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців
і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 4904 від 20.05.2015 р.
тел.: +38 067 403 55 05

© Бродецький І.С, Маланчук В.О.,
Воловар О.С., Жураковська Г.В., 2025

Вступ

Новоутворення слинних залоз посідають одне із провідних місць проблематики щелепно-лицевої хірургії. Потреба у вирішенні нових питань етіології, патогенезу, діагностики та вибору раціонального методу хірургічного лікування хворих із даною патологією залишається нагальною.

Українська школа сіалології має велику історію - проблемою захворювань великих слинних залоз займались професори: Коваленко В.С., Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А, Тімофеєв О.О. (Київ, КМІНМУ, КМАПО-НУОЗ), Лісова І.Г. (Харьків), Рибалов О.В. (Полтава), Коваленко А.Ф. (Одеса) та інші.

Поширеність новоутворень слинних залоз за даними вітчизняної та зарубіжної літератури становить 3 – 6 % усіх новоутворень людини. Серед доброякісних новоутворень найбільшою за частотою є плеоморфна аденома, яка складає 55 – 90 % усіх новоутворень слинних залоз, серед злоякісних – аденокарцинома – 20 %. Локалізація патологічного процесу може бути у великих, так і малих слинних залозах.

Клінічні особливості більшості доброякісних новоутворень слинних залоз досить схожі, що утруднює діагностику на передопераційному етапі. Як наслідок, вибір методу хірургічного лікування не відповідає стандартам та протоколам в лікування цієї патології.

Для покращення діагностики доброякісних новоутворень слинних залоз використовують різні методи – УЗД (ультразвукове дослідження), МРТ (магнітно-резонансну томографію), КТ (комп'ютерну томографію), сіалографію, ехографію, тонкоголчаста аспіраційна цитологія та біопсія. Після видалення новоутворення обов'язковим є патоморфологічне дослідження тканин біоптату новоутворення слинних залоз. У разі підозри на злоякісне новоутворення слинних залоз або складності встановлення заключного діагнозу рекомендують імуногістохімічне та генетичне дослідження.

Не дивлячись на доброякісний характер більшості новоутворень слинних залоз після видалення деяких з них є ризики рецидиву та малігнізації.

Хірургічне лікування доброякісних новоутворень великих слинних залоз вимагає достатнього досвіду оперуючого хірурга, що обумовлене складною анатомією та ризиками виникнення ускладнень.

Таким чином, знання етіології, патогенезу, впровадження сучасних методів діагностики та вибір обгрунтованого методу лікування доброякісних новоутворень слинних залоз дозволяє забезпечити адекватний результат хірургічного лікування, що задовольняє більшість пацієнтів .

Класифікація та методи діагностики доброякісних новоутворень слинних залоз

У практичній онкології використовують Міжнародну гістологічну Класифікацію пухлин слинних залоз, запропоновану ВООЗ (серія №7).

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз

I. *Епітеліальні пухлини*

А. Аденома

1. Поліморфна аденома.
2. Мономорфна аденома: аденолімфома, оксифільна аденома тощо.

Б. Мукоепідермоїдна пухлина.

В. Ацинозно—клітинна пухлина.

М. Карциноми:

1. Аденокістозна карцинома (циліндрома).
2. Аденокарцинома.
3. Эпідермоїдна карцинома.
4. Недиференційована карцинома.
5. Карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна пухлина).

II. *Неепітеліальні пухлини*

А. Доброякісні:

1. Гемангіома.
2. Гемангіоперицитома.
3. Неврилемома.

4. Нейрофіброма.

5. Ліпома.

Б. Злоякісні:

1. Ангіогена саркома.

2. Рабдоміосаркома.

3. Веретеноклітинна саркома (без уточнення гістогенезу).

III. *Некласифіковані пухлини*

IV. *Пухлиноподібні ураження*:

1) доброякісні лімфоепітеліальні ураження,

2) сіалоз;

3) онкоцитоз.

Для діагностики новоутворень слинних залоз застосовують: огляд і пальпацію, ультразвукове й цитологічне дослідження, рентгенографію з контрастуванням (сіалографія), КТ або МРТ, особливо при поширеності пухлинного процесу, ураженні глоткового відростка привушної слинної залози. Для уточнення морфології пухлин крім цитологічного дослідження проводять відкриту біопсію.

За допомогою огляду і пальпації виявляють болісність, зміщення пухлини і шкіри над нею, стан регіонарних лімфовузлів, лицевого нерву.

При ехографії привушно-жувальної ділянки, підщелепного трикутника и шиї виявляють наявність об'ємного утворення, його розміри і відношення з прилеглими тканинами, структуру й щільність. Ехографія дозволяє більш точно провести аспіраційну пункцію ділянок слинної залози.

Сіалографію здійснюють шляхом уведення в протоки слинних залоз контрастної речовини з наступним рентгенологічним дослідженням. Визначають стан слинних проток, їх стиснення, відтиснення, дефекти наповнення, руйнування паренхіми залози й слинних проток.

КТ слинних залоз застосовують у пізніх стадіях захворювання. З'ясовують співвідношення слинної залози й пухлини, поширеність, наявність

зміщення великих судин, оцінюють парафарингеальний компонент, визначають тактику хірургічного втручання.

Аспіраційна пункція з цитологічним дослідженням часто дає змогу встановити злоякісність пухлини, однак відсутність у пунктаті злоякісних клітин частіше не є достовірною. Тому буває необхідним проведення відкритої біопсії і морфологічного дослідження.

Диференціальну діагностику пухлин слинних залоз проводить з кістами, запальними процесами, актиномікозом, туберкульозом, неспецифічними лімфаденопатіями, метастатичними ураженнями привушних, підщелепних і верхніх югулярних лімфовузлів при інших злоякісних новоутвореннях (при раку носоглотки й ретинобластомі).

Пухлиноподібні ураження слинних залоз

До пухлиноподібних уражень слинних залоз належать ретенційні кісти, сіалоз, онкоцитома, доброякісне лімфоепітеліальне ураження, хронічний склеротичний сіаладеніт підщелепної залози (синдром Кютнера) і кістозну лімфоїдну гіперплазію, асоційовану зі СНІД. Це група різнорідних захворювань, які відносять до пухлиноподібних уражень на тій підставі, що в деяких випадках вони можуть імітувати пухлину слинної залози, а також асоціюватися з високим ризиком розвитку справжніх пухлин.

Ретенційні кісти слинних залоз — пухлиноподібні новоутворення, що виникають при порушенні відтоку слини із залози або її ділянки, унаслідок закупорки вивідної протоки. Виникнення ретенційних кіст пов'язують із гострою або хронічною травмою, запальними процесами або вродженою атрезією вивідної протоки. Кісти виникають у різному віці, однак частіше — у молодому (до 30 років). Переважно уражують малі слинні залози губ, щік, нижньої поверхні язика, під'язикову слинну залозу. Рідше локалізуються в піднижньощелепній і вкрай рідко - у привушній залозі.

