



Опухоль Уортина у мужчины с длительным стажем табакокурения: клинический случай

Н.И. Маковская^{1, 2*}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Диагностика новообразований слюнных желез остается одной из наиболее сложных проблем в челюстно-лицевой хирургии ввиду исключительного гистологического разнообразия опухолей этой локализации и отсутствия патогномичных симптомов на начальных этапах их развития. Особую значимость данной проблеме придает наблюдаемая тенденция к росту заболеваемости. Среди доброкачественных образований аденолимфома (опухоль Уортина) стабильно занимает второе место по частоте встречаемости. Важным модифицируемым фактором риска ее развития, как демонстрирует представленное клиническое наблюдение, является длительное табакокурение. **Описание клинического случая.** Пациент 57 лет обратился с жалобами на медленно растущее образование на правой боковой поверхности шеи, которое он отметил примерно за три года до визита. Важным элементом анамнеза был длительный стаж курения – более 20 лет, с интенсивностью – пачка сигарет в сутки. При осмотре выявлено объемное образование размером около 4 x 3 x 6 см, плотноэластической консистенции, безболезненное и подвижное относительно окружающих тканей. В ходе комплексного обследования, включавшего УЗИ и МРТ шеи с контрастированием, было идентифицировано четко очерченное образование, тесно прилегающее к нижнему полюсу околоушной слюнной железы. Диагноз был верифицирован с помощью трепан-биопсии, при гистологическом исследовании биоптата была диагностирована цистаденома с характерной лимфоидной стромой. Пациенту было выполнено радикальное хирургическое удаление опухоли. Операционный период протекал без особенностей, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Макропрепарат был представлен кистозной опухолью с фиброзной капсулой. При микроскопическом исследовании кистозная полость была выстлана двуслойным онкоцитарным эпителием, формирующим разветвленные папиллярные структуры, вдающиеся в просвет кисты. В толще фиброзной стенки опухоли определялись плотные лимфоидные инфильтраты с формированием четких герминативных центров. Окончательное патоморфологическое исследование операционного материала подтвердило диагноз «аденолимфома» (опухоль Уортина). **Заключение.** Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует классическое течение опухоли Уортина. Случай подчеркивает критическую важность комплексного подхода к диагностике, сочетающего современные методы визуализации и обязательное морфологическое исследование, которое является золотым стандартом верификации подобных процессов. Данный пример также наглядно демонстрирует устойчивую связь между длительным стажем табакокурения и развитием данной патологии, что указывает на необходимость тщательного сбора соответствующего анамнеза и проведения активной разъяснительной работы с пациентами о важности отказа от курения как с целью первичной профилактики, так и для снижения риска рецидивирования.

Ключевые слова: аденолимфома, опухоль Уортина, опухоли слюнных желез, табакокурение, околоушная слюнная железа, МРТ, трепан биопсия

Для цитирования: Маковская НИ. Опухоль Уортина у мужчины с длительным стажем табакокурения: клинический случай. *Пародонтология*. 2026;31(1):111-119. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2026-1177>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Маковская Нина Игоревна, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, 191015, ул. Кирочная, д. 41, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация. Для переписки: mogand830320@mail.ru, +7-911-183-74-69

Конфликт интересов: Автор декларирует отсутствие конфликта интересов.

Благодарности: Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Благодарит заведующего патологоанатомическим отделением к. м. н. Самусенко Игоря Алексеевича, врача-онколога Костину Елену Ивановну, заведующего отделением отоларингологии и челюстно-лицевой хирургии Кочергина Геннадия Александровича.

Warthin tumor in a patient with a long-term smoking history: a clinical case report

N.I. Makovskaya^{1,2*}

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation

²All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine named after A.M. Nikiforova, Saint Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. The diagnosis of salivary gland neoplasms remains one of the most challenging problems in oral and maxillofacial surgery because of the marked histological diversity of these tumors and the lack of pathognomonic clinical features at early stages. This issue is further aggravated by the increasing incidence of salivary gland tumors. Among benign salivary gland neoplasms, Warthin tumor (adenolymphoma) consistently ranks second in frequency. The present clinical case highlights long-term tobacco smoking as an important modifiable risk factor for the development of this tumor. **Description of a clinical case.** A 57-year-old man presented with a slowly enlarging mass on the right lateral aspect of the neck, which he had first noticed approximately three years earlier. His medical history was notable for long-term tobacco smoking for more than 20 years, with a consumption of one pack of cigarettes per day. Physical examination revealed a painless, firm-elastic mass measuring approximately 4 × 3 × 6 cm and mobile relative to the surrounding tissues. Comprehensive evaluation, including neck ultrasonography and contrast-enhanced magnetic resonance imaging, identified a well-circumscribed lesion closely adjacent to the inferior pole of the parotid gland. The diagnosis was established by core needle biopsy. Histological examination of the biopsy specimen revealed cystadenoma with characteristic lymphoid stroma. The patient underwent radical surgical excision of the tumor. The postoperative course was uneventful, and the wound healed by primary intention. Gross examination demonstrated a cystic tumor enclosed by a fibrous capsule. Microscopic examination showed that the cystic cavity was lined by bilayered oncocytic epithelium forming branching papillary projections into the cyst lumen. Dense lymphoid infiltrates with well-formed germinal centers were identified within the fibrous wall of the tumor. Final histopathological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of Warthin tumor. The histological findings were consistent with the classic microscopic features of Warthin tumor. **Conclusion.** This clinical case illustrates the classic presentation and clinical course of Warthin tumor. It underscores the importance of a comprehensive diagnostic approach integrating modern imaging modalities with mandatory morphologic verification, which remains the gold standard for confirming such lesions. The case also highlights the well-established association between long-term tobacco smoking and the development of this tumor, emphasizing the need for thorough history taking and active patient counseling on smoking cessation for both primary prevention and reduction of recurrence risk.

