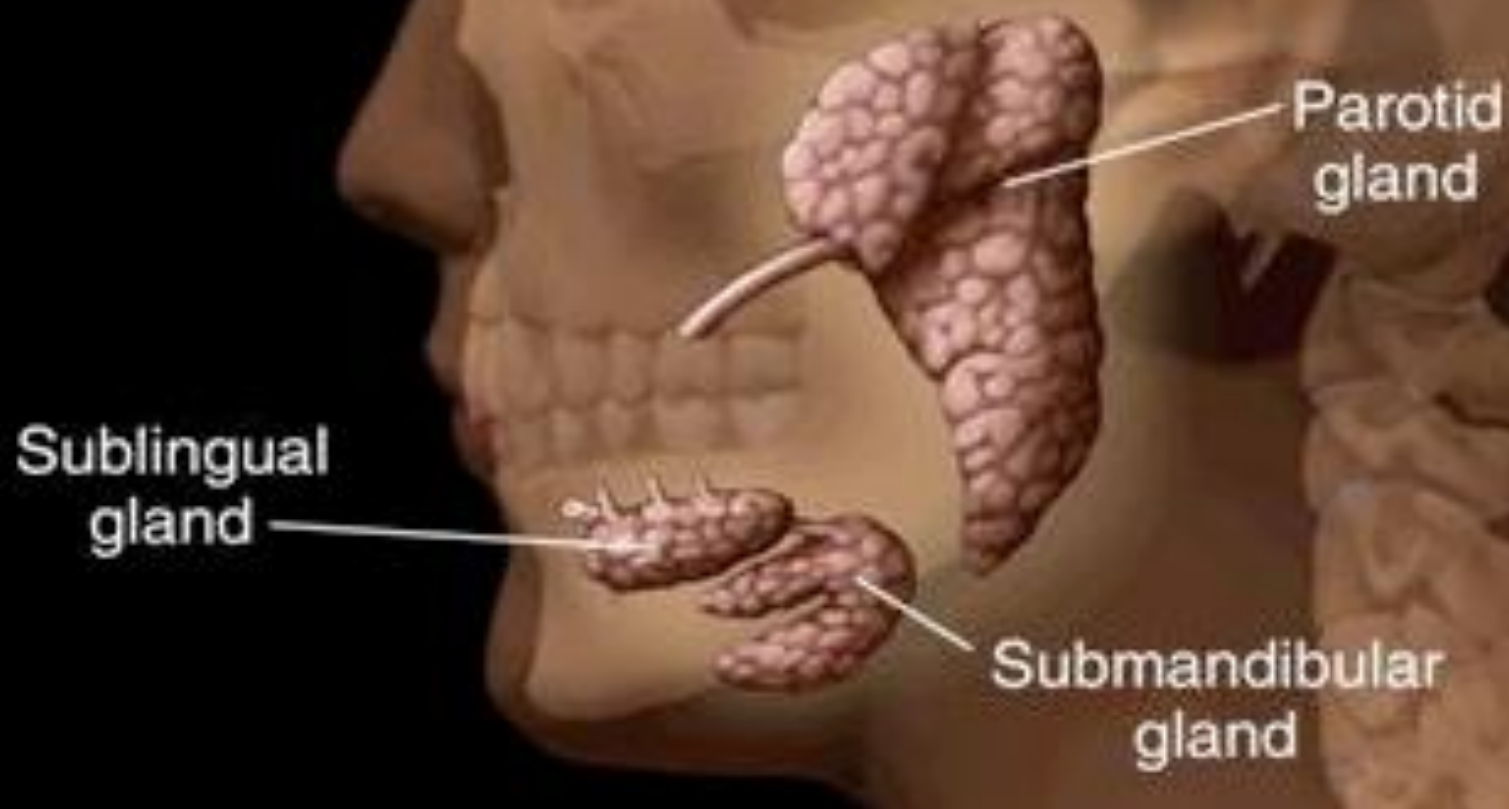


Salivary Glands



Болезни слюнных желез.

Микропрепараты:

№ ОР32. Мукоцеле слюнной железы. (Окраска Г-Э.).

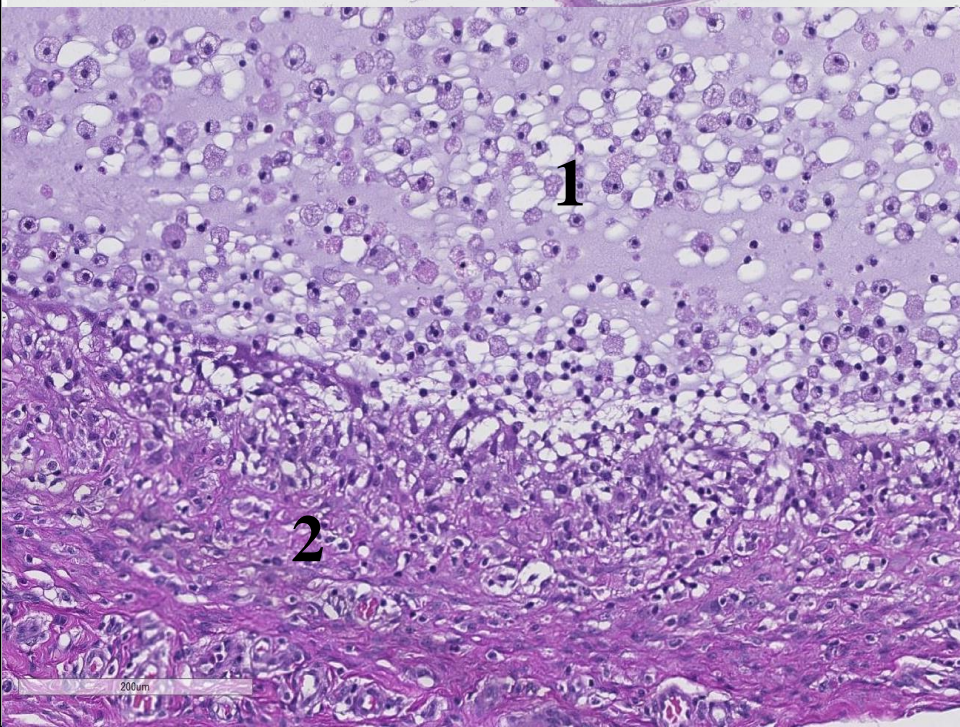
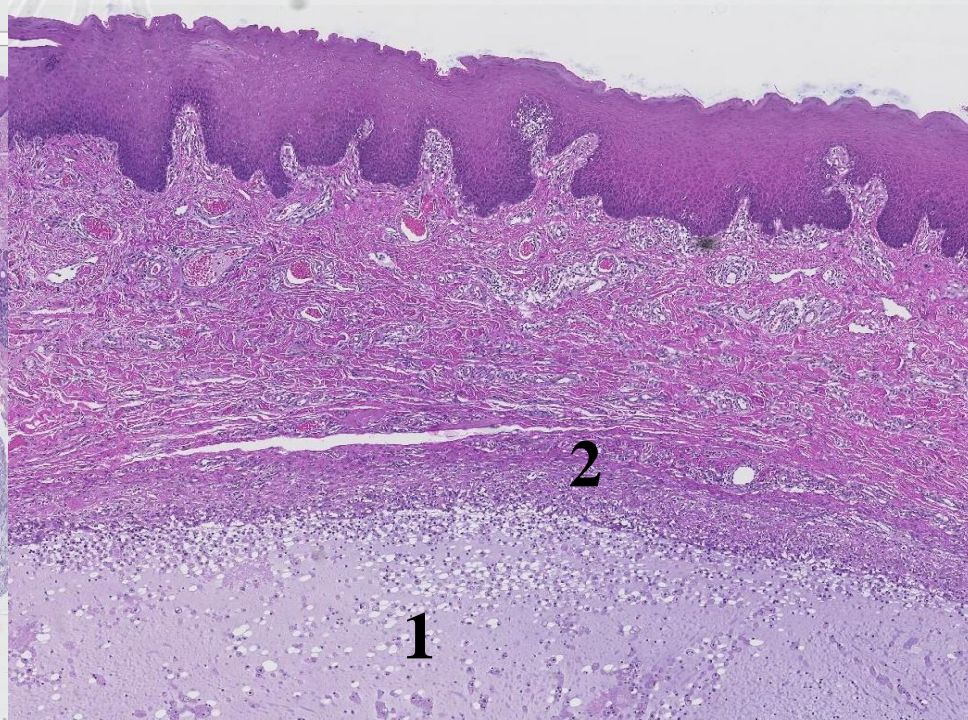
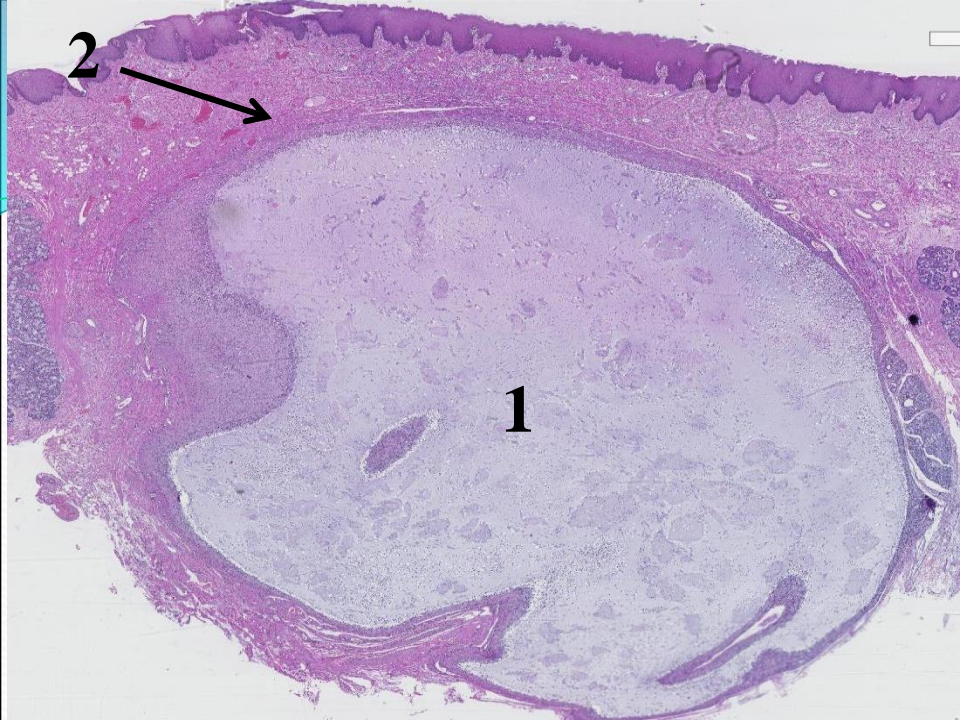
Обозначения:

1. Муцинозный материал с макрофагами.
2. Фиброзная капсула.

