

**Клініко-морфологічні аспекти кіст слинних залоз**  
**Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.**  
**ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”**

За статистичними даними, в номенклатурі захворювань слинних залоз (СЗ) чільне місце займають кістозні утворення, в структурі яких до 61,2% складають кісти малих слинних залоз (МСЗ), а близько 35,3% – кістозні утворення під’язикових слинних залоз (ПЯСЗ) [8, 9].

Обмежена кількість доступної інформації стосовно кіст слинних залоз взагалі, а у дітей зокрема, спонукала нас узагальнити літературні дані та провести власні дослідження, метою яких стало вивчення закономірностей морфологічної структури кіст МСЗ різного генезу і клінічного перебігу та встановлення особливостей морфологічної структури ретенційних кіст ПЯСЗ в залежності від клінічної картини і виду оперативного втручання.

Дослідники зазначають, що частота ураження патологічними процесами окремих СЗ залежить від їх топографо-анатомічних та гістофункціональних особливостей [7, 10].

Так, кінцеві відділи всіх МСЗ розташовуються у сполучній тканині слизової оболонки (СО), а вивідні протоки відкриваються на її поверхні у різних ділянках порожнини рота [2].

Підслизова основа губ, виходячи із власної пластинки СО, межує з м’язами і вміщує багато судин, жирову тканину та кінцеві відділи великої кількості екзоепітеліальних *губних СЗ* (складні альвеолярно-трубчасті, білково-слизові залози із превалюванням слизових клітин) розміром не більше горошини. Їх число зменшується від середньої лінії до периферії, а вивідні протоки відкриваються в присінку порожнини рота [4].

*Щічні СЗ* (переважно слизові), кінцеві відділи яких розташовуються в підслизовій основі, зазвичай знаходяться у міжм’язових просторах, однак можуть локалізуватися і за їх межами. Кількість цих залоз збільшується в передньо-задньому напрямку [3].

Між прошарками жирової тканини підслизової основи передньої поверхні *м'якого піднебіння* знаходяться кінцеві відділи слизових МСЗ, а у власній пластинці СО задньої поверхні – кінцеві відділи змішаних та слизових слинних залоз. Слід зазначити, що на м'якому піднебінні кінцеві відділи МСЗ можуть проходити із підслизової основи між пучками м'язових волокон. Кількість залоз також збільшується в передньо-задньому напрямку [2].

Дистальні  $2/3$  *твердого піднебіння* займає залозиста ділянка, вміщуючи в підслизовій основі кінцеві відділи слизових СЗ [3].

Підслизова основа *дна порожнини рота* має жирову тканину і малі СЗ [2].

В передніх відділах нижньої поверхні *язика* знаходяться змішані МСЗ, кінцеві відділи яких розташовуються в глибині власної пластинки та в підслизовому шарі, але можуть проникати і в сполучнотканинні прошарки між м'язовими пучками. В ділянці кореня язика між листкоподібними та жолобоподібними сосочками локалізуються малі слинні залози, вивідні протоки яких окремо відкриваються в порожнину рота [2, 3].

Типова для всіх МСЗ морфологічна будова має деякі вікові особливості, що показово виглядає на прикладі губних слинних залоз – дериватів епітелію ектодермального походження первинної ротової бухти. З віком в ділянці гирла залоз цей епітелій переходить в епітеліальну стінку вивідних проток, які морфологічно змінюються в результаті диференціювання епітелія в секреторні клітини, локалізовані здебільшого в ацинусах [3].

Таким чином, стінка ацинусів губних СЗ новонароджених, відповідаючи її будові у дорослих, складається із двох шарів високоспеціалізованих клітин. Найтовщий шар утворений щільно контактуючими між собою секреторними гландулоцитами (мукоцитами), до базальної плазмолемі яких тісно прилягає шар плескатих міоепітеліальних клітин. Останні виконують підтримуючу функцію, визначаючи межу

розширення залозистих трубок у процесі наростання в них гідростатичного тиску і сприяючи екструзії секрету із вивідних проток [4].

Пухка волокниста сполучна тканина губних СЗ новонароджених представлена двома формаціями, одна з яких утворює сполучнотканинні перетинки, розділяючи окремі залози, а інша знаходиться всередині залоз між вивідними протоками та ацинусами. При цьому в першій превалюють фібрилярні структури, здебільшого представлені колагеновими волокнами, тоді як в другій переважає аморфна речовина. Навколо кожної СЗ новонароджених міжзалозиста сполучна тканина утворює тонку, але добре виражену оболонку капсулярного типу, представлену кількома осьовими фібрилярними шарами, що складаються із колагенових і еластичних волокон, серед яких знаходяться фібробласти [4].

Натомість в губних слинних залозах дорослої людини капсулярні структури майже відсутні [2, 3].

