

**В.В. Афанасьев
У.Р. Мирзакулова**

СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЕЗНИ И ТРАВМЫ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

2-е издание, переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений	5
История развития отечественной сиалологии	6
Глава 1. Анатомия и физиология слюнных желез	25
Глава 2. Методы обследования слюнных желез	42
Глава 3. Классификация неопухолевых заболеваний и повреждений слюнных желез. Терминология	74
Глава 4. Пороки развития слюнных желез	81
Глава 5. Воспаление слюнных желез (сиаладенит)	93
Глава 6. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиаладенозы)	179
Глава 7. Слюннокаменная болезнь (совместно с проф. М.Р. Абдусаламовым)	226
Глава 8. Повреждение слюнных желез	260
Глава 9. Кисты и опухоли слюнных желез	274
Глава 10. Профилактика, реабилитация, врачебно-трудовая экспертиза при диспансерном методе обслуживания больных с заболеваниями и повреждениями слюнных желез	301
Список литературы	310

Глава 4

Пороки развития слюнных желез

Классификация пороков развития слюнных желез

- Пороки развития протоков: расширение (эктазия) или сужение (стриктура) протоков, дивертикулы.
- Дистопия (гетеротопия) слюнных желез.
- Аплазия слюнных желез.

4.1. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВЫВОДНЫХ ПРОТОКОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Могут выражаться в виде *эктазии* (расширения) их отдельных участков. Обычно эктазии наблюдаются в области внежелезистых отделов околоушного или поднижнечелюстного протоков. Иногда встречается значительное расширение и в области внутрижелезистых отделов протоков, напоминающее кистовидную полость, диаметром до 3–5 см (рис. 4.1–4.4). Значительное расширение околоушного протока в литературе носит название «мегастенон», поднижнечелюстного — «мегавартон». Некоторые авторы для определения такой врожденной патологии используют термин «мукоцеле».

Могут встречаться врожденные истинные или ложные *стриктуры* (сужения) протоков. Приобретенные стриктуры являются истинными, они появляются после различных оперативных вмешательств на выводных протоках

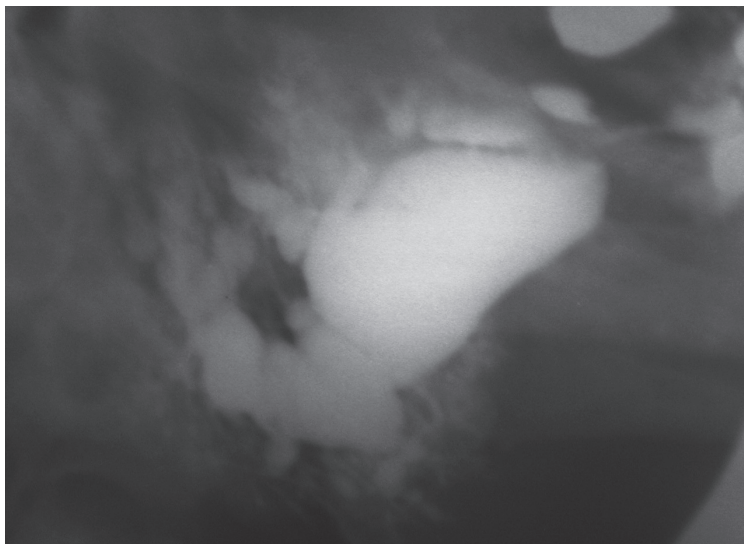


Рис. 4.1. Сиалограмма правой околоушной железы в боковой проекции. Поздняя стадия сиалодохита. Определяется кистозное расширение протоков