Микроскопически, в соединительной ткани слизистой оболочки полости рта или в подслизистой оболочке наблюдается базофильный слизистый материал, в котором плавают макрофаги с пенистой цитоплазмой и который окружен грануляционной тканью, которая со временем превращается в фиброзную капсулу. Поскольку слизистая оболочка не ограничена эпителием, киста не является истиной (псевдокиста).

Макроскопически, представляет собой четко разграниченные, флуктуирующий узел, который выступает на поверхность, с размерами от 1 миллиметра до нескольких сантиметров с гладкой, прозрачной, голубоватой поверхностью.

Мукоцеле встречается в малых слюнных железах, чаще всего на нижней губе, но также может возникать в слизистой оболочке вентральной части языка, как и в подъязычной области, практически везде, где есть малые слюнные железы. Встречается в основном у детей и молодых людей. Развивается из-за нарушения непрерывности слюнного протока, чаще всего после травмы, что приводит к выделению продукта секреции в окружающую строму.



№ ОР32. Мукоцеле слюнной железы.
(Окраска Г-Э.).

№ ОР35. Синдром Шегрена. (Окраска Г-Э.).

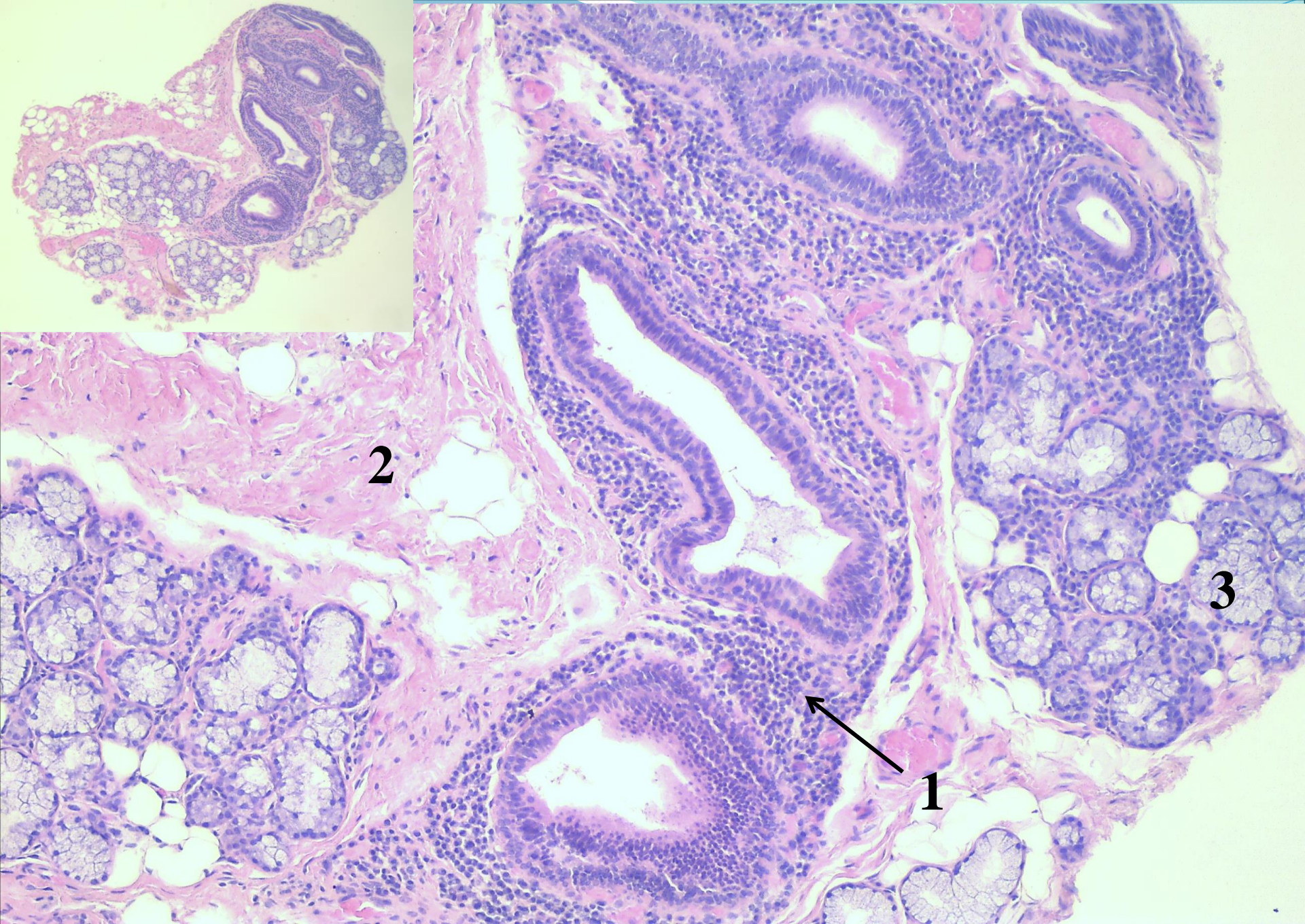
Обозначения:

1. Лимфоидный инфильтрат.
2. Интерстициальный фиброз.
3. Атрофированные слюнные ацинусы.

Микроскопически, наблюдается диффузный воспалительный лимфоцитарный инфильтрат, который вызывает деструкцию слюнных ацинусов. Тем не менее, эпителий протоков сохраняется в виде островков, окруженных миоэпителиальными клетками, эти острова называют эпимиоэпителиальными островками. Биопсия малых слюнных желез из нижней губы является важным элементом в диагностике синдрома Шегрена, поскольку позволяет выявлять обильный воспалительный лимфо-плазмоцитарный инфильтрат, таким образом, избежать биопсии пораженной большой слюнной железы.

Синдром Шегрена является системным, хроническим аутоиммунным заболеванием, которое в основном поражает слюнные и слезные железы, поэтому ассоциируется с ксеростомией и ксерофтальмией. Встречается особенно у взрослых женщин (первые симптомы появляются в возрасте около 50 лет) и чаще поражает околоушную железу. Клинически у пациентов наблюдается двусторонняя и симметричная набухание. Вследствие ксеростомии (вызванной снижением секреции слюны), развивается множественный кариес, поражения периодонта, а также кандидозные инфекций полости рта. Из-за ксерофтальмии (вызванной снижением слезной секреции) возникает керато-конъюнктивит.

У пациентов с синдромом Шегрена, риск развития лимфомы слюнной железы повышен.



№ ОР35. Синдром Шегрена. (Окраска Г-Э.).

№ 202. Аденолимфома (опухоль Уортина (Warthin)) околоушной железы.

(Окраска Г-Э.).

Обозначения:

1. Папиллярные структуры покрытые столбчатым эпителием.
2. Строма с выраженным лимфоцитарным инфильтратом.
3. Кистозные пространства.

Микроскопически, опухоль имеет на периферии капсулу и состоит из кистозных пространств, ограниченных двухслойным эпителием, в некоторых местах с папиллярными разрастаниями. В окружающей строме имеется лимфоидная ткань. Эпителий представлен в просветной части столбчатыми онкоцитарными клетками с ядрами в виде частокола, расположенных в центре или на апикальном полюсе. Цитоплазма клеток интенсивно эозинофильная, мелкозернистая, с четко выраженными клеточными границами. Зернистый вид обусловлен высоким содержанием в митохондриях. Просвет кист содержит характерный секрет с клеточным детритом и тельцами, похожими на амилоидные тельца. Ниже и между столбчатыми клетками находятся базалоидные кубические клетки, с везикулярным ядром. Эпителий образует папиллы различных размеров и форм, ориентированные в просвет кисты. Фиброзно-сосудистая соединительная ткань образует строму сосочков и содержит обильную лимфоидную ткань, состоящую из мелких однородных лимфоцитов. Соотношение между эпителиальными и лимфоидными элементами варьируется от одной опухоли к другой или даже в одной и той же опухоли.

Макроскопически, опухоль имеет сферическую или яйцевидную форму, хорошо ограничена толстой капсулой, если не воспалена, с размерами 2-4 сантиметра или больше. На поверхности среза появляются многочисленные кисты с коричневым, прозрачным или слизистым содержимым.



№ 202. Аденолимфома (опухоль Уортина (Warthin)) околоушной железы. (Окраска Г-Э.).

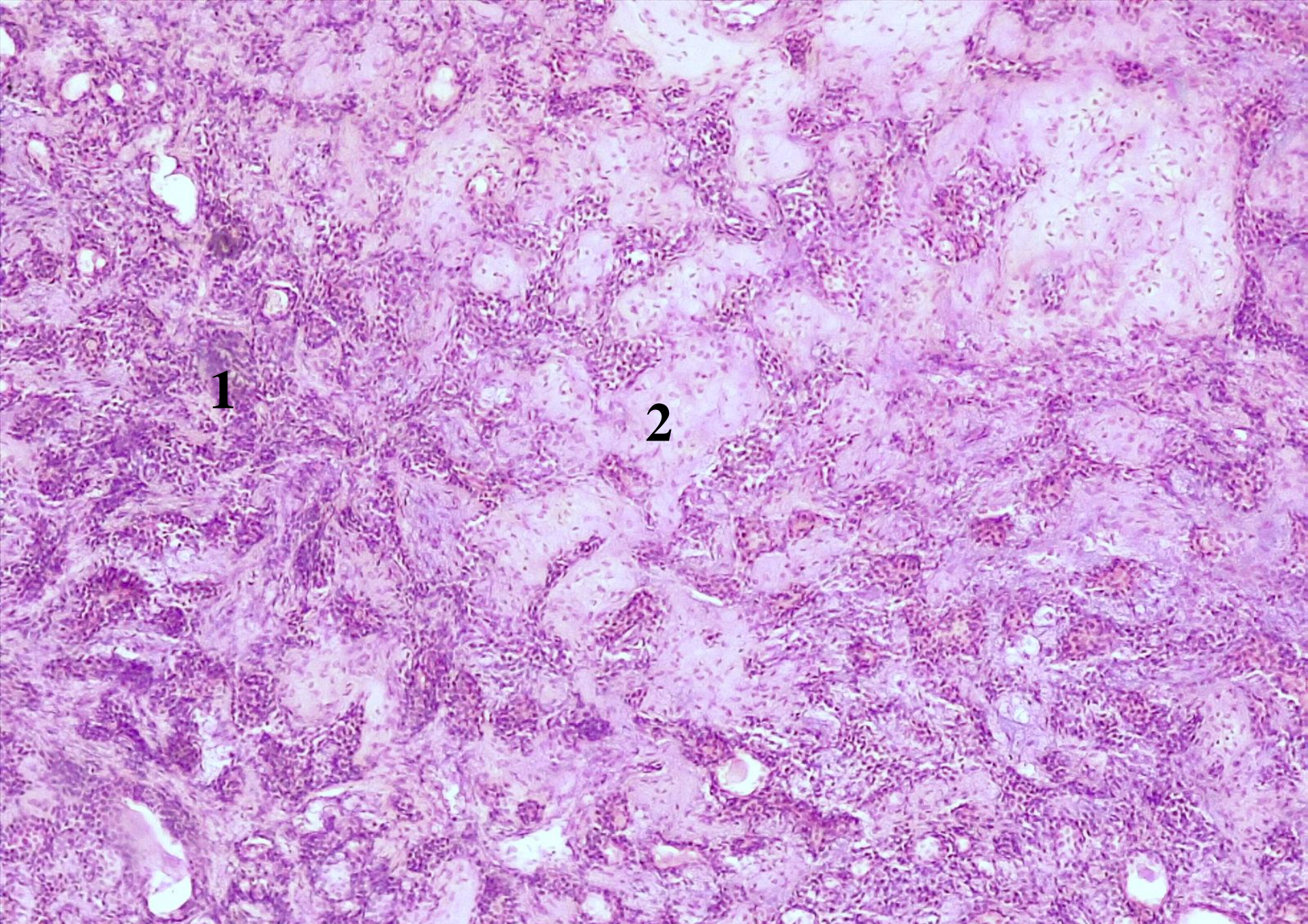
№ 196. Плеоморфная аденома слюнной железы. (Окраска Г-Э.).

