

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Этиология — травмы, пороки развития протоков, хронический сиаладенит, сиалолитиаз. Кисты слюнных желёз могут быть ретенционные и слизистые.

- Ретенционные кисты. Возникают обычно у лиц старше 50 лет, под слизистой оболочкой, округлые, прозрачные. Тонкая стенка из соединительной ткани, выстлана уплощённым эпителием.
- Слизистые кисты. Проявляются до 30 лет, напоминают опухоль, рецидивируют. Стенка из соединительной ткани, слизистых клеток, в просвете слизь. Мукоцеле.

Киста подъязычной железы (лягушачья опухоль, так как напоминает гортанный пузырь лягушки) — около уздечки языка. При инфицировании — гнойное воспаление.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Опухоли составляют до 2–6% всех новообразований. На их долю приходится до 3% хирургических вмешательств в стоматологической практике. Наиболее частая локализация — околоушные (до 75% случаев), малые (14%), поднижнечелюстные (11%), подъязычные (1–3%) железы. В 75–80% наблюдений опухоли имеют строение доброкачественных. Опухоли желёз по происхождению разделяют на эпителиальные, неэпителиальные.

▣ Эпителиальные опухоли (аденомы, карциномы). Составляют до 95% всех новообразований слюнных желёз.

▣ Неэпителиальные опухоли. Чаще развиваются у детей. Это гем-, [лимфангиомы](#), нейрофибромы, составляющие до 50% детских опухолей, тогда как у взрослых встречаются примерно в 5% случаев. Редко встречаются злокачественные лимфомы неходжкинские.

▣ Неклассифицируемые опухоли.

◇ Пограничные и опухолеподобные процессы. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, сиаладеноз, онкоцитоз, саркоидоз, сиаладенит, гиперплазия внутри- или парапаротидного л/у, кисты.

◇ Вторичные поражения. Метастазы рака кожи, лёгких, почек, молочных желёз.

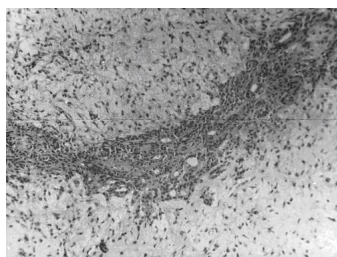
Аденомы

В ацинусе отмечают в норме ацинарные и миоэпителиальные клетки, во вставочном протоке — эпителиальные, миоэпителиальные и резервные (источники регенерации) клетки. Исчерченный проток представлен эпителиальными клетками и онкоцитами. Междольковый проток — эпителиальными клетками.

Аденомы слюнных желёз составляют до 70–80% всех эпителиальных опухолей желёз и развиваются чаще у женщин старше 50–60 лет. Морфологические разновидности: плеоморфная, лимфоматозная папиллярная цистаденома, миоэпителиальная, базальноклеточная, онкоклеточная, каналикулярная, сальная. Последние две встречаются крайне редко.

▣ Плеоморфная аденома. Доброкачественная смешанная опухоль. Наиболее частая (до 70%) опухоль слюнных желёз с медленным ростом, соотношение больных мужчин и женщин составляет 1:1,7. В большинстве случаев у лиц старше 50–60 лет определяется плотный безболезненный белесовато-жёлтый узел до 6 см диаметром, иногда дольчатый, с тонкой капсулой, которая может местами отсутствовать. Возможны, особенно у молодых лиц, участки ослизнения (при этом отмечается более быстрый рост и более частые рецидивы). Микроскопически характерны полиморфные эпителиальный и [мезенхимальный компоненты](#). Мелкие клетки с гиперхромными ядрами (тубулярные структуры), светлые клетки (альвеолярные структуры), крупные клетки (крупные тубулярные структуры). Морфологические варианты аденомы: тубулярно-трабекулярная с миксоидным или хондроидным компонентом, солидная.

◇ Тубулярно-трабекулярная с миксоидным или миксоидно-хондроидным компонентом. Чаще рецидивирует, возможен мультицентричный рост. Трабекулы и протоковые структуры располагаются среди слизеподобного вещества с примесью хондроидных структур. Стромальный компонент незначителен.



Плеоморфная аденома слюнной железы. Тубулярные и трабекулярные структуры с выраженным миксоидным компонентом.



Интересные статьи:

- 1) [Гипоксия](#)
- 2) [Ответ организма на гипоксию](#)
- 3) [Реакции, обусловленные антителами](#)