



Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кисты слюнных желез

Шукуров Жахонгир 501 с бс

Кисты могут возникать как в больших, так и в малых слюнных железах. Кисты малых слюнных желез встречаются чаще, чем больших (соответственно: 61,2% и 38,8%). Среди кист больших слюнных желез наиболее часто наблюдаются кисты подъязычных (33,6%), значительно реже околоушных (3,4%) и поднижнечелюстных (1,8%) желез. Возраст больных был от 12 до 76 лет, но чаще встречаются в молодом возрасте.

- **Кисты малых слюнных желез**
- +Кисты малой слюнной железы возникают в результате нарушения проходимости ее выводного протока, которое наблюдается в результате травмы или воспалительных явлений. О травматическом происхождении свидетельствует преимущественная локализация кист на нижней губе (при прикусывании) и то, что у больных кистозной оболочки нет, а ее стенка представлена грануляционной или волокнистой соединительной (фиброзной) тканью. В зависимости от гистологического строения различают следующие кисты малых слюнных желез (J.D. Harrison, 1975):
 - истинные (ретенционные) - кистозной оболочки не содержат, а ее роль выполняет капсула малой слюнной железы;
 - экстравазатные (посттравматические) возникают в результате дефекта капсулы слюнной железы и выхода ее содержимого в мягкие ткани, в дальнейшем будет окружена грануляционной тканью на разных стадиях ее зрелости.
- Как уже сказано ранее, наиболее часто кисты малых слюнных желез локализуются на слизистой оболочке губы, реже - на верхней губе и щеке (в области линии смыкания зубов) и очень редко - на мягком небе.

Клиника.. Жалобы больных сводятся к наличию опухолеподобного образования на слизистой оболочке губ или щеки, которое мешает во время приема пищи или приносит дискомфорт. При осмотре больного на слизистой оболочке полости рта выявляется подвижное плотно- или мягкоэластичной консистенции, полупрозрачное, полушаровидное выпячивание с размерами от 0,5 до 2 см в диаметре. При травмировании слизистой оболочки во время приема пищи (прикусывании) киста вскрывается, и из нее выделяется тягучая, обычно желтоватая жидкость (при повреждении сосуда содержимое кисты окрашивается в красный цвет). При небольших размерах кисты она покрыта неизменной слизистой оболочкой, а при увеличении ее размеров - слизистая оболочка истончается и приобретает голубоватый оттенок. При гистологическом исследовании кистозная оболочка тонкая и лишена эпителиальной выстилки, т.е. представлена стенкой капсулы малой слюнной железы. Таким образом, когда мы рассматриваем кисты малых слюнных желез, то подразумеваем не истинную кисту, а псевдокисту (ложную). Поэтому, с клинической точки зрения эти кисты более правильно делить только на *ретенционные* и *посттравматические*, подразумевая под этим псевдокисты.

Установление диагноза обычно не вызывает затруднений.

Лечение кист малых слюнных желез - хирургическое. Проводится инфильтрационное обезболивание. Для создания хорошего доступа к операционному полю помощник врача плотно захватывает и сжимает большим и указательным пальцами правой и левой руки нижнюю (или верхнюю) губу больного и выворачивает ее. Это не только улучшает доступ к операционному полю, но и уменьшает кровоточивость сосудов в ране. Делают два полуовальных сходящихся разреза слизистой оболочки над проекцией кисты во всю ее длину. Таким путем выделяют кисту из окружающих мягких тканей. Если во время выделения кисты лопнула ее оболочка, то кисту удаляют в пределах заведомо здоровых тканей. Края раны выворачивают, делают гемостаз и обязательно удаляют дольки малой слюнной железы, которые находятся в послеоперационной ране. Заканчивают операцию послойным наложением швов. Давящая повязка