Оболонка ретенційних кіст тонка, представлена фіброзною сполучною тканиною, на окремих ділянках іноді наявна епітеліальна вистилка. Вміст кісти

— грузла прозора рідина, безбарвна або з жовтуватим відтінком. Кісти не схильні до запалення, однак в уражених залозах, здавлених кістою, іноді розвиваються дегенеративні або запальні зміни. Перебіг останніх зазвичай відбувається за типом первинно-хронічних, зі стертою клінічною картиною.

Ретенційні кісти малих слинних залоз найчастіше локалізуються в ділянці губ, рідше — щік. Основна причина виникнення — гостра або хронічна травма (забиті місця, випадкове накушування губи, ушкодження аномально розташованими або зруйнованими зубами, шкідливі звички — накушування губ і щік і т. д.).

Скарги пацієнтів визначаються розмірами й локалізацією кісти. Невеликі кісти не спричиняють виражених функціональних і косметичних порушень, однак досягаючи більших розмірів, вони утруднюють жування, мовлення, часто травмуються зубами. Клінічно кісти малих слинних залоз являють собою безболісне новоутворення округлої або довгастої форми еластичної консистенції, розмірами від кількох міліметрів до 1 см і більше, з гладкою поверхнею. Новоутворення може зміщуватися. Слизова оболонка над ним стоншена і вміст кісти просвічує, надаючи їй синюватого відтінку. Пацієнти можуть вказувати в анамнезі на періодичне накушування або розрив оболонки кісти при механічному ушкодженні. При цьому виділяється в'язка безбарвна або жовтувата рідина, після чого кіста спадається, але через якийсь час з'являється знову.

До кіст малих слинних залоз належать і кісти передніх язикових залоз. Вони локалізуються на нижній поверхні язика, ближче до його кінчика, можуть досягати великих розмірів — до 3 см і більше, нагадуючи при цьому ранулу.

Ретенційні кісти під'язикових слинних залоз (ранули) проявляються у вигляді безболісного новоутворення, розташованого в під'язиковому просторі, безпосередньо під слизовою оболонкою порожнини рота. Розміри кісти варіюють у значних межах (іноді більше ніж 5 см). Ранула може поширюватися дозаду на ділянку щелепно-язикового жолобка, або, розшаровуючи діафрагму порожнини рота, у підпідборідний і підщелепний простір. У цьому разі кіста

має вигляд піскового годинника — кістозні порожнини визначаються над і під діафрагмою дна порожнини рота, а в ділянці самого м'яза розміщений вузький перешийок.

Ранули ростуть повільно й безболісно. Іноді хворі відзначають деяке зменшення розмірів новоутворення, пов'язане із частковим спорожнюванням кісти. Однак потім ріст зазвичай відновлюється. Скарги пацієнтів незначні, вони вказують лише на наявність новоутворення, а при поширенні кісти під щелепно-під'язиковим м'язом (m. mylohyoideus) відзначають не різко виражену припухлість верхніх відділів шиї. При великих кістах, розташованих під слизовою оболонкою порожнини рота, пацієнти можуть вказувати на утруднення вживання і й порушення мовлення.

Ранула має м’якоеластичну консистенцію, гладку поверхню, чіткі контури. При її пальпації часто визначається флюктуація. Шкірні покриви над кістою не змінені, шкіра береться в складку. Слизова оболонка порожнини рота над новоутворенням розтягнута, вона напівпрозора з блакитним відтінком.

Кісти піднижньощелепної слинної залози трапляються рідко, але можуть досягати великих розмірів. Найчастіше вони локалізуються в піднижньощелепній ділянці, рідше у верхньому шарі дна порожнини рота (задні відділи під'язикової ділянки й щелепно—язиковий жолобок). Шкірні покриви над кістою не змінені, її консистенція м'якоеластична, пальпаторно визначається зв'язок з ураженою залозою. При значних розмірах кісти спостерігається позитивний симптом флюктуації.

Кісти привушної залози спостерігаються вкрай рідко, ростуть повільно, роками, клінічно не проявляють себе, лише досягши значних розмірів. Функція залози при цьому не порушується. Пальпаторно кіста мас еластичну консистенцію, рухома або обмежено рухома, чітко обмежена. Флюктуація зазвичай не визначається, оскільки кісти розташовані в товщі залози. Можливо двобічне ураження або розвиток множинних кіст у привушній залозі.

При діагностичній пункції ретенційних кіст вдасться одержати характерну в’язку прозору рідину. На УЗД слинних залоз кіста являє собою

чітко обмежене гомогенне вогнище низької ехогенності (або анехогенне). Кісти візуалізуються на КТ і МРТ як чітко обмежені вогнища низької рентгенологічної щільності.

Лікування ретенційних кіст хірургічне. При кістах малих слинних залоз показане їх радикальне хірургічне видалення в амбулаторних умовах під інфільтраційною анестезією. Проводять 2 півмісяцеві збіжні розрізи над новоутворенням, розсікаючи тільки слизову оболонку. Виділяють кісту без порушення її оболонки, інакше її подальше виділення стає більш складним і для забезпечення радикальності кісту видаляють разом із прилеглими тканинами. Під час лікування кіст під'язикової слинної залози залежно від клінічної картини можна застосовувати цистотомію (марсупіалізацію), цистектомію або цистаденектомію. При лікуванні абсолютної більшості ранул вдаються до цистотомії, з огляду на складну будову дна порожнини рота й достатність цього способу для їхнього лікування.

Цистотомія - створення стійкого з'єднання порожнини ретенційної кісти з порожниною рота. Операцію здійснюють у стаціонарних (рідше амбулаторних) умовах під провідниковою або інфільтраційною анестезією. Оболонку кісти висікають разом з покриваючою її слизовою оболонкою порожнини рота. На край рани накладають вузлові шви тонким кетгутом, зшиваючи оболонку кісти із слизовою оболонкою.

Порожнину кісти, що спорожнилася, виповнюють йодоформним тампоном, який фіксують до слизової дна порожнини рота. Після операції призначають симптоматичну терапію. Через 6-8 днів шви розсмоктуються або їх зрізають, тампон видаляють.

Цистектомія показана лише при ранулах невеликого розміру (діаметром до 1,5 см). Розріз проводить вздовж гребня під'язикового валика. Кісту видаляють разом з прилеглими часточками залози.

Екстирпацію під'язикової слинної залози виконують дуже рідко при багаторазових рецидивах ранули або використовують як варіант видалення великих кіст (діаметром понад 5 см). Розріз має облямовувати гребінь

під'язикового валика, де відкриваються дрібні вивідні протоки залози. Виділяють кісту разом з ураженою залозою. Під час операції слід оберігати від пошкоджень язиковий нерв і вивідну протоку піднижньошелепної слинної залози.

Якщо кіста поширюється нижче від щелепно-під'язикового м'яза, то спочатку зовнішнім доступом у підпідборідній або підщелепній ділянці виділяють частину кісти, розташовану під m. mylohyoideus, до рівня "перешийка", де її перев'язують і відтинають. Потім виконують цистотомію (або цистектомію) верхнього відділу кісти, як при звичайній ранулі.