За даними літератури, МСЗ є суттєвим додатковим джерелом забезпечення порожнини рота необхідною кількістю рідини, виробляючи 30% об'єму слини, яка загалом надходить у порожнину рота людини протягом доби. Секрет МСЗ містить біологічно активні речовини, що відіграють важливу роль у механізмі захисту СО порожнини рота, підтримує структуру поверхневих шарів твердих тканин зубів, насамперед емалі, приймає участь у формуванні механізмів місцевого імунітету за рахунок вмісту секреторного Ig A [5].

Однак, незважаючи на функціональну багатогранність МСЗ, їх діяльність, насамперед, необхідна для інтеграції процесів, пов'язаних із формуванням грудки їжі, адекватної для ковтання. Зокрема, секрет МСЗ сприяє змочуванню і створенню потрібної консистенції їжі, розчиненню солей, цукру та інших компонентів, обволіканню грудки їжі муцином [1].

Знаходячись в різних фазах функціонального стану, секреторні клітини МСЗ спрацьовують асинхронно, створюючи безперервний тип виділення слини, що є необхідним для забезпечення вищевказаних функцій [1, 5].

Внаслідок obtурації вивідної протоки малої слинної залози та затримки секрету, причиною чого можуть бути травми (забиття при падінні, прикусування губи, тривала мікротравма аномалійно розташованим зубом, постійне пошкодження слизової оболонки внаслідок звички прикусувати губу, тощо), запалення або вроджені вади розвитку МСЗ, виникають кістозні утворення, що переважно локалізуються по лінії змикання зубів на слизовій оболонці губ та щік. Однак вони можуть інколи зустрічатися і на вуздечці язика та піднебінні [7, 8, 9].

В свою чергу, накопичення секрету призводить до атрофії паренхіми малої слинної залози, склерозу і облітерації проток. Там, де паренхіма частково збереглася, секрет продовжує накопичуватися, призводячи до збільшення розмірів утворення, величина якого може сягати 0,5-2 см в діаметрі та стабілізується після повного зникнення паренхіми [8].

J.D.Harrison (1975) розділяє кісти МСЗ на істинні (ретенційні) і екстравазатні (посттравматичні), а, враховуючи етіологічні чинники, стає зрозумілим, що вони зустрічаються переважно у дітей.

В свою чергу, 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 продукують помірну кількість мукопротеїдів. Безпосередньо епітелій ацинусів виробляє ферментні компоненти, а вивідні протоки здійснюють синтез, транспорт секрету, процес реабсорбції і кінцеве формування його складу [1, 2].

Одночасний 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 [5]. Топографічно кінцеві відділи ПЯСЗ розташовуються безпосередньо під слизовою оболонкою, а вивідні протоки відкриваються в ділянці “під'язикового м'яся” [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 [7, 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 посттравматичні, а інколи і паразитарні кісти [7, 8].

Ретенційну кісту ПЯСЗ, яка локалізується переважно в передньому відділі під'язикового простору, через схожість з гортанним пузирем жаби (чапа-жаба), що роздувається під час квакання, називають ранулою [7]. 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 [8].

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 [7, 8, 9].

За період дослідження під нашим наглядом і лікуванням знаходилось 15 дітей віком від 12 до 15 років з кістозними утвореннями МСЗ та 18 дітей віком від 1 до 7 років з кістами ПЯСЗ, які звернулися безпосередньо в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології.

При цьому проводили збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження хворих, визначаючи вид хірургічного втручання та його обсяг. Гістологічне дослідження операційного матеріалу виконували за загальноприйнятими методиками [6].

Згідно отриманих результатів, за даними статистичного аналізу, кількість дітей з кістами МСЗ складає 6,2% від всіх пацієнтів, яким було проведено планові амбулаторні оперативні втручання в хірургічному відділенні ДМКСП м. Полтави [11].

Зазвичай хворі скаржились на наявність пухлиноподібного утворення на слизовій оболонці, яке викликало дискомфорт і особливо заважало під час прийому їжі. Всі діти визначали, що утворення збільшувались поступово.

Опитуванням встановлено, що 10 пацієнтів звернулися за допомогою одразу після первинної появи утворень, а у 5 дітей вони неодноразово травмувалися та спустошувалися.

При об'єктивному обстеженні кісти мали вигляд м'якого, круглого, з чіткими межами, безболісного утворення синюватого кольору із світло-жовтим в'язким вмістом, вкритого тонкою слизовою оболонкою (мал. 1 а). Порушення цілісності кістозної оболонки у 5 зазначених хворих супроводжувалось її наступним рубцюванням. Утворені рубці ускладнювали лікування.

Після збору алергологічного анамнезу під інфільтраційною анестезією всім пацієнтам було проведено екстирпацію кісти разом із капсулою і навколишніми гіпертрофованими МСЗ для запобігання рецидиву.

