

А.А. Тимофеев¹, С.Г. Гичко², Туффаха Муин С.А.³, В.И. Зарицкая⁴, П.П. Снисаревский⁵, Беридзе Бека¹

Морфологические особенности доброкачественных опухолей больших слюнных желез

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

³Институт патологии Карл-Тим Клиникум, г. Коттбус, Германия

⁴НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

⁵КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница», г. Киев, Украина

Цель: определить морфологические особенности доброкачественных опухолей.

Методы. Статистическая обработка, патоморфологические методы обследования более чем 1000 больных с доброкачественными образованиями больших слюнных желез.

Результаты. Для плеоморфной аденомы выделяется четыре варианта ее патоморфологического строения: «классический» (44 %); мезенхимальный вариант (35 %); эпителиальный вариант (18 %); миоэпителиальный вариант (3 %). Чаще рецидивирует плеоморфная аденома с преобладанием в структуре миксоидных зон (мезенхимально-миксоматозный вариант). Малигнизация плеоморфной аденомы зарегистрирована у 2–3 % больных.

Выводы. На основании проведенных морфологических исследований установлено, что при диагностировании аденомы в околоушной слюнной железе следует проводить частичную паротидэктомию, сегментарную резекцию, субтотальную или тотальную паротидэктомию. При локализации аденомы в поднижнечелюстной слюнной железе необходимо удалять опухоль единым блоком с данной железой, т. е. проводить экстирпацию поднижнечелюстной железы.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, опухолеподобные образования, аденома, околоушная железа, поднижнечелюстная железа, патоморфология.

Введение

В диагностике доброкачественных опухолей больших слюнных желез большое значение помимо клинических и инструментальных методов обследования пациента имеет патоморфологическое исследование послеоперационного материала.

Наиболее часто встречаемыми доброкачественными новообразованиями в больших слюнных железах являются опухоли эпителиального происхождения. Мономорфные и плеоморфные аденомы слюнных желез являются самыми распространенными опухолями больших слюнных желез. Из многочисленной группы слюнных желез опухолями наиболее часто поражаются околоушные железы [1]. По нашим данным, плеоморфная аденома встречается в 94,8 % случаев всех доброкачественных эпителиальных опухолей околоушной железы, а мономорфная аденома – в 5,2 % [2].

Плеоморфную аденому считают сложной по гистоархетиктонике опухолью, характеризующуюся медленным ростом, скудной клинической симптоматикой, своеобразным морфологическим строением и склонностью к рецидивированию. Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению клинико-морфологических особенностей доброкачественных эпителиальных новообразований больших слюнных желез, интерес к этим опухолям до настоящего времени не ослабевает. Это связано не только с техническими сложностями при выполнении оперативного вмешательства, но и с осложнениями, которые могут возникнуть в послеоперационный период.

Цель исследования – определить особенности морфологической картины доброкачественных эпителиальных новообразований больших слюнных желез, которые могут быть использованы для дифференциальной диагностики опухолей данной локализации.

Материал и методы обследования

Был проведен анализ патоморфологического материала, полученного после удаления доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований околоушной и

поднижнечелюстной желез у более чем 1000 больных с аденомами, плеоморфными аденомами, синдромом Шегрена, сиалозом и др. Кусочки ткани, полученные после проведенного оперативного вмешательства, фиксировали в 10 %-м растворе нейтрального формалина (рН = 7,4) в течение 24-х часов. Из зафиксированных в формалине кусочков после промывки в проточной воде иссекали соответствующие участки. В дальнейшем зафиксированные кусочки проводили через спиртовой раствор нарастающей концентрации и заливали парафином. Из парафиновых блоков на санном микротоме изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 ± 1 мкм, которые потом окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, на эластике по Вейгерту, определяли ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой.

Применили не только гистологические, но и иммуногистохимические методы исследования. С помощью иммуногистохимических методик определяли степень пролиферативной активности (Ki-67), цитokerатиновый профиль, для идентификации миоэпителиальных клеток дополнительно определяли реакцию на p63, sm-актин, кальпонин, для идентификации протоковых клеток дополнительно проводили реакцию для выявления ЭММА (эмбрионный мембранный антиген).

При определении иммуногистохимических реакций с целью демаскировки антигенов были проведены тепловая обработка срезов и блокирование неспецифического связывания белков блоком протеина «ДАКО» и эндогенной пероксидазной активности пероксидазным блоком «ДАКО», после этого наносились первичные антитела. С помощью детекции ДАКО En Vizion (+) проводили визуализацию первичных антител. Гистологические структуры для визуализации иммуногистохимических препаратов окрашивали гематоксилином Майера, покрывали канадским бальзамом и покровными стеклышками. После этого по количеству клеток, которые имели четкую позитивную реакцию с учетом интенсивности окрашивания, проводили учет позитивных реакций.

