

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КІСТ ПІД'ЯЗИКОВИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” “Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки” (державний реєстраційний номер 0105U001312).

Вступ. За статистичними даними, до 35,3% в загальній структурі кіст слинних залоз (СЗ) займають кістозні утворення під'язикових СЗ та вони домінують у всіх вікових групах пацієнтів. Дослідники визначають, що частота ураження патологічними процесами окремих слинних залоз залежить від їх топографо-анатомічних особливостей будови і функціональної активності [6].

Так, складна за будовою, альвеолярно-трубчаста, гілляста під'язикова слинна залоза (ПЯСЗ) має рясну сітку кровоносних судин та нервових волокон і виробляє змішаний білково-слизовий секрет. Серед білкових, слизових та змішаних секреторних клітин ацинусів превалюють саме змішані. Білкові є малочисельними, а слизові клітини виробляють помірну кількість мукопротеїдів. Безпосередньо епітелій ацинусів продукує ферментативні компоненти, а вивідні протоки здійснюють синтез, транспорт секрету, процес реабсорбції і кінцеве формування його складу [1, 2].

Однотимчасний перебіг всіх секреторних фаз, виділення секрету по мірі синтезу обумовлюють безперервний цикл його виведення в порожнину рота, забезпечуючи, крім участі в травленні та формуванні грудки їжі, ще й захисну і трофічну функції [4]. Топографічно кінцеві відділи ПЯСЗ розташовуються безпосередньо під слизовою оболонкою, а вивідні протоки відкриваються в ділянці “під'язикового м'яса” [3].

Рубцеві зміни (внаслідок травми, запалення та інш.) в стінках вивідних проток і навколо них утруднюють слиновиділення або викликають повну затримку секрету, призводячи до розвитку кістозних утворень. В окремих випадках цьому можуть сприяти вроджені вади розвитку структурних компонентів самої залози [8, 9].

Дійсно, за літературними даними, серед доброякісних пухлин дна порожнини рота частіше зустрічаються кістозні утворення, що виникли на тлі вад розвитку (брахіогенні, тіреоглосальні, дермоїдні, епідермоїдні та ін.), рідше – залозисті, судинні або травматичні, а інколи і паразитарні кісти [7].

Ретенційну кісту ПЯСЗ, що локалізується переважно в передньому відділі під'язикового простору, через схожість з гортанним пузирем жаби (чапа-жаба), що роздувається під час квакання, називають ранулою [6]. В клінічній практиці їх прийнято розподіляти безпосередньо на кісти СЗ та кістоподібні розширення вивідних проток, а їх розміри коливаються від ледь видимих до 5 см в діаметрі і навіть більше [7].

В типових випадках вміст ранули поступово розтягує оболонку та має прозорий вигляд з голубуватим відтінком. Повільно збільшуючись, кіста може опускатися в підборідну або піднижньощелепну ділянку, розсовуючи чи огинаючи *m. mylohyoideus*. Вона переважно виявляється у 4-5-річних пацієнтів, а інколи зустрічається у дітей грудного або старшого віку [6, 7, 8].

Метою дослідження стало встановлення особливостей морфологічної структури ретенційних кіст і тканин під'язикових слинних залоз в залежності від клінічного перебігу та виду оперативного втручання.

Об'єкт і методи дослідження. Під нашим наглядом і лікуванням знаходилося 18 дітей віком від 1 до 7 років, які звернулися з кістозними утвореннями ПЯСЗ в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології.

В ході дослідження використовували збір анамнезу життя та захворювання, проводили об'єктивне обстеження хворих, визначаючи вид хірургічного втручання і його обсяг. Гістологічне дослідження операційного матеріалу виконували за загальноприйнятими методиками [5].

Результати досліджень та їх обговорення. За даними проведеного нами статистичного аналізу, кількість дітей з ранулами складає 15,8% від всіх пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання в хірургічному відділенні ДМКЛ м. Полтави під загальним знеболюванням.

