



КІСТИ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ: ЗАЛЕЖНІСТЬ БУДОВИ ВІД КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

П.І.Ткаченко, С.О.Білоконь, О.Б.Доленко

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

АКТУАЛЬНІСТЬ

Кісти малих слинних залоз (МСЗ) складають 61,2% в структурі кістозних утворень слинних залоз.

В клінічній практиці кісти МСЗ розподіляються на:

- истинні (ретенційні);
- екстравазатні (посттравматичні).

Причини виникнення кіст слинних залоз

Обтурація вивідних проток внаслідок:

- гостра або хронічна травма;
- запалення;
- вроджені аномалії розвитку структурних компоненті слинних залоз.

Накопичення секрета призводить до часткової або повної атрофії паренхіми слинної залози, склерозу і облітерації проток.

Мета дослідження

визначення особливостей морфологічної структури кіст малих слинних залоз залежно від клінічного перебігу захворювання.

Матеріали та методи

15 дітей віком 12-15 років з кістами малих слинних залоз.

Лікування під місцевим знеболюванням в клініці
кафедри дитячої хірургічної стоматології ПДМУ
в хірургічному відділенні

КП “Дитяча міська клінічна стоматологічна поліклініка” ПМР

В ході дослідження:

- збір анамнезу життя та захворювання;
- об'єктивне обстеження хворих;
- хірургічне втручання;
- гістологічне дослідження операційного матеріалу.

Результати та їх обговорення

Статистичний аналіз: діти з кістами малих слинних залоз – 6,2% всіх пацієнтів з плановими оперативними амбулаторними втручаннями під місцевим знеболюванням в хірургічному відділенні КП “Дитяча міська клінічна стоматологічна поліклініка” ПМР.

Скарги: наявність пухлиноподібного утворення на слизовій оболонці – дискомфорт та утруднений прийом їжі.

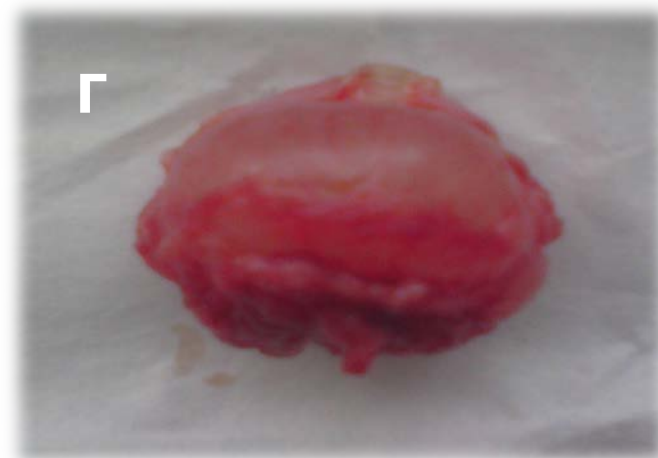
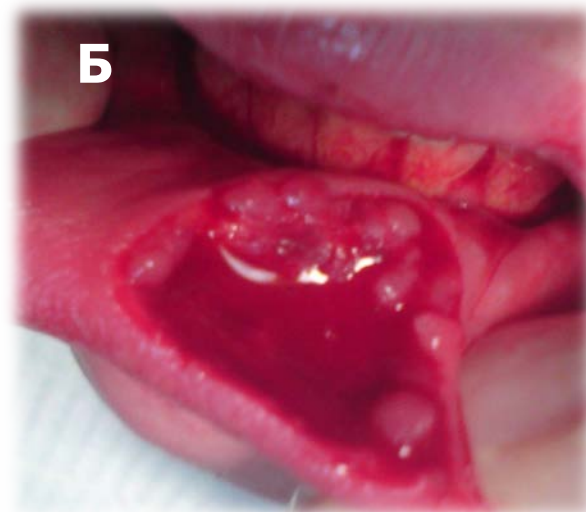
Анамнез: утворення поступово збільшувалось в розмірах. 10 пацієнтів звернулись за допомогою одразу після його первинного виникнення. У 5 дітей кісти неодноразово травмувалися і спустошувалися.

Об’єктивне обстеження:

- м’яке, кругле, з чіткими межами, безболісне утворення з світло-жовтим в’язким вмістом, вкрите тонкою слизовою оболонкою. Порушення цілісності кістозної оболонки супроводжувалось її рубцюванням, що утруднювало лікування.