Видалення ретенційних кіст піднижньощелепної слинної залози вимагає екстирпації всієї залози разом з новоутворенням. Радикальні втручання застосовують і під час лікування ретенційних кіст привушної залози, частіше проводять субтотальну або часткову паротидектомію.

З огляду на те що оболонка ретенційної кісти покрита не секретуючим епітелієм (він не виділяє секрету), хірургічне видалення кіст не завжди доцільне, особливо при їх локалізації в привушній залозі. У цих випадках можливе проведення пункції кісти і її спорожнювання з пригніченням функції залози (стисна пов'язка, призначення атропіну, дієта, денервація, рентгентерапія). Якщо виникає рецидив, можливе створення відтоку слини в порожнину рота через нову створену вивідну протоку або проведення повторних пункцій (до 5-7 разів) із введенням у порожнину слабких склерозивних розчинів (спиртового тощо), які зумовлюють рубцювання стінок кісти і її усунення.

Онкоцитоз — пухлиноподібне ураження слинних залоз, що пов'язане із трансформацією клітин проток і паренхіми в специфічні клітини онкоцити. Онкоцитома являє собою дегенеративний процес у слинних залозах, що виникає в літньому і старечому віці (50-80 років). Проявляється у вигляді поступового, дифузного, безболісного збільшення слинних залоз, як правило, двобічного. Частіше уражаються привушні залози. Захворювання є досить рідкісним. Переродження тканини залози супроводжується поступовим

зниженням її сек- реторної функції і звуженням просвіту проток. Це приводить до застійних явищ і приєднання запального процесу, що може домінувати в клінічній картині. На фоні онкоцитозу часто розвиваються справжні пухлини — онкоцитоми.

Лікування. Здебільшого онкоцитоми не вимагають специфічного лікування. Однак для верифікації діагнозу виконують біопсію. Пацієнти потребують диспансерного спостереження, що спрямоване на раннє виявлення справжніх пухлин (онкоцитом та ін.), імовірність виникнення яких при онкоцитозі зростає. Необхідне запобігання гнійно-запальним процесам, а коли вони розвиваються, призначають протизапальну терапію за схемами, аналогічними лікуванню хронічного паренхіматозного сіалоденіту. Індивідуально вирішують питання щодо призначення препаратів, що стимулюють слиновиділення (залежно від прояву секреторних порушень).

Синдром Кюттнера (пухлина Кюттнера, хронічний склеротичний субмаксиліт) проявляється дифузним збільшенням і ущільненням піднижньощелепних залоз (однієї, рідше — двох). Трапляється рідко. Етіологія та патогенез захворювання не встановлені. Відрізнити синдром Кюттнера від пухлини за клінічними даними неможливо, діагноз установлюють при патогістологічному дослідженні видаленої залози. Лікування — радикальне хірургічне видалення ураженої піднижньощелепної залози, операція в цьому випадку є лікувально- діагностичною.

Прогноз сприятливий — після радикального видалення залози настає видужання.

Доброякісні пухлини слинних залоз

Доброякісні пухлини слинних залоз поділяють на епітеліальні й неепітеліальні. Епітеліальні пухлини дуже різноманітні за гістологічною будовою. Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз (серія N. 7) виділяє більше 30 типів епітеліальних пухлин, у тому числі 14

доброякісних. Незважаючи на різну гістологічну будову, клінічна картина доброякісних епітеліальних пухлин практично однотипна, їхня диференціальна діагностика надзвичайно утруднена (особливо зважаючи на те, що деякі з них спостерігаються інколи), а методи лікування не відрізняються. У зв'язку із цим доцільно привести докладний опис лише найпоширеніших новоутворень цієї групи.

Клінічний перебіг пухлин слинних залоз залежить від локалізації, поширеності й морфологічного виду. Як правило, розвиток доброякісних пухлин слинних залоз відрізняється від перебігу злоякісних пухлин повільним перебігом, тому можливі помилки діагностики.

Плеоморфна аденома (поліморфна аденома, змішана пухлина) — доброякісна епітеліальна пухлина слинних залоз, в якій поряд з явно епітеліальними утвореннями містяться фіброзні, міксоподібні й хондроподібні структури. Припускають, що пухлина походить з низько-диференційованої стовбурової епітеліальної клітини й виникає внаслідок мутацій (найчастіше транслокацій у хромосомах 8, 3 або 12 пари), які призводять до активації онкогенів – гену плеоморфної аденоми №1 (PLAG-1). Останні імуногістохімічні дослідження плеоморфних аденом великих слинних залоз вказують на високу експресію вірусів папіломи людини 16 типу в тканинах пухлини (більш ніж 86 %), що вказує на можливе вірусне походження.

Плеоморфна аденома — пухлина слинних залоз, що найчастіше трапляється і становить 78-85 % усіх доброякісних пухлин цієї групи. Частіше зустрічається у осіб жіночої статті середнього та похилого віку. Росте повільно й безболісно, роками, довго не викликаючи істотних скарг і функціональних порушень, однак вона здатна до малігнізації і часто рецидивує при нерадикальному видаленні. Ризик малігнізації плеоморфної аденоми зростає при тривалому існуванні пухлини й у середньому становить 3-7 %.

Виділяють дві гіпотези щодо розвитку плеоморфної аденоми (моно і мультіцентричний ріст). Згідно з гіпотезою про мультицентричний характер росту, крім основного вузла, що клінічно проявляється, в тканині залози є

множинні зачатки пухлин подібної будови, які згодом і спричинюють виникнення рецидиву.

Плеоморфна аденома найчастіше вражає привушну залозу (70-85 % спостережень), маніфестуючи в білявушно-жувальній ділянці, защелепній ямці або верхніх відділах бічної поверхні шиї. Пухлина може виникати в глотковому відростку привушної залози, з напрямком росту й клінічними проявами у навкологлотковому просторі. Спочатку значний за обсягом процес розцінюється як лімфаденіт або неспецифічний паротит. При збільшенні утворення і його ущільненні виникає підозра на наявність пухлинного ураження. Таким чином, не завжди діагноз буває своєчасним. Від перших ознак захворювання до встановлення правильного діагнозу минає від одного до 18 міс. і більше.

Рідше пухлина уражує піднижньощелепну залозу, при цьому вона зазвичай визначається у верхньому трикутнику шиї, під m. mylohyoideus. Однак, якщо плеоморфна аденома виходить із задніх відділів піднижньощелепної залози, вона маніфестує в ділянці щелепно-язикового жолобка, під слизовою оболонкою порожнини рота.

Плеоморфні аденоми малих слинних залоз виникають у ділянці губ, щік, твердого й м'якого піднебіння. Особливо часто вони уражують задній відділ твердого піднебіння, де розміщено багато слинних залоз. Рідше їх виявляють на язиці, у глотці або ретромолярній ділянці.

Плеоморфна аденома також може походити з непостійної додаткової привушної залози. У цьому разі вона локалізується у верхніх відділах привушно—жувальної ділянки або в товщі щоки.