Интенсивность окрашивания выражали в процентах к общему количеству клеток, которые находились на площади гистологического препарата. Оптическую интенсивность окрашивания определяли субъективно по четырем степеням градации: 0 – отсутствие окрашивания; 1 – слабое окрашивание; 2 – окрашивание средней интенсивности; 3 – интенсивное окрашивание.

Количество положительно окрашенных клеток колебалось от 0 до 100 %. Был определен уровень экспрессии антигенов полуколичественным индексом: $IRS = S1 \times PP$, где IRS – полуколичественный индекс иммунореактивности, $S1$ – оптическая плотность окрашивания, PP – процент положительно окрашенных клеток.

Полученные гистологические препараты изучали с использованием микроскопа «Olympus BX 51», цифровой камеры «Olympus C 5050 Z» и программного обеспечения «Olympus DP-Soft». Микроскопическое исследование также проводили с использованием светооптического микроскопа «Carl Zeiss» (Германия) и системы обработки данных «Axiovision» при увеличении объектива $\times 5$, $\times 10$, $\times 20$ и $\times 40$, бинокулярной насадки $\times 1,5$ и окуляров $\times 10$.

Результаты обследования и их обсуждения

При диагностике опухолей важно определить гистологический тип, степень дифференциации опухоли, ее размеры и распространенность, а также изучить края резекции после удаления новообразования. Важным аспектом является гистологическая и иммуногистохимическая верификация доброкачественности или злокачественности процесса. Для решения этой задачи важно правильно подобрать диагностическую панель антител для верификации той или иной неоплазии. Наиболее информативной панелью для опухолей слюнных желез являются цитокератиновый профиль, а также определение индекса пролиферации опухолевых клеток (Ki-67).

Различают два основных вида дифференциации доброкачественных эпителиальных опухолей: **мономорфные аденомы** с преимущественным строением из одного типа клеток и **плеоморфные (полиморфные, смешанные) аденомы**, содержащие несколько различно дифференцированных клеточных форм.

Клетки ацинусов и протоков слюнных желез дают начало многочисленным эпителиальным опухолям образования слюнных желез. К **мономорфным аденомам** относятся: базальноклеточная аденома, оксифильноклеточная аденома (синонимы: онкоцитомы, онкоцитарная или ацидофильноклеточная аденома), светлоклеточная аденома (синонимы: гипернефроидная или паратиреоидоподобная опухоль, миоэпителиальная или сальноклеточная аденома), аденолимфома (синонимы: опухоль Уортина, бронхиогенная аденома).

А.Ф. Киселева и соавт. (1986) достаточно подробно описали морфологическую картину **мономорфных аденом**:

- **Базальноклеточная аденома** развивается из концевых отделов секреторных протоков. Представлена базальными клетками, которые построены в солидно-трабекулярные или тубулярно-окистовидные структуры.
- **Оксифильноклеточная аденома** развивается из эпителиальных клеток протоков слюнных желез. Макроскопически имеет капсулу, на разрезе – красноватую или темноокоричневую окраску, нечетко выраженное дольчатое строение. Микроскопически состоит из крупных клеток с мелкозернистой эозинофильной цитоплазмой (онкоцитов) и темными ядрами, формирующими клеточные комплексы. Строма опухоли развита слабо.

- **Светлоклеточная (сальноклеточная) аденома** развивается из протокового эпителия или миоэпителия. Представлена клетками со светлой цитоплазмой, разделенной на дольки стромой. Может возникнуть из клеток сальных желез и представлена сальными клетками, образующими протокоподобные формации, окруженные лимфоидной стромой.
- **Аденолимфома** – инкапсулированная опухоль. На разрезе серого цвета, нередко имеет кистозные полости, наполненные крошковатым или слизистым коричневожелтым или бурым содержимым. Микроскопически представлена протокоподобными структурами с узкими просветами и кистами. Стенки кист гладкие или с сосочками, выстланы двухслойным эпителием. Внутренний слой представлен онкоцитами, а наружный – кубовидными клетками со светлыми ядрами. Клетки наружного слоя расположены на базальной мембране. Строма опухоли представлена лимфоидной тканью.