Зазвичай хворі скаржились на довготривалу наявність пухлиноподібного утворення в ділянці дна порожнини рота, яке створювало дискомфорт, заважало ковтанню під час прийому їжі, а інколи порушувалась та мова.

При об'єктивному обстеженні ранули частіше розташовувалися в під'язиковій ділянці на гребені під'язикового валика, рідше – збоку від нього (ближче до внутрішньої поверхні нижньої щелепи або поряд із вуздечкою язика). В 4 випадках (22,2%) їх

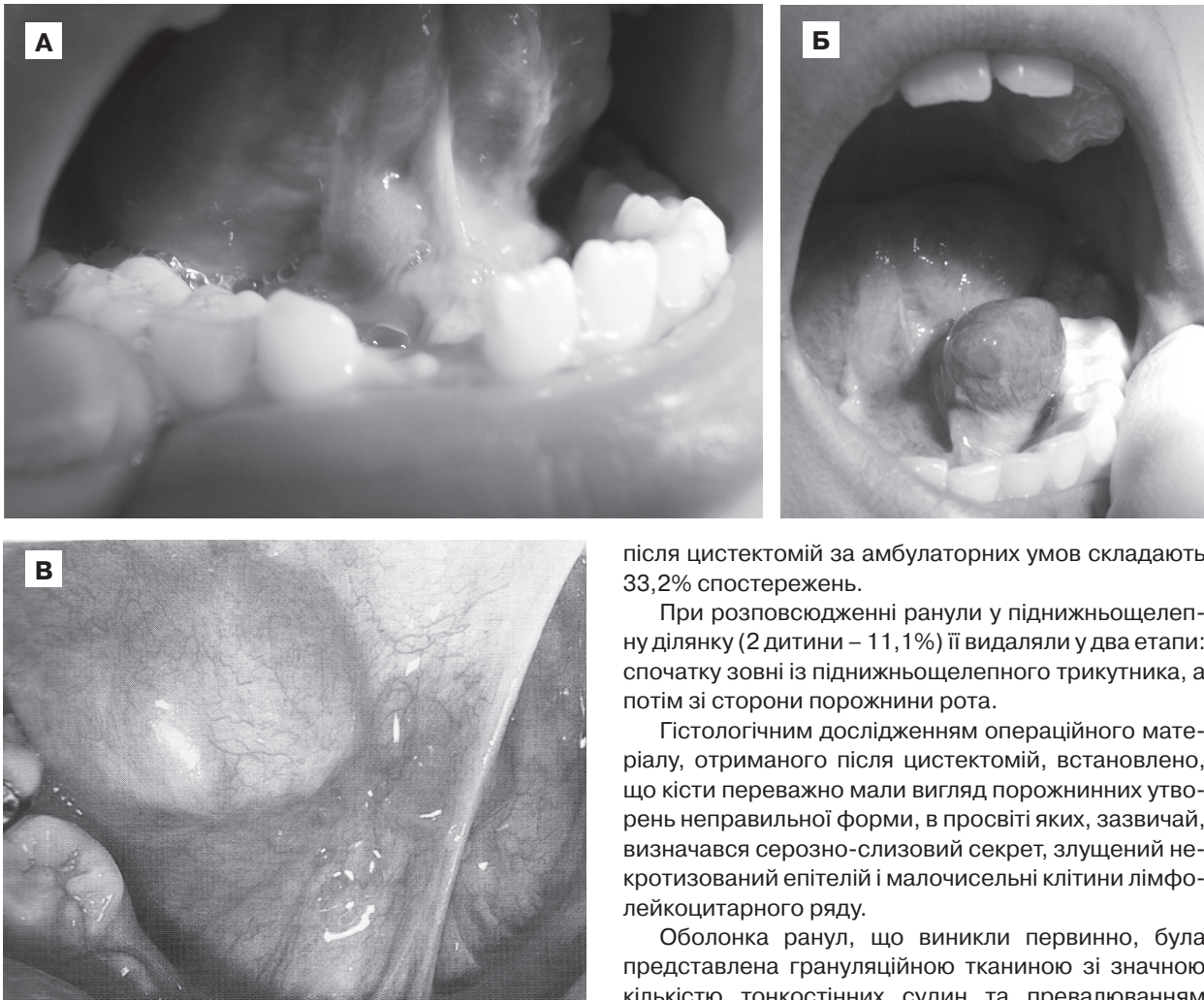


Рис. 1. Загальний вигляд кіст під'язикових слинних залоз.

