

Мукоэпидермоидный рак слюнных желёз встречается наиболее часто. Составляет до 10% от всех опухолей желёз и до 40% опухолей малых желёз. Несколько чаще опухоль возникает у женщин старше 50 лет. Локализация — околоушные, малые железы нёба (до 40% опухолей нёба). Плотный, иногда каменистый белесоватый узел до 4 см диаметром, в 90% с кистами, местами возможна тонкая капсула. Микроскопически видны эпидермоидные, слизеобразующие клетки, иногда содержащие в цитоплазме гликоген. Варианты по степени злокачественности: низко-, умеренно, высокозлокачественные.

▣ Низкозлокачественный. Многочисленные макро- и микрокистозные полости, выстланные слизистыми клетками, [мелкоочаговый гиалиноз стромы](#).

▣ Умеренно злокачественный. Солидные структуры из эпидермоидных и промежуточных клеток с митотической активностью, микрокисты редкие. Инфильтрирующий рост, возможны микронекрозы, очаговый гиалиноз.

▣ Высокозлокачественный. Солидные структуры как при плоскоклеточном раке, слизистые клетки редки. Выражен инфильтрирующий рост, фигуры митозов, выраженный гиалиноз стромы, кровоизлияния и в отличие от других форм — некрозы.

Прогноз — пятилетняя выживаемость доходит до 90–100% при низко-, до 60% при умеренно и до 40% при высокозлокачественном раке. Рецидивы наблюдаются в 6%, 20%, 78% случаев соответственно, возможны метастазы. Часто из-за прорастания опухоли развивается паралич лицевого нерва.

Аденокистозный рак

Аденокистозный рак, цилиндрома. Является вторым по частоте раком слюнных желёз, составляя до 10–15%. Чаще возникает в поднижнечелюстной, затем в подъязычной,

нёбных [слюнных железах](#), обычно у женщин старше 50 лет (у мужчин в 1,6 реже). Характерен медленный рост, боли, вследствие характерной для опухоли инвазии вдоль оболочек нервов. Новообразование обычно в виде сероватого нечёткого узла до 5 см диаметром, может быть иногда диффузным. Микроскопически состоит из однородных тёмных базалоидных клеток с большими ядрами, окружённых округлыми базо- и оксифильными гомогенными образованиями (цилиндрами).

Ги

стологические варианты:

криброзный, тубулярный, солидный.

□ Криброзный (до 50%). Мелкие кисты с мукоидным, гиалиновым, ШИК-положительным веществом, тонкие тяжи опухолевых клеток в виде решётчатых структур, напоминающих «швейцарский сыр».

□ Тубулярный (до 30%). Трубочатые структуры в гиалинизированной строме.

□ Солидный (до 20%). Обширные поля клеток с редкими криброзными структурами, некрозом, слабой стромой. Этот тип наиболее труден для диагностики (напоминает плеоморфную аденому, базальноклеточную карциному).

Прогноз — пятилетняя выживаемость в среднем составляет 70% (до 100% при криброзном, при солидном типе, локализованном особенно в малых железах — 40%). Часто рецидивы, прорастание в полость черепа, головной мозг. Характерны преимущественно гематогенные метастазы особенно при солидном типе (в 50% случаев) в лёгкие, кости, почки, мозг. Лимфогенные метастазы в шейные лимфоузлы отмечаются у 15% больных. Наихудший прогноз при локализации рака в малых слюнных железах.

Интересные статьи:

- 1) [Опухоли мягких тканей](#)
- 2) [Конкурирующие заболевания](#)
- 3) [Трофобластическая патология](#)