Микроскопически структура **мономорфной аденомы** однородная, она построена из тубулярных, трабекулярных и солидных структур, иногда – с образованием микропапиллярных структур и кист. В мономорфной аденоме в отличие от плеоморфной отсутствуют ткани мезенхимального происхождения. Как было сказано ранее, различают несколько гистологических разновидностей этой опухоли – светлоклеточную аденому, аденолимфому, оксифильную аденому и некоторые другие типы (рис. 1–6).

При **аденолимфоме** в опухоли определяются тубулярные структуры и кистозные полости, выстланные двойным слоем клеток, напоминающих эпителиоциты слюнных протоков. Между эпителиальными структурами в строме выявляется развитая лимфоидная ткань, местами образующая фолликулы с зародышевыми центрами.

Мономорфная аденома – это опухоль, как правило, хорошо инкапсулированная (рис. 4). Но может наблюдаться очаговое врастание опухоли в капсулу (рис. 5). Этот вариант выявили в 14 % всех обнаруженных мономорфных аденом.

Пролиферативные процессы в опухоли (рис. 6) выражены по-разному, однако индекс пролиферации (Ki-67) составляет менее 5 %.

Морфологическую дифференциальную диагностику необходимо проводить с некоторыми неопухолевыми заболеваниями больших слюнных желез: **сиалозом** и **синдромом Шегрена** (рис. 7–8).

Плеоморфная аденома (полиморфная аденома, «смешанная» опухоль) больших слюнных желез является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью. При микроскопическом исследовании она характеризуется большим разнообразием видов и неоднородностью строения, что связано с различным соотношением структур, представляющих эпителиальный и мезенхимальный компоненты. Соотношение эпителиальных и мезенхимальных компонентов может значительно варьировать. Эпителиальный компонент представлен железистыми, микрокистозными, трабекулярными, солидно-альвеолярными структурами, состоящими из клеток различной величины. Железистые просветы могут быть образованы мелкими кубическими или более крупными цилиндрическими клетками с эозинофильной зернистой цитоплазмой, напоминающими эпителий слюнных трубок. Эпителиальный компонент формирует структуры, подобные протокам, ацинусам, тяжам или солитным гнездам (рис. 9).

Мезенхимальный компонент плеоморфной аденомы представлен различным соотношением миксоидных зон с клетками звездчатой, вытянутой формы и/или хондроидных участков с хрящеподобным плотным веществом

с единичными круглыми клетками, подобными хондроцитам, а также с участками клеток типа фибробластов. Таким образом, так называемый мезенхимальный компонент может быть представлен миксоидными (мезенхимально-миксоматозный компонент) и хондроидами (мезенхимально-хондроидный компонент) зонами, а также участками вытянутых фибробластоподобных клеток. Эпителиальные и мезенхимальные компоненты не имеют четких границ и перемешаны между собой, иногда эпителиальные комплексы клеток окружены массивной межклеточной основой. Эти структуры располагаются в рыхлой и ослизненной строме, содержащей также участки хрящеподобной ткани – хондроиды (рис. 10).

Морфологически **плеоморфная аденома** построена из двух типов клеток: **эпителиоцитов**, формирующих железистые структуры, и **миоэпителиальных клеток**, образующих богатую межклеточным веществом строму (рис. 11). Типичной для плеоморфной аденомы является так называемая **хондроидная строма**, напоминающая гиалиновый хрящ.

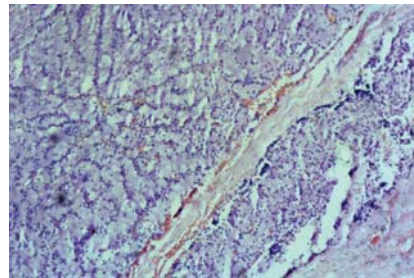


Рис. 1. Мономорфная аденома. Светлоклеточный тип. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×50.

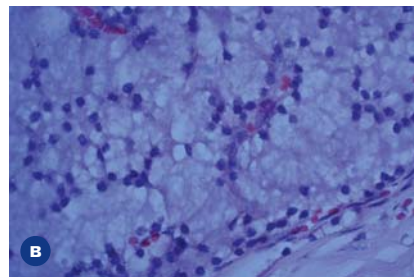
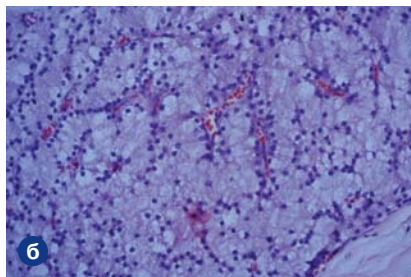
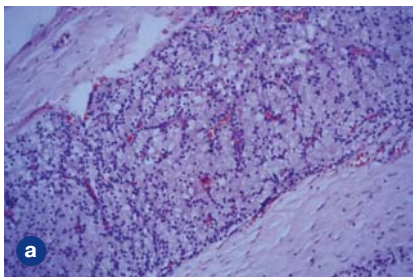


Рис. 2. Мономорфная аденома. Светлоклеточный тип. Представлена светлыми клетками со светлой цитоплазмой, образующей ацинарные структуры. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×100 (а), ×200 (б), ×400 (в).