Під’язикова залоза уражується плеоморфною аденомою винятково рідко. Клінічна картина плеоморфної аденоми визначається локалізацією пухлини. Пацієнти зазвичай скаржаться на наявність безболісного новоутворення. Часто їх турбує деформація обличчя, ступінь якої визначається розмірами й розташуванням пухлини. У разі локалізації плеоморфної аденоми в порожнині рота, вона утруднює жування й мовлення, слизова оболонка над нею може

травмуватися під час вживання їжи. При розташуванні пухлини в навкологлотковому просторі пацієнти скаржаться на відчуття стороннього предмета в горлі, рідше — порушення фонації.

Пацієнти вказують на повільний темп росту новоутворення. Тривалість захворювання може бути різна, зазвичай становить кілька років.

Об'єктивно пухлина являє собою вузол округлої або неправильної форми, щільноеластичної консистенції, із чіткими контурами. Її розміри коливаються від 0,5 см до 10-15 см. Поверхня пухлини горбиста, рідше — гладка, пальпація безболісна. Плеоморфна аденома, як правило, рухома, однак при деяких локалізаціях її рухомість може бути обмежена. Шкіра над новоутворенням у кольорі не змінена (Рис.1). Вустя вивідної протоки й функція залози не порушують- ся. У разі локалізації пухлини в привушній залозі парез мімічних м'язів практично не виникає, навіть при дуже великих розмірах новоутворення, тому що лицевий нерв при експансивному рості пухлини відтискається у бік, а не руйнується.

Рис. 1. Фото зовнішнього вигляду хворого П., 58 років, попередній діагноз: плеоморфна аденома лівої привушної залози.

Плеоморфна аденома, що виникає з малих слинних залоз, являє собою округле щільне новоутворення в ділянці твердого и м'якого піднебіння, губи або

щоки. Поверхня пухлини гладка або дрібно горбиста, новоутворення покрито незмінною слизовою оболонкою, його розміри коливаються від декількох мм до 2-3 см. У разі локалізації на піднебінні пухлина великих розмірів може спричинювати порушення ковтання й мовлення, храп і апное уві сні.

Локалізацію плеоморфної аденоми в глотковому відростку привушної залози виявляють при внутрішньоротовому огляді, пухлина відсуває бічну стінку глотки, м'яке піднебіння і язичок, утруднюючи ковтання, зумовлюючи осиплість голосу. Слизова оболонка над нею зазвичай не змінена, однак можливий посилений судинний малюнок.

Макроскопічно плеоморфна аденома являє собою вузлоподібне новоутворення округлої або овальної форми з гладкою або горбистою поверхнею (Рис.2). На розрізі має рожево—білий, злегка жовтуватий або сірувато—білий колір і часточкову будову, місцями трапляються слизоподібні ділянки й кістоподібні порожнини. Розрізняють 4 гістологічні типи плеоморфних аденом: мезенхімальний, епітеліальний, комбінований, міоепітеліальний (зустрічається вкрай рідко). В залежності від гістологічного типу плеоморфної аденоми товщина оболонки є різною - (найбільша вона при епітеліальному типі, найтонша при мезенхімальному). Плеоморфна аденома оточена фіброзною капсулою, що, однак, виражена нерівномірно, місцями відсутня, і пухлинна тканина безпосередньо контактує з паренхімою залози або проростає її вигляді грибоподібних виростів, що вважають субстратом для рецидиву після вилущування пухлини в межах її оболонки.

Рис.2. Фото макропрепарату видаленої пухлини привушної слинної залози (плеоморфна аденома).

Найбільш ефективним імуногістохімічним маркером для верифікації плеоморфних аденом великих слинних залоз є (PLAG-1 - ген плеоморфної аденоми №1).

Діагностика. Виконують УЗД, сіалографію, термографію, а в складних випадках — КТ, МРТ, пункційну біопсію. На післяопераційному етапі – морфологічне, імуногістохімічне та генетичне дослідження.

При УЗД пухлина має вигляд чітко відмежованого вогнища з неоднорідною структурою. На сіалограмі пухлина визначається у вигляді дефекту наповнення з чіткими контурами, оточеного протоками залози, що проектуються, заповненими контрастною речовиною. На КТ новоутворення візуалізується у вигляді вогнища підвищеної рентгенологічної щільності порівняно з прилеглими незміненими тканинами залози, неправильної форми з чіткими контурами. На МРТ плеоморфна аденома менш інтенсивна порівняно з нормальною тканиною в Т-І зображеннях і має високу інтенсивність у Т-2. Структура проток при цьому не змінена (Рис.3).

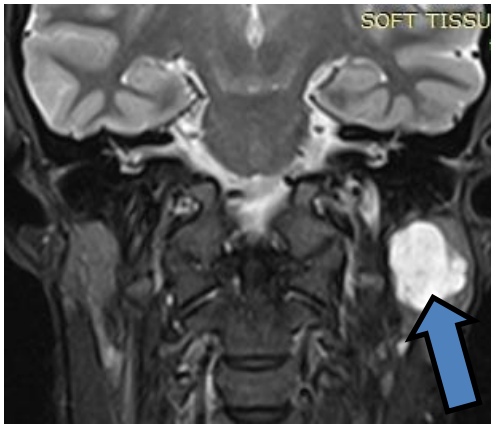

Рис. 3. МРТ хворого П., 58 років, попередній діагноз: плеоморфна аденома лівої привушної залози.

Для хворих плеоморфними аденомами великих слинних залоз при проведені МРТ необхідно визначати - кількість вузлів, форму поверхні (гладка або горбиста), наявність кіст, деформації капсули, мінімальну та максимальна товщину капсули, нерівномірність капсули (різниця між максимальною та мінімальною товщиною капсули), розмір пухлини та залози в 3 проекціях (передньо-задній, боковій, вертикальній) та загальний об'єм пухлини і залози, визначати співвідношення об'єму пухлини до об'єму залози, наявність локального розширення протоків залози біля пухлини, однорідність пухлини без капсули (середнє відхилення оптичної лінзи на T2 TSE BI), перифокальний набряк або інфільтрацію, середню оптичну щільність на T2 TSE BI.

Важливим є визначення загального об'єм пухлини і залози, співвідношення об'єму пухлини до об'єму залози. Ці показники будуть відігравати важливу роль при плануванні оперативного втручання на ПА великих слинних залоз.

Генетичні дослідження плеоморфних аденом великих слинних залоз підтверджують необхідність видалення оточуючої пухлину візуально інтактної тканини слинної залози. Ці дослідження можна використовувати для додаткової верифікації плеоморфних аденом великих слинних залоз шляхом визначення експресії 29 та 34 мікроРНК.

Лікування. Особливості будови плеоморфної аденоми визначають характер її хірургічного лікування. Відсутність капсули на окремих ділянках і висока схильність до рецидиву передбачають необхідність радикального хірургічного втручання, до яких належать:

1) тотальна аденектомія, яку виконують при видаленні пухлин піднижньощелепної, під'язикової залози, малих слинних залоз і глибокої долі привушної залози,

2) субтотальна аденектомія (виконують при видаленні пухлин поверхневої частки привушної залози) (Рис.4, 5),

3) часткова (субтотальна) аденектомія (видалення пухлини із прилеглими ділянками слинної залози) показана тільки при невеликих аденомах нижнього полюса привушної залози.