Обозначения:

1. Эпителиальные структуры (протоки, скопление клеток).
2. Хондроидальный компонент опухоли.

Микроскопически, может иметь очень разные аспекты, с наличием как эпителиальных структур, так и мезенхимальных структур. Соотношение между теми двумя компонентами является переменным. Эпителиальные клетки могут быть кубоидными, плоскоклеточными, базалоидными и онкоцитарными, тогда как миоэпителиальные клетки могут иметь веретенообразную и плазмацитоидную форму. Клетки являются однородными, с небольшими или отсутствующими ядрышками. Опухолевые клетки имеют очень разнообразное архитектурное расположение, от одной опухоли к другой, но также внутри одной и той же опухоли. Таким образом, могут возникнуть протоковые или трубчатые структуры, связанные с наличием анастомотических трабекул, или микрокистозных структур. Мезенхимальный компонент располагается среди эпителиальных элементов, образованный из соединительной, гиалиновой, миксоидой, хондроидной или костной ткани.

Макроскопически, опухоль представляет собой круглую или овальную массу, иногда с неровной поверхностью, но всегда хорошо отграниченная. В больших слюнных железах опухоль ограничена фиброзной капсулой различной толщины, в то время как в малых железах опухоль не инкапсулирована. На поверхности разреза, опухоль однородная, серая или белая, с полупрозрачными участками, где появляется хрящевая ткань. Иногда могут возникнуть очаги кровотечения или инфарктов, особенно после биопсии, пункции или предыдущей операции.



№ 196. Плеоморфная аденома слюнной железы. (Окраска Г-Э.)

№ ОР39. Мукоэпидермоидная карцинома слюнной железы. (Окраска Г-Э.).

Обозначения:

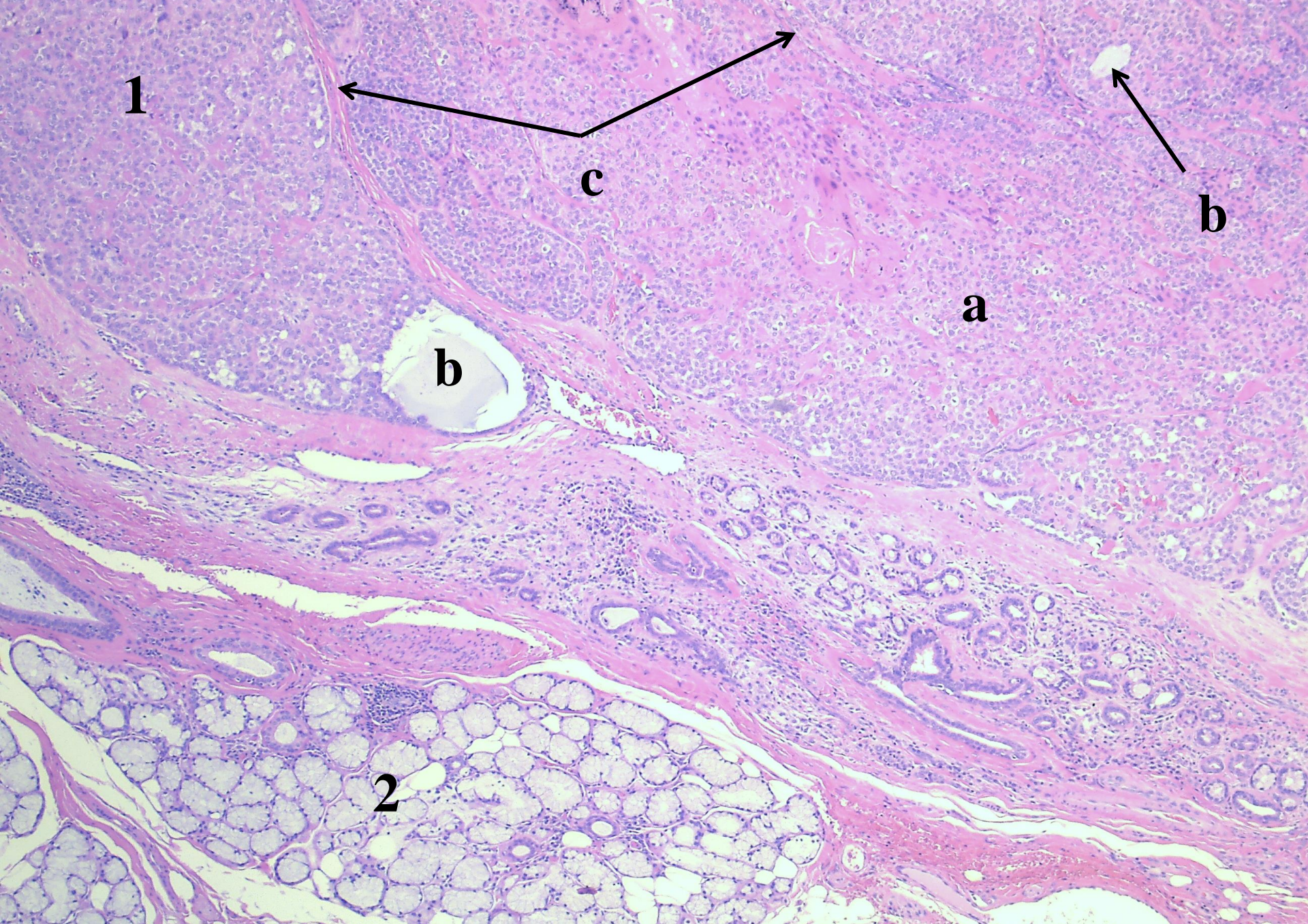
1. Опухолевый узел:

- а. атипичные опухолевые клетки;
- б. кистозные полости;
- с. соединительнотканная строма.

2. Неизменённая железистая ткань.

Микроскопически мукоэпидермоидная карцинома представляет собой смешанную карциному, эпидермоидной (плоскоклеточной) и слизисто-секреторной. Слизистые клетки - это опухолевые клетки, которые различаются по размеру, с обильной пенистой цитоплазмой, которая содержит муцин. Часто муцин проявляется только при специальных окрасках (альциан синий или муцикармин Майера). Эпидермоидные клетки являются полигональными, с эозинофильной цитоплазмой и круглыми везикулярными ядрами. Эти клетки не образуют кератиновые жемчужины. Среди этих двух типов клеток существует также третий тип промежуточных клеток, которые считаются клетками-предшественниками слизистых и эпидермоидных клеток. Мукоэпидермоидная карцинома классифицируется в зависимости от доли кистозных структур, атипичности клеток, наличия периневральной инвазии, некроза и количества митозов. В соответствии с этими параметрами выделяют три степени злокачественности: мукоэпидермоидная карцинома с низкой степенью злокачественности (с большим количеством кист, минимальной клеточной атипичией и большим количеством слизистых клеток), с высокой степенью злокачественности (преимущественно состоящая из солидных зон, с редкими слизистыми клетками, с плеоморфизмом и многочисленными митотическими фигурами) и со средней степенью злокачественности (с признаками, характерными как для опухолей низкой, так и высокой степени злокачественности).

Макроскопически, мукоэпидермоидные карциномы иногда отграничены и инкапсулированы лишь частично, за исключением опухолей с высокой степенью злокачественности. На поверхности разреза являются желтоватые, твердые, серые опухоли. Часто наблюдаются кисты с различными формами и размерами, с вязким или геморрагическим содержанием. Диаметр опухоли варьируется от 1 до 12 сантиметров.

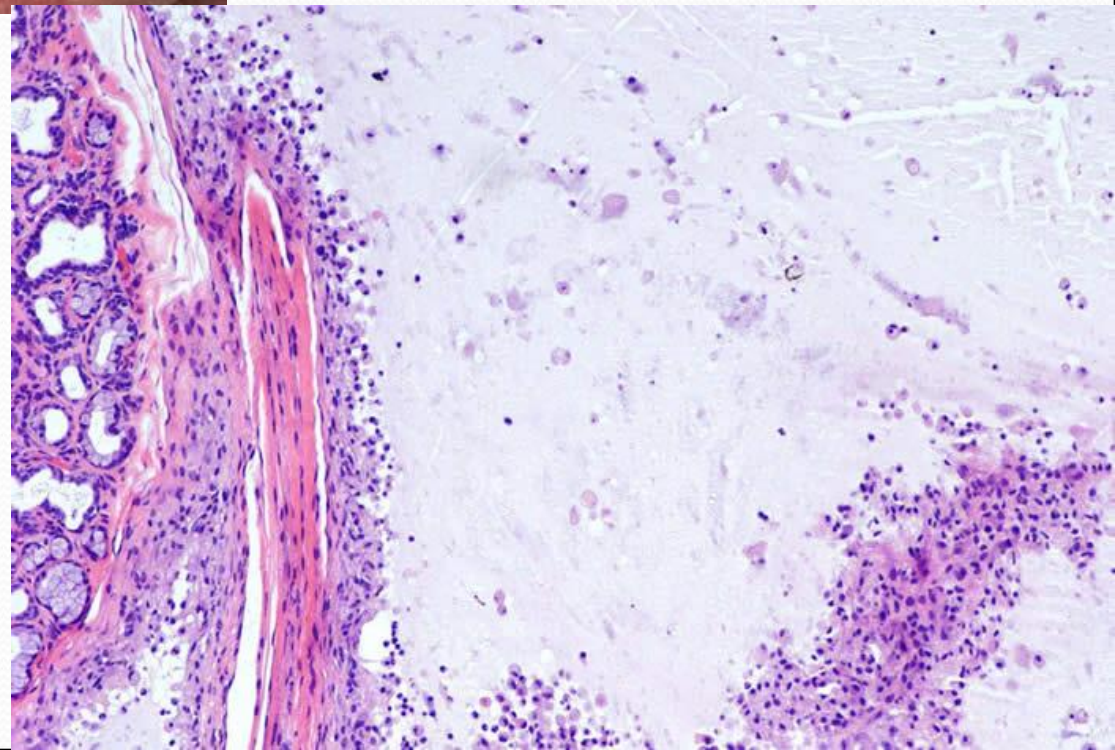


№ ОР39. Мукоэпидермоидная карцинома слюнной железы. (Окраска Г-Э.).