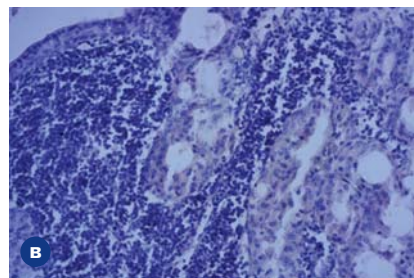
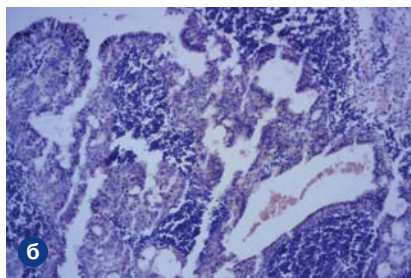
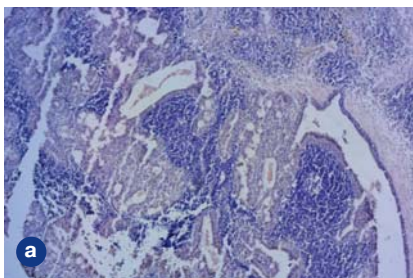


Рис. 3. Аденолимфома. Множественные кистозные полости, покрытые железистым эпителием. В просвет кист вдаются сосочки. В строме опухоли выраженная пролиферация лимфоидной ткани, образующей фолликулы со светлыми центрами. Ув. ×50 (а). Многочисленные сосочки, покрытые железистым эпителием. Строма представлена лимфоидной тканью. Ув. ×100 (б). Железистоподобные эпителиальные структуры, лежащие среди лимфоидной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. ×200 (в).

Вокруг опухоли формируется соединительнотканная капсула, толщина которой может варьировать (рис. 13-а). В некоторых случаях опухоль может прорасти в капсулу (рис. 13-б). В других случаях капсула опухоли может быть нечеткой (рис. 14).

В подавляющем количестве случаев в опухоли не выявляют клеточную атипию или повышенную митотическую активность, которая обычно составляет 2–5 %. Малигнизация в этой опухоли довольно редкая и возникает у 2–3 % больных. Тревожными признаками являются нечеткая капсула вокруг новообразование (рис. 14), врастание опухоли в капсулу, клеточная атипия. Обнаруживается чаще при преобладании мезенхимального компонента. При иммуногистохимической диагностике плеоморфных аденом в эпителиальных компонентах выявляют ЦК6, ЦК8, CD10, ЦК11, ЦК13, ЦК14, ЦК18, ЦК19, ЭМА: в миоэпителиальных – виментин, S100, кальпонин, актин, GFAP, ЦК5/6/14. Индекс пролиферации опухолевых клеток составляет (Ki-67) > 2 %.

Дифференциально-диагностические трудности возникают с аденоид-кистозной карциномой (цилиндрической) и ацинозноклеточной карциномой. Наличие

плоскоклеточной метаплазии с образованием кератиновых жемчужин, наблюдаемой иногда в протоковых и солидных структурах, реже – слизистая метаплазия и светлоклеточные изменения могут ошибочно трактоваться как мукоэпидермоидная опухоль (мукоэпидермоидный рак).

Для «классического» варианта патоморфологического строения плеоморфной аденомы характерно одинаковое содержание эпителиального и мезенхимального компонентов. По данным наших исследований «классический» вариант плеоморфной аденомы обнаружен у 44 % обследуемых. Мезенхимальный вариант плеоморфной аденомы (при значительном преобладании мезенхимального компонента) встречался у 35 % больных. Согласно наблюдениям, чаще всего рецидивируют плеоморфные аденомы с преобладанием миксоидных зон (мезенхимально-миксоматозный вариант). Эпителиальный вариант плеоморфной аденомы (при преобладании эпителиального компонента) выявлен у 18 % обследуемых. Очень редко (в 3 % случаев) были обнаружены плеоморфные аденомы слюнных желез с преобладанием миоэпителиального компонента.

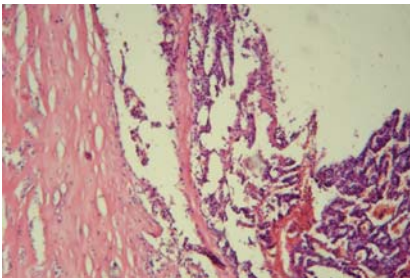


Рис. 4. Мономорфная аденома большой слюнной железы. Хорошо выраженная капсула. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

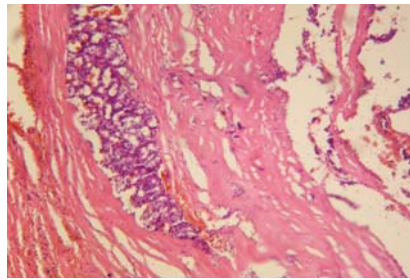


Рис. 5. Мономорфная аденома большой слюнной железы. Очаговое врастание опухоли в соединительнотканную капсулу. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

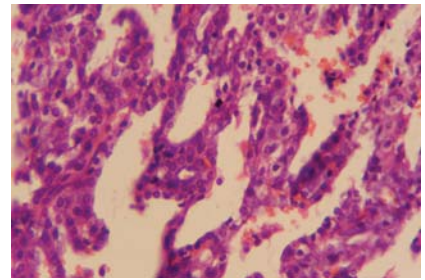


Рис. 6. Мономорфная аденома большой слюнной железы. Проплиферация железистых структур. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 400$.

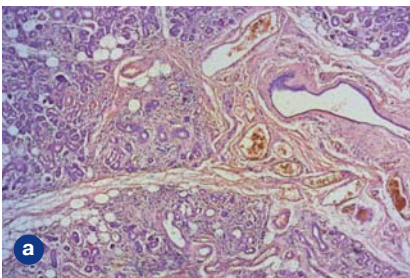


Рис. 7. Сиалоз. Хроническая воспалительная (лимфогистиоцитарная) инфильтрация в строме, перидуктальный склероз, аденосклероз, атрофия и липоматоз паренхиматозных долек. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 50$.

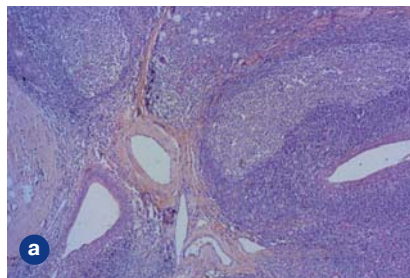


Рис. 8. Синдром Шегрена. Диффузные лимфоцитарные инфильтраты с расширенными светлыми центрами, атрофия железистой паренхимы, разрастание соединительной ткани (склероз). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 50$ (а), $\times 200$ (б).

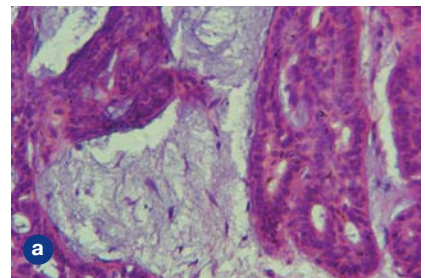


Рис. 9. Плеоморфная аденома слюнной железы. Железистый компонент опухоли. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 400$ (а, б).

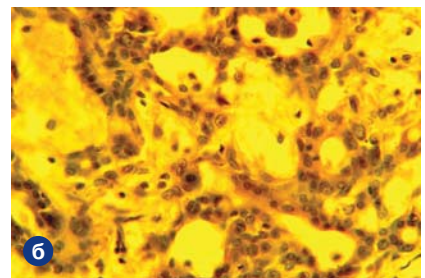
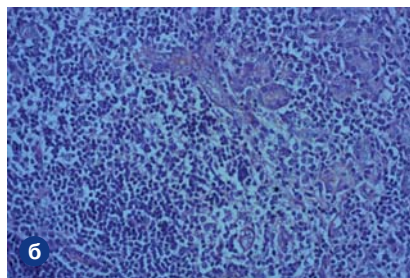
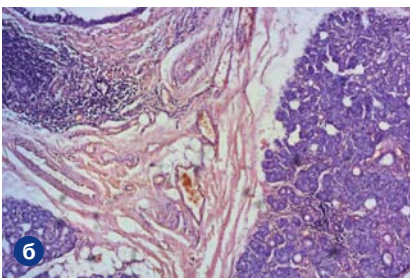


Рис. 10. Плеоморфная аденома слюнной железы. Преобладает мезенхимальный компонент опухоли. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$ (а, б).

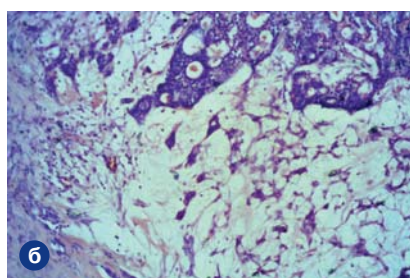
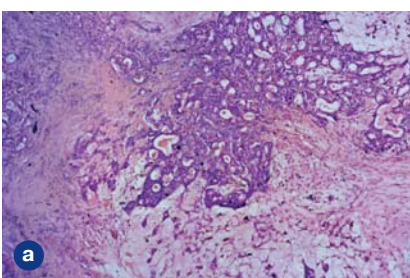
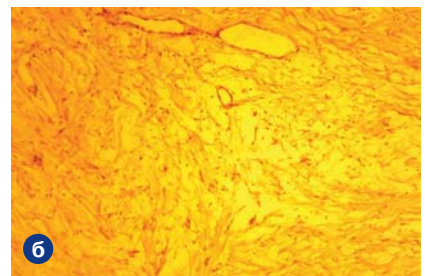
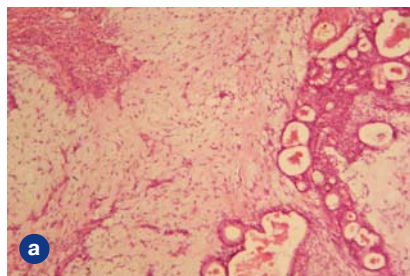


Рис. 11. Плеоморфная аденома слюнной железы. Тяжи и слои эпителиальных клеток с протоками, миксоидная ткань. Ув. $\times 50$ (а). Эпителиальные протоки проникают в миксоидную область. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$ (б).

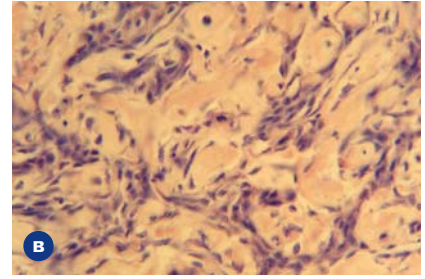
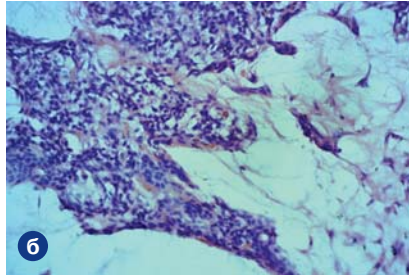
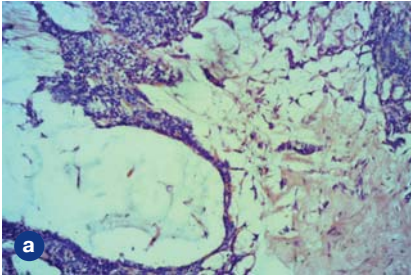


Рис. 12. Плеоморфная аденома слюнной железы. Небольшие участки эпителиальных и миоэпителиальных клеток среди миксоидной ткани. Ув. $\times 100$ (а), $\times 200$ (б). Плеоморфная аденома с преобладанием миоэпителиального компонента (в). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 400$.

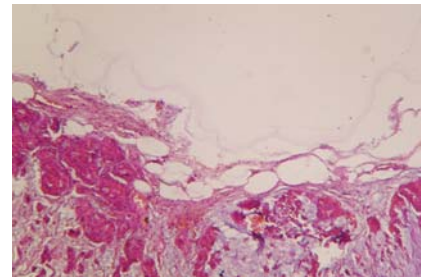
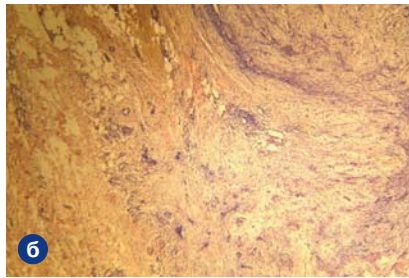
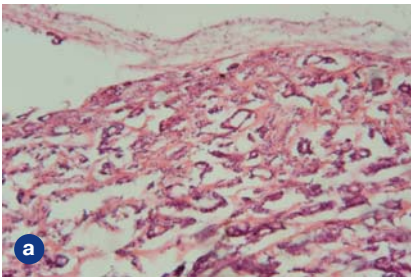


Рис. 13. Плеоморфная аденома. Тонкая соединительнотканная капсула вокруг опухоли. Ув. $\times 100$ (а). Прорастание опухолевой ткани капсулы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 40$ (б).

Рис. 14. Плеоморфная аденома. Нечеткая капсула вокруг опухоли. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

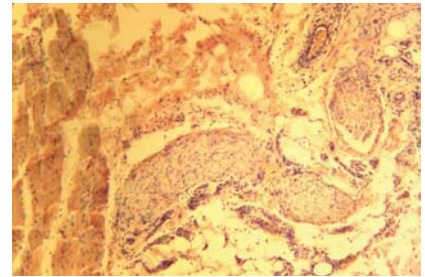
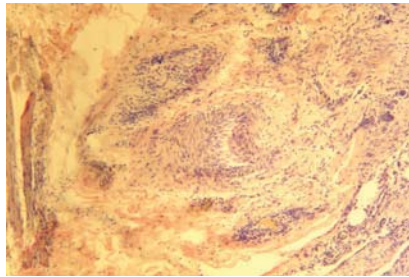
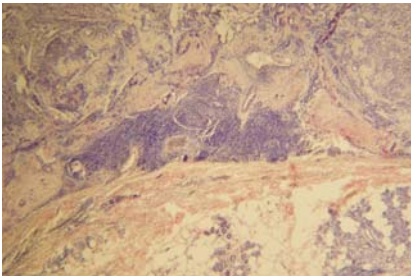


Рис. 15. Плеоморфная аденома слюнной железы. Внутрижелезистый лимфатический узел на границе опухоли и интактной железы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 40$.

Рис. 16. Плеоморфная аденома слюнной железы. Смещение опухоли поперечнополосатой мускулатуры. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

Рис. 17. Плеоморфная аденома слюнной железы. Вращение опухолевой ткани в периневрий. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 100$.

На границе интактной железы с опухолью (плеоморфной аденомой) внутрижелезистые лимфатические узлы увеличены, имеется накопление лимфоидной ткани (рис. 15).

Плеоморфная аденома, являясь доброкачественной опухолью имеет экспансивный рост, поэтому, при расположении рядом с окружающими ее мышцами она их оттесняет (рис. 16). В некоторых случаях у больных с плеоморфной аденомой околоушной железы выявлено врастание опухолевой ткани в расположенные рядом нервы (рис. 17).

Таким образом, на основании проведенных патоморфологических исследований установлено, что даже в такой наиболее благоприятно протекаемой опухоли, как мономорфная аденома наблюдается очаговое врастание опухоли в капсулу. Этот вариант мы выявили в 14 % всех диагностированных мономорфных аденом.

Для плеоморфной аденомы следует выделять четыре варианта ее патоморфологического строения, а именно: традиционный или «классический» (при одинаковом содержании эпителиального и мезенхимального компонентов), обнаружен у 44 % обследуемых с данным видом опухоли; мезенхимальный вариант (при преобладании

мезенхимального компонента) встречался у 35 % больных; эпителиальный вариант (при преобладании эпителиального компонента) выявлен у 18 % обследуемых; миоэпителиальный вариант (при преобладании миоэпителиального компонента) обнаружен в 3 % случаев). Чаще всего рецидивируют плеоморфные аденомы с преобладанием миксоидных зон (мезенхимально-миксоматозный вариант).

Клеточная атипия или повышенная митотическая активность в плеоморфной аденоме составляет 2–5 %. Настораживающими и тревожными признаками являются нечеткость капсулы вокруг плеоморфной аденомы, врастание опухоли в капсулу, клеточная атипия. Малигнизация или озлокачествление (карцинома в плеоморфной аденоме) достаточно редко встречается и зарегистрирована только у 2–3 % больных с плеоморфными аденомами.

На основании патоморфологических обследований доброкачественных эпителиальных опухолей больших слюнных желез можно прийти к следующему выводу: при клиническом диагностировании аденомы (мономорфной или плеоморфной) в околоушной слюнной железе рекомендуется удалять опухоль вместе с окружающей ее

железистой тканью, т. е. следует проводить как минимум частичную паротидэктомию или сегментарную резекцию околоушной железы, а более правильно, по нашему мнению, необходимо выполнять субтотальную паротидэктомию, а при локализации новообразования в глубокой доле околоушной железы – тотальную паротидэктомию. При локализации аденомы в поднижнечелюстной слюнной железе необходимо удалять опухоль единым блоком с данной железой, т. е. проводить экстирпацию поднижнечелюстной железы.

Выводы

На основании проведенных патоморфологических исследований установлено, что в 14 % всех диагностированных мономорфных аденом наблюдается очаговое вращение опухоли в капсулу.

Для плеоморфной аденомы следует выделять четыре варианта ее патоморфологического строения, а именно:

традиционный или «классический» (обнаружен у 44 % обследуемых); мезенхимальный вариант (у 35 %); эпителиальный вариант (у 18 %); миоэпителиальный вариант (у 3 %). Чаще всего склонна к рецидивам плеоморфная аденома с преобладанием в ее структуре миксоидных зон (мезенхимально-миксоматозный вариант). Малигнизация плеоморфной аденомы зарегистрирована у 2–3 % больных.

На основании проведенных морфологических исследований пришли к выводу, что при клиническом установлении диагноза аденомы (мономорфной или плеоморфной) околоушной слюнной железы следует проводить удаление опухоли вместе с окружающей ее железистой тканью, т. е. необходимо делать частичную паротидэктомию, сегментарную резекцию, субтотальную или тотальную паротидэктомию. При локализации аденомы в поднижнечелюстной слюнной железе необходимо удалять опухоль единым блоком с данной железой, т. е. проводить экстирпацию поднижнечелюстной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
2. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів: ВНТЛ-Класика. – 2007. – 160 с.
3. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия. – Киев: «Медицина». – 2010. – 576 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2012 (издание 5-е), 1046 с.
5. Тимофеев А.А., Беридзе Б. Ретроспективный анализ историй болезни больных с заболеваниями околоушных желез по данным клиники челюстно-лицевой хирургии

Морфологічні особливості доброякісних пухлин великих слинних залоз

О.О. Тимофеев, С.Г. Гичко, Туффаха Муин С. А., В.І. Зарицка, П.П. Снисаревский, Беридзе Бека

Мета: визначити морфологічні особливості доброякісних пухлин великих слинних залоз.

Методи. Статистична обробка, патоморфологічні методи обстеження більш ніж 1000 хворих з доброякісними пухлинами великих слинних залоз.

Результати. Для плеоморфної аденоми виділяється чотири варіанти її патоморфологічної будови: «класичний» (44 %); мезенхімальний варіант (35 %); епітеліальний варіант (18 %); міоепітеліальний варіант (3 %). Частіше рецидивують плеоморфні аденоми з переважанням у структурі миксоїдних зон (мезенхімально-миксоматозний варіант). Малигнізація плеоморфної аденоми зареєстрована у 2–3 % хворих.

Висновки. На підставі проведених морфологічних досліджень встановлено, що при діагностуванні аденом у привушній слинній залозі слід проводити часткову паротидектомію, сегментарну резекцію, субтотальну або тотальну паротидектомію. При локалізації аденом у піднижньощелепній слинній залозі необхідно видаляти пухлину єдиним блоком із цією залозою, тобто проводити екстирпацію піднижньощелепнозалої.

Ключові слова: доброякісні пухлини, пухлиноподібні утворення, аденома, привушна залоза, піднижньощелепна залоза, патоморфологія.

Morphological features of high quality tumours of large salivary glands

O. Tymofiev, S. Gichka, Muin S.A. Tuffaha, V. Zaritska, P. Snisarevskii, Beka Beridze

Purpose: to define the morphological features of high quality tumours.

Methods. Statistical treatment, pathomorphology methods of inspection.

Results. For a pleomorphic adenoma four variants of her pathomorphological structure are distinguished: «classic» (44 %); mesenchymal variant (35 %); epithelial variant (18 %); myoepithelial variant (3 %). More frequent pleomorphic adenoms relapse with predominance in the structure of myxoid zones. Malignic of pleomorphic adenoma is registered at 2–3 % of patients.

Conclusions. It is set on the basis of the conducted morphological researches, that at diagnosing of adenomas in a parotid salivary gland it is necessary to conduct incomplete parotidectomy and cross-sectional resection of gland, subtotal and total parotidectomy. At localization of adenomas in a submandibular gland it is necessary to delete a tumour a single block with this gland (operation on extirpation of submandibular gland).

Key words: benign tumor, tumor mass, adenoma, parotid gland, submandibular gland, pathomorphology.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Адрес: г. Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. Тел.: 528-35-17.

Гичко Сергей Григорьевич – д-р мед. наук, профессор,

заведующий кафедрой патологической анатомии Киевского медицинского университета УАНМ.

Туффаха Муин С.А. – специалист в области иммуногистохимии и молекулярной генетики, д-р мед. наук,

директор Института патологии Карл-Тим Клиникум

(г. Коттбус, Академический клинический госпиталь медицинского факультета Шарите, Берлин, Германия).

Зарицкая Валентина Ивановна – канд. мед. наук,

ассистент кафедры патологической и топографической анатомии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Снисаревский Павел Петрович – заведующий отделением патологической анатомии

КЗ КОР «Киевская областная клиническая больница».

Беридзе Бека – клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.