випинання було видиме під підборіддям або розповсюджувалось на піднижньощелепну ділянку.

В порожнині рота кісти мали вигляд м'якого, круглого, з чіткими межами і гладкою поверхнею безболісного утворення синюватого кольору із світло-жовтим в'язким вмістом, яке було прикрите тонкою слизовою оболонкою дна порожнини рота (**рис. 1**). Пальпація утворення у всіх випадках була безболісною, однак визначалася флуктуація.

Вибір методу лікування залежав від розмірів утворення та віку дитини. Так, кісти малих розмірів (до 2 см в діаметрі), що були діагновані у 5 пацієнтів (27,8%) і локалізувалися на гребені під'язикового валика, видаляли методом цистектомії.

Середні (до 5 см в діаметрі) та великі (більше 5 см) кісти потребували хірургічного втручання по типу цистотомії (6 хворих – 33,3%), або, в окремих випадках, цистектомії (3 хворих – 16,7%).

При виникненні рецидиву у 4 дітей (22,2%) видалення кіст проводилось разом із залозою, тобто виконували цистсіаладенектомію. Слід зауважити, що за даними ретроспективного аналізу архівного поліклінічного матеріалу, рецидиви захворювання

після цистектомії за амбулаторних умов складають 33,2% спостережень.

При розповсюдженні ранули у піднижньощелепну ділянку (2 дитини – 11,1%) її видаляли у два етапи: спочатку зовні із піднижньощелепного трикутника, а потім зі сторони порожнини рота.

Гістологічним дослідженням операційного матеріалу, отриманого після цистектомії, встановлено, що кісти переважно мали вигляд порожнинних утворень неправильної форми, в просвіті яких, зазвичай, визначався серозно-слизовий секрет, злущений некротизований епітелій і малочисельні клітини лімфолейкоцитарного ряду.

Оболонка ранул, що виникли первинно, була представлена грануляційною тканиною зі значною кількістю тонкостінних судин та превалюванням серед клітинних елементів поліморфних сегментоядерних лейкоцитів (**рис. 2**). В ділянках ПЯСЗ, прилеглих до ранули, визначалася вогнищева переважно лімфоїдна інфільтрація і незначне розширення міждолькових вивідних проток (**рис. 3**).

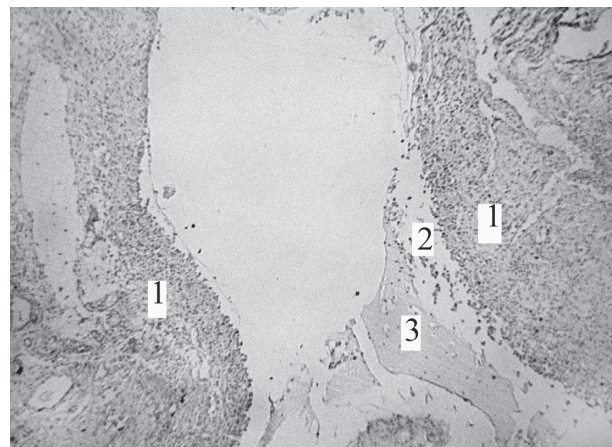


Рис. 2. Мікроскопічна будова кісти ПЯСЗ. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 4 $\times$. Ок. 10 $\times$. 1 - грануляційна тканина; 2 - злущений епітелій і лейкоцити; 3 - слизово-білковий секрет.