Етапи хірургічного лікування кісти малої слинної залози



Гістологічне дослідження

- в 10 випадках, коли цистектомія проводилась відразу після первинного виникнення кісти, роль її оболонки відігравала капсула МСЗ (Рис. 1, 2);
- 5 випадках неодноразового травмування кисти її вміст відмежовувався грануляційною тканиною (Рис. 3, 4).

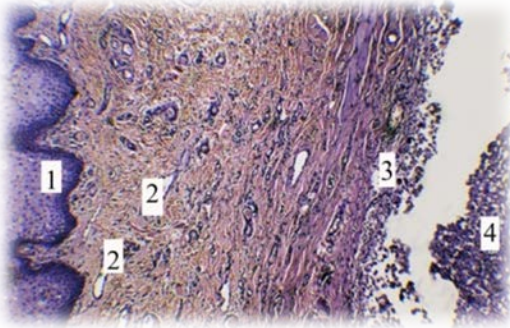


Рис. 1. Мікроскопічна будова кісти МСЗ:

- 1 – покривний епітелій;
- 2 – кровоносні мікросудини;
- 3 – злущений епітелій;
- 4 – секрет в просвіті кісти.

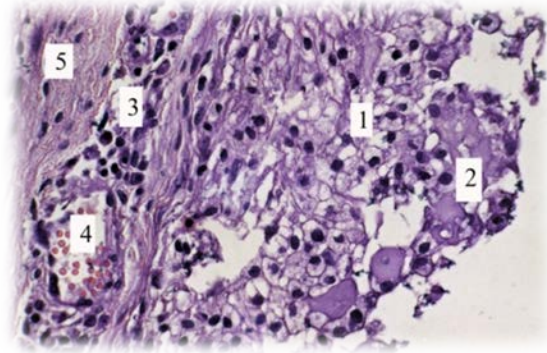


Рис. 2. Мікроскопічна будова кісти МСЗ (деталь Рис. 1):

- 1 – епітелій з дистрофічними змінами;
- 2 – злущені епітеліоцити;
- 3 – лімфо-плазмоцитарна інфільтрація;
- 4 – кровоносні мікросудини;
- 5 – грубоволокниста сполучна тканина.

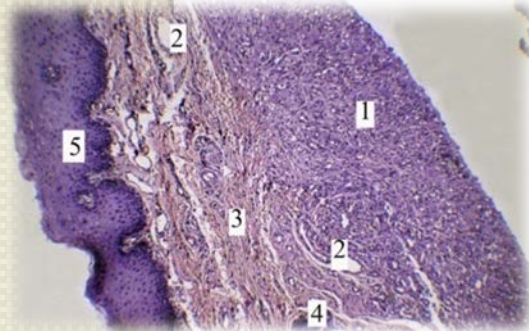


Рис. 3. Мікроскопічна будова кісти МСЗ:

- 1 – грануляційна тканина;
- 2 – кровоносні мікросудини;
- 3 – грубоволокниста сполучна тканина;
- 4 – ацинарні відділи МСЗ;
- 5 – покривний епітелій.

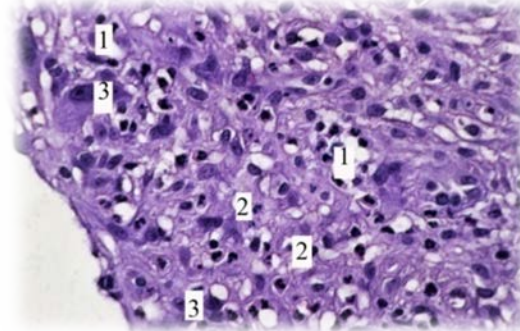


Рис. 4. Мікроскопічна будова кісти МСЗ (деталь Рис. 3):

- 1 – новоутворені кровоносні мікросудини;
- 2 – еозинофільні лейкоцити;
- 3 – макрофаги.



ВИСНОВКИ

1. В структурі планових амбулаторних хірургічних втручань кількість цистектомій кіст малих слинних залоз складає **6,2%**.
2. Залежно від клінічного перебігу кісти малих слинних залоз мають різну морфологічну будову:
 - одразу після появи утворення роль кістозної оболонки виконує капсула малої слинної залози;
 - подальше неодноразове травмування кісти призводить до обмеження її вмісту в м'яких тканинах грануляціями.