Keywords: adenolymphoma, Warthin tumor, salivary gland neoplasms, tobacco smoking, parotid gland, magnetic resonance imaging, core needle biopsy

For citation: Makovskaya N.I. Warthin tumor in a patient with a long-term smoking history: a clinical case report. *Parodontologiya*. 2026;32(1):111-119. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2026-1177>

***Corresponding author:** Nina I. Makovskaya, Department of the Maxillofacial and Oral Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, 41 Kirochnaya Str., Saint Petersburg, Russian Federation, 191015. For correspondence: morand830320@mail.ru

Conflict of interests: The author declare no conflict of interests.

Acknowledgments: The author declares that no external funding was received for this study. The author is grateful to Igor A. Samusenko, Cand. Sci. (Med.), Head of Department; Elena I. Kostina, oncologist; and Gennady A. Kochergin, Head of the Department of Otorhinolaryngology and Oral and Maxillofacial Surgery.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика новообразований слюнных желез представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных задач в современной челюстно-лицевой хирургии. Значительные диагностические трудности обусловлены исключительным гистологическим разнообразием опухолей данной локализации, отсутствием патогномоничных клинических и инструментальных признаков на ранних стадиях, а также вариабельностью их

течения [1-3]. Актуальность опухолей околоушных желез всегда присутствует также в связи проведением хирургического лечения, сопряженного с вероятностью осложнений, как, например, в виде травмы ветвей лицевого нерва. Значимость проблемы дополнительно подчеркивается наблюдаемой в последние десятилетия тенденцией к неуклонному росту заболеваемости в данной нозологической группе.

Среди многочисленных доброкачественных опухолей слюнных желез второе по частоте место ста-

бильно занимает аденолимфома околоушной слюнной железы, также известная как опухоль Уортина (Warthin tumor) [2, 3]. Это образование обладает рядом уникальных клинико-морфологических характеристик, отличающих его от других аденом.

История описания данной опухоли является показательным примером поэтапного формирования современного представления о болезни [3]. Впервые подобное образование было описано в 1895 году Хиддербрантом (Hidderbrant) как «боковая киста». Следующий значительный вклад внес Альберт Рот (Albert Roth), который в 1910 году представил научному сообществу два случая опухолей в области шеи, охарактеризовав их как «папиллярные цистаденомы слюнных желез». Однако свое современное название опухоль получила по имени американского патолога Алдред Уортина (Aldred Scott Warthin), который в 1929 году детально описал серию аналогичных случаев и представил ее гистологическую характеристику. Несмотря на то что Уортин не был первым исследователем, столкнувшимся с данной патологией, именно его работы получили широкое признание, что и закрепило эпоним в медицинской терминологии.

Эпидемиологически опухоль Уортина имеет четкую корреляцию с возрастом и курением [4]. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 60 до 70 лет. Важнейшим модифицируемым фактором риска является длительный стаж табакокурения, что подтверждается значительным преобладанием курильщиков среди пациентов с этим диагнозом. Полагают, что канцерогены табачного дыма оказывают тропное воздействие на эпителиальные и лимфоидные элементы протоковой системы желез, провоцируя онкогенез.

В ходе ретроспективного анализа, проведенного Луисом Абарка (Abarca L.) и его коллегами, было установлено, что в анамнезе пациентов с опухолью Уортина достоверно чаще, чем в контрольной группе лиц с кистами слюнных желез, фиксировался значительный стаж курения. Согласно полученным данным, подавляющее число пациентов (71%) пациентов основной группы имели статус активных курильщиков с потреблением не менее одной пачки сигарет в день на протяжении периода, превышающего десять лет [4].

Характерной чертой локализации опухоли является ее расположение в области нижнего полюса околоушной железы, дистальнее основного массива паренхимы, нередко в хвостовой части или даже экстракапсулярно [5].

Важной клинической особенностью опухоли Уортина является склонность к мультифокальному и билатеральному росту. Описаны случаи синхронного или метакронного возникновения нескольких опухолевых узлов в одной железе, а также двустороннего поражения [6], что требует от клинициста тщательного обследования обеих околоушных областей.

Вероятность рецидива при опухоли Уортина повышается вследствие ее мультицентричного роста, который в 20% случаев характерен для аденолимфом, когда новые очаги могут развиваться из оставшейся ткани железы [11].

