

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Волгоград 2022г.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Опухоли слюнных желез – доброкачественные, злокачественные и промежуточные опухоли, происходящие из ткани слюнных желез.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- **Новообразования слюнных желёз возникают примерно в 1-2% случаев опухолей человека. Доброкачественные опухоли слюнных желёз встречаются несколько чаще - в 60% наблюдений. Опухолей околоушной и подчелюстной слюнных желез встречаются в соотношении 10:1.**
- **Наиболее часто новообразования слюнных желез возникают у людей в возрасте от 50-60 лет, хотя могут наблюдаться у престарелых людей и у новорождённых. Мужчины и женщины страдают этими заболеваниями примерно в равном соотношении.**

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- **ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ОКОЛОУШНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ С ОДНОЙ СТОРОНЫ ЛИЦА, НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗНИКАЮТ ВЕСЬМА РЕДКО. ИЗ МЕЛКИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТ ЖЕЛЕЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТВЕРДОГО, РЕЖЕ МЯГКОГО НЕБА.**

ГРУППЫ РИСКА

- **Лица пожилого возраста**
- **Мужчины**
- **Курильщики**
- **Лица, злоупотребляющие алкоголем**
- **Лица, чьи родственники страдали опухолями слюнных желез**
- **Лица, получавшие лучевую терапию по поводу опухолей головы и шеи**

- **Злокачественные новообразования околоушных слюнных желез в процессе инвазивного роста могут прорасти лицевой нерв, вызывая парез или паралич его ветвей. Опухоли прорастают в нижнюю челюсть, прежде всего ветвь и угол, сосцевидный отросток височной кости, распространяясь под основанием черепа, в ротовую полость. В запущенных случаях в опухолевый процесс вовлекается кожа боковых отделов лица.**
- **Местное метастазирование злокачественных опухолей слюнных желез происходит в регионарные поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи, но может протекать и гематогенным способом.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- **Выявление плотных образований в околоушной области**
- **Асимметрии лица**
- **При наличии регулярных болей в околоушной области, (могут иррадиировать в щеку, нижнюю челюсть, ухо, шею)**
- **Онемении половины лица или**
- **Появлении и нарастание слабости или паралича мимической мускулатуры одной из сторон лица**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

- **Опухоли слюнных желёз подразделяются на следующие виды:**
- **Доброкачественные.**
- **Местнодеструктирующие.**
- **Злокачественные.**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

- **1. Доброкачественные опухоли (эпителиальные):**
- **Полиморфная аденома**
- **Мономорфные аденомы (аденолимфома, оксифильная аденома и др.)**
- **2. Доброкачественные опухоли (неэпителиальные):**
- **Гемангиома.**
- **Фиброма.**
- **Невринома.**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

- **1. МЕСТНО-ДЕСТРУКТИРУЮЩИЕ:**
- **АЦИНОЗНО-КЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ .**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

- **1. Злокачественные опухоли (эпителиальные):**
- **Аденокарцинома.**
- **Эпидермоидная карцинома.**
- **Недифференцированная карцинома.**
- **Аденокистозная карцинома.**
- **Мукоэпидермоидная опухоль**
- **Злокачественные опухоли, развившиеся в полиморфной аденоме.**
- **2. Злокачественные опухоли (неэпителиальные):**
- **Саркомы**
- **3. Вторичные (метастатические) опухоли**

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ.

- **T1 – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении без распространения за пределы паренхимы железы**
- **T2 – опухоль более 2 см., но не более 4 см. в наибольшем измерении без распространения за пределы паренхимы железы**
- **T3 – опухоль более 4 см. в наибольшем измерении и/или распространение за пределы паренхимы железы.**
- **T4a – опухоль распространяется на кожу, нижнюю челюсть, слуховой проход и/или лицевой нерв.**
- **T4b – опухоль распространяется на крыловидные отростки, основание черепа или на внутреннюю сонную артерию.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ.

