

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Т. М. НЕДЗВЕДЬ

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Методические рекомендации



Минск 2006

УДК 616.316–006–091 (075.8)
ББК 54.13 я 73
Н 42

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 18.10.2006 г., протокол № 2

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Ф. И. Висмонт; канд. мед. наук, доц.
А. В. Глинник

Недзьведь, Т. М.

Н 42 Патологическая анатомия опухолей слюнных желез : метод. рекомендации /
Т. М. Недзьведь. – Минск: БГМУ, 2006. – 16 с.

Приведена морфологическая характеристика наиболее частых доброкачественных и злокаче-
ственных опухолей слюнных желез и их псевдоопухолевых процессов.

Предназначены для студентов стоматологического факультета и аспирантов медицинских
университетов.

УДК 616.316–006–091 (075.8)
ББК 54.13 я 73

Учебное издание

Недзьведь Тамара Михайловна

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебно-методические рекомендации

Ответственная за выпуск Т. М. Недзьведь

Редактор О. В. Иванова

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать _____. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. _____. Уч.-изд. л. _____. Тираж ____ экз. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2006

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятия: 2 часа для студентов стоматологического факультета.

Опухоли слюнных желез изучаются студентами стоматологического факультета в дисциплине патологическая анатомия, в рамках темы «Опухоли зубочелюстной системы».

Это необходимо для понимания и усвоения опухолей слюнных желез на клинических кафедрах, а также в практической работе врача-онколога, челюстно-лицевого хирурга и врачей других специальностей.

Цель занятия: изучить гистогенез, современную классификацию, а также морфологическую характеристику опухолей и опухолеподобных процессов слюнных желез.

Задачи занятия: изучить современную классификацию опухолей слюнных желез, знать гистогенез и морфологические особенности наиболее частых опухолей слюнных желез, их дифференциальную диагностику.

Требования к исходному уровню знаний: для полного усвоения материала студенту необходимо повторить из курса морфологии — анатомическое и гистологическое строение слюнных желез; из курса нормальной физиологии — функции слюнных желез.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомическое строение слюнных желез.
2. Гистология слюнных желез.
3. Функции слюнных желез.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация опухолей слюнных желез.
2. Гистогенез и морфология плеоморфной аденомы слюнных желез.
3. Гистогенез и морфология других доброкачественных опухолей слюнных желез.
4. Гистогенез и морфология злокачественных опухолей слюнных желез.
5. Опухолеподобные процессы слюнных желез. Их морфология.

Патологическая анатомия опухолей слюнных желез

Опухоли слюнных желез составляют от 0,5 до 5 % всех новообразований, и 6–7 % опухолей головы и шеи. Доброкачественные опухоли слюнных желез составляют 73,5–88 % всех опухолей этой локализации.

Наиболее часто (57,9–80 %) опухоли развиваются в околоушной слюнной железе, реже (10–20 %) — в подчелюстной слюнной железе,

в 7,3 % — в малых слюнных железах (преимущественно в небных) и в подъязычной слюнной железе — в 0,8 % случаев. 80–90 % всех опухолей слюнных желез являются эпителиальными.

Считается, что в этиологии опухолей слюнных желез, особенно злокачественных, большую роль играет радиационное облучение.

Гистологическая классификация опухолей слюнных желез (ВОЗ, 1991)

1. Аденомы:

- 1.1. Плеоморфная аденома.
- 1.2. Миоэпителиома (миоэпителиальная аденома).
- 1.3. Базально-клеточная аденома.
- 1.4. Опухоль Уортена (аденолимфома).
- 1.5. Онкоцитома (онкоцитарная аденома).
- 1.6. Каналикулярная аденома.
- 1.7. Сально-клеточная аденома.
- 1.8. Протоковая папиллома:
 - инвертированная протоковая папиллома;
 - внутрипротоковая папиллома;
 - сосочковая сиаладенома.
- 1.9. Цистаденома:
 - сосочковая цистаденома;
 - муцинозная цистаденома.

2. Карциномы:

- 2.1. Ациноклеточная карцинома.
- 2.2. Мукоэпидермоидная карцинома.
- 2.3. Аденокистозная карцинома.
- 2.4. Полиморфная низкодифференцированная аденокарцинома (терминальная протоковая папиллома).
- 2.5. Эпителиально-миоэпителиальная карцинома.
- 2.6. Базально-клеточная аденокарцинома.
- 2.7. Карцинома слюнных желез.
- 2.8. Сосочковая цистаденокарцинома.
- 2.9. Муцинозная аденокарцинома.
- 2.10. Онкоцитарная карцинома.
- 2.11. Карцинома слюнных протоков.
- 2.12. Аденокарцинома.
- 2.13. Злокачественная миоэпителиома (миоэпителиальная карцинома).
- 2.14. Карцинома в плеоморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль).
- 2.15. Плоскоклеточная карцинома.
- 2.16. Мелкоклеточная карцинома.
- 2.17. Недифференцированная карцинома.

2.18. Другие карциномы.

3. Неэпителиальные опухоли.

4. Злокачественные лимфомы.

5. Вторичные опухоли.

6. Неклассифицируемые опухоли.

7. Опухолоподобные поражения:

7.1. Сиаладеноз.

7.2. Онкоцитоз.

7.3. Некротизирующая сиалометаплазия (инфаркт слюнной железы).

7.4. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

7.5. Кисты слюнной железы.

7.6. Хронический склерозирующий сиаладенит подчелюстной железы (опухоль Кютнера).

7.7. Кистозная лимфоидная гиперплазия при СПИДе.

Доброкачественные опухоли слюнных желез

Плеоморфная аденома (смешанная опухоль)

Является наиболее частой опухолью слюнных желез и составляет 60–70 % от их общего числа. Наиболее часто (70–80 %) эта опухоль развивается в околоушной железе, реже поражаются (8–11 %) подчелюстные и малые слюнные железы (5–17 %), при этом опухоль чаще развивается в слюнных железах в области неба. Считается, что пик заболеваемости этой опухолью приходится на зрелый возраст (30–50 лет), при этом среди заболевших преобладают женщины (соотношение мужчин и женщин 1:1,7).

При макроскопическом исследовании опухоль представлена одним или несколькими белесыми либо желтоватыми узлами в капсуле, иногда имеющими дольчатое строение. Часто в опухоли определяются участки, имеющие характерный полупрозрачный вид, а также слизистые участки.

Гистологическая картина плеоморфной аденомы чрезвычайно разнообразна, преимущественно за счет того, что опухоль представлена как эпителиальными, так и миоэпителиальными клетками. Однако термины «эпителиальные» и «миоэпителиальные» могут применяться лишь условно, так как все клетки являются продуктом неопластической трансформации с различной ее выраженностью.

Гистологические компоненты опухоли можно подразделить на структуры с небольшим количеством клеток, куда относятся мукоид, миксоид, хондроид, и структуры с большим количеством клеток, куда можно отнести протокоподобные и трабекулярные структуры, солидные поля и гнезда. Структуры с небольшим количеством клеток (мукоид, миксоид, хондроид) образуются благодаря выработке миоэпителиальными клетками гли-

козаминогликанов и впоследствии коллагенов II, III, и IV типов. Миксоид представлен слизеподобной основой с редко расположенными элементами звездчатой и вытянутой формы, а хондроид — гиалиноподобным плотным основным веществом с единичными клетками округлой формы, напоминающими хондроциты. Также отмечено, что плеоморфная аденома не всегда четко отграничена капсулой от окружающих тканей.

Несмотря на доброкачественный характер роста, плеоморфная аденома может рецидивировать, особенно в случаях локализации в околоушных слюнных железах. Рецидивы плеоморфной аденомы составляют 20–45 % после простой энуклеации опухоли, 2–5 % — после удаления доли железы и 0,4 % — после более радикальной тотальной паротидэктомии.

Считается, что факторами риска для развития рецидива плеоморфной аденомы являются локализация опухоли в глубоких отделах железы, большие размеры опухоли (более 2 см), наличие в опухолевом узле лицевого нерва, а также первичный мультифокальный рост опухоли.

По гистологическому строению рецидивы плеоморфной аденомы преимущественно состоят из структур с малым количеством клеток (миксоид, хондроид), также отмечается более высокая пролиферативная активность клеток опухоли. Еще одной характеристикой рецидивов является многоузловой рост, или же пальцеподобные выпячивания (псевдоподии) опухоли за пределы капсулы. Считается, что малигнизации чаще подвергаются гистологические варианты плеоморфной аденомы с большим количеством клеток.

Аденолимфома (опухоль Уортена)

Является второй по частоте доброкачественной опухолью слюнных желез. Составляет от 1,7 до 6,7 % среди всех опухолей слюнных желез и развивается в пожилом возрасте (60–70 лет). Локализуется эта опухоль, как правило, в околоушных, реже — в подчелюстных слюнных железах. Нередко отмечается двусторонняя ее локализация. В подъязычной и в малых слюнных железах опухоль описана не была.

Одним из факторов риска возникновения аденолимфомы является курение. Также имеются данные о ее дизонтогенетическом происхождении (из гетеротопий ткани слюнной железы во внутрижелезистые лимфоузлы).

Аденолимфома имеет необычное гистологическое строение. Опухоль представлена кистоподобными полостями и сосочками, выстланными двухрядным эпителием и лимфоидной стромой с наличием лимфоидных фолликулов.

Клетки внутреннего слоя имеют цилиндрическую форму и небольшое темное ядро, а клетки наружного слоя — кубическую форму и более светлое ядро. Иногда эпителиальная выстилка теряет четкую двуслойность и количество слоев увеличивается, местами может происходить плоскоклеточная метаплазия. В просветах железистых структур и кистозных полос-

тей — эозинофильное содержимое с остатками дистрофически измененных эпителиальных клеток и примесью лейкоцитов.

Миоэпителиома

Составляет от 1 до 3 % от всех опухолей слюнных желез и встречается преимущественно в околоушной железе. Миоэпителиома более агрессивна, чем плеоморфная аденома и чаще подвергается злокачественной трансформации.

Таким образом, миоэпителиому необходимо дифференцировать с плеоморфной аденомой и другими опухолями, которые ранее, вместе с миоэпителиомой, относились в группу мономорфных аденом слюнных желез. Клеточный компонент миоэпителиомы представлен веретенообразными, плазмцитоподобными, эпителиоидными и светлыми клетками. В соответствии с этим различают эпителиоидный, плазмцитоподобный, веретеночеточный и смешанный варианты.

В отличие от плеоморфной аденомы в миоэпителиоме отсутствует протоковая дифференцировка, имеется четкое разделение клеточного компонента и миксоидной васкуляризированной стромы и отсутствует хондромойд, что не исключает, однако, наличия в опухоли гиалиновых масс.

Большое значение в диагностике миоэпителиомы имеет экспрессия клетками опухоли мышечного актина, цитокератина-14, виментина, кальпонины, фибриллярного кислого протеина и S-100 протеина.

Базально-клеточная аденома

Редкая опухоль, которая составляет 1–2 % всех аденом слюнных желез. В 70 % случаев опухоль локализуется в околоушной слюнной железе, реже — в малых слюнных железах, из которых наиболее часто — в железах нижней губы.

Базально-клеточная аденома гистологически представлена мономорфными мелкими клетками, формирующими солидные поля, тяжи и трабекулы с палисадообразным расположением ядер по периферии комплекса. Иногда в трабекулах и тяжах образуются железистые полости с эозинофильным содержимым, возможна плоскоклеточная метаплазия.

В соответствии с этим выделяют солидный, трабекулярный, тубулярный и мембранозный варианты базально-клеточной аденомы.

Онкоцитомы

Очень редкая опухоль, составляющая менее 1 % от всех опухолей слюнных желез. Чаще встречается в околоушной железе.

Онкоцитомы состоят из клеток с эозинофильной цитоплазмой и маленьким темным ядром. Эти клетки образуют солидные, трабекулярные и тубулярные структуры. Описан также светлоклеточный вариант онкоцитомы.

Эта опухоль очень редко малигнизируется.

Сально-клеточная аденома

Сально-клеточная дифференцировка не редкость в слюнных железах, особенно в околоушных. Однако сально-клеточная аденома является крайне редкой опухолью.

Встречаются две разновидности этой опухоли: сально-клеточная аденома и сально-клеточная лимфаденома.

Сально-клеточная аденома представлена гнездами сальных клеток. В сально-клеточной лимфаденоме, которая является еще более редкой опухолью, группы сальных клеток окружены лимфоидной стромой, иногда с наличием лимфоидных фолликулов.

Протоковая папиллома

Возникает в слюнных железах, встречается в следующих вариантах:

1. **Инвертированная протоковая папиллома** — встречается крайне редко. Она обычно обнаруживается в выводных протоках малых слюнных желез.

Гистологически опухоль представлена пластом плоского эпителия, окружающим соединительнотканную строму. Среди компонентов опухоли могут обнаруживаться слизистые клетки.

2. **Внутрипротоковая папиллома** — также редкая опухоль выводных протоков малых слюнных желез. Опухоль состоит из сосочковых разрастаний цилиндрического или многослойного плоского эпителия с соединительнотканной стромой.

3. **Сосочковая сиаладенома**. Эта редкая опухоль представлена множественными папиллярными структурами в глубине которых располагаются протокоподобные структуры, которые могут сообщаться с их поверхностью. Указанные протокоподобные структуры имеют двухрядную эпителиальную выстилку, могут сопровождаться образованием сосочковых выростов. Сосочковая сиаладенома может давать рецидивы.

Цистаденома

Сосочковая цистаденома также крайне редкая опухоль больших слюнных желез и гистологически напоминает опухоль Уортена, однако без характерной лимфоидной стромы.

Муцинозная цистаденома отличается присутствием слизистых клеток в эпителиальной выстилке опухоли и накоплением муцина.

Злокачественные опухоли слюнных желез

Аденокистозная карцинома

Составляет 4–5 % от общего числа всех новообразований слюнных желез. В 70 % случаев опухоль исходит из малых слюнных желез, особенно часто из слюнных желез неба.

Считается, что аденокистозная карцинома, как и плеоморфная аденома состоит из 2-х популяций клеток: эпителиальных и миоэпителиальных.

Поведение этой опухоли противоречиво. С одной стороны, она характеризуется медленным ростом и редко достигает больших размеров. С другой стороны, опухоль в 25–30 % случаев растет периневрально, часто поражая лицевой нерв.

Известно, что эта опухоль может метастазировать в регионарные лимфоузлы шеи, однако для нее более характерны гематогенные метастазы, которые развиваются в 38 % случаев и наблюдаются преимущественно в легких и костях. Имеются сообщения о том, что при локализации в больших слюнных железах отдаленные метастазы появляются реже, чем при локализации в малых слюнных железах. Также отмечено, что чаще метастазируют рецидивные опухоли, чем первичные.

В соответствии с гистологическим строением выделяют три типа аденокистозной карциномы: криброзный (гландулярный), тубулярный и солидный (базалоидный).

Криброзный (гландулярный) тип аденокистозной карциномы состоит из эпителиальных клеточных гнезд и межклеточного вещества, имеющего вид округлых скоплений — цилиндров, которые представлены гиалиновыми массами или заполнены слизистым веществом.

Тубулярный тип состоит из эпителиальных тяжей, окруженных гиалинизированной стромой.

В тубулярном и криброзном варианте встречаются 2 типа клеток:

- полигональные или серповидные клетки с местами вакуолизированной или оптически пустой цитоплазмой. Эти клетки располагаются вокруг протокоподобных полостей;
- кубические эозинофильные клетки железистого типа.

Солидный тип характеризуется наличием эпителиальных гнезд, в центре которых часто обнаруживаются некрозы. При этом варианте эпителиальные клетки чаще имеют базофильную цитоплазму, темное ядро и характеризуются большим количеством митозов.

Считается, что аденокистозные карциномы криброзного и тубулярного типа имеют лучший прогноз. У солидного варианта опухоли прогноз хуже, так как при этом варианте отмечаются более частые рецидивы, более частый периневральный рост, большое количество метастазов.

Мукоэпидермоидная карцинома

Составляет от 4 до 12 % всех опухолей слюнных желез и около 16,5 % всех злокачественных новообразований этой области.

Считается, что это самая частая злокачественная эпителиальная опухоль слюнных желез у детей.

Наиболее частая локализация мукоэпидермоидной опухоли – околоушная слюнная железа (59,4 %). В малых слюнных железах опухоль локализуется в 30,2 % случаев, преимущественно в железах неба.

Ранее мукоэпидермоидную опухоль относили к опухолям промежуточного типа. В принятой современной классификации ВОЗ опухоль отнесена к карциномам. Она может иметь инвазивный рост и метастазировать как в регионарные лимфоузлы, так и давать отдаленные метастазы.

В мукоэпидермоидной карциноме встречаются 3 типа клеток:

- эпидермоидные клетки, формирующие солидные гнезда и пласты, ороговение встречается редко;

- слизистые клетки, кубические, цилиндрические либо бокаловидные. Они могут формировать небольшие кисты, заполненные слизью. Однако в отдельных случаях их можно выявить только с помощью специальной окраски (ШИК-реакция);

- промежуточные клетки. Они являются клетками-предшественниками двух первых типов и могут быть эозинофильными, базофильными либо оптически пустыми.

Выделяют также 3 типа дифференцировки мукоэпидермоидных карцином, учитывая при этом количество слизистых клеток, дифференцировку клеток, анаплазию и митозы, а также особенности роста опухоли.

Таким образом, к **высокодифференцированным** мукоэпидермоидным карциномам относятся опухоли, клеточный состав которых представлен пластами эпидермоидных клеток. Слизистые клетки при этом составляют не менее 50 % и формируют большое количество кист, содержащих слизь. Промежуточные клетки встречаются редко. Полиморфизм клеток отсутствует.

К **умеренно дифференцированным** относятся карциномы, представленные обширными солидными пластами эпидермоидных и промежуточных клеток. Клеток, секретирующих слизь мало, но не менее 10 %. В опухоли могут обнаруживаться небольшие кистозные полости, встречаются мелкие фокусы некрозов и кровоизлияний.

К **низкодифференцированным** относятся мукоэпидермоидные карциномы, представленные солидными пластами с преобладанием промежуточных клеток. Эпидермоидные клетки могут плохо распознаваться при микроскопическом исследовании, так как вследствие недостаточной дифференцировки теряют свои морфологические признаки. Слизистых клеток менее 10 %, часто они выявляются только с помощью гистохимических

реакций. В опухоли выражен клеточный полиморфизм, встречается большое количество митозов, в том числе и патологических. Этот вариант опухоли имеет тенденцию к активному инвазивному росту.

Ациноклеточная карцинома

Ранее называлась «ациноклеточная опухоль» и относилась к промежуточному типу опухолей, однако сегодня ее относят к злокачественным опухолям.

Ациноклеточная карцинома может рецидивировать и давать метастазы в регионарные лимфоузлы и внутренние органы. Однако общий прогноз положительный: пятилетняя выживаемость при этой опухоли составляет около 85 %.

В ациноклеточной опухоли встречаются следующие типы клеток: типичные клетки серозных ацинусов, имеющие маленькое темное ядро и базофильную зернистую цитоплазму, вакуолизированные клетки (внутриклеточные вакуоли могут быть большие и маленькие, их может быть много или мало), клетки с оптически пустой цитоплазмой, неспецифические железистые клетки.

Эти клетки могут формировать солидные поля, состоящие из пластов опухолевых клеток, микрокисты с множеством клеточных пространств, кисты с сосочковыми выростами, фолликулярные структуры, иногда напоминающие фолликулы щитовидной железы.

Строма опухоли практически не выражена и представлена скудной соединительной тканью, в которой могут присутствовать лимфоидные клетки. В ациноклеточной карциноме могут встречаться кальцификаты. Клеточный атипизм плохо выражен, митозы редки.

Полиморфная высокодифференцированная карцинома

Впервые была описана в 1983 г. как карцинома терминальных протоков. Эта опухоль встречается только в малых слюнных железах, особенно часто в небных, чаще встречается у женщин. Несмотря на инвазивный характер роста опухоль имеет хороший прогноз.

Эпителиально-миоэпителиальная карцинома

Чаще наблюдается в околоушных железах, преимущественно у женщин. Гистологически представлена протокоподобными структурами с двухслойной выстилкой. При этом внутренний слой представлен эпителиальными клетками, наружный — миоэпителиальными.

Протоковая карцинома

Относится к очень злокачественным новообразованиям. Клинически эта опухоль обнаруживается поздно, когда происходит ее прорастание в

окружающие ткани и поражение лимфоузлов. Большинство больных умирают в течение 3 лет.

Карцинома в плеоморфной аденоме

Составляет 1,5–6 % всех опухолей слюнных желез и 15–20 % злокачественных новообразований слюнных желез. Наиболее часто она локализуется в околоушных слюнных железах, реже — в подчелюстных и в малых слюнных железах.

Карцинома в плеоморфной аденоме подразделяется на инвазивную и неинвазивную формы. Может давать метастазы в лимфатические узлы и легкие.

Недифференцированная карцинома и аденокарцинома в плеоморфной аденоме встречаются в 25–30 % случаев. Так же описаны мукоэпидермоидная карцинома в плеоморфной аденоме, аденокистозная карцинома в плеоморфной аденоме, плоскоклеточный рак в плеоморфной аденоме, миоэпителиальная карцинома в плеоморфной аденоме.

Признаками злокачественных изменений в плеоморфной аденоме являются наличие участков некрозов и кровоизлияний, наличие кальцификатов и оссификатов, быстрое увеличение размеров опухоли и ее инфильтративный рост.

Большинство других злокачественных эпителиальных опухолей слюнных желез, таких как базальноклеточная аденокарцинома, салivноклеточная аденокарцинома, онкоцитарная карцинома, злокачественная миоэпителиома по морфологии соответствуют своим доброкачественным аналогам, отличаясь от них наличием клеточного атипизма и инвазивным ростом.

Неэпителиальные опухоли

Неэпителиальные опухоли составляют около 50 % опухолей слюнных желез у детей и менее 5 % у взрослых.

Наиболее часто встречающимися типами доброкачественных мезенхимальных опухолей являются гемангиома, лимфангиома, нейрофиброма и липома. В слюнных железах также могут возникать злокачественные лимфомы, более 85 % которых — неходжкинского типа.

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Сиаладеноз

Это неопухоловое невоспалительное поражение слюнной железы. В его этиологии большая роль отводится системным нарушениям, возникающим, например, при заболеваниях печени, почек, эндокринных желез

(поджелудочная железа, щитовидная железа, надпочечники), поражениях вегетативной нервной системы и нарушениях нейрогуморальной регуляции, что приводит к нарушению секреции в ацинарных клетках. Наиболее часто сиаладеноз встречается в околоушных слюнных железах и клинически проявляется их увеличением. Морфологически заболевание проявляется увеличением ацинарных клеток в 2–3 раза, при этом ядра клеток располагаются близко к базальной мембране, в цитоплазме клеток определяется большое количество вакуолей и гранул. Воспалительная инфильтрация при этом отсутствует. Терминальные протоки слюнных желез сдавлены увеличенными ацинарными клетками и могут быть атрофированы.

Онкоцитоз

Характеризуется появлением в ткани слюнной железы скоплений эозинофильных эпителиальных клеток с гранулярной цитоплазмой. Может быть представлен как множественными фокусами этих клеток, так и единичными очагами. Кроме солидных полей, онкоциты могут формировать трабекулярные и протокоподобные структуры. В ряде случаев онкоциты могут трансформироваться в клетки с оптически пустой цитоплазмой. Онкоцитоз может переходить в онкоцитому.

НЕКРОТИЗИРУЮЩАЯ СИАЛОМЕТАПЛАЗИЯ

Это некротически-воспалительное заболевание слюнных желез. Наиболее часто поражаются малые слюнные железы, особенно небные, реже — большие слюнные железы. Клинически может проявляться возникновением глубоких язв слизистой полости рта 1–3 см в диаметре, а также появлением очагов уплотнения в подслизистом слое. Гистологическая картина достаточно характерна: очаговые некрозы с сохранением дольковой структуры железы и соединительнотканного каркаса, а также плоскоклеточная метаплазия клеток ацинусов и протоков. В очагах некроза может накапливаться слизь, в строме определяется выраженная инфильтрация нейтрофилами и пенистыми макрофагами. Могут встречаться разрастания грануляционной ткани. Плоский эпителий обычно формирует небольшие по размеру гнезда, отдельные клетки могут напоминать базальные.

Кисты слюнных желез

Наиболее часто в слюнных железах встречаются ретенционные кисты, которые могут быть обусловлены слюно-каменной болезнью и сиаладенитами с воспалительными изменениями протоков слюнных желез. Поликистоз слюнных желез относится к порокам развития и встречается крайне редко.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ

Морфологически представляет собой достаточно крупные очаги скопления лимфоцитов, иногда образующими лимфоидные фолликулы с зародышевыми центрами, среди которых выявляются островки, представленные гиперплазированными эпителиальными и миоэпителиальными клетками. Иногда могут образовываться кисты. Поражение обычно двустороннее. Этиология и патогенез заболевания четко не выявлены. Предполагается наличие инфекции, первичное поражение протоков с вторичной лимфоидной инфильтрацией, а также аутоиммунный генез болезни, так как оно часто сочетается с синдромом Шегрена.

ПОРАЖЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Возникает в стадии генерализованной лимфаденопатии и может существовать в течение нескольких месяцев и иногда лет, проявляясь соответствующими изменениями с увеличением лимфоузлов слюнных желез .

Ситуационные задачи

1. У женщины, 36 лет, удалена рецидивирующая опухоль околоушной слюнной железы. Опухоль представлена несколькими узлами диаметром до 3 см, бело-желтого цвета, на разрезе с хрящеподобными участками. Какую опухоль можно предположить у больной? Опишите ее гистологическое строение? С чем ее необходимо дифференцировать?

2. У мужчины, 70 лет, обнаружена двухсторонняя опухоль околоушных слюнных желез. Произведена операция и взята биопсия. При гистологическом исследовании опухоль представлена кистоподобными полостями и сосочками, выстланными двухрядным эпителием и лимфоидной стромой с наличием лимфоидных фолликулов. Ваш диагноз?

3. В гистогенезе каких опухолей принимают участие миоэпителиальные клетки:

- а) плеоморфная аденома;
- б) аденолимфома;
- в) миоэпителиома;
- г) ациноклеточный рак;
- д) аденокистозная карцинома.

4. При гистологическом исследовании опухоли малой слюнной железы был поставлен диагноз «аденокистозный рак». Опишите предполагаемое гистологическое строение опухоли.

Литература

Основная

Струков, А. И. Патологическая анатомия : учеб. / А. И. Струков, В. В. Серов. 4-е изд., стереотипное. М.: Медицина, 1995. С. 616–635.

Дополнительная

Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. Киев: Здоров'я, 1991. 312 с.

Seifert, G. World Health Organisation. International Histological classification of tumors. Histological typing of salivary gland tumors / G. Seifert, L. H. Sobin. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. 1991. 113 p.

Оглавление

Мотивационная характеристика темы.....	3
Патологическая анатомия опухолей слюнных желез	3
Доброкачественные опухоли слюнных желез	5
Плеоморфная аденома (смешанная опухоль)	5
Аденолимфома (опухоль Уортена).....	6
Миоэпителиома.....	7
Базально-клеточная аденома	7
Онкоцитома	7
Сально-клеточная аденома	8
Протоковая папиллома.....	8
Цистаденома.....	8
Злокачественные опухоли слюнных желез	9
Аденокистозная карцинома	9
Мукоэпидермоидная карцинома	10
Ациноклеточная карцинома	11
Полиморфная высокодифференцированная карцинома	11
Эпителиально-миоэпителиальная карцинома	11
Протоковая карцинома.....	11
Карцинома в плеоморфной аденоме.....	12
Неэпителиальные опухоли.....	12
Опухолеподобные поражения	12
Сиаладеноз.....	12
Онкоцитоз.....	13
Некротизирующая сиалометаплазия	13
Кисты слюнных желез.....	13
Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.....	14
Поражение слюнных желез при ВИЧ-инфекции.....	14
Ситуационные задачи	14
Литература.....	15