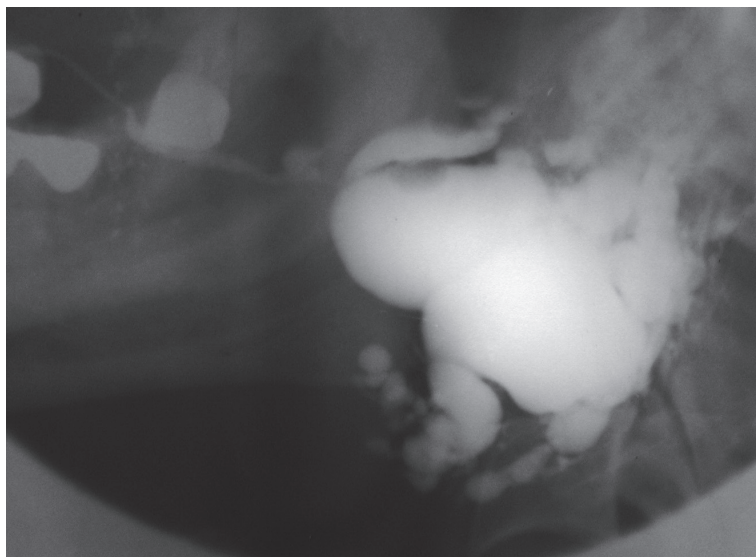


Рис. 4.2. Сиалограмма левой околоушной железы в боковой проекции. Поздняя стадия сиалодохита. Определяется кистозная форма сиалодохита

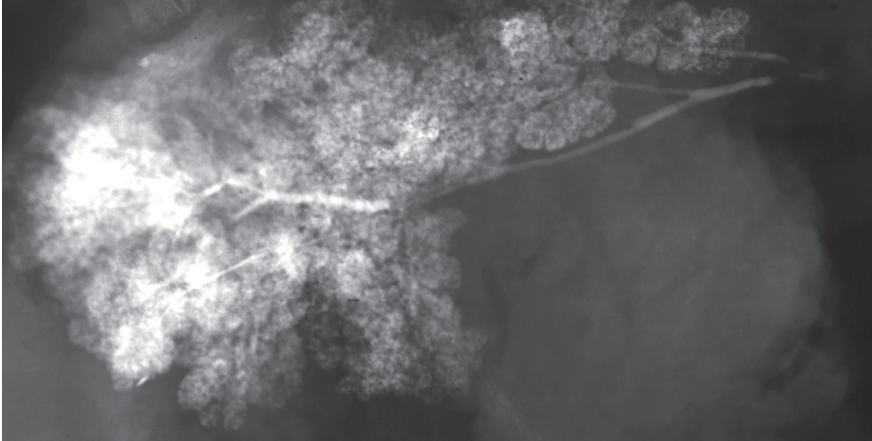


Рис. 4.3. Микросиалограмма околоушной железы новорожденного. Определяется расширение околоушного протока и протоков I—II порядков в одной из верхних долей железы (наблюдение В.В. Афанасьева)

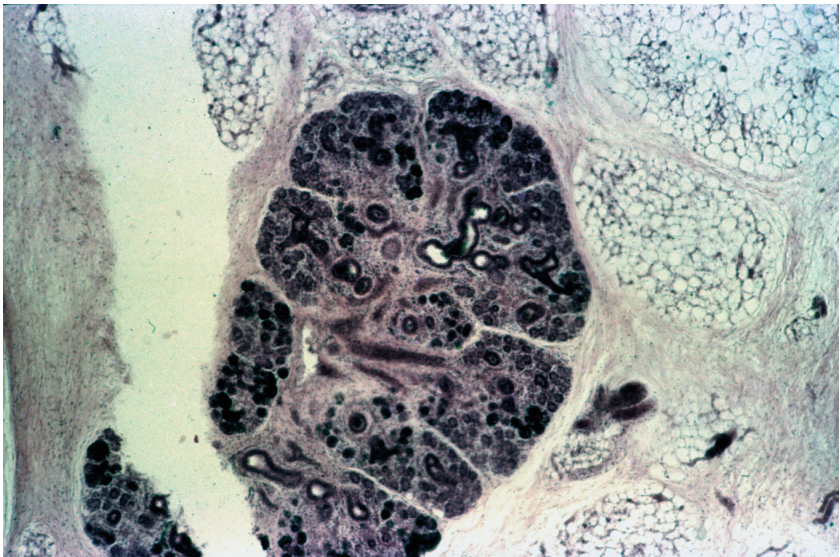


Рис. 4.4. Гистотопограмма околоушной железы того же наблюдения. Определяется эктазия внутрижелезистых протоков

или после развития гнойного воспалительного процесса в железе, в результате чего происходит рубцовое сужение протока.

Стриктуры врожденного генеза могут быть как истинными, так и ложными. По существу, врожденная ложная стриктура протока может не являться таковой, поскольку диаметр протока остается в пределах нормальных величин. Но этот отрезок протока будет являться стриктурой по отношению к врожденному расширенному участку протока. В то же время встречаются и истинные стриктуры, при которых последующий участок протока (после его дихотомического деления) будет шире, чем предыдущий (рис. 4.5, 4.6). В данном случае нарушается закон дихотомического деления трубчатых органов, по которому последующие после деления протоки должны быть меньшего диаметра, чем предыдущие.