- **N1** – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения не более 3-х см. в наибольшем измерении
- **N2** – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения более 3-х см. но не более 6 см. в наибольшем измерении; или в нескольких ЛУ на стороне поражения не более 6 см. в наибольшем измерении; двухстороннее или контралатеральное поражение ЛУ не более 6 см в наибольшем измерении
- **N2a** – метастазы в одном ЛУ на стороне поражения более 3-х см, но не более 6 см в наибольшем измерении.
- **N2b** – метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения не более 6 см. в наибольшем измерении.
- **N2c** - двухстороннее или контралатеральное метастазы в ЛУ не более 6 см в наибольшем измерении
- **N3** – метастазы в ЛУ более 6 см в наибольшем измерении

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ.

- **M0 – ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ НЕТ.**
M1 – НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **САМЫМ ЧАСТЫМ ТИПОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА (СМЕШАННАЯ ОПУХОЛЬ). ВОЗМОЖНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ КАРЦИНОМЫ ИЗ ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ, НО ОБЫЧНО ЭТО СЛУЧАЕТСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ НАЛИЧИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ В ТЕЧЕНИЕ 15–20 ЛЕТ. ЕСЛИ НАСТУПАЕТ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ, ТО ШАНСОВ НА ИЗЛЕЧЕНИЕ ОЧЕНЬ МАЛО, НЕСМОТРЯ НА АДЕКВАТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И АДЪЮВАНТНУЮ ТЕРАПИЮ.**
- **К ДРУГИМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ МОНОМОРФНАЯ АДЕНОМА, ОНКОЦИТОМА И ЛИМФОМАТОЗНАЯ ПАПИЛЛЯРНАЯ ЦИСТАДЕНОМА (ПРЕЖДЕ ИЗВЕСТНАЯ КАК ОПУХОЛЬ УОРТИНА). ЭТИ ОПУХОЛИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮТ И ОЗЛОКАЧЕСТВЛЯЮТСЯ.**

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **Аденома слюнных желёз.**
- **Встречается редко. Обычно локализуется в околоушных желёзах и состоит из эпителиальных структур, напоминающих саму железу. Безболезненный гладкий и мягкий узел опухоли растёт медленно, отграничиваясь от соседних тканей капсулой.**

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **Аденолимфома слюнных желёз**
- **Редко встречающаяся опухоль, состоит из эпителиальных железистоподобных структур со скоплениями лимфоидной ткани и чаще всего располагается в толще околоушной железы. Опухолевый узел мягкий и безболезненный, растёт медленно, от окружающих тканей отграничивается капсулой. Опухоль сопровождается воспалительными процессами и на разрезе имеет вид ломких бледно-жёлтых тканей с мелкими кистами.**

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **ПОЛИМОРФНАЯ АДЕНОМА**
- **ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАСТО — В 60 % СЛУЧАЕВ И ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗАХ. РАСТУТ ОБЫЧНО БЕЗБОЛЕЗНЕННО, МЕДЛЕННО, МОГУТ ДОСТИГАТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ. ОПУХОЛЬ ПЛОТНАЯ И БУГРИСТАЯ.**
- **У ПОЛИМОРФНЫХ АДЕНОМ ЕСТЬ РЯД ОСОБЕННОСТЕЙ:**
- **ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ В ВИДЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ**
- **КАПСУЛА ОПУХОЛИ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ПОКРЫВАЕТ ОПУХОЛЬ**
- **ТКАНЬ ОПУХОЛИ ИМЕЕТ СЛОЖНУЮ СТРУКТУРУ, СОСТОЯЩУЮ ИЗ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ, МИКСОХОНДРОПОДОБНЫХ И КОСТНЫХ КЛЕТОК**
- **В 5 % СЛУЧАЕВ МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ, ПРИОБРЕТАЯ ВСЕ СВОЙСТВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО РОСТА, ЧТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПАРЕЗОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.**

МЕСТНОДЕСТРУИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ

- **Ацинозно-клеточная опухоль.**
- **Хорошо отграничена от окружающих тканей, но нередко проявляются признаки инфильтративного роста. Опухоли состоят из базофильных клеток, сходных с серозными клетками ацинусов нормальной слюнной железы.**
- **С 1992 года относится к истинно злокачественным опухолям**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **Злокачественные опухоли встречаются реже и могут характеризоваться быстрым ростом или «вспышкой» роста. Они имеют твердую консистенцию, узловое строение и могут прикрепляться к подлежащим тканям. Со временем покрывающая кожа или слизистая могут изъязвляться, а опухоль может прорасти в подлежащие мягкие ткани.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ МУКОЭПИДЕРМОИДНАЯ КАРЦИНОМА, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 20 ДО 50 ЛЕТ. ОНА МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ЛЮБОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ЧАЩЕ ВСЕГО В ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, НО ТАКЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ И В ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ИЛИ МАЛЫХ НЕБНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ. СРЕДНЕ- И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МУКОЭПИДЕРМОИДНЫЕ КАРЦИНОМЫ МОГУТ ДАВАТЬ МЕТАСТАЗЫ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **Из злокачественных опухолей слюнных желез чаще всего встречается железисто-кистозная карцинома. Это медленно растущая злокачественная трансформация гораздо более распространенной доброкачественной цилиндромы. Пик встречаемости приходится на возраст 40–60 лет, проявляется в виде выраженной боли и часто парезом лицевого нерва. Эта опухоль имеет предрасположенность к периневральной инвазии с распространением патологического процесса на много сантиметров от первичного очага. Лимфатическая диссеминация не характерна для этой опухоли. Часто образуются метастазы в легких, но пациенты могут жить с ними довольно продолжительное время.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **Мукоэпидермоидная опухоль**
- **Встречается в 10% случаев, чаще всего у женщин 40-60 лет, поражает в основном околоушные слюнные желёзы. В половине случаев протекает доброкачественно, клинически похожа на полиморфную аденому.**
- **Злокачественная разновидность опухоли представляет собой болезненный плотный узел без чёткой границы, в 25% случаев дающий метастазы. Новообразование сопровождается изъязвлением, нагноением образованием свищей с выделением гнойного содержимого. Чувствительна к лучевой терапии.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ.

- **Ацинозная карцинома является одним из распространенных видов опухолей околоушной железы, часто встречается в возрасте 40–50 лет. Данная карцинома имеет более медленный рост, а также наличие множественных очагов.**
- **Карцинома из смешанной опухоли – аденокарцинома, возникающая в существующей доброкачественной смешанной опухоли. В таком случае метастазирует только карциноматозный элемент.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **Цилиндрома**
- **Новообразование встречается в 9-13% случаев. На разрезе ткань опухоли напоминает саркому. Представляет собой плотный бугристый узел с псевдокапсулой, сопровождается болью, парезом или параличом лицевого нерва. Цилиндрома растёт инфильтративным ростом, часто рецидивирует, в 8-9% случаев даёт метастазы. Отдалённые метастазы поражают лёгкие и кости.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **Карциномы**
- **Карциномы слюнных желёз встречаются в 12-17% наблюдений. Морфологически представляют собой плоскоклеточный рак, аденокарциному и недифференцированный рак. В 21% случаев образуются в результате малигнизации доброкачественной опухоли. Чаще страдают женщины старше 40 лет. Около 2/3 карцином развиваются в больших слюнных железах.**
- **Опухоль возникает как плотный безболезненный узел с нечёткими границами. Впоследствии присоединяются боли, явления пареза лицевого нерва. Новообразование прорастает мышцы и кости вплоть до контрактуры жевательных мышц. Метастазы поражают регионарные лимфатические узлы, отдалённые метастазы развиваются в лёгких и костях.**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- **Саркомы**
- Саркомы встречаются очень редко и возникают из гладких и поперечно-полосатых мышц, элементов стромы слюнных желез, сосудов. К этим видам опухолей относятся рабдомиосаркомы, ретикулосаркомы, лимфосаркомы, хондросаркомы, гемангиоперицитомы, веретеночлеточные саркомы.
- Хондро-, рабдо- и веретеночлеточные саркомы представляют собой плотные узлы, четко отграниченные от соседних тканей. Быстро растут в размерах, изъязвляются и разрушают соседние органы, особенно кости, дают обширные гематогенные метастазы.
- Ретикуло- и лимфосаркомы имеют эластическую консистенцию, нечеткие границы. Очень быстро растут в размерах, на соседние области распространяются иногда в виде нескольких узлов. Более склонны к регионарному метастазированию, отдаленные метастазы сравнительно редки. Соседние кости не поражаются.
- Гемангиоперицитома встречается крайне редко как доброкачественном, так и в злокачественном виде.