Клиническое течение опухоли Уортина, как правило, малосимптомное. Пациенты чаще всего обращаются за медицинской помощью в связи с обнаружением безболезненного, медленно прогрессирующего в размерах образования в околоушно-жевательной области или в углу нижней челюсти. Такие симптомы, как болевой синдром или парез лицевого нерва, для классической опухоли Уортина крайне нетипичны и их появление должно настораживать в отношении других, в том числе злокачественных, процессов.

Классическая гистологическая картина опухоли Уортина представляет собой уникальный лимфоэпителиальный симбиоз. Макроскопически это инкапсулированное кистозное образование. Микроскопически выявляются два обязательных компонента: эпителиальный и лимфоидный. Эпителиальный компонент представлен двуслойным эпителием, состоящим из оксифильных клеток – онкоцитов, формирующих папиллярные структуры, вдающиеся в просвет кист. Лимфоидный компонент представлен лимфоидной тканью с формированием герминативных центров (фолликулов), расположенной в строме под эпителиальным слоем [2, 3, 7].

Содержимое кистозных полостей обычно представлено белковым секретом, иногда с примесью слизи или кристаллов холестерина. Сочетание этих элементов – кистозно-папиллярных структур, высланных онкоцитами, и лимфоидной стромы – является патогномоничным для данного вида опухоли [2, 3, 7].

Наши коллеги из Белоруссии выделили три варианта аденолимфомы: мультикистозный, микрокистозный и макрокистозный [7]. Микрокистозный вариант, визуализируемый как солидное образование при УЗИ, гистологически характеризуется наличием микрокист. Это ограничивает информативность предоперационной цитологической диагностики. Мультикистозный вариант ассоциирован с наличием эктопированной ткани слюнной железы во внутриорганных лимфоузлах (20% случаев), что может служить морфологической основой для рецидива. Для макрокистозного варианта типична слабая выраженность тканевого компонента (пристеночные разрастания) и структурная неоформленность капсулы, повышающая риск интраоперационной перфорации.

Несмотря на то что УЗИ является стандартным первичным методом диагностики патологии слюнных желез [2, 3, 7], его возможности в верификации аденолимфом ограничены. Ультразвуковая картина аденолимфом отличалась значительным полиморфизмом и не является патогномоничной. Низкая диагностическая точность УЗИ связана не с квалификацией специалиста, но и с принципиальной

неспособностью метода оценить гистологическую природу образования. Золотым стандартом в дооперационной диагностике признаны морфологические методы [2-7], в первую очередь — тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием. Как показывает опыт, исследование материала тонкоигольной биопсии опухолей слюнных желез дает высокий процент ошибок диагностики ввиду неоднородности структуры большинства новообразований. Информативность также вариабельна, по данным литературы составляя от 60 до 98% [1, 4]. Основные причины ложноотрицательных результатов при аденолиомфмах включают гистологическое многообразие опухолей, ошибки забора материала и субъективность цитологической интерпретации.

В визуализации новообразования также используется КТ и МРТ с контрастированием. МРТ превосходит КТ в области исследования границ опухоли, но радиомические характеристики обоих методов не имеют существенных различий [8].

В литературе описаны случаи диагностики аденолиомфомы с помощью ПЭТ/КТ, сцинтиграфии, МРТ и КТ в рамках мультимодального подхода [9]. Сцинтиграфия демонстрирует высокую диагностическую ценность в визуализации аденолиомфомы, что обусловлено типичной для данной опухоли картиной: интенсивным локальным накоплением радиофармпрепарата в сочетании со слабой реакцией на функциональную стимуляцию. Эта сцинтиграфическая особенность служит важным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить аденолиомфому от других опухолей слюнных желез. Однако в рутинной практике применение такого набора инструментальных исследований избыточно и экономически нецелесообразно.

Оптимальным объемом хирургического лечения аденолиомфомы околоушной железы является перикапсулярное удаление, но применить его можно только при условии ее дооперационной морфологической верификации [10].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

На амбулаторный консультативный прием к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент мужского пола 57 лет с первичными жалобами на медленно растущее объемное образование, локализующееся на латеральной поверхности шеи справа. Со слов пациента, он впервые отметил появление патологического образования приблизительно в 2020 году, однако на тот момент его наличие не вызывало каких-либо субъективных неприятных ощущений, функциональных ограничений или болевого синдрома, в связи с чем за специализированной медицинской помощью он не обращался. Непосредственной причиной для настоящего визита послужил заметный для пациента прогрессирующий рост патологического очага, а также формирование выра-

женного эстетического дефекта, оказывающего влияние на психоэмоциональное состояние пациента.

При визуальном осмотре области шеи определялась четко выраженная асимметрия, обусловленная наличием объемного образования значительных размеров, расположенного в проекции средней трети латеральной поверхности шеи справа. Форма образования была овальной, с визуально определяемыми ровными и четкими контурами. Кожные покровы над образованием были не изменены, гиперемии, локальной гипертермии или изъязвлений не отмечалось.