Кисты слюны.

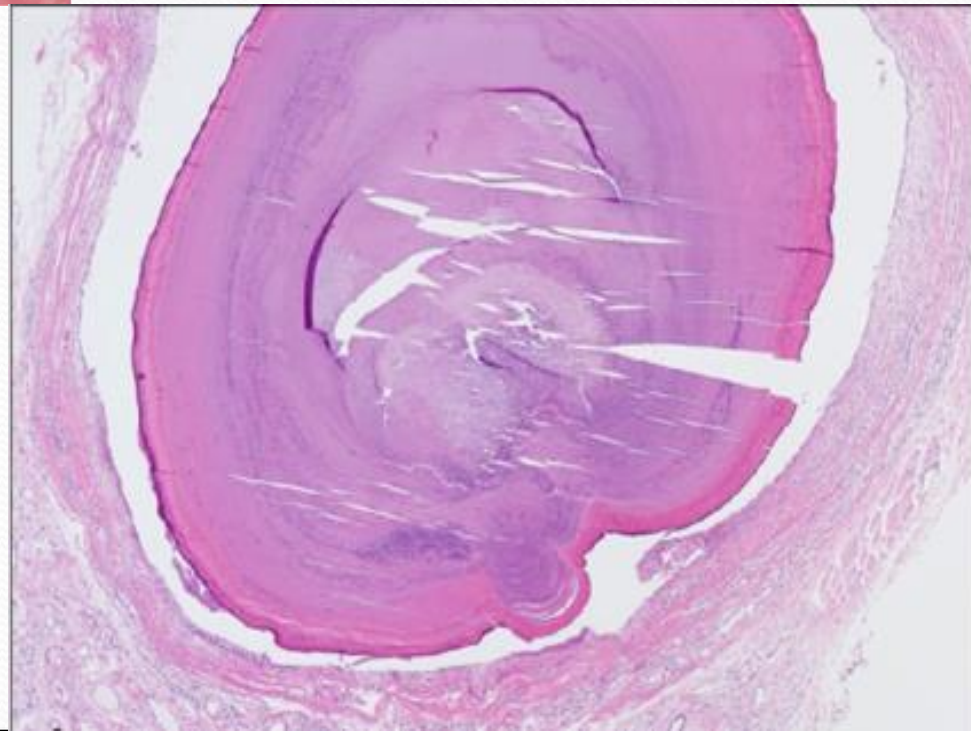


Мукоцеле слюнной железы.

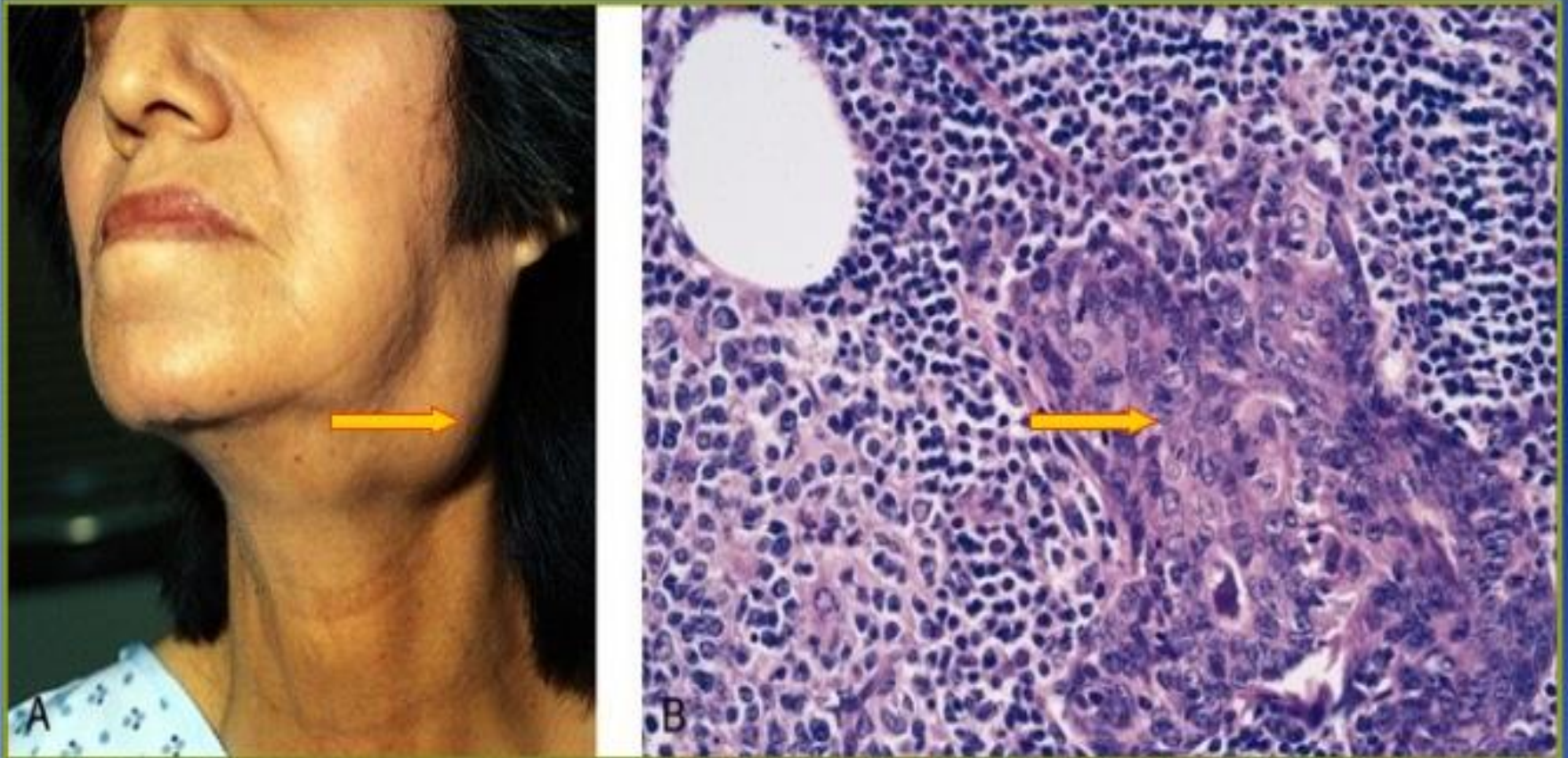




**Литиаз слюнной железы
(сиалолитиаз).**

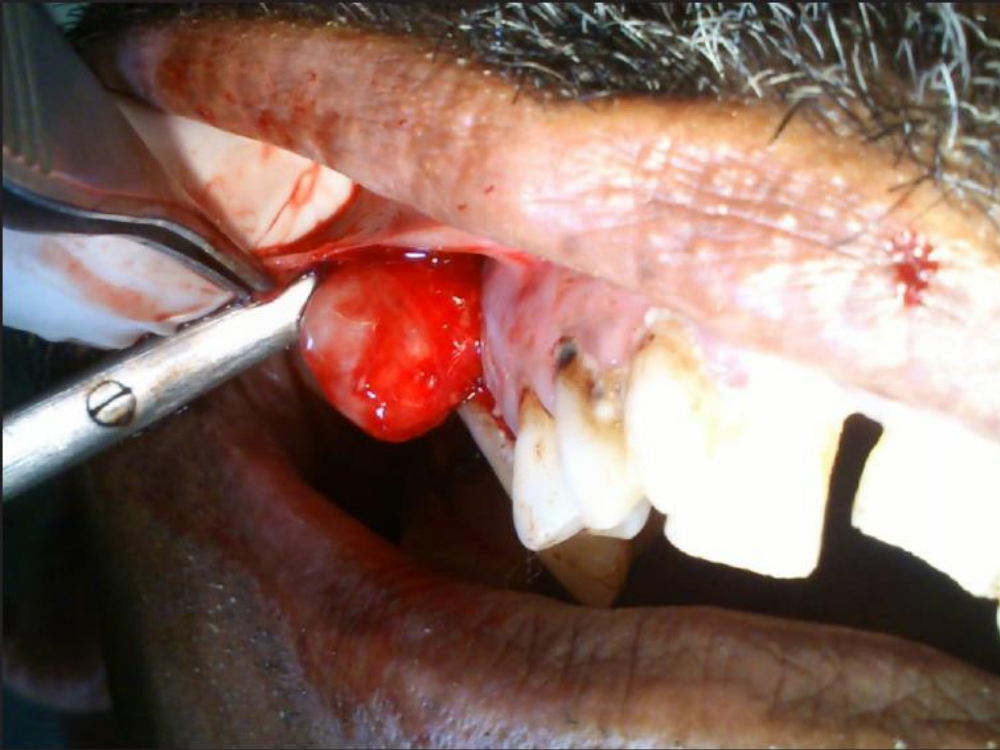


Sjogren's syndrome



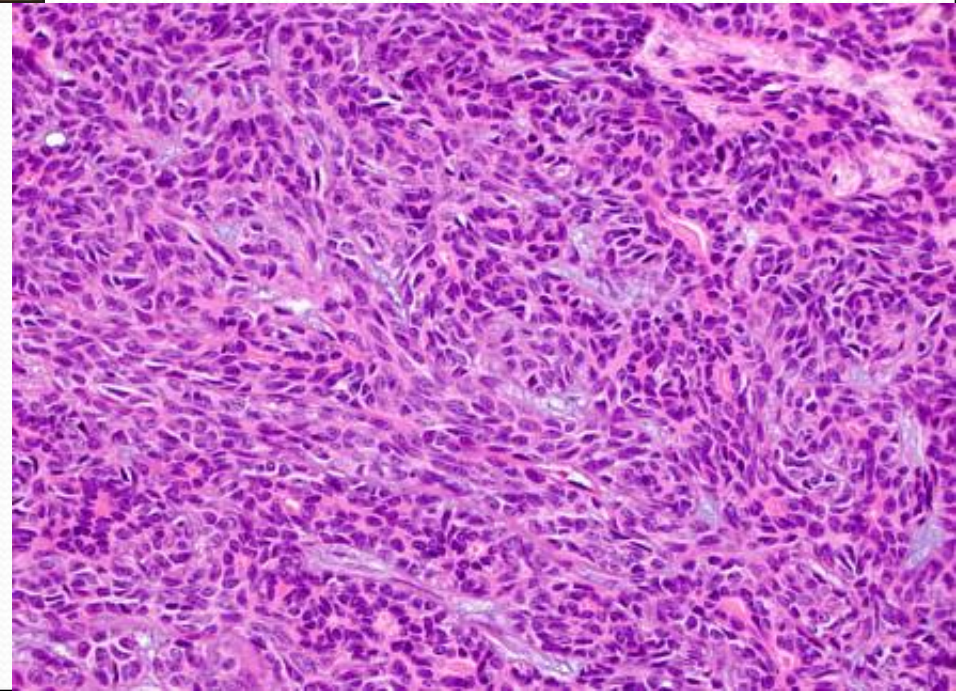
Intense lymphoplasmacytic infiltrate with ductal epithelial hyperplasia