Дивертикулы — это ограниченное мешкообразное слепое выпячивание стенки полостного или трубчатого органа, сообщаемое с его просветом. Подобное образование в кровеносных сосудах называют аневризмой. Наиболее часто дивертикулы встречаются в двенадцатиперстной кишке, пищеводе и мочевом пузыре. Дивертикулы также

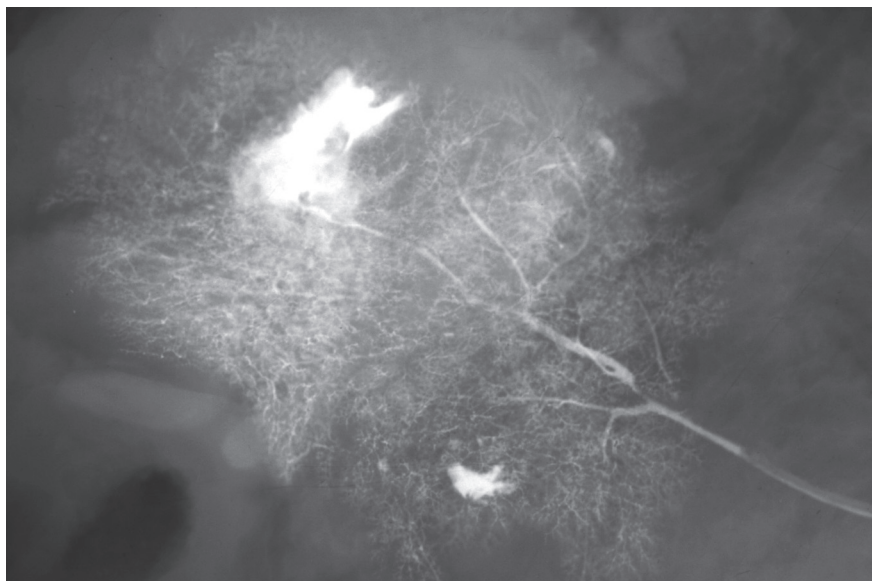


Рис. 4.5. Микросиалограмма околоушной железы мертворожденного плода. Определяется участок сужения протока I порядка

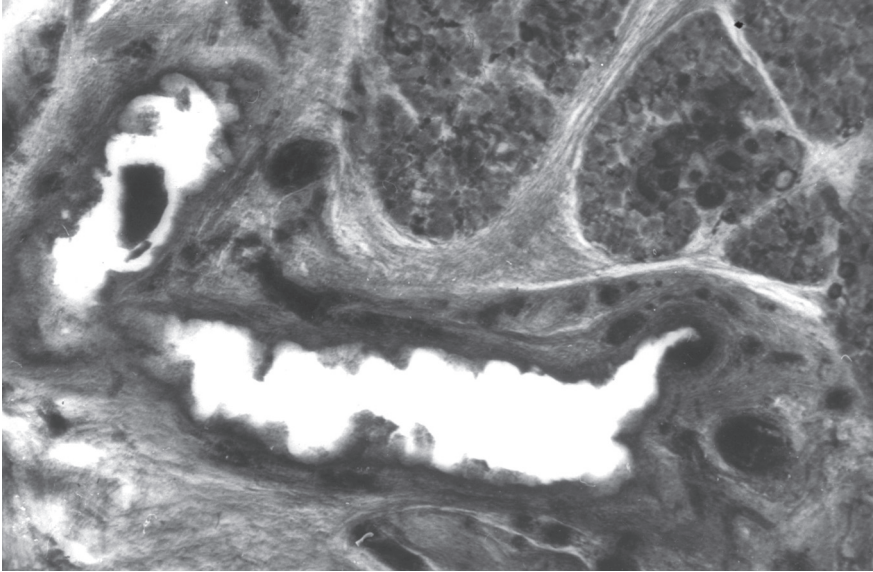


Рис. 4.6. Гистотопограмма околоушной железы того же наблюдения. Определяется участок сужения протока I порядка

могут встречаться в слюнных железах (рис. 4.7–4.9). В полости дивертикула задерживаются пища, моча или слюна, что в конечном итоге приводит к развитию хронического воспаления или образованию различного вида камней. По мнению автора, основанному на результатах исследований, дивертикул протока СЖ имеет врожденный генез вследствие внутриутробных нарушений формирования отдельных участков органа. В этом случае дивертикул является истинным, состоящим из всех слоев стенки данного органа, в отличие от ложного, при котором выпячивается один слой стенки (например, кровеносного сосуда). Наиболее часто истинный дивертикул обнаруживается случайно при обследовании пациентов по поводу слюннокаменной болезни.