При проведении пальпаторного исследования было идентифицировано образование плотноэластической консистенции, с ровной и гладкой поверхностью, размерами примерно 40 x 30 x 65 мм. Образование было четко отграничено от окружающих тканей, не спаяно с кожными покровами и подлежащими анатомическими структурами. Пальпация не вызывала у пациента болезненных ощущений. При обследовании регионарных лимфатических узлов (поднижнечелюстные, передние и задние шейные группы) признаков лимфаденопатии выявлено не было.

Важным элементом сбора общего анамнеза явились данные о длительном стаже табакокурения — более 20 лет, с интенсивностью потребления более 20 сигарет в сутки, что было отмечено как значимый модифицируемый фактор риска.

Среди коморбидных состояний, имеющих потенциальное влияние на течение послеоперационного периода, было зафиксировано нарушение толерантности к глюкозе.

В рамках предоперационного обследования и уточнения характера патологического процесса пациенту был проведен комплекс инструментальных исследований.

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей шеи. На правой боковой поверхности шеи визуализируется гипоехогенное объемное образование размером 40 x 32 x 60 мм. Отмечается четкая дифференциация образования от окружающих тканей, отсутствие признаков инвазии в подкожную жировую клетчатку и кожу.

2. Магнитно-резонансная томография (МРТ) шеи с контрастным усилением. При проведении МРТ-сканирования на правой боковой поверхности шеи, непосредственно под подкожной мышцей (*m. platysma*) на глубине около 5 мм, было выявлено четко очерченное образование овальной формы, с ровными контурами, размерами 38 x 32 x 64 мм (рис. 1).

Образование тесно прилегало к нижнему полюсу околоушной слюнной железы и располагалось позади ветви нижней челюсти. Отмечалось его смещающее воздействие на окружающие структуры: образование оттесняло к медиальной стороне и умеренно компримировало грудино-ключично-сосцевидную мышцу. Также выявлено тесное прилегание образования к ходу правой лицевой артерии и близкое расположение к стенке правой внутренней сонной артерии

(BCA). При оценке состояния лимфатического аппарата шеи были визуализированы поверхностные и глубокие лимфоузлы размерами до 7-8 мм по короткой оси, что не превышало референсные значения.

На амбулаторном этапе пациент проконсультирован онкологом. Для определения гистологической структуры образования и выработки дальнейшей лечебной тактики было принято решение о проведении инвазивной диагностической процедуры – трепан-биопсии. Предоперационная гистологическая верификация является неотъемлемым компонентом предоперационного обследования, позволяющим перейти от предположительного диагноза к верифицированному и сформировать индивидуализированную и патогенетически обоснованную тактику лечения пациента.

Под местной инфильтрационной анестезией раствором лидокаина 0,5% в объеме 1,0 мл, после стандартной предоперационной обработки операционного поля антисептическими средствами, была выполнена пункционная биопсия образования с использованием иглы гильотинного типа GBL 14G x 10. Взятый образец ткани был направлен на патоморфологическое исследование.

При гистологическом исследовании биоптата была диагностирована цистаденома. Микроскопическая картина была представлена фрагментами опухолевой ткани железисто-сосочкового строения. Характерной особенностью была выстилка из онкоцитов – эпителиальных клеток с выраженной эозинофилией цитоплазмы. В прилежащей строме отмечалась значительная лимфоидная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов (рис. 3, 4).

На основании данных клинической картины, инструментальных и гистологических исследований было показано хирургическое лечение. Пациент был госпитализирован в отделение отоларингологии и челюстно-лицевой хирургии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова ВЦЭРМ имени А. М. Никифорова МЧС России, где в условиях эндотрахеального наркоза было произведено радикальное удаление новообразования боковой поверхности шеи справа. Выполнен линейный разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки и платизмы. Новообразование выделено тупым и острым путем, мобилизовано. Полностью удалено в пределах здоровых тканей и отправлено на плановое гистологическое исследование. На протяжении операции проводился адекватный гемостаз. В рану установлен перчаточный дренаж. Послойное ушивание раны завершило оперативный этап. Наложена асептическая повязка. Дренаж удален на вторые послеоперационные сутки.

Послеоперационный период протекал гладко. Состояние пациента при выписке из стационара характеризовалось как удовлетворительное. Была проведена подробная разъяснительная беседа с пациентом о критической важности отказа от курения,

как одного из ведущих установленных этиологических факторов в развитии данного типа новообразований, а также как значимого фактора, повышающего риск рецидивирования патологического процесса в отдаленном периоде.

Проведено гистологическое исследование всего операционного материала (рис. 2).

Макропрепарат был представлен кистозной опухолью с фиброзной капсулой.

При микроскопическом исследовании кистозная полость была выстлана двуслойным онкоцитарным эпителием, формирующим разветвленные папиллярные структуры, вдающиеся в просвет кисты (рис. 3-6).

Эпителиальный компонент представлен из внешних столбчатых и внешних кубовидных клеток (рис. 7).

Были выполнены иммуногистохимические исследования с цитокератином 7 и антителами к p63 (рис. 8-11).

На основании совокупности микроскопических и иммуногистохимических характеристик был выставлен окончательный диагноз: «внежелезистая аденолимфома» (опухоль Уортина).