Рис.4. Фото пацієнта М., 48 років з плеоморфною аденомою лівої привушної залози перед оперативним втручанням.

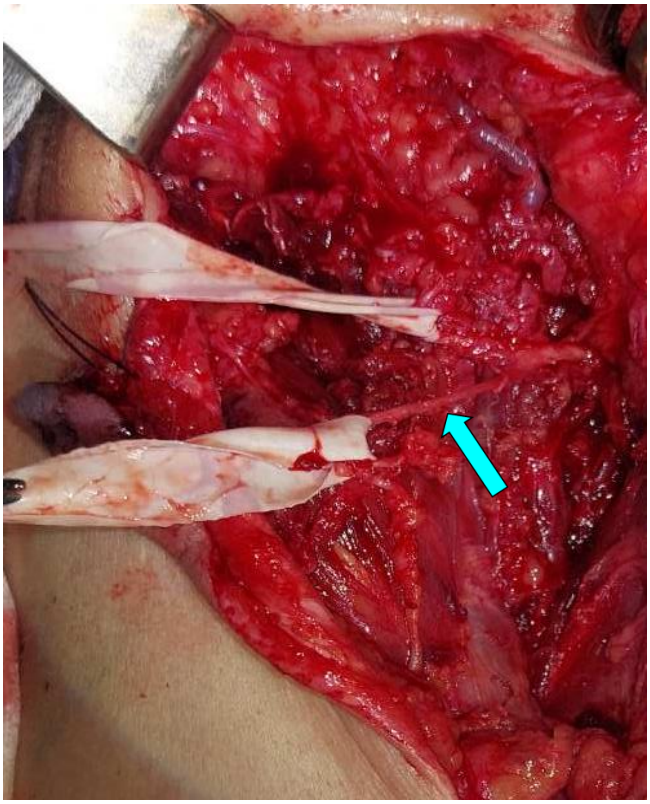

Рис. 5. Фото пацієнта М., 48 років. Хірургічний етап видалення плеоморфної аденоми лівої привушної залози. Виділення гілок лицевого нерву під час субтотальної лівосторонньої паротидектомії.

Енуклеація (видалення пухлини в капсулі) не с радикальним методом лікування пухлин слинних залоз і при плеоморфній аденомі не показана, бо пухлина схильна до рецидиву, і його частота при нераціональному хірургічному втручанні досягає 25-50%. Наведені 4 види оперативних втручань описані в вітчизняній літературі. За даними зарубіжних авторів виділяють 6 типів оперативних втручань: 1) ТП – тотальна паротидектомія; 2) ПП – поверхнева паротидектомія; 3) ЧПП – часткова поверхнева паротидектомія (видаляють не менше 2 см здорової залози із частковим оголенням або виділенням лицевого нерва); 4) ЕКД – екстракапсулярна дисекція (разом із пухлинним вузлом видаляють 2-3 мм інтактної слинної залози, без виділення гілок лицевого нерва); 5) ЕКЕ – екстракапсулярна енуклеація (видалення пухлини в межах її оболонки без оточуючої тканини привушної залози); 6) ІКЕ – інтракапсулярна енуклеація (видалення лише вмісту пухлини без її оболонки).

Мономорфні аденоми (аденолімфома, оксифільна аденома, інші типи) найчастіше локалізуються в товщі залози. Відрізнити мономорфну аденому від змішаної пухлини за клінічним перебігом практично неможливо. Остаточну ясність вносить тільки гістологічне дослідження.

Аденолімфома (пухлина Уортина) — доброякісна пухлина слинних залоз з епітеліальних і лімфоїдних структур. Становить 2-6 % всіх пухлин слинних залоз, переважно уражує привушну залозу. Спостерігається частіше винятково в чоловіків зрілого й літнього віку. Одним з факторів ризику вважають тривале тютюнопаління. Пухлина росте повільно и безболісно, захворювання триває від кількох місяців до 2 років і більше. Ріст пухлини може прискорюватися, однак при цьому вона не втрачає ознак доброякісності. Малігнізація не характерна. Скарги пацієнтів невиразні. Хворий вказує на новоутворення, що не супроводжується функціональними порушеннями.

Клінічна картина. У товщі залози визначається пухлина округлої форми, діаметром 2-5 см і більше, еластичної консистенцій, з гладкою поверхнею, зміщується, безболісна. Шкіра над новоутворенням у кольорі не змінена. Парез мімічних м'язів не спостерігається, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

На сіалограмі аденолімфома визначається дефектом наповнення проток і паренхіми залози. На КТ — чітко обмежене негомогенне вогнище з ділянками низької рентгенологічної щільності, що відповідають зонам кістозного переродження пухлини.

Макроскопічно аденолімфома являє собою пухлинний вузол із гладкою або горбистою поверхнею, що міститься у фіброзній капсулі. Пухлина має еластичну консистенцію, на розрізі сірувато—білого кольору з множинними великими й дрібними кістами (іноді одна велика кіста). Вміст кіст молочно-білого кольору або прозорий.

Лікування аденолімфоми повністю відповідає лікуванню плеоморфних аденом. Прогноз при радикальному хірургічному видаленні - сприятливий. При нерадикальних втручаннях (енуклеація пухлини) частота рецидивів не перевищує 5 %.

Оксифільна аденома (онкоцитома) — пухлина з епітелію вивідних проток слинних залоз (0,4-1 % всіх пухлин цієї групи). Переважно локалізується в привушній залозі, частіше уражує людей літнього й старечого віку.

Клінічна картина. Пухлина розташовується в товщі залози, має округлу форму, діаметр 3-4 см, рухома, безболісна, збільшується повільно — роками. Шкіра у кольорі не змінена, парез мімічних м'язів не спостерігається, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. За клінічною картиною онкоцитома майже не відрізняється від плеоморфної аденоми.

Пухлина на сіалограмі проявляється у вигляді чітко обмеженого дефекту наповнення проток і паренхіми, на КТ — у вигляді чітко відмежованого вогнища підвищеної, порівняно із незміненою тканиною залози, рентгенологічної щільності.

Макроскопічно онкоцитом а являс собою щільний, інкапсульований вузол, що мас на розрізі коричнувате або коричнево-жовтувате забарвлення.

Аденоми інших гістологічних типів трапляються вкрай рідко і характеризуються подібною клінічною картиною.

Лікування всіх аденом слинних залоз проводять однотипно. При їх радикальному видаленні прогноз сприятливий.

Неепітеліальні пухлини слинних залоз

Розвиваються з мякотканинних структур, розташованих у товщі слинної залози (судини, нерви, лімфоїдна, жирова и сполучна тканина) або проростають залозу з боку прилеглих анатомічних структур. До доброякісних неепітеліальних пухлин слинних залоз відносять ліпоми, гемангіоми, лімфангіоми, невриноми, фіброми тощо. Неепітеліальні пухлини слинних залоз спостерігаються значно рідше ніж епітеліальні і найчастіше уражують привушну залозу.