Особой формой дивертикулов являются протоковые эктазии шаровидной формы, которые встречаются на сиалограммах больных хроническим паренхиматозным паротитом (рис. 4.10). Наши исследования (Афанасьев В.В., 1993) показали, что эти аномалии являются врожденными пороками развития слюнных желез (рис. 4.11, 4.12).



Рис. 4.7. Сиалограмма левой поднижнечелюстной железы в боковой проекции. Определяется дивертикул в дистальном отделе поднижнечелюстного протока, в котором расположен камень

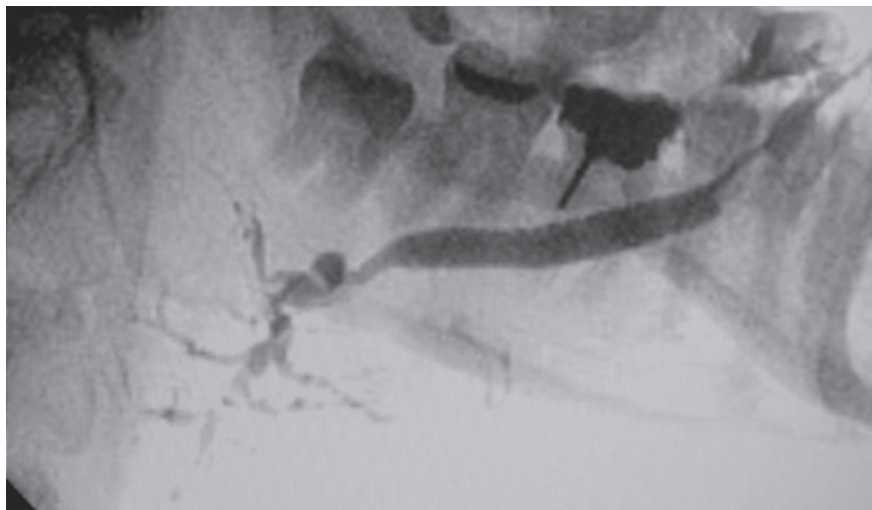


Рис. 4.8. Сиалограмма правой поднижнечелюстной железы в боковой проекции. Определяется дивертикул поднижнечелюстного протока

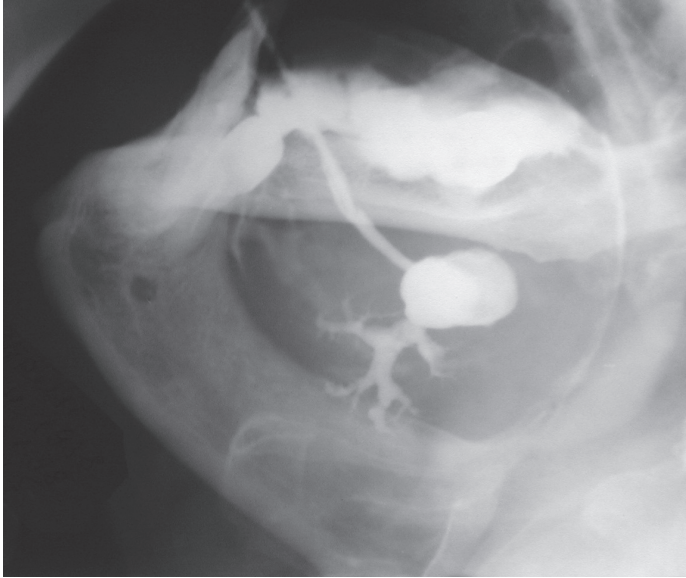


Рис. 4.9. Сиалограмма левой поднижнечелюстной железы в проекции по В.С. Коваленко. Определяется дивертикул поднижнечелюстного протока