Диагностический процесс при подозрении на онкологический процесс в слюнных железах представляет собой комплексный многоэтапный подход, основанный на последовательном применении клинических, инструментальных и морфологических методов. Особое внимание в клинической практике следует уделять сбору анамнеза, в рамках которого необходимо детально анализировать все жалобы пациента и историю развития патологического образования. Важно отметить, что одним из значимых модифицируемых факторов риска, в частности для развития такой опухоли, как аденолимфома околоушной железы (опухоль Уортина), является длительное табакокурение. Особенно это касается пациентов со стажем курения более десяти лет, у которых вероятность возникновения данной нозологии существенно возрастает. Согласно результатам исследования, проведенного А. И. Пачесом, курение является значимым фактором риска развития аденолимфомы (опухоли Уортина), ассоциированным восьмикратным повышением вероятности ее возникновения [11]. Представленный нами клинический случай иллюстрирует эти данные. Наш пациент – курильщик с более чем десятилетним стажем курения пачки сигарет в день.

Первичным и фундаментальным этапом диагностики служит физикальное обследование. Оно подразумевает тщательный визуальный осмотр и детальную пальпацию не только самого выявленного образования, но и окружающих его тканей, а также всех доступных групп регионарных лимфатических узлов для оценки их размеров, консистенции, подвижности и болезненности.

Следующим, не менее важным, шагом является морфологическая верификация диагноза, без которой невозможно определение дальнейшей тактики ведения пациента. С этой целью выполняется ци-

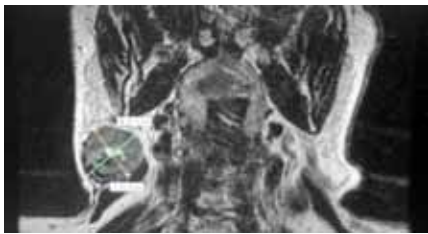


Рис. 1. Магнито-резонансная томограмма четко очерченного образования овальной формы, содержащая кистозные включения и мелкие кальцинаты, прилежащего к нижнему контуру околоушной слюнной железы (источник: составлено авторами)
Fig. 1. Magnetic resonance image showing a well-circumscribed oval lesion with cystic components and small calcifications adjacent to the inferior border of the parotid gland (Sources: compiled by the author)



Рис. 2. Удаленный макропрепарат инкапсулированного плотноэластичного образования 6,5 x 4,5 x 4 см (источник: составлено авторами)
Fig. 2. Gross specimen of an excised encapsulated mass, firm-elastic in consistency, measuring 6.5 x 4.5 x 4.0 cm (Sources: compiled by the author)

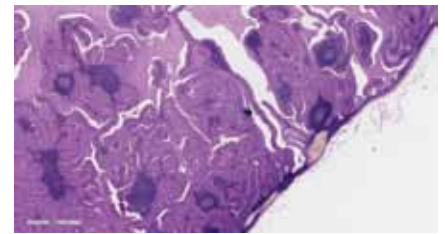


Рис. 3. Опухоль Уортина (аденолимфома) сосочкового строения с лимфоидной инфильтрацией стромы. Прилежащая жировая ткань. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x100 (источник: составлено авторами)
Fig. 3. Warthin tumor (adenolymphoma) with papillary architecture and lymphoid stromal infiltration. Adjacent adipose tissue. Hematoxylin and eosin stain. Original magnification x100 (Sources: compiled by the author)

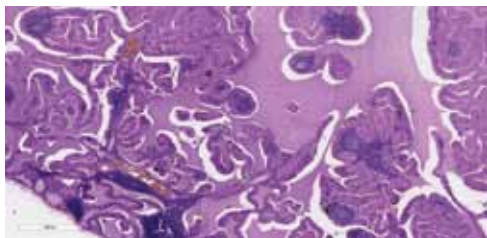


Рис. 4. Опухоль Уортина с серозным содержимым в просвете кисты. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x100 (источник: составлено авторами)
Fig. 4. Warthin tumor with serous material in the cyst lumen. Hematoxylin and eosin stain. Original magnification x100 (Sources: compiled by the author)

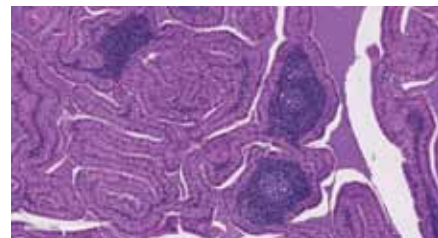


Рис. 5. Опухоль Уортина. Сосочки выстланы двухслойным эпителием онкоцитарного типа, в строме лимфоидные фолликулы с гиперплазией. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x200 (источник: составлено авторами)
Fig. 5. Warthin tumor. Papillae lined by bilayered oncocytic epithelium with stromal lymphoid follicles showing hyperplasia. Hematoxylin and eosin stain. Original magnification x200 (Sources: compiled by the author)