Клінічна картина, діагностика й лікування цих пухлин має деякі особливості порівняно з аналогічними м'якотканинними пухлинами інших локалізацій. М'якотканинні пухлини, розташовані в товщі залози,

характеризуються стертою клінічною картиною, їхня пальпація й зовнішній огляд утруднені, тому вони можуть бути помилково прийняті за епітеліальну пухлин у або непухлинне захворювання слинних залоз.

Хірургічне лікування неепітеліальних пухлин слинних залоз проводиться за аналогією з лікуванням м'якотканинних пухлин інших локалізацій.

Однак у багатьох випадках замість енуклеації пухлини вдаються до екстирпації ураженої слинної залози або її частини разом з новоутворенням.

Хірургічне лікування пухлин слинних залоз

Незважаючи на доброякісну природу, пухлини слинних залоз вимагають проведення радикальних хірургічних втручань, при яких новоутворення видаляють разом із залозою або її частиною. Енуклеація пухлини (її вилущування в капсулі) не є радикальним методом лікування доброякісних пухлин слинних залоз і її застосування в переважній більшості випадків не показано. Це пов’язано з клініко-біологічними особливостями ряду доброякісних пухлин слинних залоз:

1) їхня капсула не є безперервною і пухлинна тканина безпосередньо контактує з паренхімою залози або проростає її у вигляді виростів;

2) існує гіпотеза про мультицентричний характер росту доброякісних пухлин слинних залоз, зокрема плеоморфної аденоми;

3) при нерадикальному видаленні доброякісних пухлин слинних залоз частота рецидивів сягає 50 %;

4) доопераційна діагностика не дозволяє з упевненістю виключити злоякісний характер новоутворення;

5) зі збільшенням кількості рецидивів при нерадикальному видаленні пухлин зростає ризик їх малігнізації.

Радикальні хірургічні втручання мають свої особливості залежно від того, яка залоза уражена.

Для лікування новоутворень піднижньощелепної слинної залози використовують її тотальне видалення (екстирпацію). Для знеболення частіше

застосовують ендотрахеальний наркоз. Положення пацієнта — лежачи на спині, голова повернута у здоровий бік, під плечі підкладають валик.

Розріз шкіри завдовжки 6-7 см виконують над новоутворенням паралельно до краю нижньої щелепи, відступивши на 2-2,5 см. Пошарово розсікають тканини до залози і виділяють її разом з пухлиною. Лицеву артерію і вену в задніх відділах залози відводять або перев'язують і перетинають. При виділенні нижнього полюса залози ушивають травми під'язикового нерва. Перев'язують і перетинають вивідну протоку залози у верхньопередньомедіальному відділі, куксу протоки обробляють 10 % розчином йоду. Рану дренують і ушивають. Можливі ускладнення — травма крайової гілки лицевого нерва, під'язикового і язикового нервів, кровотеча, гематома, нагноєння рани.

Радикальне видалення під'язикової слинної залози роблять рідко, оскільки частота доброякісних пухлин цієї локалізації дуже незначна. Операцію виконують в умовах стаціонару, під наркозом, нейролептаналгезією або місцевою потенційованою анестезією. Розріз слизової оболонки облямовує гребінь під'язикового валика, виділяють і видаляють залозу з новоутворенням, уникаючи ушкодження розташованих поряд язикового нерва й вивідної протоки піднижньощелепної слинної залози.

Для видалення новоутворень привушної залози використовують часткову, субтотальну або тотальну паротидектомію за даними вітчизняних джерел. Для цього застосовують різні методики і операційні розрізи (рис. 6).

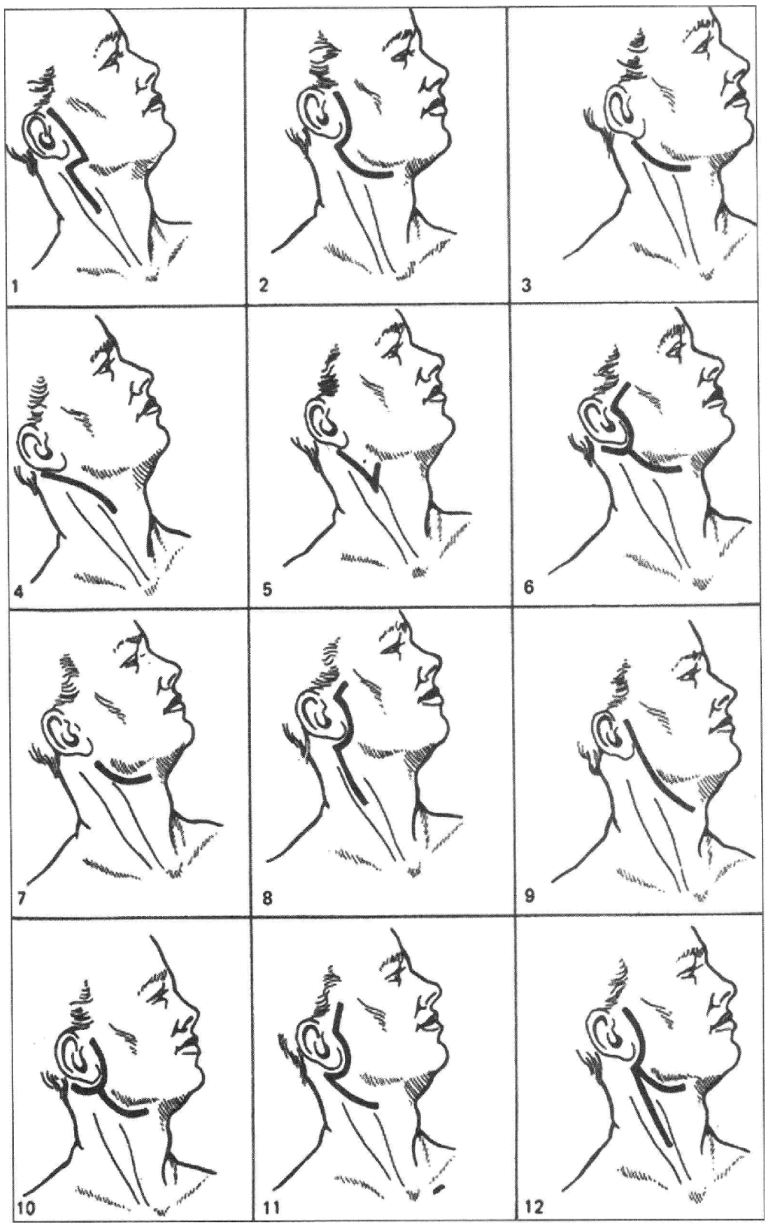

Рис. 6. Розрізи, які застосовують при видаленні пухлин привушної залози: 1 - за Редоном; 2 - за Н.П. Ковтуновичем; 3 - за Н.Н. Петровим; 4 - за Вайле; 5 - за Ру-Бурже; 6 - за Джеромом-Мартином; 7 - за Морестеном; 8 - за Рисснером; 9 - за Стиструнком-Адсоном; 10 - за Хендриком-Бієрсом; 11 - за А.В. Клементовим; 12 - за Редоном при повній паротидектомії.