Гістологічним дослідженням операційного матеріалу встановлено морфологічні відмінності в будові кіст МСЗ. Так, у 10 випадках, коли цистектомія проводилась одразу після первинної появи утворення, роль кістозної оболонки виконувала капсула МСЗ. Натомість у 5 випадках неодноразового травмування кісти її вміст, що попав в м'які тканини, в подальшому відмежовувався грануляційною тканиною на різних стадіях розвитку.

Натомість, згідно отриманих нами даних, кількість дітей з ранулами складає 15,8% від всіх пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання в хірургічному відділенні ДМКЛ м. Полтави під загальним знеболюванням [12].

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 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 (мал. 1 б, в). 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 діагностовані 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 цистектомій 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, злушений некротизований епітелій і малочисельні клітини лімфо-лейкоцитарного ряду.

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

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. 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.

Резюмуючи, хочемо підвести підсумки нашого дослідження.

1. Цистектомія при кістах малих слинних залоз виконується у 6,2% випадків в структурі планових амбулаторних хірургічних втручань, а в структурі планових хірургічних втручань за умов стаціонару 44,5% займають цистектомії з приводу кіст під'язикових слинних залоз у дітей. Рецидиви кіст ПЯСЗ після їх оперування в стаціонарі складають 22,2%, а за поліклінічних умов вони становлять 33,2% спостережень, що слід враховувати при визначенні умов проведення оперативного втручання.



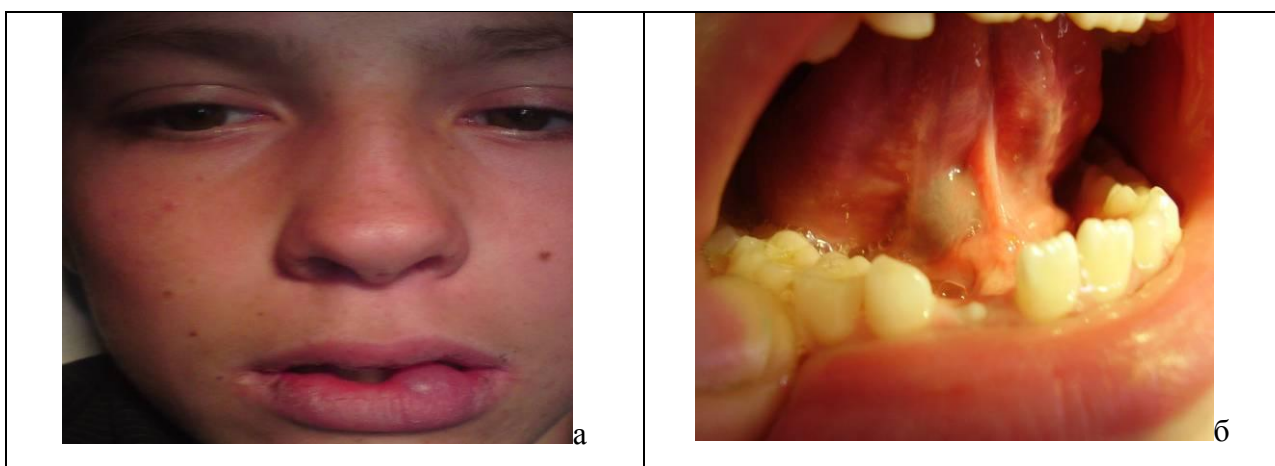
2. Залежно від клінічного перебігу кісти МСЗ мають різну морфологічну будову: одразу після появи утворення роль кістозної оболонки виконує капсула малої слинної залози, натомість подальше неодноразове травмування кісти призводить до відмежовування її вмісту в м'яких тканинах грануляціями.

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

### Література

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. Дейнега Т.Ф. Структурна організація губних залоз новонароджених і людей зрілого віку / Т.Ф. Дейнега // Автореф. дис. канд. мед. н. – Харків, 1998. – 24 с.
5. Долгих В.Т. Клиническая патофизиология для стоматолога / В.Т.Долгих. – М.: Медицинская книга, 2000. – 196 с.
6. Меркулов А.Б. Курс патогистологической техники / А.Б. Меркулов. – Л.: Медицина, 1969. – 237 с.

7. Ромачева И.Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез / И.Ф.Ромачева, Л.А.Юдин, В.В.Афанасьев и соавт. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
8. Солнцев А.И. Кисты челюстно-лицевой области и шеи / А.И.Солнцев, В.С.Колесов. – Киев, Здоров'я, 1982. – 144 с.
9. 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.
- 10.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
- 11.Ткаченко П.І. Кісти малих слинних залоз: клініко-морфологічні аспекти / П.І.Ткаченко, І.І.Старченко, С.О.Білоконь, А.М.Гоголь // Світ медицини та біології. – 2012. – № 2. – С. 161-163
- 12.Ткаченко П.І. Клініко-морфологічні аспекти кіст під'язикових слинних залоз / П.І.Ткаченко, І.І.Старченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 2. Т. 2 – С. 261-264





В

Мал. 1. Загальний вигляд кіст малої слинної залози (а) та під'язикових слинних залоз (б, в)