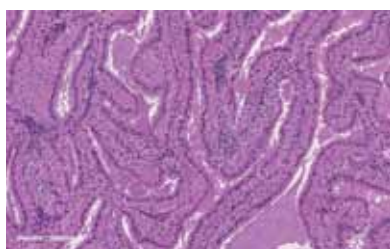


Рис. 6. Опухоль Уортина. Сосочки выстланы двухслойным эпителием онкоцитарного типа, в строме лимфоидные фолликулы с гиперплазией, а также есть единичные лимфоидные скопления без признаков гиперплазии. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x200 (источник: составлено авторами)
Fig. 6. Warthin tumor. Papillae lined by bilayered oncocytic epithelium with stromal lymphoid follicles showing hyperplasia, as well as isolated lymphoid aggregates without hyperplastic changes. Hematoxylin and eosin stain. Original magnification x200 (Sources: compiled by the author)

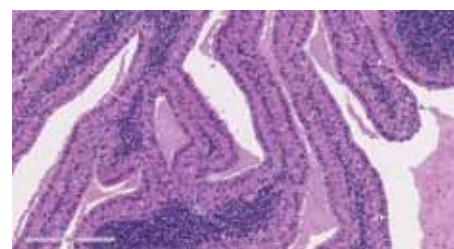


Рис. 7. Опухоль Уортина. Эпителий представлен в просветной части столбчатыми онкоцитарными клетками с ядрами в виде частокола, расположенных в центре или на апикальном полюсе. Ниже расположены базалоидные кубические клетки. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x200 (источник: составлено авторами)
Fig. 7. Warthin tumor. The luminal epithelial layer is composed of columnar oncocytic cells with palisaded nuclei located centrally or at the apical pole; the underlying layer is composed of basaloid cuboidal cells. Hematoxylin and eosin stain. Original magnification x200 (Sources: compiled by the author)

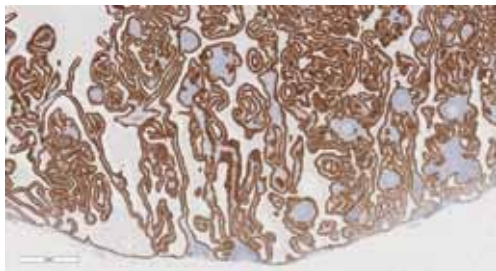


Рис. 8. Опухоль Уортина. Иммуногистохимическое исследование с антителами к цитокератину 7. Диффузное окрашивание онкоцитарного эпителия сосочков. Ув. x100 (источник: составлено авторами)

Fig. 8. Warthin tumor. Immunohistochemical staining for cytokeratin 7 showing diffuse positivity in the oncocytic epithelium of the papillae. Original magnification $\times 100$ (Sources: compiled by the author)

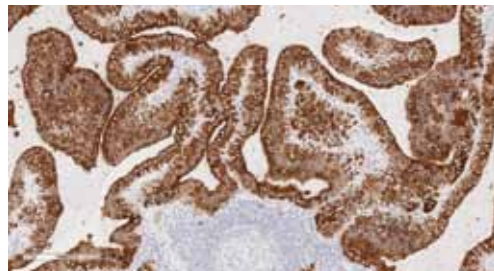


Рис. 9. Опухоль Уортина. Иммуногистохимическое исследование с антителами к цитокератину 7. Диффузное окрашивание онкоцитарного эпителия сосочков. Ув. x200 (источник: составлено авторами)

Fig. 9. Warthin tumor. Immunohistochemical staining for cytokeratin 7 showing diffuse positivity in the oncocytic epithelium of the papillae. Original magnification $\times 200$ (Sources: compiled by the author)

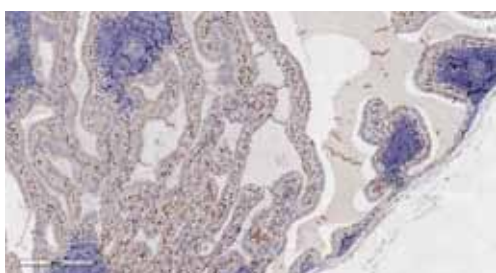


Рис. 10. Опухоль Уортина. Иммуногистохимическое исследование с антителами к p63. Диффузное окрашивание базалоидного кубического эпителия сосочков. Ув. x100 (источник: составлено авторами)

Fig. 10. Warthin tumor. Immunohistochemical staining for p63 showing diffuse positivity in the basaloid cuboidal epithelium of the papillae. Original magnification $\times 100$ (Sources: compiled by the author)

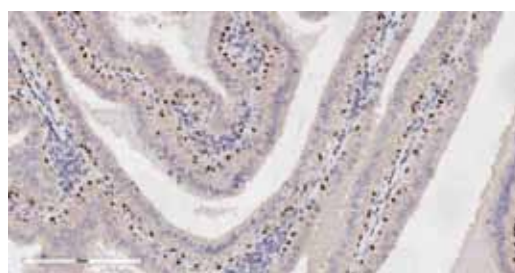


Рис. 11. Опухоль Уортина. Иммуногистохимическое исследование с антителами к p63. Диффузное окрашивание базалоидного кубического эпителия сосочков. Ув. x200 (источник: составлено авторами)