Субтотальна паротидектомія передбачає видалення латеральної частки (до лицевого нерва) привушної залози разом з пухлиною і с частішим оперативним втручанням при пухлинах привушної залози. Виділяють кілька способів операції, основні — за Редоном (1955), Ковтуновичем – Мухою. Пацієнти повинні бути інформовані щодо основних можливих ускладнень,

особливо — повної або часткової втрати функції лицевого нерва. Знеболювання — наркоз.

Методика операції за Редоном передбачає виділення нерва від центра до периферії. Розріз проводить із вигином перед вухом, навколо вушної часточки (мочки вуха), далі по завушній складці, далі його продовжують дозаду вище від соскоподібного відростка й ведуть донизу до верхньої шийної складки. Шкіру з підшкірною жировою клітковиною відшаровують до передньої межі власне жувального м'яза. Капсулу привушної слинної залози відокремлюють від m. sternocleidomastoideus. Виділяють стовбур лицевого нерва, який розміщений на глибині не менше ніж 2 см попереду від заднього черевця двочеревцевого м'яза, між шилоподібним і соскоподібним відростками на відстані 5 мм від краю зовнішнього слухового проходу, і препарують гілки лицевого нерва від центра до периферії. Латеральну частину привушної залози з пухлиною видаляють, рану дренують і ушивають, накладають стисну пов'язку (рис. 7).

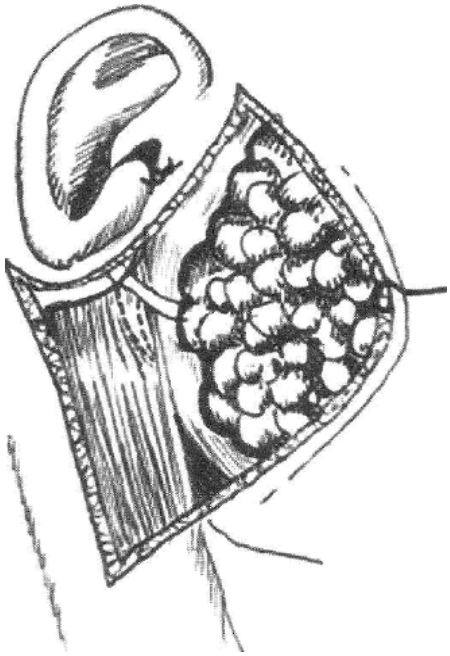

Рис.7. Схема виділення головного стовбура лицевого нерва за Редоном

Виділення гілок лицевого нерва при доброякісних пухлинах можна й від периферії до центра за методом Ковтуновича—Мухи (Рис.8). Виділення починають із щічної гілки (орієнтир — вивідна протока привушної залози) або скроневої гілки (орієнтир — лінія від козелка вушної раковини до зовнішнього

краю ока). Проводить препарування за ходом цих гілок, виділяють місце розподілу нерва на основні гілки, крайову нижньощелепну гілку (r. marginalis mandibulae) зазвичай виділяють ззаду наперед (Рис.9). Пухлину видаляють під час препарування гілок нерва.

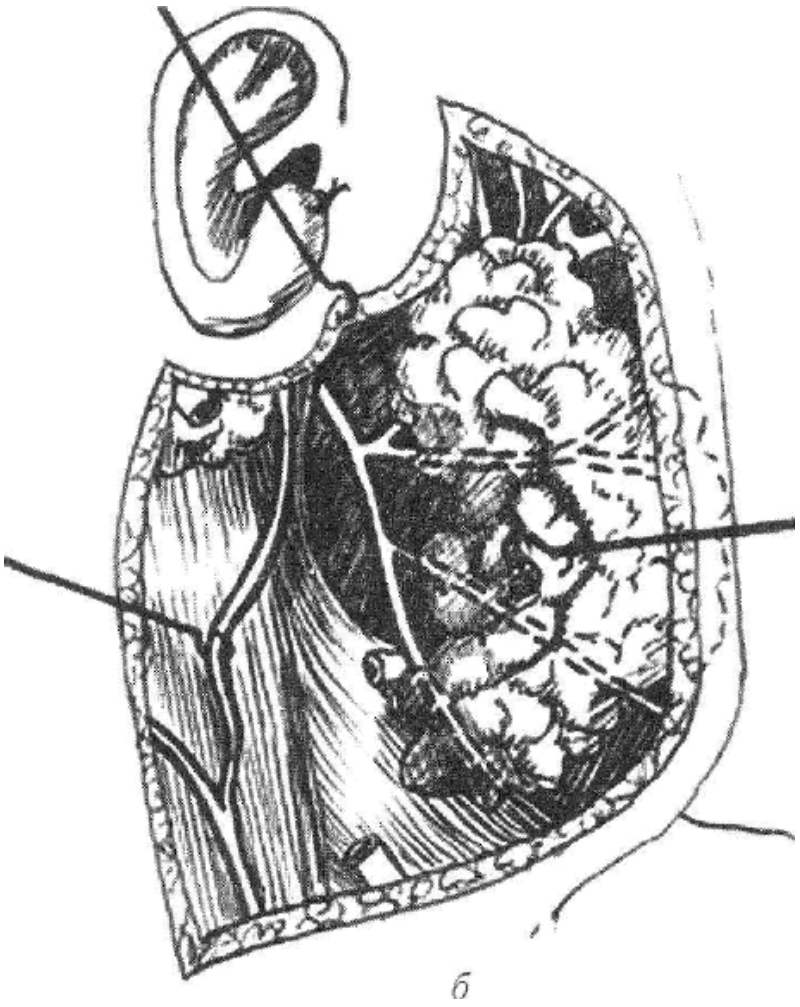

Рис. 8. Схема виділення переферійних гілок лицевого нерва за Ковтуновичем - Мухою

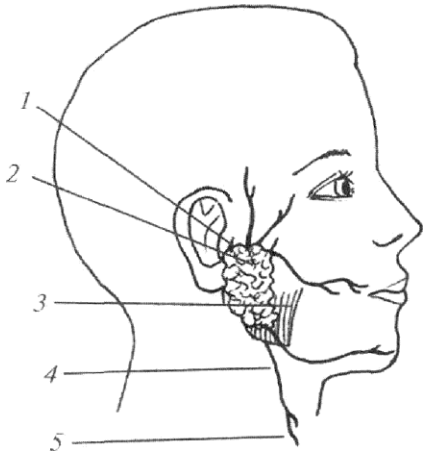

Рис. 9. Схема ходу периферійних гілок лицевого нерва: 1.Скронева; 2.Вилична; 3.Щічна; 4.Крайова; 5.Шийна.