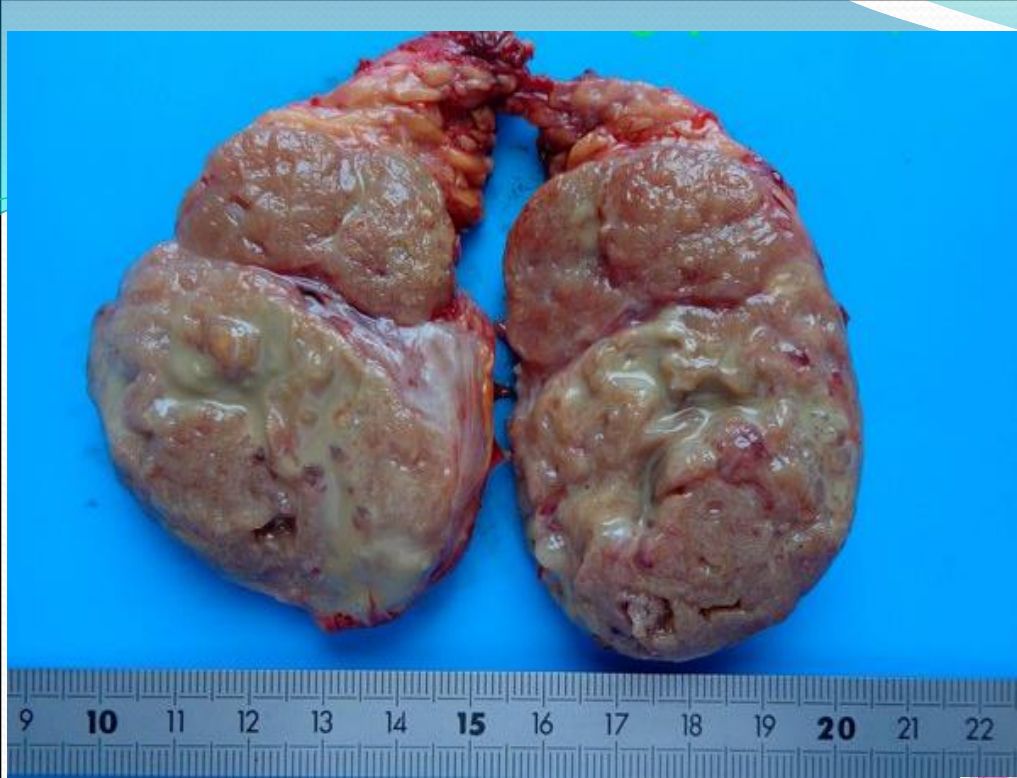
Синдром Шегрена.



Мономорфные базалоидные клетки с минимальной атипией и отсутствием митотической активности.

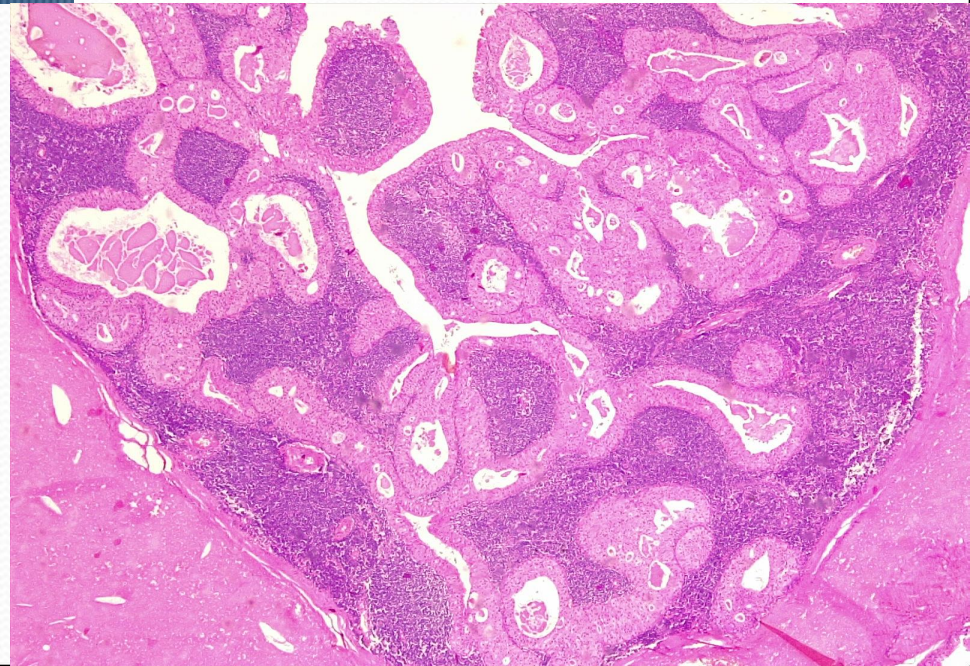
Мономорфная аденома слюнной железы. (базально клеточный тип).



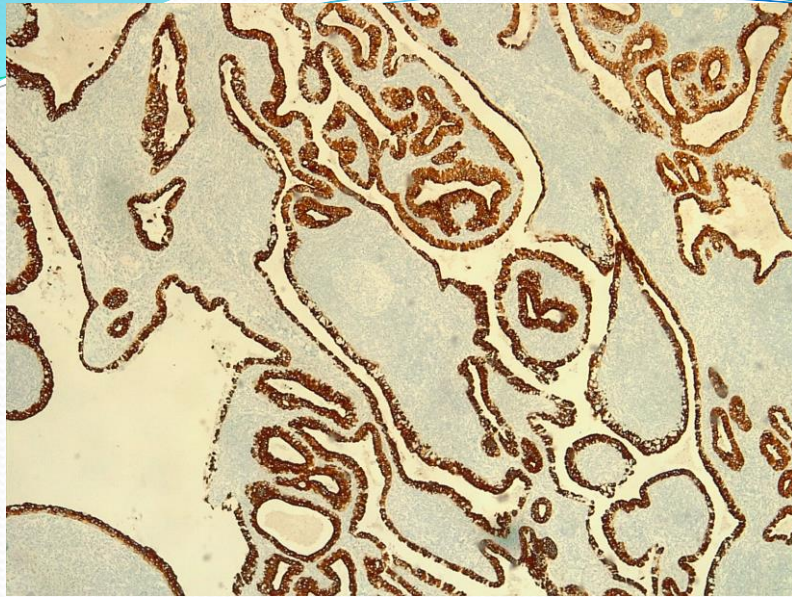


**Папиллярные образования,
выстланные столбчатыми
клетками, окружающие строму,
обильно инфильтрирована
лимфоцитами, которые образуют
фоликулы.**

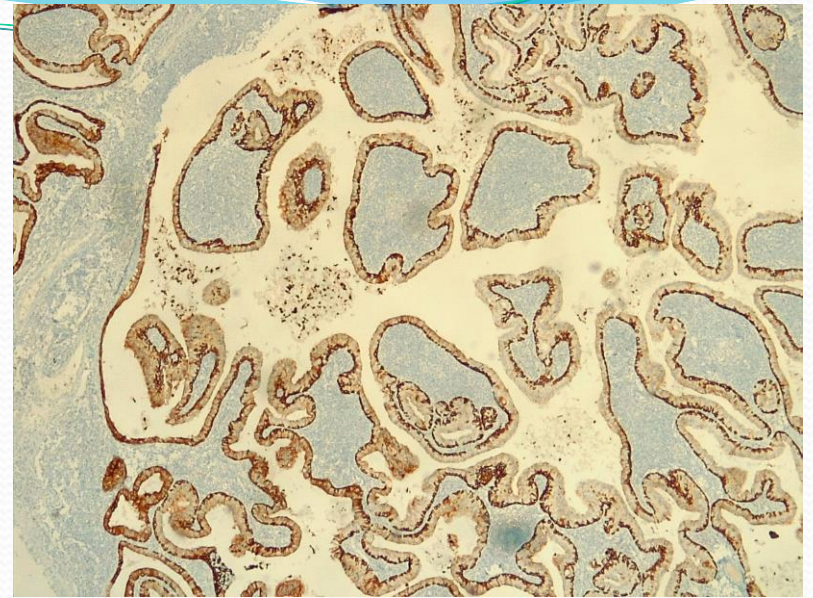
**Аденолимфома (опухоль Вартина)
околоушной железы.**



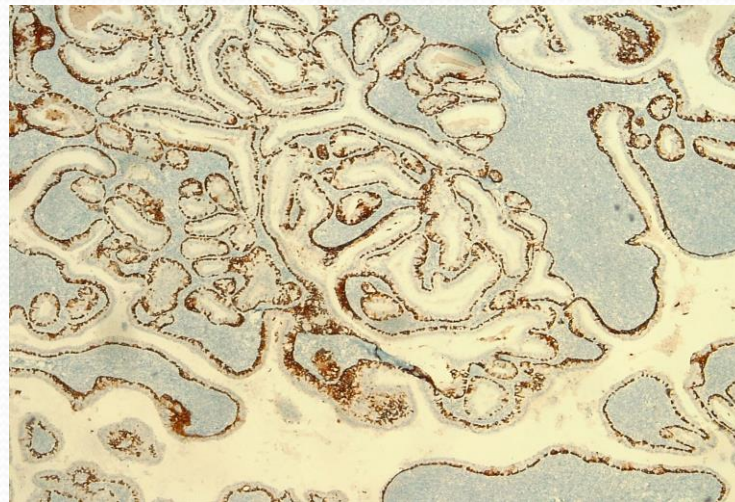
Аденолимфома (опухоль Вартина) околоушной железы, тесты ИГХ.



СК7 (цитоплазматически положительный в базальном эпителии)



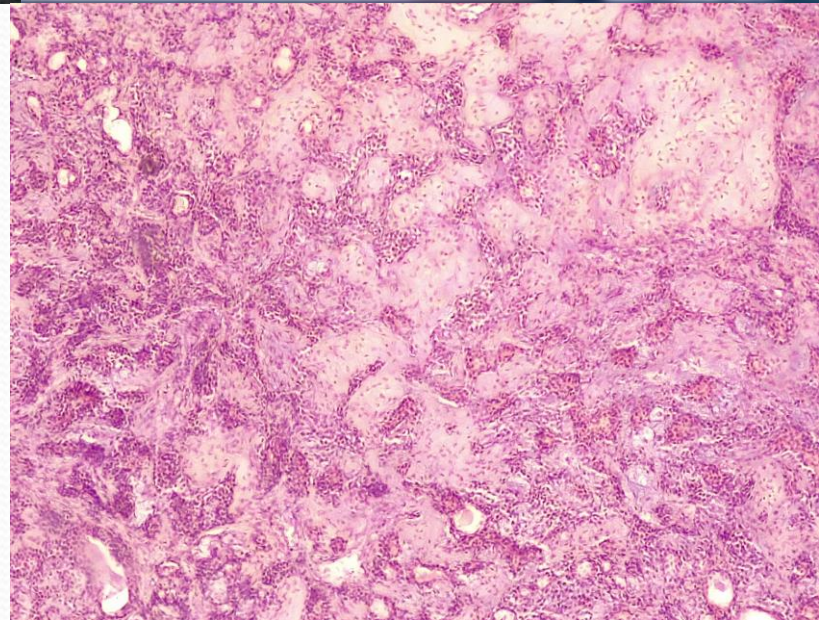
СК34 VE12 (цитоплазматически положительный в базальном эпителии)



СК5/6 (цитоплазматически положительный в базальном эпителии)

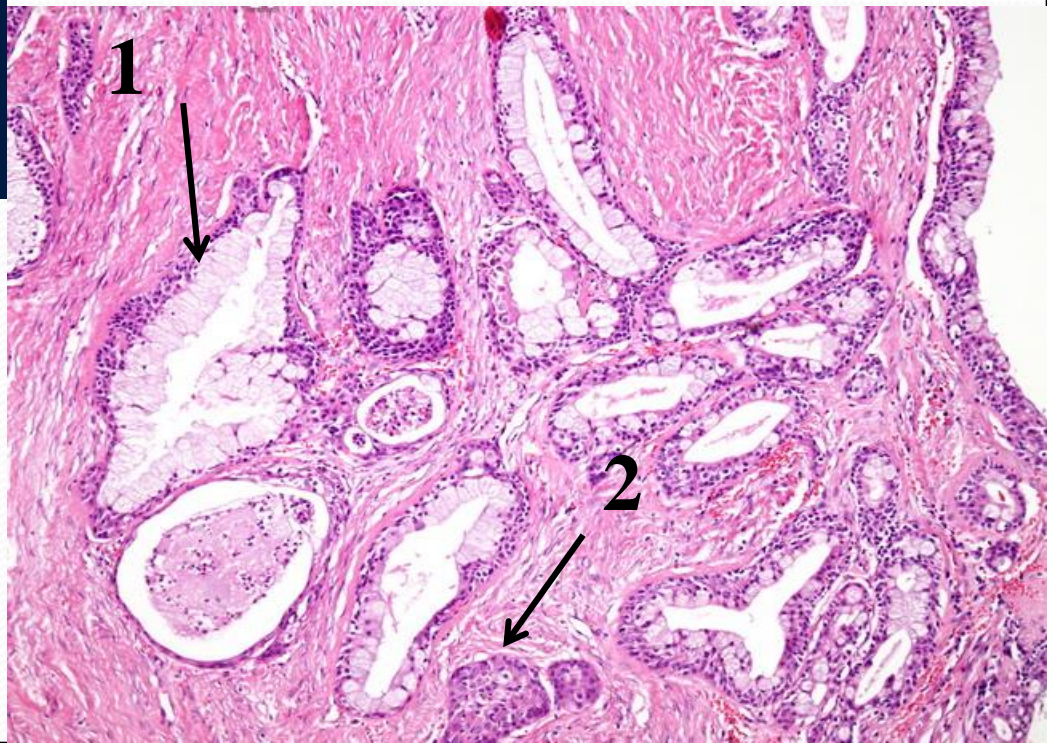


Плеоморфная аденома слюнной железы.





1. Муцинозные клетки с пенистой цитоплазмой и небольшими ядрами, расположенными по периферии.
2. Солидные гнезда эпидермоидных клеток.

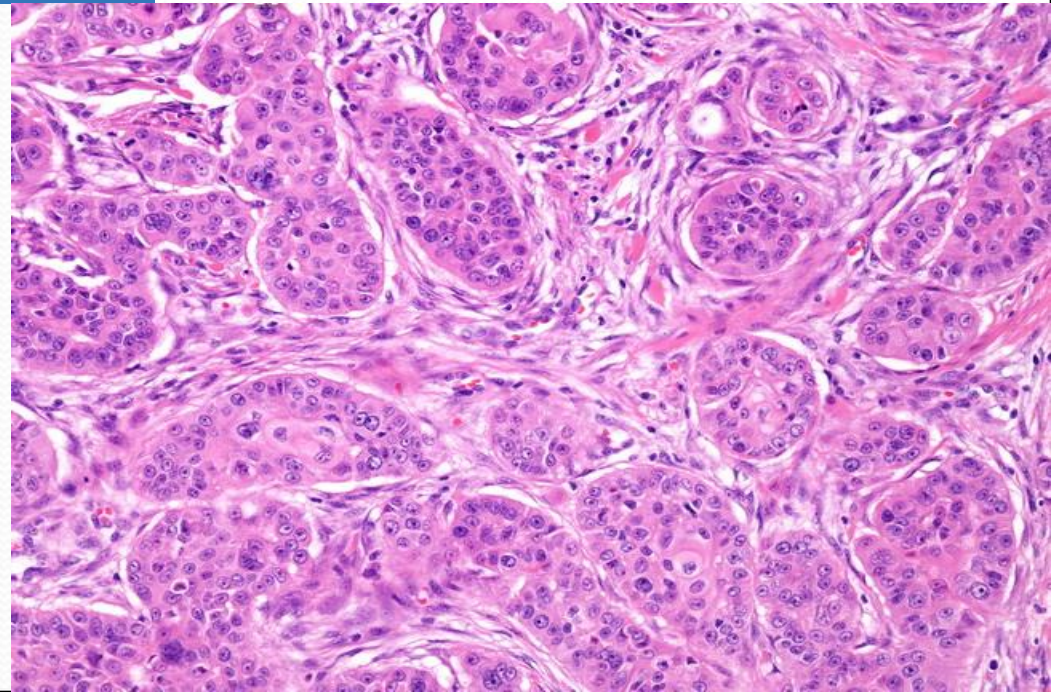


Мукоэпидермоидный карцинома околоушной железы. Низкая степень злокачественности (low grade). Образует кисты.



Гнезда эпидермоидных клеток с клеточной атипией, ороговение с образованием роговых жемчужин не характерно. Наличие единичных муцинозных клеток определяется гистохимическим окрашиванием на муцины.

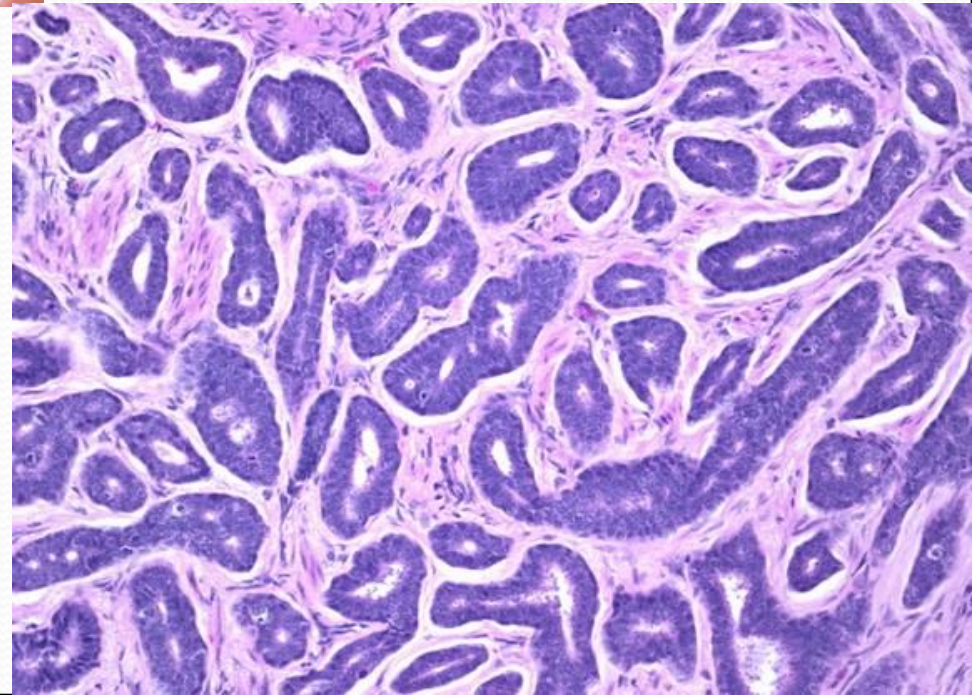
**Мукоэпидермоидный рак околоушной железы. Высокая степень злокачественности (high grade).
Солидная опухоль не образует кисты.**





**Эпителиальные и
миоэпителиальные клетки
расположены в виде
канальцев.**

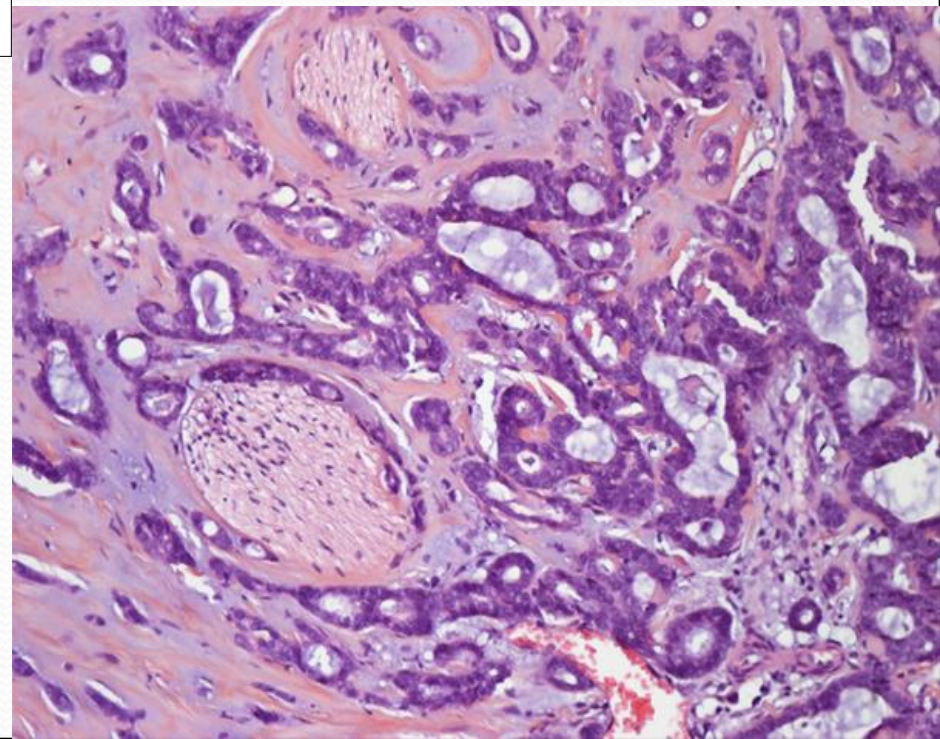
**Аденоидная кистозная карцинома
слюнной железы.**





**Эпителиальные и
миоэпителиальные клетки
формируют солидные поля.**

**Аденоидная кистозная карцинома
слюнной железы.
Солидный вариант.**



- **Болезни слюнных желёз**
- Заболевания слюнных желез бывают врожденными и приобретенными. Среди последних наибольшее значение имеют: воспаление (сиалоаденит), слюнно-каменная болезнь, кисты, опухоли и опухолевидные заболевания.

- **Воспаление слюнных желёз (сиалоадениты)**
- В слюнных железах может развиваться острое и хроническое воспаление различной этиологии. Сиалоадениты редко бывают первичными, чаще встречаются вторичные инфекции. Они возникают восходящим путём (через протоки) гематогенно или лимфогенно, или непосредственно при ранении слюнных желёз.
- Поражение желёз через протоки встречается при различных стоматитах.

- Гематогенный путь распространения инфекции может быть при сепсисе, вирусных инфекциях с виремией.
- Редко инфекция распространяется лимфогенным путём (при отитах, остеомиелитах челюстей, гнойных пульпитах, пародонтитах).
- Сиалоадениты вызываются различной неспецифической бактериальной флорой [стрептококк, стафилококк, брюшнотифозная палочка, специфические агенты (палочка Коха)], вирусами с тропизмом к слюне (вирусы эпидемического паротита, цитомегалии, гриппа, кори) или вирусами, которые выделяются через слюнные железы (полиомиелит, вирусный гепатит). Очень редко бывают паразитарные инфекции.

- Из других факторов, вызывающих сиалоадениты, необходимо отметить аллергию (медикаментозные препараты), ионизирующую радиацию, травму, инородные тела.
- Воспалительный процесс чаще локализуется в околоушной железе, из-за обилия протоков
- По течению сиалоадениты бывают острые и хронические.
- Острые сиалоадениты подразделяются на первичные, в основном, вирусные (эпидемический паротит, цитомегалия) и вторичные (гнойный, уремический, гангренозный).
- Хронические могут иметь неспецифический или специфический характер (туберкулёз, саркоидоз, актиномикоз).

- Острые сialoadenиты.

- **Острые первичные сialoadenиты.**

- Эпидемический паротит - эпидемическое и контагиозное заболевание, вызванное РНК-вирусом, болеют дети и молодые люди, чаще мужчины. Чаще наблюдается двустороннее поражение. Отёчность желёз сочетается с понижением секреции. Длительность заболевания 7-10 дней. Околоушные железы становятся отёчными и болезненными, мягкой консистенции. Устье стенона протока полнокровное, набухшее. Микроскопически отмечается полнокровие и отёк интерстиция. В межуточной ткани также отмечается периваскулярный и перипротоковый лимфоидно-плазмоцитарный инфильтрат. Эпителий протоков и секреторных ацинусов находится в состоянии гидропической дистрофии с вакуализацией цитоплазмы, а также некроза, определяются слущенные клетки. Электронно-микроскопически выявляются вирусные включения в цитоплазме железистого эпителия.

- Эпидемический паротит иногда осложняется присоединением микробной суперинфекции с развитием слюнных абсцессов. Чаще, в результате виремии, возникают такие осложнения, как панкреатит и орхит с азоспермией.
- Поражение поджелудочной железы может привести к сахарному диабету.
- Из редких осложнений необходимо отметить асептические менингит и менингоэнцефалит, оофорит и тиреоидит.

- *Цитомегалия* – чаще вирусная инфекция, болеют дети 2-4 месячного возраста, особенно недоношенные. Заболевание может иметь местный (поражаются только слюнные железы) и генерализованный характер (поражается также эпителий бронхов и альвеол, почечных канальцев, гепатоциты, надпочечники, щитовидная и поджелудочная железы, головной мозг в виде энцефалита, эпендиматита).
- Из слюнных желёз поражаются подчелюстные, околоушные и реже подъязычная. Вирус локализуется в цитоплазме и ядре эпителиальных клеток желёз и выводных протоков. Клетки значительно увеличены в объёме (30 μ в среднем), но с соблюдением ядерно-цитоплазматического индекса

- Ядро содержит вирусное включение величиной в 10 μ в виде базофильной массы, окружённой светлой зоной ядерной оболочки.
- Ядро с вирусным включением напоминает глаз совы. В интерстициальной ткани имеется хронический воспалительный инфильтрат.
- В последние годы отмечены паротиты, вызванные также вирусами *Coxsackie*, *Echo*, кориоменингита, кори.

- **Острые вторичные сialoadenиты.**

- Острый гнойный паротит развивается в случае восходящего распространения инфекции из полости рта через стеноз протока. Может возникать как осложнение при состояниях, сопровождаемых высокой температурой и обезвоживанием, например, при операциях на органах брюшной полости.

Макроскопически околоушная железа набухшая, болезненная, из стеноза протока выделяется гной.

Осложнения – абсцесс железы с образованием свищей в кожу, среднее ухо, слуховой проход. Флегмоны околоушных слюнных желёз могут распространяться в мягкие ткани полости рта, шею и средостение. На их фоне могут возникать тромбофлебиты окружающих вен и тромбозы мозговых синусов.

- **Хронические неспецифические сialoadenиты.**
- Появляются вторично после перенесенного острого воспаления слюнных желёз или имеют хроническое течение с самого начала. Поражаются, в основном, околоушные и подчелюстная, реже подъязычная железы.
- В качестве этиологических моментов придаётся значение общим факторам (понижение сопротивляемости, сахарный диабет) и местным факторам (слюннокаменная болезнь, воспаление щёк, стриктуры выводных протоков).

- Поражённая железа увеличена и уплотнена. Микроскопически в строме отмечается диффузная или перипротоковая лимфоидно-плазматическая инфильтрация, иногда с образованием реактивных фолликулов со светлыми центрами. Хроническое воспаление способствует фиброзу. В просвете протоков встречаются микролиты и тягучие выделения.
- Необходимо отметить и частные формы: хронический рецидивирующий паротит, лимфоузловатый паротит и атрофический склерозирующий сиалоаденит (опухоль Kuttner).

- *Хронический рецидивирующий паротит* встречается у детей, чаще у мальчиков, в возрасте 5-10 лет, а также у женщин в менопаузе. Характеризуется болезненным рецидивирующим отёком околоушных желёз и слизисто-гнойной слюной. Бактериологически определяются зелёнющий и гемолитический стрептококк, реже стафилококк и пневмококк. Сиалография указывает на расширение протоков, гроздевидные, мешковидные разветвления. Микроскопически выявляется межуточный или перипротоковый лимфоидный инфильтрат, расширение слюнных протоков, атрофия ацинусов, фиброз.
- *Лимфоузловатый паротит* характеризуется гиперплазией внутрижелезистых лимфоузлов.

- *Атрофический склерозирующий сиалоаденит* (опухоль Kuttner) характеризуется хроническим, склерозирующим, двусторонним подчелюстным сиалоаденитом. Железы становятся плотными, напоминают опухоль, откуда и название. Микроскопически представлен хроническим склерозирующим воспалением, уменьшением ацинусов, гиперплазией протоков, лимфоцитарным инфильтратом, перипротоковым склерозом.
- *Специфические сиалоадениты* встречаются редко, при этом поражается околоушная железа. Инфекция распространяется лимфогенным путём из шейных лимфатических узлов и миндалин. Гистологически проявляется наличием туберкулёзных гранулём и атрофией ткани железы.

- Саркоидоз. Чаще поражаются подчелюстные и малые слюнные железы. Проявляется двусторонним увеличением желёз, плотной консистенцией, безболезненностью. Редко сочетается с патологией средостения, воспалительными процессами в лёгких. Могут заинтересовать слёзные железы и черепные нервы с парезом лицевого нерва. Микроскопически характеризуется саркоидозными гранулёмами с последующим склерозом паренхимы и атрофией ацинусов.

- **Опухоли слюнных желёз**
- Составляют около 6% от всех опухолей человека и развиваются из больших и малых желёз. Большинство опухолей локализуются в околоушных железах, редко поражаются подъязычная или подчелюстные железы. Чаще всего встречаются опухоли эпителиального происхождения. Опухоли слюнных желёз берут начало из эпителия выводных протоков и миоэпителия, совсем редко - из секреторных ацинусов.

- В международной классификации опухолей слюнных желёз (ВОЗ) включены следующие формы:
- Аденомы: плеоморфная, мономорфная, оксифильная, аденолимфома, другие типы;
- Мукоэпидермоидная опухоль;
- Ацинозно-клеточная опухоль;
- Карцинома: аденокистозная, аденокарцинома, эпидермоидная, недифференцированная, карцинома в полиморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль);
- Неэпителиальные опухоли;
- Неклассифицируемая опухоль;
- Родственные состояния (пограничные и неопухолевые).

- Эпителиальные опухоли бывают доброкачественные (аденомы) и злокачественные (мукоэпидермоидная и ациноклеточная опухоли, карциномы).
- Плеоморфная аденома («смешанная опухоль») – самая частая эпителиальная опухоль слюнных желёз, составляющая 80% этой локализации. Почти в 90% случаев она локализуется в околоушной железе. Опухоль встречается чаще у людей старше 40 лет, но может наблюдаться в любом возрасте. У женщин она бывает в 2 раза чаще, чем у мужчин. Растёт опухоль медленно (10-15 лет). Опухоль представляет собой узел округлой или овальной формы, иногда бывает бугристой, плотноватой или эластической консистенции, размерами до 5-6 см, окружена тонкой капсулой.

- На разрезе ткань опухоли белесоватая с желтоватыми участками и кровоизлияниями, часто ослизнённая с мелкими кистами. Гистологически опухоль представлена смешанным эпителиальным и мезенхимальным компонентами, за что и получила название *плеоморфной* аденомы. Эпителиальные образования имеют структуру протоков, солидных полей, отдельных гнёзд, анастомозирующих между собой тяжей, построенных из клеток округлой, полигональной формы. Часты скопления вытянутых клеток миоэпителия, а также кубической и цилиндрической формы со светлой цитоплазмой. Кроме эпителиальных структур, особенно периферии, характерно наличие очагов и полей мукоидного, миксоидного, хондроидного и костного вещества. В опухоли могут встречаться очаги гиалиноза стромы, в эпителиальных участках – ороговение. Новообразование доброкачественное, с местным деструктивным ростом, даёт рецидивы, может озлокачествляться.

- Мономорфные аденомы редко встречаются, чаще в области околоушных желёз в виде новообразований с неровной поверхностью, плотной консистенции.
- Аденолимфома (сосочковая кистаденома, опухоль *Warthin*) – среди мономорфных аденом занимает особое место (2% из всех опухолей слюнных желёз). Это относительно редкая опухоль, встречается почти исключительно в околоушных железах и преимущественно у мужчин пожилого возраста.

- Она представляет собой четко отграниченный инкапсулированный узел, до 5 см в диаметре, серовато-красного цвета, дольчатого строения, с множеством мелких или крупных кист, содержащих коричнево-желтоватую жидкость. Реже опухоль может быть многоузловой. Через несколько лет опухолевые узлы могут появляться с противоположной стороны. Гистологическое строение характерно: призматический эпителий с резко эозинофильной цитоплазмой располагается в два ряда, формирует сосочковые выросты и выстилает образованные полости. Строма обильно инфильтрирована лимфоцитами, формирующими фолликулы. Озлокачествления практически не наблюдается.

- Оксифильная аденома (онкоцитомы) – редкая доброкачественная опухоль с локализацией, в основном, в околоушной железе. Опухоль происходит из зернистых оксифильных клеток (онкоцитов), которые в норме встречаются в слюнных железах. Опухоль чётко отграничена, округлой или овальной формы, в капсуле, узловатая, небольших размеров, коричневого цвета. Клетки опухоли крупные, с эозинофильной зернистой цитоплазмой, содержащие гликоген. Ядра сморщенные, интенсивно окрашенные. Клетки образуют крупные тяжи, иногда напоминают тубулярные и ацинозные структуры. Строма слабо развита, фиброзная, в виде прослоек, которая делит опухоль на отдельные дольки. Подавляющее число больных имеет возраст старше 60 лет. Новообразование может состоять из нескольких узлов и быть двусторонним. Описаны злокачественные аналоги оксифильных аденом – железисто-солидный рак из оксифильных клеток.

- Из других аденом слюнных желёз необходимо отметить: кистозную аденому, аденому из светлых клеток и из сальных желёз, и другие.
- Мукоэпидермоидная опухоль – новообразование слюнной железы, исходит из эпителия выводных протоков, состоит из эпителия выводных протоков, имеющего двойную дифференцировку – в эпидермоидную и слизеобразующую. Встречается в любом возрасте, несколько чаще у женщин, преимущественно в околоушной железе, реже в других железах. Опухоль не всегда чётко отграничена, иногда округлой, иногда неправильной формы, может состоять из нескольких узлов с гладкой или бугристой поверхностью. Цвет её серовато-белый или серовато-розовый, на разрезе дольчатая, консистенция плотная, довольно часто обнаруживаются кисты со слизистым содержимым.

- Гистологически находят различные сочетания клеток эпидермоидного типа, образующих солидные структуры и тяжи из слизиобразующих клеток, которые могут выстилать полости, содержащие слизь. Ороговение не наблюдается, строма хорошо выражена. Иногда имеются мелкие и тёмные клетки промежуточного типа, способные дифференцироваться в разных направлениях, и поля светлых клеток. Преобладание клеток промежуточного типа, утрата способности к слизиобразованию – показатель низкой дифференцировки опухоли. Такая опухоль имеет выраженный инвазивный рост и даёт метастазы. Поздние метастазы могут встречаться в лёгких, головном мозге, костях.

- Ациноклеточная опухоль (ацинозно-клеточная) – довольно редкая опухоль (2% из опухолей слюнных желёз), которая может развиваться в любом возрасте и иметь любую локализацию, но чаще в околоушной железе. Клетки опухоли напоминают серозные (ацинарные) клетки слюнных желёз, откуда эта опухоль получила своё название. Цитоплазма их базофильная, мелкозернистая, иногда светлая, содержит гликоген. Ядра маленьких размеров, гиперхромные, эксцентричны, пузырьковидные. Ациноклеточные опухоли часто хорошо отграничены, но могут иметь и выраженный инвазивный рост (30-50%). Характерно образование солидных полей. Особенностью опухоли является способность к рецидивированию и метастазированию и расцениваются, как аденокарциномы.

- Карцинома (рак) слюнных желёз разнообразна.

Первое место среди злокачественных эпителиальных опухолей слюнных желёз принадлежит *аденокистозной карциноме*, которая составляет 10-20% всех эпителиальных новообразований слюнных желёз.

Опухоль встречается во всех железах, но особенно часто в малых железах твёрдого и мягкого нёба.

Наблюдается чаще в возрасте 40-60 лет как у мужчин, так и у женщин. Опухоль состоит из плотного узла небольшого размера, сероватого цвета, без чёткой границы. Гистологическая картина характерна: мелкие, кубической формы с гиперхромным ядром клетки формируют альвеолы, анастомозирующие трабекулы, солидные и характерные решётчатые (криброзные) структуры.

- Между клетками накапливается базофильное или оксифильное вещество, образующее столбики и цилиндры, в связи с чем раньше эта опухоль называлась *цилиндромой*. Рост опухоли инвазивный, с характерным обрастанием нервных стволиков, рецидивирует, метастазирует преимущественно гематогенным путём в лёгкие и кости. Опухоль радиочувствительна. В своём развитии может трансформироваться в недифференцированный рак.
- Остальные виды (*недифференцированная аденокарцинома, плоскоклеточный рак*) встречаются в слюнных железах значительно реже. Гистологические варианты их разнообразны и аналогичны аденокарциномам других органов. Недифференцированные карциномы имеют быстрый рост, дают лимфогенные и гематогенные метастазы.

- Из неэпителиальных (мезенхимальных) опухолей необходимо указать на *гемангиому, лимфангиому, невриному, нейрофибромму, липому, фибромму, хондрому, лейомиому*. Они составляют, примерно, 50% опухолей слюнных желёз у детей и около 5% у взрослых.
- Среди злокачественных, исключительно редко встречаемых в этой области опухолей, встречаются: *ангиосаркома, миосаркома, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз, меланома*.

- Опухолеподобными заболеваниями слюнных желёз считают: лимфоэпителиальные поражения, сиалоз и онкоцитоз у взрослых, встречаются редко. Морфологически лимфоэпителиальные поражения характеризуются атрофией паренхимы, выраженной лимфоидной инфильтрацией и пролиферацией миоэпителиальных клеток, которые замещают клетки междольковых канальцев. Процесс носит аутоиммунный характер. Клинически проявляется увеличением слюнных желёз с вовлечением в процесс слёзных желёз.

- *Сиалоз* – двусторонняя рецидивирующая гиперплазия неинфекционной и неопухолевой природы околоушных и реже подчелюстных желёз. Гистологически отмечается гипертрофия клеток ацинусов, отёк и атрофия канальцев. Встречается при гормональных нарушениях (дисфункции яичников, щитовидной железы), уремии, сатурнизме, общем голодании, хроническом алкоголизме, циррозе печени.
- *Онкоцитоз* представляет трансформацию отдельных или группы ацинозных протоковых клеток в онкоциты. Встречается в пожилом возрасте. Необходимо отдифференцировать от онкоцитарной аденомы.

- Особый интерес представляют синдром Шегрена (*Sjogren*) и синдром Микулicza (*Mikulicz*).
- Синдром Sjogren. Встречается чаще у женщин в менопаузе и характеризуется рецидивирующим отёком околоушной железы, ксеростомией, сухим керато-конъюнктивитом, сухим фарингитом, ревматоидным артритом или другой ревматической болезнью. Микроскопически в пораженных железах обнаруживают диффузную лимфоидную инфильтрацию вокруг внутридольковых протоков с последующим замещением ацинусов.
- Синдром Mikulicz характеризуется одновременным отёком слёзных и слюнных желёз. Микроскопически отмечается лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация, атрофия ацинусов. Клинически протекает доброкачественно, изменения со стороны суставов незначительные, процесс считается вариантом синдрома Sjogren.

- **Слюннокаменная болезнь**
- заболевание, связанное с образованием в железе, а чаще в её протоках камней (конкрементов).
Заболевают преимущественно мужчины среднего возраста (2/3 случаев).
- Из местных причин в образовании камней необходимо отметить: гипоплазию, застой слюны, её ощелачивание, воспаление протоков. Застой слюны способствует образованию камней через выпадение сверхконцентрированных солей на органической основе – *матрице* (слизистые клетки, микробы).

- Слюнные камни чаще встречаются в наружном выводном протоке подчелюстных желёз (83%) и реже в стеноновом протоке (10%) или подъязычных железах (7%). Камни обычно мелких размеров, диаметром до 1-2 см, овальной или продолговатой формы, с гладкой или шероховатой поверхностью, белесовато-серого, жёлтого или красного цвета. Они состоят из минеральных солей, фосфата кальция (60-70%), карбоната кальция (5-10%) и органических веществ (мукополисахаридов, холестерина, мочевой кислоты, эпителиальных клеток, бактерий). Они вызывают расширение вышестоящих протоков с плоскоклеточной метаплазией их эпителия. В ткани железы отмечается диффузный и перипротоковый фиброз, атрофия секреторных ацинусов. Камнеобразование часто сочетается с воспалительным процессом (сиалоаденит). Клинически камни слюнных желёз проявляются отечностью и местными болями во время еды, понижением слюноотделения, атрофией и уплотнением железы.

● Кисты слюнных желёз

- - постоянно встречаются и исходят из выделительных протоков малых, реже больших желёз. Кисты образуются вследствие закупорки наружного выводного протока воспалительным процессом или после перенесенной травмы. Величина таких кист различна. По происхождению они *ретенционные*. Кисту слюнной железы с мукоидным содержимым называют мукоцеле. Проток проксимальнее по отношению к месту обструкции расширяется, стенка рвётся, а мукоидное содержимое собирается в соединительной ткани. Мукоцеле чаще локализуется на нижней губе в виде шаровидного узла, выступающего над поверхностью. Микроскопически внутренняя поверхность его стенки выстлана полностью или частично цилиндрическим эпителием. Если этой выстилки нет, тогда в мукоиде вне просвета разрастается грануляционная ткань.

- *Ранула* (ретенционная киста) подъязычной слюнной железы располагается над подбородочно-подъязычной мышцей. Иногда ранулы распространяются под мышцу диафрагмы рта – подчелюстная форма. Макроскопически - это кистозная полость с тонкой стенкой, синюшного цвета, связанная со слюнной железой, содержит мукус. Киста приподнимает язык, что затрудняет его движение. Микроскопически внутренняя поверхность стенки представлена многослойным плоским эпителием.
- Кисты околоушной железы располагаются в толще её, иногда имеют сообщение с выводным протоком.

- Помимо ретенционных, в слюнных железах возникают кисты из пороков развития.
- *Дермоидная киста* выстлана кератинизированным многослойным эпителием, располагающимся на плотной соединительной ткани, в которой имеются мелкие сосуды, единичные слюнные, сальные и потовые железы.
- *Бранхиальные кисты* - мелкие овалоидные образования с фиброзной стенкой, выстланная цилиндрическим эпителием, под которым имеется лимфоидная ткань. Кисты могут образовать свищи в наружный слуховой проход или нагнаиваться.