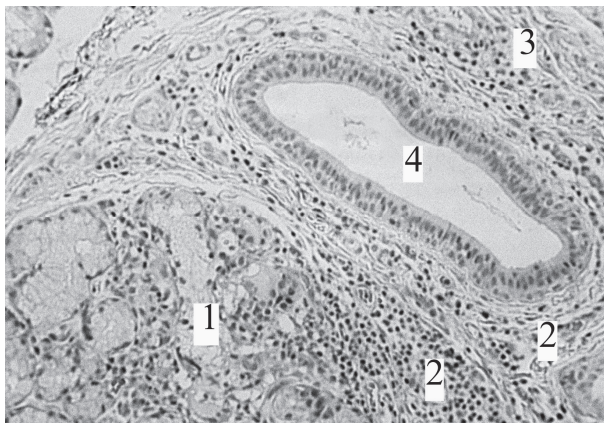


Рис. 3. Мікроскопічна картина збереженої паренхіми ПЯСЗ. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10[×]. Ок. 10[×]. 1 - ацинарні відділи; 2 - кровоносні мікросудини; 3 - грубоволокниста сполучна тканина; 4 - розширена междольковий вивідна протока.

У випадках, коли після виникнення рецидиву проводилась цистсіаладенектомія, в морфологічній структурі оболонки простежувались два шари: внутрішній, представлений грануляційною тканиною з наявністю відносно незначної кількості клітинних елементів та кровоносних судин, і зовнішній, що мав будову грубоволокнистої сполучної тканини з поодинокими клітинами лімфо-лейкоцитарного та фібробластичного ряду (рис. 4). В прилеглих тканинах ПЯСЗ, на тлі вогнищевої лімфоїдної інфільтрації і склеротичних змін в міждолькових перетинках, спостерігались атрофічні зміни в ацинарному апараті у вигляді зменшення кількості та розмірів ацинусів.

Висновки.

1. Цистектомії в структурі планових хірургічних втручань з приводу кіст під'язикових слинних залоз у дітей займають 44,5%. Рецидиви кіст після їх проведення в стаціонарних умовах складають 22,2%, а за поліклінічних вони становлять 33,2% спостережень,

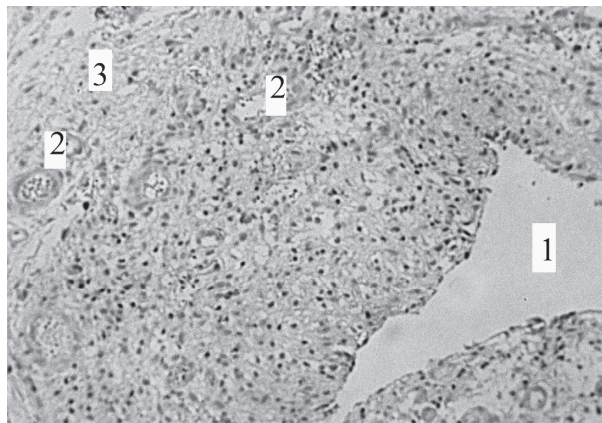


Рис. 4. Мікроскопічна будова кістки ПЯСЗ. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10[×]. Ок. 10[×]. 1 - порожнина кістки; 2 - кровоносні мікросудини; 3 - грубоволокниста сполучна тканина.

що обумовлює певну актуальність даної проблеми для дитячої хірургічної стоматології.

2. Морфологічна будова ранул безпосередньо визначається їх клінічними проявами, тривалістю перебігу патологічного процесу і віддаленими наслідками залежно від виду оперативного втручання. Так, досить часто оболонка кіст, що виникли первинно, представлена типовою грануляційною тканиною, а в прилеглий до неї залозистій тканині спостерігаються реактивні зміни. Натомість оболонка ранул, отриманих після цистсіаладенектомії з приводу рецидиву, має двошарову будову, а в прилеглий тканині залози прослідковуються ознаки хронічного запалення, атрофічні та склеротичні зміни.

Перспективи подальших досліджень. Наведені дані можуть стати підґрунтям для подальших поглиблених наукових досліджень щодо встановлення порушень гомеостазу порожнини рота після видалення ПЯСЗ і визначення компенсаторних можливостей інших великих слинних залоз.