Fig. 11. Warthin tumor. Immunohistochemical staining for p63 showing diffuse positivity in the basaloid cuboidal epithelium of the papillae. Original magnification $\times 200$ (Sources: compiled by the author)

тологическое исследование клеточного материала, получаемого при помощи тонкоигольной аспирационной биопсии. В качестве альтернативных или уточняющих методов забора тканей могут применяться трепан-биопсия, кор-биопсия, а также инцизионная или эксцизионная биопсия. Данные вмешательства могут проводиться как на первичной опухоли. Увеличенные или клинически подозрительные лимфатические узлы рекомендуется исследовать на материале эксцизионной биопсии. Окончательное подтверждение диагноза и установление гистологического типа новообразования осуществляется в ходе патолого-анатомического исследования биопсийного или всего операционного материала, полученного из тканей пораженной слюнной железы.

Инструментальная диагностика занимает ключевую позицию в определении локализации и распространенности опухолевого процесса. Всем пациентам с подозрением на новообразование слюнных желез в качестве первоочередного и высокоинформативного скринингового метода настоятельно рекомендуется выполнение ультразвукового исследования мягких тканей лица, дна полости рта и лимфатических узлов шеи. Сочетание УЗИ с одно-

временной тонкоигольной аспирационной биопсией подозрительных очагов позволяет не только провести их верификацию, но и определить стадию заболевания. В ситуациях местно-распространенного онкологического процесса, при наличии клинических подозрений на инвазию опухоли в костные структуры, такие как нижняя или верхняя челюсть, либо основание черепа, рекомендуется проведение более детальных методов визуализации. К ним относятся компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) лицевого отдела черепа с обязательным внутривенным контрастным усилением. Эти исследования являются незаменимыми для исключения или подтверждения вовлечения указанных анатомических структур в опухолевый процесс. В наиболее сложных диагностических случаях, а также для оценки общего объема поражения может быть применена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ).

Следует подчеркнуть, что основным и радикальным методом лечения истинных опухолей слюнных желез, включая опухоль Уортинга, на сегодняшний день является хирургическое вмешательство. Объем и характер

операции определяются строго индивидуально, исходя из гистологического типа новообразования, стадии заболевания и общего состояния пациента.

Этот клинический случай вновь указывает на критическую роль медицинского сообщества в формировании здоровых привычек у населения. Каждый врач – будь то стоматолог, челюстно-лицевой хирург или специалист другого профиля – обязан не только рекомендовать отказ от курения, но и демонстрировать приверженность этому принципу на личном примере.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом случае демонстрируется классическое течение опухоли Уортина – доброкачественного новообразования, наиболее часто ассоциированного с околоушной слюнной железой, но в редких случаях встречающегося и экс-

трагландулярно. Диагноз был верифицирован комплексно, с применением современных методов визуализации и обязательным морфологическим исследованием, что является золотым стандартом в диагностике объемных процессов челюстно-лицевой области и шеи. Правильный и в деталях собранный анамнез не только является звеном диагностики, но и вносит дополнительный вклад, а в случае опухоли Уортина подтверждает роль длительного курения табака, как одного из ведущих предрасполагающих факторов развития новообразования. Данное наблюдение подтверждает необходимость активной пропаганды здорового образа жизни и отказа от курения со стороны всех медицинских работников, включая врачей первичного звена, стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Ключевым элементом такой пропаганды является личный пример – отсутствие табачной зависимости у самого специалиста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьмина ЕВ, Сотникова МВ, Боровой ВН, Наконечный ДА. Проблемы диагностики новообразований слюнных желез. *Клиническая стоматология*. 2023;26(3):60-69.

http://dx.doi.org/10.37988/1811-153X_2023_3_60

2. Кузьмина ЕВ, Сотникова МВ, Наконечный ДА. Проблемы дооперационной диагностики аденолимфомы околоушной слюнной железы. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2023;22(3):286-291.

<https://doi.org/10.37903/vsgma.2023.3.39>

3. Тараканова ОВ, Славнова ЕН, Семенова АБ. Дифференциальная цитологическая диагностика опухоли Уортина. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2024;69(5):195-205.

<https://doi.org/10.51620/0869-2084-2024-69-5-195-205>

4. Abarca L, Green LK, Wang RY, Sandulache VC, Hernandez DJ. Tobacco exposure linked to Warthin's tumor being the most common benign parotid neoplasm in Veterans: A retrospective cohort study. *Science Progress*. 2025;108(4).

<https://doi.org/10.1177/00368504251399563>

5. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Surgical treatment strategy in Warthin tumor of the parotid gland. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(5):546-550.

<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.04.004>

6. Chauhan N, Gupta P, Dhingani G, Shah T, Ghosh L. Removal of Synchronous Bilateral Warthin's Tumor in a Single sitting: A Case Report. *Indian J Otolaryngol Head*

Neck Surg. 2024;76(6):6018-6020.