ДИАГНОСТИКА

- **УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНО С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:**
- **ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЖАЛОБЫ, ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОСМОТР, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ, КОНСИСТЕНЦИИ, ЛОКАЛИЗАЦИИ, БОЛЕЗНЕННОСТИ, РАЗМЕРОВ ОПУХОЛИ, ЧЕТКОСТИ И РОВНОСТИ КОНТУРОВ, ХАРАКТЕР ПОВЕРХНОСТИ И ДР.)**
- **ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
- **БИОПСИЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**
- **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЧЕРЕПА, НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СИАЛОАДЕНОГРАФИЯ)**
- **РАДИОИЗОТОПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

ЛЕЧЕНИЕ

- **Основной метод лечения доброкачественных опухолей – это хирургическое удаление. При неполном удалении возможны рецидивы.**
- **При лечении доброкачественных новообразований слюнных желёз опухолевый узел осторожно удаляется вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием удалённых тканей.**

ЛЕЧЕНИЕ

- **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАВИСИТ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА, МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ ОПУХОЛИ, ВОЗРАСТА БОЛЬНОГО И НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВНАЧАЛЕ ПРОВОДИТСЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕЛЕГАММА-ТЕРАПИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАЗЫ ОБЛУЧЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ ЗОНЫ РЕГИОНАРНОГО ЛИМФООТТОКА.**

ЛЕЧЕНИЕ

- В запущенных случаях (далеко зашедший опухолевый процесс, распад опухоли и др.) проводится симптоматическое лечение.
- Химиотерапия неэффективна, однако метотрексат и сарколизин иногда приводят к некоторому уменьшению размера опухоли.

ЛЕЧЕНИЕ

- **ЛЕЧЕНИЕ МУКОЭПИДЕРМОИДНОЙ КАРЦИНОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ШИРОКОМ ЕЕ ИССЕЧЕНИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПУХОЛИ. УРОВЕНЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ СОСТАВЛЯЕТ 95% ПРИ ПЕРВЫХ СТАДИЯХ РАКА, В ОСНОВНОМ ПОРАЖАЮТСЯ КЛЕТКИ СЛИЗИСТОЙ, А ПРИ ПОСЛЕДНИХ СТАДИЯХ УРОВЕНЬ ВЫЖИВАЕМОСТИ СОСТАВЛЯЕТ 50%, ПРИЧЕМ ПОРАЖАЮТСЯ ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КЛЕТКИ. МЕТАСТАЗЫ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НЕОБХОДИМО УДАЛЯТЬ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ С НАЗНАЧЕНИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.**

ЛЕЧЕНИЕ

- **ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗИСТО-КИСТОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ШИРОКОМ ИССЕЧЕНИИ ОПУХОЛИ ВМЕСТЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ ТКАНЯМИ, НО ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ ИЗ-ЗА СКЛОННОСТИ К ПЕРИНЕВРАЛЬНОМУ РАСПРОСТРАНЕНИЮ. МЕНЕЕ ВЕРОЯТНО, ЧТО ПОТРЕБУЕТСЯ ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ПОСКОЛЬКУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПО ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ РЕЖЕ. НЕСМОТРЯ НА ДОВОЛЬНО ХОРОШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ 5- И 10-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ, СЛЕДУЕТ ОТМЕТИТЬ МЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ 15- И 20-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ, ПОСКОЛЬКУ У МНОГИХ ПАЦИЕНТОВ РАЗВИВАЮТСЯ ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ. МЕТАСТАЗЫ В ЛЕГКИХ И ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАСТО, ХОТЯ И ПРОИСХОДЯТ ЧЕРЕЗ МНОГО ЛЕТ (КАК ПРАВИЛО, ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ И БОЛЕЕ) ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ.**

ПРОГНОЗ.

- **Доброкачественные опухоли обычно успешно поддаются лечению, однако полиморфная аденома способна рецидивировать. Прогноз при лечении злокачественных новообразований слюнных желёз хуже - лечение при карциномах достигается у 20—25% больных, рецидивы возникают у 4—44% больных, метастазы в регионарные лимфоузлы — у 47—50%. Прогноз у злокачественных опухолей подчелюстных слюнных желез хуже, чем околоушных.**