Список літератури

1. Будылина С.М. Физиология челюстно-лицевой области / С.М.Будылина, В.П.Дегтярёва. – М.: Медицина, 2000. – 350 с.
2. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В.Л. Быков – [2-е изд., испр.] – СПб: Специальная литература, 1998. – 247 с.
3. Гемонов В.В. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов / Гемонов В.В., Лаврова Э.Н., Фалин Л.И. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 256 с.
4. Долгих В.Т. Клиническая патофизиология для стоматолога / В.Т.Долгих. – М.: Медицинская книга, 2000. – 196 с.
5. Меркулов А.Б. Курс патогистологической техники / А.Б. Меркулов. – Л.: Медицина, 1969. – 237 с.
6. Ромачева И.Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез / И.Ф.Ромачева, Л.А.Юдин, В.В.Афанасьев и соавт. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
7. Солнцев А.И. Кисты челюстно-лицевой области и шеи / А.И.Солнцев, В.С.Колесов. – Киев, Здоров'я, 1982. – 144 с.
8. Ткаченко П.І. Запальні захворювання та кісти слинних залоз у дітей / П.І.Ткаченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій, Н.П.Білоконь. – Полтава, 2011. – 30 с.
9. Ткаченко П.И. Количество и форма конкрементов вартонова протока как дифференциально-диагностический признак слюннокаменной болезни / П.И.Ткаченко, А.М.Гоголь, С.А.Белоконь и соавт. // Стоматолог. – 2005. – №4. – С. 29-30

УДК 616.316-003.4-071

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КІСТ ПІД'ЯЗИКОВИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.

Резюме. В статті наведено результати власних клінічних спостережень і дані стосовно морфологічної структури ретенційних кіст під'язикових слинних залоз у 18 дітей, з приводу яких цистектомія складає 44,5% в загальній структурі планових хірургічних втручань, а рецидиви при цьому виникають у 22,2% за стаціонарних спостережень та у 33,2% за поліклінічних умов. В тканинах залози, прилеглих до кістозного утворення, що виникло первинно, спостерігаються лише прояви реактивних змін. В залозистій тканині, отриманій після видалення ранул з приводу рецидиву, вже визначаються ознаки хронічного запалення, атрофічні і склеротичні зміни.

Ключові слова: діти, під'язикова слинна залоза, кіста.

УДК 616.316-003.4-071

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконов С.А., Гуржий Е.В.

Резюме. В статье представлены результаты собственных клинических наблюдений и данные касательно морфологического строения ретенционных кист подъязычных слюнных желез у 18 детей, по поводу которых цистэктомия составляет 44,5% в общей структуре плановых хирургических вмешательств, а рецидивы при этом возникают в 22,2% стационарных наблюдений и в 33,2% при поликлинических условиях. В тканях железы, прилежащих к кистозному образованию, возникшему первично, наблюдаются только лишь реактивные изменения. В железистой ткани, полученной после удаления ранул по поводу рецидива, уже определяются признаки хронического воспаления, атрофические и склеротические изменения.

Ключевые слова: дети, подъязычная слюнная железа, киста.

UDC 616.316-003.4-071

Clinical And Morphological Aspects Of Sublingual Salivary Cyst

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Belokon S.A., Gurzhiy E.V.

Summary. The article presents the results of clinical observations and the data concerning the morphological structure of retention cysts of sublingual salivary glands in 18 children, about which cystectomy 44.5% of the total planned surgery, and recurrences occur at the same time 22.2% of stationary observations and to 33.2% in outpatient settings. In gland tissue adjacent to the cystic formation, arising primarily, there are only reactive changes. In the glandular tissue, obtained after batrachoplasty for recurrent already determined are signs of chronic inflammation, atrophic and sclerotic changes.

Key words: children, sublingual salivary gland cyst.

Стаття надійшла 8.05.2012 р.

Рецензент – проф. Каськова Л.Ф.