<https://doi.org/10.1007/s12070-024-05060-5>

7. Дударева И.В. Диагностика аденолимфомы околоушной железы: корреляция результатов предоперационной ультразвуковой диагностики и гистологического исследования удаленных опухолей. *Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук*. 2017;(3):107-110. Режим доступа:

<https://vestimed.belnauka.by/jour/article/view/391/385>

8. Liu Y, Zheng J, Lu X, Wang Y, Meng F, Zhao J, et al. Radiomics-based comparison of MRI and CT for differentiating pleomorphic adenomas and Warthin tumors of the parotid gland: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021;131(5):591-599.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.01.014>

9. Cheon M, Yi H, Kim I. Multimodality Imaging of Warthin's Tumor: PET/CT, Scintigraphy, MRI, and CT. *Diagnostics*. 2025;15(21):2666.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics15212666>

10. Bonavolontà P, Germano C, Committeri U, Orabona GD, Piombino P, Abbate V, et al. Surgical management of Warthin tumor: long-term follow-up of 224 patients from 2002 to 2018. *Oral Maxillofac Surg*. 2024;28(1):131-136.

<https://doi.org/10.1007/s10006-023-01156-4>

11. Chedid HM, Rapoport A, Aikawa KF, Menezes Ados S, Curioni OA. Warthin's tumor of the parotid gland: study of 70 cases. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(2):90-94.

<https://doi.org/10.1590/s0100-69912011000200004>

REFERENCES

1. Kuz'mina E.V., Sotnikova M.V., Borovoj V.N., Nakonechnyi D.A. Issues of salivary glands neoplasms diagnosis. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2023;26(3):60-69 (In Russ.).

http://dx.doi.org/10.37988/1811-153X_2023_3_60

2. Kuz'mina E.V., Sotnikova M.V., Nakonechnyi D.A. Problems of preoperative diagnosis of adenolymphoma of parotid salivary gland. *Vestnik of the Smolensk State Medical Academy*. 2023;22(3):286-291 (In Russ.).

<https://doi.org/10.37903/vsgma.2023.3.39>

3. Tarakanova O.V., Slavnova E.N., Semenova A.B. Differential cytological diagnosis of Warthin's tumor. *Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika (Russian Clinical Laboratory Diagnostics)*. 2024;69(5):195-205 (In Russ.).
<https://doi.org/10.51620/0869-2084-2024-69-5-195-205>

4. Abarca L, Green LK, Wang RY, Sandulache VC, Hernandez DJ. Tobacco exposure linked to Warthin's tumor being the most common benign parotid neoplasm in Veterans: A retrospective cohort study. *Science Progress*. 2025;108(4).
<https://doi.org/10.1177/00368504251399563>

5. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Surgical treatment strategy in Warthin tumor of the parotid gland. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85(5):546-550.
<https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.04.004>

6. Chauhan N, Gupta P, Dhingani G, Shah T, Ghosh L. Removal of Synchronous Bilateral Warthin's Tumor in a Single sitting: A Case Report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024;76(6):6018-6020.
<https://doi.org/10.1007/s12070-024-05060-5>

7. Dudareva I.V. Adenolymphoma of the parotid gland: correlation of the results of pre-operative ultrasound diagnostics and histological research of removed

tumors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of Belarus, Medical series*. 2017;(3):107-110 (In Russ.).

<https://vestimed.belnauka.by/jour/article/view/391/385>
 8. Liu Y, Zheng J, Lu X, Wang Y, Meng F, Zhao J, et al. Radiomics-based comparison of MRI and CT for differentiating pleomorphic adenomas and Warthin tumors of the parotid gland: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021;131(5):591-599.
<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.01.014>

9. Cheon M, Yi H, Kim I. Multimodality Imaging of Warthin's Tumor: PET/CT, Scintigraphy, MRI, and CT. *Diagnostics*. 2025;15(21):2666.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics15212666>
 10. Bonavolontà P, Germano C, Committeri U, Orabona GD, Piombino P, Abbate V, et al. Surgical management of Warthin tumor: long-term follow-up of 224 patients from 2002 to 2018. *Oral Maxillofac Surg*. 2024;28(1):131-136.

<https://doi.org/10.1007/s10006-023-01156-4>
 11. Chedid HM, Rapoport A, Aikawa KF, Menezes Ados S, Curioni OA. Warthin's tumor of the parotid gland: study of 70 cases. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(2):90-94.
<https://doi.org/10.1590/s0100-69912011000200004>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Автор, ответственный за связь с редакцией

Маковская Нина Игоревна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, челюстно-лицевой хирург Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: morand830320@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Corresponding author:

Nina I. Makovskaya, DDS, PhD, Associate Professor, Department of the Maxillofacial and Oral Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Maxillofacial Surgeon, All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine named after A. M. Nikiforova EMERCOM of Russia, Saint Petersburg, Russian Federation.

For correspondence: morand830320@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

Поступила / Article received 29.12.2025

Поступила после рецензирования / Revised 30.01.2026

Принята к публикации / Accepted 16.02.2026

Вклад авторов в работу. Маковская Н. И. подтверждает соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласен принять на себя ответственность за все аспекты работы.

Authors' contribution. N. I. Makovskaya confirm that their contributions comply with the international ICMJE criteria and agree to take responsibility for all aspects of the work.