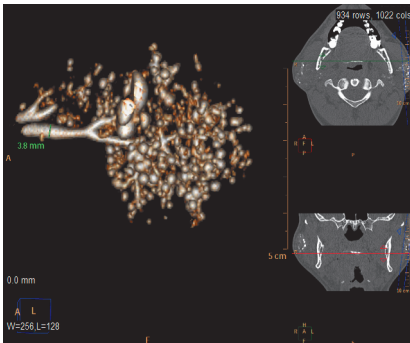


Рис. 4.10. Мультиспиральная компьютерная 3D-сиалограмма. Определяются шаровидные протоковые эктазии в области околоушной железы

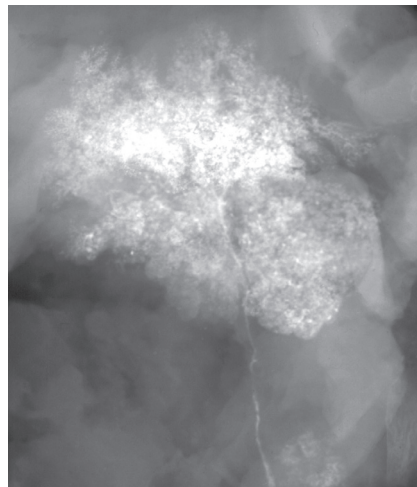


Рис. 4.11. Микросиалограмма околоушной железы новорожденного. Определяются округлые полости в области паренхимы

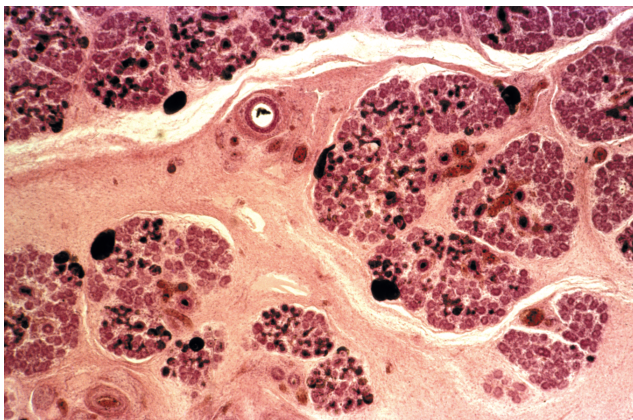


Рис. 4.12. Гистотопограмма околоушной железы того же наблюдения. Определяется выход контраста округлой и овальной формы под оболочку доли железы

Некоторые авторы (Бернадский Ю.И., 1970 и др.) также рассматривали дивертикул с точки зрения выпячивания стенки протока, но не исследовали природу этого состояния.

Другие изменения протоков. Ю.Л. Золотко (1960) наблюдал случай двойного протока поднижнечелюстной слюнной железы. L. Cerny и S. Krc (1970) описали наличие анастомоза между околоушным и поднижнечелюстным протоками, который был выявлен с помощью сиалографии.

Мы обнаружили необычное дихотомическое деление поднижнечелюстного протока на два значительно более узких протока в области верхнего полюса железы (рис. 4.13).

Особый вид врожденной патологии выводных протоков может заключаться в их локализации. Так был выявлен (Афанасьев В.В. и др., 2009) выход отдельных мелких протоков за пределы капсулы железы, что в норме не определяется (рис. 4.14).

Лечение пороков развития протоков слюнных желез в основном консервативное: при развитии воспалительного процесса назначают лечение, описанное в главе, посвященной острым и хроническим сиаладенитам. В случае неэффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство по пластическому восстановлению проходимости протока; производят также погашение функции слюнных желез после перевязки главного протока.

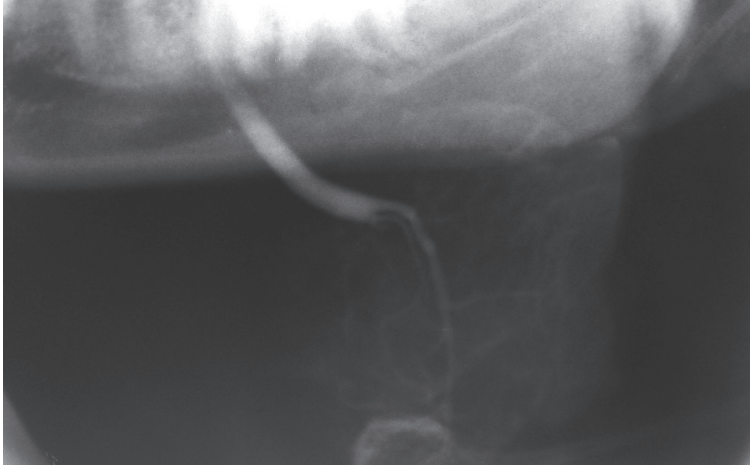


Рис. 4.13. Сиалограмма левой поднижнечелюстной слюнной железы. Отмечается необычное деление поднижнечелюстного протока на мелкие протоки в области верхнего полюса железы

В случае слюннокаменной болезни после удаления конкремента иногда удается иссечь дивертикул и ушить проток.

4.2. ДИСТОПИЯ (ГЕТЕРОГЕНИЯ) СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Описана многими авторами. А.А. Опокин (1912) подчеркивал, что в эмбриональном периоде инкапсулирование слюнных желез может происходить позже, чем формирование ацинусов самой железы. При этом элементы железы могут хаотично смещаться, «блуждать» среди соседних анатомических отделов и элементов (клетки периоста нижней челюсти, барабанная перепонка, шея, язык и т.д.), в которых затем и остаются. В связи с этим есть условия для возникновения в дальнейшем из этих зачатков различных опухолей.

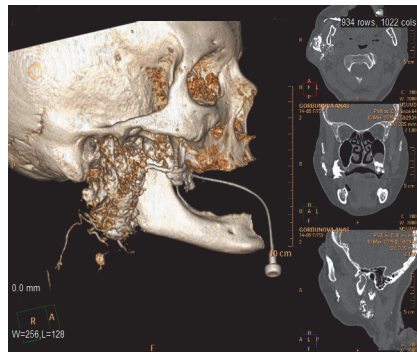


Рис. 4.14. Мультиспиральная компьютерная 3D-сиалограмма правой околоушной железы. Определяются мелкие узкие протоки, выходящие за пределы капсулы железы

В литературе описана гистологически подтвержденная гетеротопия долек слюнных желез в верхние отделы шеи (Гудман Р. и др., 1981; и др.), которая осложнялась образованием слюнных свищей. Дистопия слюнных желез может проявляться и как опухолевый узел. Ф.И. Чумаков и Г.А. Авдеева (1982) обнаружили ткань слюнных желез в гортани с явлением ее аденоматоза. Мы наблюдали больного с дистопией слюнной железы в области спинки языка на уровне слепого отверстия.

F. Gudbrandsson и соавт. (1982) обнаружили ткань слюнных желез в области бифуркации сонной артерии. М. Araich, Н. Brode (1959) и соавт. находили элементы слюнной железы в толще нижней челюсти. В. Curry (1982) описал гетеротопию слюнных желез в ткань головного мозга, S. Marwah (1980) — в область гениталий, S. Weitzner (1983) — в область прямой кишки.

Особым случаем дистопии ацинарной ткани слюнных желез является ее проникновение (пенетрация) в околоушные лимфатические узлы эмбрионов (рис. 4.15), описанное в 1898 г. R. Neisse. Автор объяснил это явление инвазией части слюнных желез в лимфоидную массу во время органогенеза. В дальнейшем А. Dozin (1962), В.В. Афанасьев (1987) доказали, что такая эктопия наблюдается, хотя и редко, у взрослых.

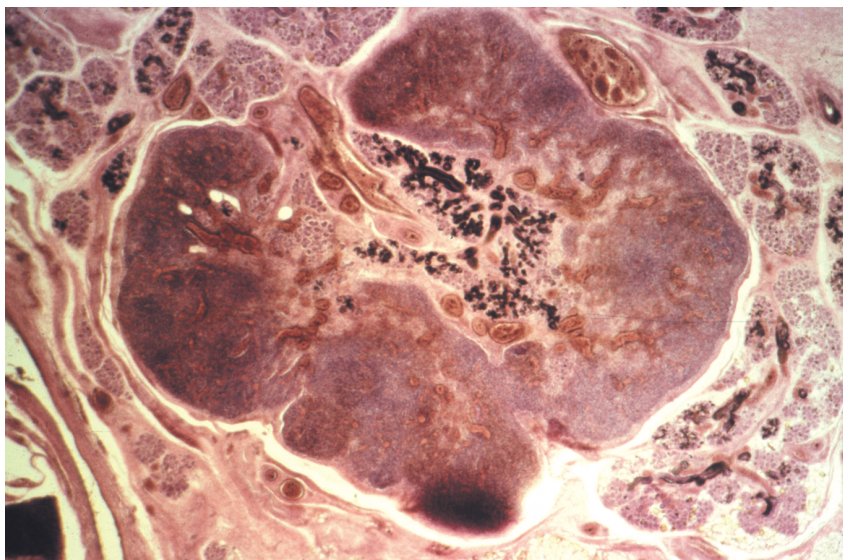


Рис. 4.15. Гистопограмма лимфатического узла новорожденного. Эктопия ацинарной ткани околоушной железы в мозговой слой лимфатического узла (наблюдение В.В. Афанасьева)

Известны случаи дистопии всей СЖ. Так, мы наблюдали значительное смещение околоушной железы кверху и кпереди за пределы ее нормального анатомического расположения.

I. Friedman (1964) описал случай полного смещения подъязычной железы в костную ткань нижней челюсти. Мы также обнаружили у юноши 22 лет смещение подъязычной железы в тело нижней челюсти, в результате чего на сиалограмме поднижнечелюстной слюнной железы была видна подъязычная железа, от которой образовалось вдавление в кости, определяемое на рентгенограмме в виде разрежения костной ткани (рис. 4.16).

Специального лечения дистопия слюнных желез не требует. Однако в случае образования опухоли, слюнного свища и развития сиаденита показано хирургическое вмешательство.

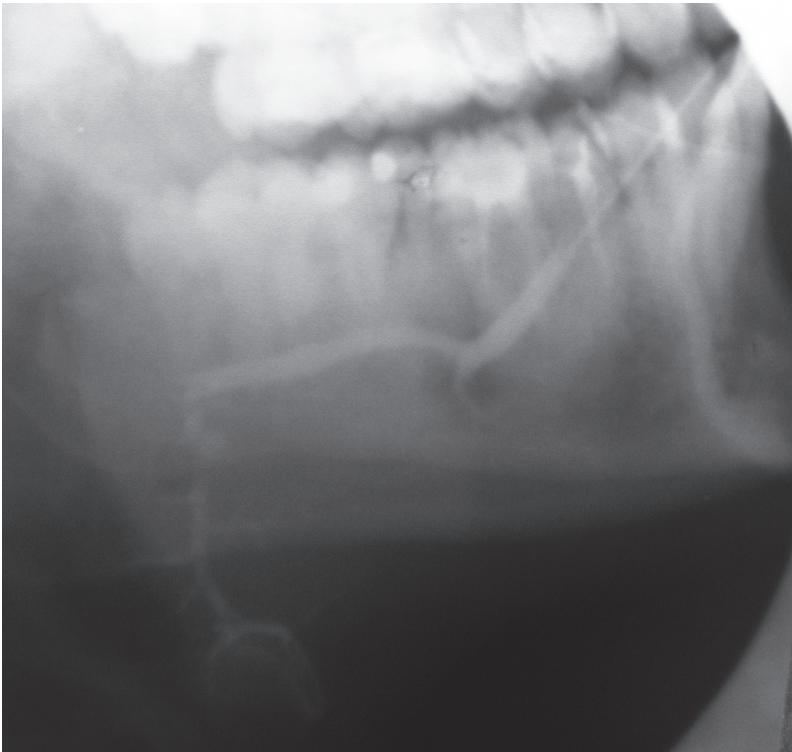


Рис. 4.16. Гетеротопия подъязычной слюнной железы в толщу нижней челюсти

Смещение устья околоушного или поднижнечелюстного протоков наблюдается редко. Устье околоушного протока может располагаться на уровне верхнего зуба мудрости или верхнего 2 премоляра. Устье поднижнечелюстного протока может смещаться на 1 см кзади в подъязычную область от уздечки языка.

Лечения данной патологии не требуется. Возможность наличия таких аномалий следует учитывать при поиске устья.

4.3. АПЛАЗИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Может быть полной или частичной. Чаще наблюдается аплазия одной железы (околоушной или поднижнечелюстной), что определяется случайно при обследовании. Полная аплазия СЖ — очень редкое явление и обнаруживается в случае рано появляющейся абсолютной истинной ксеростомии, которая приводит к быстрому разрушению всех зубов, поэтому при лечении данной патологии надо предусмотреть протезирование с покрытием каждого зуба коронкой и заместительную терапию препаратами искусственной слюны.