Також, при лікуванні доброякісних пухлин привушних слинних залоз можна використовувати протоколи лікування згідно ESGS (Європейська спільнота, що займається патологією слинних залоз). Так, вони пропонують проводити паротидектомію в межах 5 рівнів (I-рівень – паротидектомія поверхневої долі привушної слинної залози вище рівня протоку; II-рівень - паротидектомія поверхневої долі привушної слинної залози нижче рівня протоку; III-рівень – паротидектомія глибокої долі привушної слинної залози нижче рівня протоку; IV-рівень – паротидектомія глибокої долі привушної слинної залози вище рівня протоку; V-рівень – видалення додаткової долі привушної залози). (Рис.10)

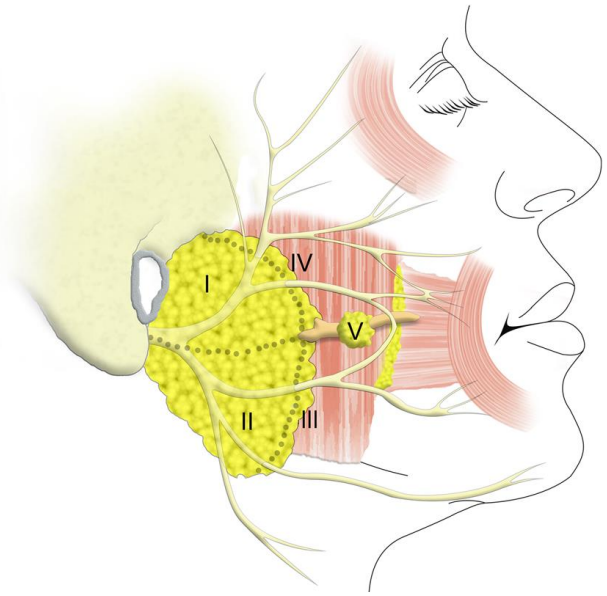

Рис.10. Рівні паротидектомії за ESGS

При ураженні глибокої частки залози або рецидиві пухлини показана тотальна паротидектомія. При цьому спочатку проводять екстирпацію латеральної частини залози, гілки лицевого нерва піднімають на гумових тримачах, перев'язують гілки зовнішньої сонної артерії перед її входом у товщу привушної залози й видаляють її глибоку глоткову частину. Рану ушивають, накладають стисну пов'язку, призначають антибіотикотерапію, атропін, дієту. Дренаж утримують до 3-4 доби, шви знімають на 7-9 - у добу.

Можливі ускладнення операції — парез або параліч лицевого нерва, порушення чутливості шкіри й вушної раковини, слинні нориці, аурикулотемпоральний синдром (синдром Фрея), сероми, післяопераційні кровотечі и гематоми, нагноєння м'яких тканин, крайовий некроз клаптя, післяопераційна деформація м'яких тканин, рецидив новоутворення.

Видалення пухлин додаткової долі привушної залози виконують під наркозом. Використовують доступ за Ковтуновичем-Мухою або горизонтальний паралельно хочу вивідної протоки привушної залози та щічній гілці лицевого нерва. Оголюють додаткову привушну залозу, після чого її повністю видаляють разом з новоутворенням. Можливі ускладнення — травма гілок лицевого нерва, ушкодження й рубцеві стриктури вивідної протоки привушної залози, утворення слинних нориць, нагноєння операційної рани.

Видалення пухлин малих слинних залоз роблять у межах здорових тканин. Двома півмісяцевими розрізами видаляють пухлин у разом із прилеглими м'якими тканинами, на піднебінні — разом з окістям. Якщо є підозра щодо зло- якісного характеру ураження, від його меж відступають не менш ніж 1 см. Рану ушивають, а на твердому піднебінні її ведуть під тампоном, який фіксують захисною пластинкою.

Прогноз при радикальному видаленні доброякісних пухлин слинних залоз сприятливий, при нерадикальному втручанні можливий рецидив (частота 25-50 %) або малігнізація пухлини.

Досягнення кафедри. У 2024 році доцентом Бродецьким І.С. була захищена докторська дисертація «Дагностика і лікування доброякісних новоутворень великих слинних залоз». Автор проводив вивчення експресії вірусів папіломи людини 16 типу, Епштейн-Барр, естрогену, прогестерону, PLAG-1, мікроРНК 29 та 34 в тканинах пухлин великих слинних залоз. Запропонований автором диференційований протокол хірургічного лікування пацієнтів з доброякісними новоутвореннями слинних залоз на основі топографо-анатомічних, імуногістохімічних та генетичних особливостей різних типів доброякісних новоутворень слинних залоз дозволив знизити частоту післяопераційних уражень двох та більше гілок лицевого нерва на 16,6%, а частоту післяопераційного парезу лицевого нерва з 33,33 % до 7,27 %.

Висновки

Доброякісні новоутворення слинних залоз є важливим розділом щелепно-лицевої хірургії. Вивчення етіології, патогенезу, діагностики та вибору раціонального методу хірургічного лікування хворих із даною патологією є важливим завданням для студентів, інтернів та практикуючих лікарів.

Пошук нових сучасних методів діагностики на передопераційному етапі та вдосконалення хірургічних методів лікування є актуальним завданням для майбутніх науковців.

Список використаних джерел

1. Маланчук ВО, Воловар ОС, Гарляускайте ІЮ, Кульбашна ЯА, Копчак АВ, Топчій ДВ, та ін. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: у 2 т. Київ: Логос; 2011; Т. 1. 672 с.
2. Бродецький І.С. Діагностика та лікування доброякісних новоутворень великих слинних залоз: дис. … доктора медичних наук: 14.01.22. Київ, 2024. 323 с.

3. Quer M, Guntinas-Lichius O, Marchal F, Vander Poorten V, Chevalier D, León X, et al. Classification of parotidectomies: a proposal of the European Salivary Gland Society. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Oct;273(10):3307-12.
4. Fonseca FP, Sena Filho M, Altemani A, Speight PM, Vargas PA. Molecular signature of salivary gland tumors: potential use as diagnostic and prognostic marker. J Oral Pathol Med. 2016 Feb;45(2):101-10.
5. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (Eds): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005. 435 p.
6. Hellquist H, Paiva-Correia A, Vander Poorten V, Quer M, Hernandez-Prera JC, Andreasen S, et al. Analysis of the clinical relevance of Histological Classification of benign epithelial salivary gland tumours. Adv Ther. 2019 Aug;36(8):1950-74. doi: 10.1007/s12325-019-01007-3.
7. Маланчук ВО, Бродецький ІС, Кротевіч МС. Частота плеоморфних аденом слинних залоз та їх гістологічні типи за даними архівного аналізу історій хвороб клініки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця в період 2014–2018 рр. Клін. стоматологія. 2019;(1):19-24.
8. Brodetskyi IS, Malanchuk VO, Dosenko VE. Expressions of microRNA-29a and microRNA-34a in pleomorphic adenomas of salivary glands. Gland Surg. 2020 Dec;9(6):1914-23. doi: 10.21037/gs-20-284.
9. Бродецький ІС, Маланчук ВО. Обґрунтування хірургічного лікування хворих плеоморфними аденомами слинних залоз. Вісн. стоматології. 2020; 38(4):48-53.
10. Zbären P, Vander Poorten V, Witt RL, Woolgar JA, Shaha AR, Triantafyllou A, et al. Pleomorphic adenoma of the parotid: formal parotidectomy or limited surgery? Am J Surg. 2013 Jan;205(1):109-18. doi: