

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

**ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ:  
КЛАСИФІКАЦІЯ, ЕТІОЛОГІЯ, ГІСТОЛОГІЧНА БУДОВА,  
КЛІНІКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА,  
ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ**

14.01.22 - СТОМАТОЛОГІЯ

Київ  
Видавництво «Книга-плюс»  
2025

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 зі злоякісними новоутвореннями слинних залоз, які досить поширені в щелепно-лицевій ділянці. Авторами описано етіологію, класифікацію, клінічні особливості, діагностику, диференційну діагностику, гістологічну будову, принципи хірургічного лікування злоякісних 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 malignant neoplasms of the 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 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> 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 x 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

Злоякісні пухлини слинних залоз становлять відносно рідкісну, але клінічно значущу групу новоутворень голови та шиї, на частку яких припадає близько 3–5% усіх злоякісних пухлин цієї анатомічної ділянки. Злоякісні пухлини слинних залоз складають 0,3 % усіх онкологічних захворювань і 1-5 % злоякісних пухлин голови та шиї. У слинних залозах найчастіше розвиваються пухлини епітеліального походження (90-95 %). Поліморфні аденоми або "змішані" пухлини становлять майже 60 %, карциноми – близько 17 % усіх новоутворень слинних залоз. Переважно вражає онкологічний процес привушні залози (54 %), залози твердого та м'якого піднебіння (26 %), піднижньощелепні слинні залози (10 %), дрібні слинні залози щік і язика (до 10 %).

Відомі фактори ризику виникнення раку слинних залоз. Це - похилий вік пацієнтів, вплив радіації, токсичних речовин (перш за все це стосується працівників, зайнятих на виробництві гуми та пластмас, у видобутку азбесту та обслуговуванні старих трубопроводів), ультрафіолетове випромінювання.

Актуальність проблеми зумовлена низкою факторів: складністю ранньої діагностики через морфологічне різноманіття та повільний клінічний перебіг, високим ступенем злоякісності окремих гістологічних типів, частими рецидивами та метастазуванням, а також обмеженими можливостями системної терапії.

Особливості анатомічної локалізації слинних залоз ускладнюють хірургічне втручання, часто вимагаючи складних реконструктивних операцій з урахуванням збереження функцій лицевого нерва та естетичного вигляду. Незважаючи на досягнення сучасної онкохірургії та променевої терапії, прогноз при деяких формах злоякісних пухлин слинних залоз, зокрема аденоїдно-кістозній карциномі, залишається несприятливим у зв'язку з високим ризиком віддалених метастазів.

У контексті зростання загальної онкологічної захворюваності, поглиблення знань про патогенез, діагностику та сучасні підходи до лікування злоякісних пухлин слинних залоз має важливе значення для покращення

результатів терапії та якості життя пацієнтів. Це зумовлює необхідність подальших наукових досліджень і міждисциплінарної взаємодії фахівців

### **Класифікація та методи діагностики злоякісних новоутворень слинних залоз**

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

Міжнародна гістологічна класифікація злоякісних пухлин слинних залоз

#### *I. Епітеліальні пухлини*

А. Мукоєпідермоїдний рак

Б. Ацинозно—клітинна пухлина.

В. Карциноми:

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

#### *II. Неепітеліальні пухлини*

А. Злоякісні:

1. Ангіогена саркома.
2. Рабдоміосаркома.
3. Веретенноклітинна саркома (без уточнення гістогенезу).

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

За даними літератури, найінформативнішими методами дослідження для встановлення діагнозу при злоякісних новоутвореннях слинних залоз є тонкогольова аспіраційна біопсія та магнітно-резонансна томографія з внутрішньовенним контрастуванням.

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

При ехографії привушно-жувальної ділянки, підщелепного трикутника и шийі 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 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).

Для злоякісних пухлин слинних залоз використовують міжнародну класифікацію **TNM**. Вона визначає ступінь поширення пухлини та наявність локальних та віддалених метастазів.

**TNM класифікація** раку слинних залоз (коди МКХ-0-С07, С08)

**T** — первинна пухлина, оцінюється за розміром пухлини у найбільшому вимірі

**T<sub>x</sub>** — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

**T<sub>0</sub>** — первинна пухлина не визначається

**T<sub>is</sub>** — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ)

**T<sub>1</sub>** — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального розповсюдження

**T<sub>2</sub>** — пухлина більше 2 см, але до 4 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального розповсюдження

**T<sub>3</sub>** — пухлина з екстрапаренхімальним розповсюдженням та/чи більше 4 см

**T<sub>4a</sub>** — пухлина розповсюджується на шкіру, нижню щелепу, слуховий канал, та/чи лицьовий нерв

**T<sub>4b</sub>** — пухлина розповсюджується на основу черепа та/чи крилоподібну пластину та/чи охоплює сонну артерію

Примітка: екстрапаренхімальним розповсюдженням є клінічні чи макроскопічні дані інвазії шкіри, м'яких тканин, кістки чи нерва.

**N** — регіонарні лімфатичні вузли (регіонарними вважаються лімфовузли ший)

**N<sub>x</sub>** — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

**N<sub>0</sub>** — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

**N<sub>1</sub>** — метастази в один гомолатеральний лімфатичний вузол до 3 см у найбільшому вимірі

N2 — метастази в один гомолатеральний лімфатичний вузол, діаметром до 6 см у найбільшому вимірі чи множинні метастази в гомолатеральні лімфатичні вузли, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, чи білатеральні, чи контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли, жоден з яких не більше 6 см у найбільшому вимірі

N2a — метастаз в гомолатеральний лімфовузол більше 3 см, але не більше 6 см у найбільшому вимірі

N2b — множинні метастази в гомолатеральні лімфовузли, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі

N2c — білатеральні чи контралатеральні метастатичні лімфовузли, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі

N3 — метастази в лімфатичні вузли більше 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: лімфовузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M — віддалені метастази

MX — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M0 — немає ознак віддалених метастазів

M1 — є віддалені метастази

Групування за стадіями

|             |              |            |    |
|-------------|--------------|------------|----|
| Стадія I    | T1           | N0         | M0 |
|             | T2           | N0         | M0 |
| Стадія II   | T3           | N0         | M0 |
| Стадія III  | T1           | N1         | M0 |
|             | T2           | N1         | M0 |
|             | T3           | N1         | M0 |
| Стадія IVA  | T4a          | N0,N1      | M0 |
|             | T1,T2,T3,T4a | N2         | M0 |
| Стадія IVB  | T4b          | Будь-яке N | M0 |
|             | Будь-яке T   | N3         | M0 |
| Стадія IV C | Будь-яке T   | Будь-яке N | M1 |

**Мукоепідермоїдний рак слинних залоз** – це рідкісний злоякісний різновид новоутворень, що розвивається в епітеліальних клітинах, які вистеляють протоки слинних залоз. Характерною ознакою є утворення слизу, що може призвести до переродження в менш агресивні пухлини.

Ця форма раку, як правило, агресивна, схильна до швидкого росту та поширення на сусідні тканини та органи. Перебіг мукоепідермоїдного раку залежить від ступеня диференціювання пухлинних клітин. Відзначається інфільтрація шкіри, обмеження змішуваності, виражена щільність новоутворення, іноді больовий синдром. У 14 % хворих за місяць до появи візуально або пальпаторно наявної пухлини відзначаються прояви дискомфорту впривушно-жувальній ділянці.

Інколи пухлина досягає значних розмірів, характеризується інфільтративним ростом і тенденцією до метастазування в регіонарні лімфовузли, що відзначається у 20-25 % хворих. Мукоепідермоїдний рак має виражену тенденцію до рецидивування, незважаючи на проведення радикальних операцій.

**Аденокістозна карцинома (циліндрома)** – це рідкісний вид раку слинних залоз, який походить із залозистої тканини та характеризується агресивним ростом, хоча іноді вважається менш злоякісною порівняно з іншими епітеліальними пухлинами. Пухлина має характерну гістологічну будову з трубчастими та крибриформними (сітчастими) візерунками з клітин, що утворюють циліндричні структури, і часто вражає привушні залози. Лікування включає радикальне хірургічне видалення пухлини, яке може становити передню краніофасціальну резекцію при поширених випадках, а також хіміо- та променеви терапії, а раннє виявлення є ключовим для запобігання поширенню. Аденокістозні карциноми (циліндроми) виявляють у 13% хворих на злоякісні пухлини слинних залоз, частіше в малих слинних залозах (50%), однаково часто у чоловіків та жінок. Інколи мають перебіг, подібний до такого змішаних пухлин. Слід зауважити, що плеоморфну аденому, циліндрому та мукоепідермоїдну пухлину макроскопічно практично неможливо відрізнити. Ця



обставина спричиняє значні складності для хірургів, призводить до діагностичних помилок і неадекватного лікування хворих. Аденокістозні карциноми мають схильність до переважного гематогенного метастазування (40–45%) в легені, кістки.

**Ацинозноклітинний рак** — злоякісне новоутворення, що походить від секреторних клітин слинних залоз. Характеризується інфільтративним ростом та схильністю до метастазування. За клінічним перебігом практично неможливо віддиференціювати цей варіант новоутворення від змішаної пухлини, аденокарциноми або аденокістозної карциноми (циліндроми).

**Аденокарцинома** — це злоякісна пухлина, яка походить з клітин залозистого епітелію слинних залоз. Вона є різновидом раку слинних залоз і характеризується агресивним ростом, здатністю проростати в сусідні тканини та метастазувати до інших органів. Найчастіше локалізується в привушних залозах, але може розвиватися і в підщелепних, під'язикових та малих слинних залозах. Візуально практично неможливо віддиференціювати наявність добро- або злоякісного процесу. Прогноз при цих новоутвореннях вважається менш сприятливим, ніж при мукоепідермоїдному раку, оскільки в 5—10 % спостережень відзначаються регіонарні й віддалені метастази. Аденокарциноми відмічають дуже часто серед злоякісних новоутворень слинних залоз. Вже на початкових стадіях розвитку пухлина має щільну консистенцію, вона безболісна, не має чітких меж, рухомість її обмежена. З ростом пухлини з'являється біль, інфільтруються прилеглі тканини, жирова клітковина, вушна раковина, нижня щелепа. Розвиваються контрактура жувальних м'язів, парез лицьового нерва, гіперемія шкіри. Пухлина метастазує в регіонарні шийні лімфатичні вузли, інколи в легені, кістки.

**Плоскоклітинний рак (епідермоїдна карцинома) слинної залози** — це злоякісне новоутворення, яке виникає з епітеліальних клітин, що вистилають слинні залози та їхні протоки. Це рідкісний тип раку слинних залоз, який може виникати у великих та малих слинних залозах, але частіше вражає привушні залози. Симптомами можуть бути безболісне або болісне утворення, набряк,

порушення рухливості щелепи та оніміння обличчя через здавлення нервів. Лікування зазвичай включає хірургічне втручання, а при метастазах може бути доповнене променевою чи хіміотерапією. Плоскоклітинний рак (епідермоїдна карцинома) за клінічною картиною схожий на аденокарциному слинних залоз. Характеризується раннім ураженням жувальних м'язів, нижньої щелепи, лицьового нерва, швидким метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли.

**Недиференційована карцинома слинних залоз** — це вид злоякісної пухлини, що походить зі слинних залоз і має агресивний перебіг, швидко росте та має високий ризик метастазування (поширення в інші органи). На відміну від диференційованих пухлин, у таких ракових клітинах зміни клітин настільки виражені, що вони втрачають свою нормальну функцію та вигляд. Така пухлина може проявлятися як швидкозростаюча шишка, набряк обличчя, слабкість або параліч м'язів обличчя, біль, а також утворення кров'янистих згустків у слині.

Що означає "недиференційована"

- Недиференційована карцинома: означає, що клітини раку настільки сильно змінені, що втратили свої характерні ознаки та функції нормальних клітин слинних залоз.
- Цей тип пухлини є агресивнішим, оскільки клітини швидко діляться та не виконують жодної "нормальної" функції, а лише ростуть і поширюються.

**Карцинома в плеоморфній аденомі** – це злоякісне переродження раніше доброякісної пухлини слинних залоз, що найчастіше зустрічається в привушних залозах. Це рак, який розвивається з епітеліальних клітин плеоморфної аденоми, призводячи до появи щільного ущільнення, болю, парезу лицевих м'язів, порушення слинної функції та інших симптомів. Виникає на фоні тривалого захворювання на змішану пухлину слинної залози. При цьому клінічний перебіг пухлини набуває злоякісного характеру. Злоякісні пухлини відмічають дещо частіше у жінок. Приблизно  $\frac{2}{3}$  цих пухлин локалізується у привушній та підщелепній слинних залозах. Анамнез захворювання короткий. Із самого початку пухлина щільна та цілком безболісна. З розвитком пухлини майже

водночас з'являються гіперемія шкіри та інфільтрація підшкірної клітковини, вушної раковини, рухомість пухлини обмежується. Інфільтрація шкіри, ураження лицьового нерва свідчать про злоякісність новоутворення. Метастазування карцином в регіонарні шийні лімфатичні вузли виявляють у 48–50% хворих, частіше на боці ураження, та надто рідко воно буває двобічним.

**Ангіогена саркома (або ангіосаркома)** — це злоякісна пухлина, яка виникає з клітин ендотелію, що вистилають стінки кровоносних або лімфатичних судин. Вона є різновидом саркоми м'яких тканин, класифікується як дуже агресивна, метастазує та має несприятливий прогноз, хоча лікування можливе.

**Рабдоміосаркома слинної залози** — це рідкісна, агресивна злоякісна пухлина, що походить з мезенхімальних клітин, які могли б диференціюватися в поперечносмугасті м'язи, але не змогли цього зробити. Вона є однією з найчастіших рабдоміосарком у дітей, особливо в ділянці голови та шиї, хоча може зустрічатися і у дорослих, хоча й рідше.

**Веретенноклітинна саркома слинної залози** — це рідкісний злоякісний пухлинний процес, що виникає з клітин сполучної тканини, зокрема веретеноподібних клітин, у слинних залозах. Вона проявляється у вигляді швидко зростаючого утворення або припухлості у ділянці слинних залоз (найчастіше привушної), може супроводжуватися болем, а також порушенням функції обличчя (слабкість чи парез) та набряком лімфатичних вузлів. Діагностика передбачає біопсію та гістологічне дослідження, а лікування залежить від стадії та включає хірургічне видалення з можливим доповненням хіміотерапії або променевої терапії.

Пухлини піднижньощелепної слинної залози мають аналогічний клінічний перебіг, але на відміну від привушної залози значно частіше приймаються за запальні зміни, сіаладеніт і банальний лімфаденіт. Лікування. Більшість злоякісних пухлин слинних залоз резистентні до променевої і до хіміотерапії, тому основним методом їх лікування є оперативний. Частіше використовують комбінований метод лікування із застосуванням на

першому етапі дистанційної гамма-терапії. Сумарна середня доза на пухлину становить 30—40 Гр. При невеликих новоутвореннях можливе здійснення резекції або субтотальної резекції привушної слинної залози. При пухлинах більших розмірів необхідне проведення паротидектомії. За можливості лицевий нерв зберігається. У разі залучення лицевого нерва до пухлинного процесу доводиться виконувати його резекцію.

Після операції, залежно від патологоанатомічної картини, можливо додаткове опромінення ложа пухлини до сумарної дози 50—55 Гр. Злоякісні пухлини піднижньощелепних і малих слинних залоз лікують за тими самими принципами.

За наявності метастатичного ураження регіонарних лімфовузлів здійснюють комбіноване лікування із включенням у зону опромінення регіонарного колектора ший і з наступним фасціальньо-футлярним висіченням лімфовузлів і підшкірної жирової клітковини ший на боці ураження. При неоперабельних новоутвореннях проводять дистанційну гамма-терапію, спроби системної поліхіміотерапії. Результати подібної терапії не можна назвати задовільними.

### **Хірургічне лікування пухлин слинних залоз**

Злоякісні пухлини слинних залоз вимагають проведення радикальних хірургічних втручань, при яких новоутворення видаляють разом із залозою або її частиною. Енуклеація пухлини (її вилаштування в капсулі) не є радикальним методом лікування злоякісних пухлин слинних залоз і її застосування в переважній більшості випадків не показано. Це пов'язано з клініко-біологічними особливостями злоякісних пухлин слинних залоз.

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

Для лікування новоутворень піднижньощелепної слинної залози використовують її тотальне видалення (екстирпацію). Для знеболювання 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 дрениують і ушивають. Можливі ускладнення — травма крайової гілки лицевого нерва, під'язикового і язикового нервів, кровотеча, гематома, нагноєння рани.

Радикальне видалення під'язикової слинної проводять при наявності в ній злоякісного новоутворення. 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. 1).

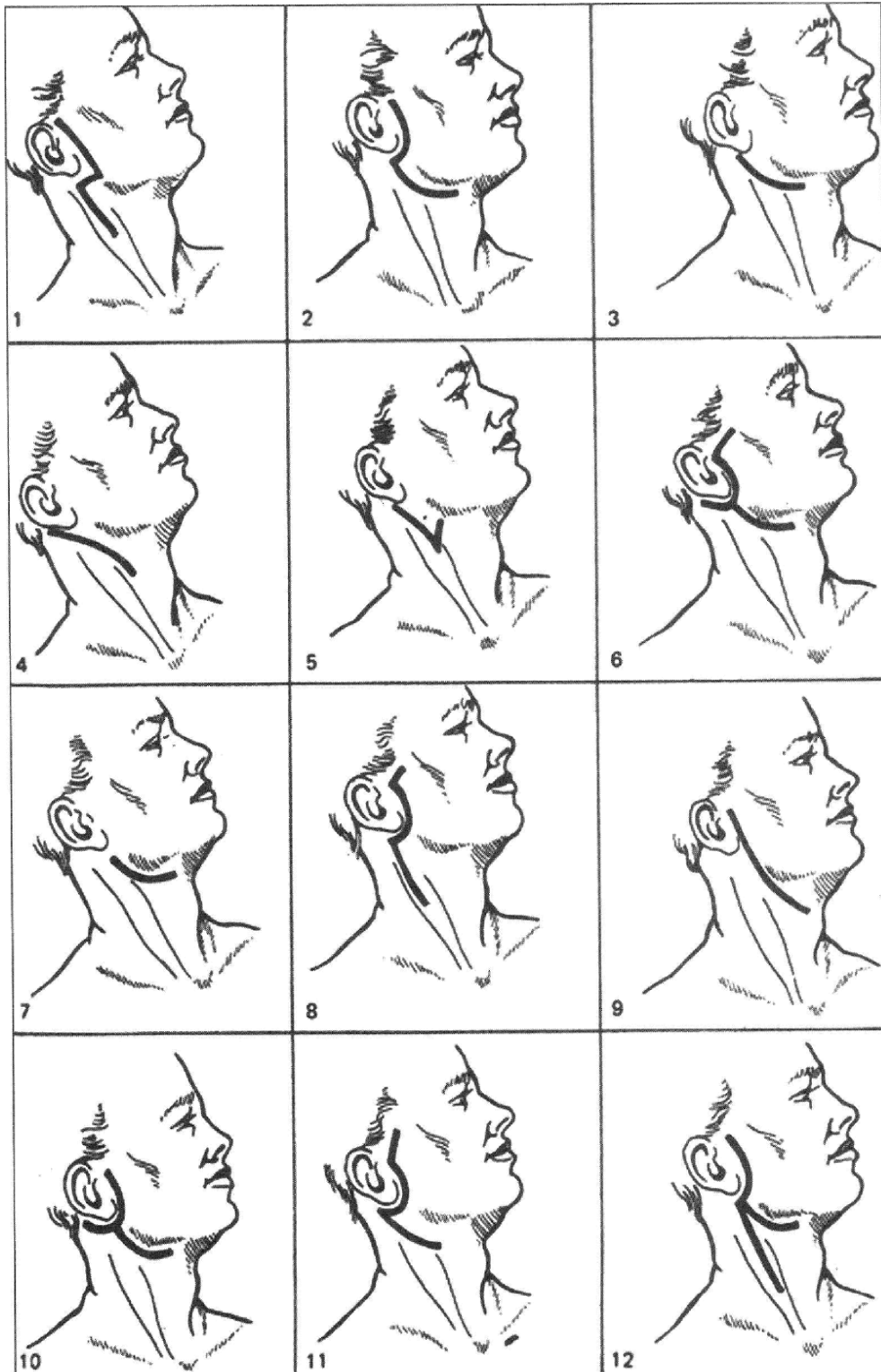


Рис.1. Розрізи, які застосовують при видаленні пухлин привушної залози: 1. За Редоном; 2. За Н.П. Ковтуновичем; 3. За Н.Н. Петровим; 4. За Вайле; 5. За Рубурже; 6. За Джеромом-Мартиним; 7. За Морестеном; 8. За Рисснером; 9. За Стиструнком-Адсоном; 10. За Хендриком-Біерсом; 11. За А.В. Клементовим; 12. 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) (Рис.2), Ковтуновичем – Мухой (Рис.3). Пацієнти повинні бути інформовані щодо основних можливих ускладнень, особливо — повної або часткової втрати функції лицевого нерва (Рис.4). Знеболювання — наркоз.

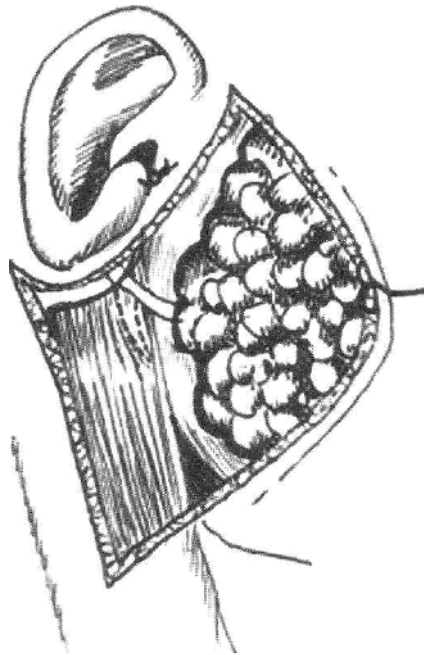


Рис.2. Схема виділення головного стовбура лицевого нерва за Редоном

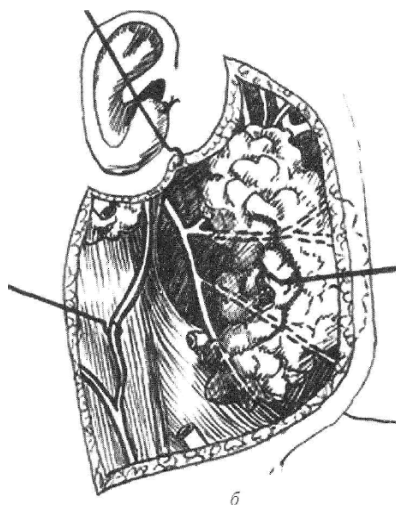


Рис.3. Схема виділення периферійних гілок лицевого нерва за Ковтуновичем – Мухой

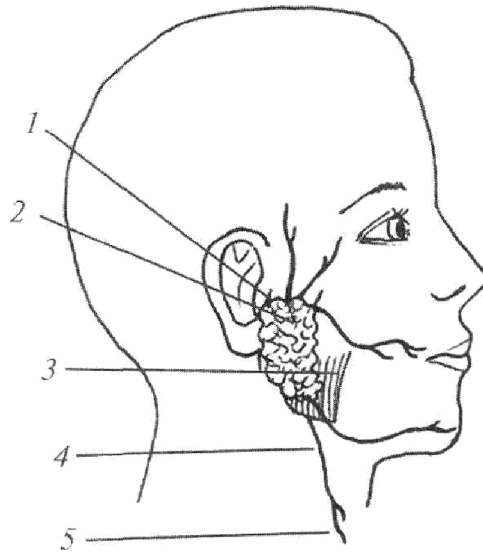


Рис.4. Схема ходу периферійних гілок лицевого нерва: 1.Скронева; 2.Вилична; 3.Щічна;4.Крайова;5.Шийна

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 дозадку 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.

При злоякісних пухлинах слинних залоз найчастіше 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 й гематоми, нагноєння м'яких тканин, крайовий некроз клаптя, післяопераційна деформація м'яких тканин, рецидив новоутворення.

Видалення пухлин малих слинних залоз роблять у межах здорових тканин. Двома півмісяцевими розрізами видаляють пухлин у разі разом із прилеглими м'якими тканинами, на піднебінні — разом з окістям. Якщо є підозра щодо злоякісного 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.

Операція Крайля — це хірургічна операція, яку вперше виконав американський хірург Джордж Крайль в 1906 р. з приводу раку щитоподібної залози. Ця операція є радикальною дисекцією шиї, при якій видаляються всі шийні лімфатичні вузли з однієї сторони, з 1 по 5 рівні, а також додатковий нерв (*n.accessorius*), внутрішня яремна вена (*v. jugularis interna*) та кивальний м'яз (*m.sternocleidomastoideus*). До радикальної дисекції шиї не входить видалення лімфатичних вузлів підпотиличної ділянки, перипаротидних лімфатичних вузлів (виключеннями є внутрішні лімфатичні вузли привушної залози, що розташовані в задній частині піднижньощелепного трикутника, лімфатичні вузли в ділянці щоки, заглоткові, а також лімфатичні вузли центрального відділу шиї (Рис.5, 6).

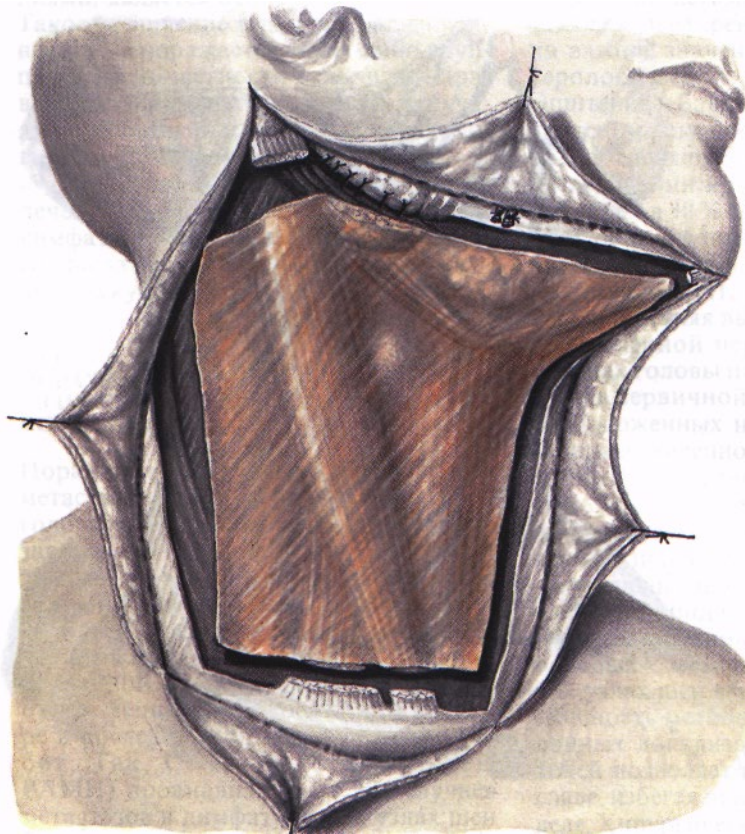


Рис.5. Межі, в яких відбувається висічення тканин при операції Крайля

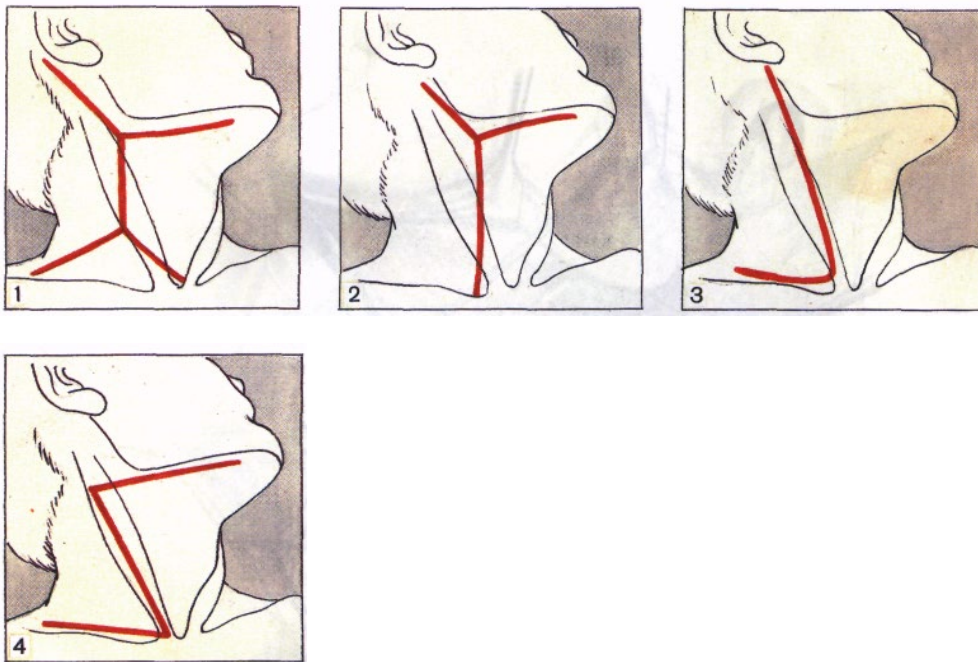


Рис.6. Розрізи шкіри при операції Крайля. 1 - по Мартину; 2 - по Брауну; 3- по Де-Кервену; 4 - по Крайлю

Операцію Крайля необхідно проводити під наркозом. Із запропонованих численних розрізів шкіри зазвичай частіше використовують розріз Мартіна чи Крайля. Після мобілізації шкірних клаптів у зазначених межах розсікають другу

та третю фасцію по середній лінії шиї від краю нижньої щелепи до грудинного кінця ключиці. Потім розсікають фасції вздовж ключиці, відсікають ніжки грудиноключично-соскоподібного м'яза, перетинають внутрішній яремну вену, виділяють клітковину бічного трикутника шиї. Розсікають п'яту фасцію шиї, виділяють і піднімають догори всі тканини. На дні рани залишаються загальна сонна артерія і блукаючий нерв. Далі висічення тканин ведуть вздовж переднього краю трапецієподібного м'яза. Операцію завершують резекцією нижнього полюса привушної слинної залози, відсіканням грудиноключично-соскоподібного м'яза від соскоподібного відростка, перетином тканин уздовж краю нижньої щелепи, видаленням клітковини підщелепного трикутника. Під основою черепа вдруге перетинають внутрішню яремну вену.

Операцію Крайля зазвичай роблять із одного боку. Після неї відзначається значна деформація шиї, настає атрофія м'язів, відвисає плече. При необхідності через 2-3 тижні виконують операцію Крайля з іншого боку. Одномоментне втручання з двох сторін хворі переносять дуже важко, можливі серйозні ускладнення. Враховуючи це, деякі хірурги під час проведення операції відступають від класичної методики і виконують той чи інший варіант, називаючи його операцією типу Крайля (зазвичай цей відступ полягає у збереженні внутрішньої яремної вени або грудиноключично-соскоподібного м'яза). У цьому іноді порушуються основні засади абластичності.

За даними літератури, операція Крайля показана при множинних метастазах у глибоких лімфатичних вузлах шиї або при метастазах, спаяних з внутрішньою яремною веною, грудиноключично-соскоподібним м'язом або зі стінками фасціальних футлярів.

Віддалені результати лікування злоякісних пухлин слинних залоз в основному несприятливі. Місцеві рецидиви виникають приблизно у 40% оперованих. Вилікування відмічають лише у 20–25% хворих.

## **Висновки**

1. Злоякісні пухлини слинних залоз є рідкісною, проте клінічно важливою групою новоутворень, що характеризуються значним морфологічним різноманіттям, складністю діагностики та часто агресивним перебігом.
2. Незважаючи на розвиток сучасних методів візуалізації та гістопатологічної діагностики, більшість пацієнтів звертаються на пізніх стадіях захворювання, що суттєво ускладнює лікування та погіршує прогноз.
3. Хірургічне лікування залишається основним методом терапії, однак ураження критичних анатомічних структур, таких як лицевий нерв, потребує високоспеціалізованого підходу та часто призводить до функціональних і косметичних ускладнень.
4. Прогноз захворювання залежить від типу пухлини, стадії на момент діагностики, наявності рецидивів і метастазів, а також ефективності міждисциплінарного лікування, яке може включати хірургію, променеву терапію та, у вибраних випадках, хіміотерапію.
5. Підвищення обізнаності серед лікарів первинної ланки, стоматологів та отоларингологів щодо особливостей перебігу злоякісних пухлин слинних залоз сприятиме їх ранньому виявленню та своєчасному направленню пацієнтів до спеціалізованих центрів.

## **Список використаних джерел**

1. Маланчук ВО, Воловар ОС та ін. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: у 2 т. Київ: Логос; 2011; Т. 1. 495 с.
2. Скакун, Л. М. Результати лікування хворих на рак слинних залоз у тернопільській області за період 2003–2012 рр. Вісник наукових досліджень; 2013(4). Doi: 10.11603/2415-8798.2013.4.6561
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. Dubrulle, F., Souillard, R. Parotid Gland and Other Salivary Gland Tumors. In: Hermans, R. (eds) *Head and Neck Cancer Imaging. Medical Radiology*. Springer, Berlin, Heidelberg; 2008; [https://doi.org/10.1007/3-540-33066-6\\_12](https://doi.org/10.1007/3-540-33066-6_12)
8. Скакун ЛМ. Рак слинних залоз: епідеміологія, клініко-морфологічні особливості і методи лікування. *Шпитальна хірургія*. 2014;3:79-84.