- **Кисты подъязычной железы**

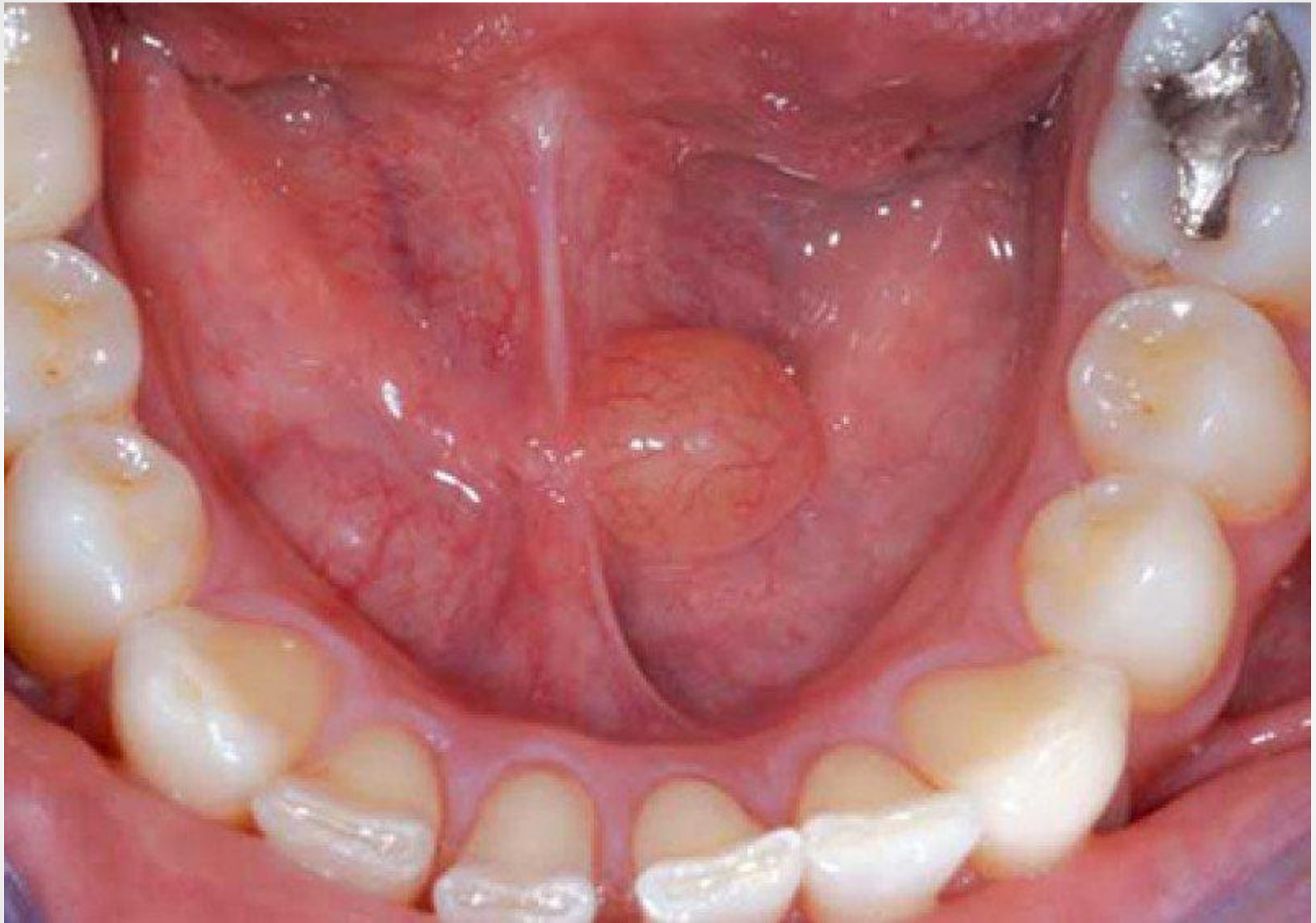
- *Синоним: ранула или лягушечья опухоль.* Названа так потому, что припухлость в подъязычной области напоминает мешкообразное выпячивание дна полости рта у лягушек.
- +Существуют 2 точки зрения на патогенез этих кист. S. Rauch (1959) указывает на их дизонтогенетическое происхождение, т.е. развиваются из дивертикулов выводного протока (в переднем отделе). Е.Ю. Симановская (1964) полагает, что частое образование кист в подъязычной железе зависит от особенностей анатомического строения и расположения ее протоков. Открывающиеся на верхушке подъязычной складки малые протоки создают благоприятные условия для проникновения инфекции, а также травматизации устьевых отделов этих протоков, что может привести к сужению и закрытию протока с образованием кисты (в среднем и заднем отделе).
- По моему мнению, эти две теории дополняют друг друга и объясняют образование кист в разных отделах подъязычной железы.
- Кисты подъязычной железы медленно увеличиваются в размерах, не причиняя особых беспокойств. При прорыве оболочки (капсулы железы) ранула опорожняется, но выздоровление не наступает, т.к. дефект заживает и киста наполняется содержимым. При гистологическом исследовании оболочки ранулы не обнаруживается эпителиальной выстилки, т.е. речь здесь идет не об истинных кистах, а о псевдокистах. Лишь в некоторых случаях можно обнаружить истинную кистозную оболочку ранулы, т.е. выстланную эпителием (А.И. Стручков, Л.Е. Кременецкая, 1995).

Клиника. При внешнем осмотре асимметрии лица нет. Лишь в тех случаях, когда киста прорастает в под подбородочную область (раздвигает волокна челюстно - подъязычной мышцы) можно увидеть припухлость в данном участке. Открывание рта свободное. В подъязычной области имеется полушаровидное выпячивание округлой или овальной формы, плотно- или мягко-эластичной консистенции, безболезненное (рис. 23.6.1 - 23.6.3). Слизистая оболочка над выпячиванием растянута и истончена, полупрозрачна с голубоватым оттенком.

Пунктировать кисту нельзя, т.к. после пункции она опорожняется (выделяется прозрачная, слизистая, тягучая желтоватая жидкость). Киста находится рядом с протоком поднижнечелюстной железы, но не передавливает его. В этом можно убедиться, проводя зондирование протока (введение полиэтиленового катетера) или сделав сиалографию поднижнечелюстной железы

Диагностика ранулы обычно не вызывает трудностей. Лишь в том случае, когда киста подъязычной железы исходит из ее глубоких отделов, могут возникнуть затруднения при установлении диагноза. В этом случае необходимо пунктировать кисту. При рануле получаем полупрозрачную тягучую жидкость желтого цвета, при эпидермоидной кисте - прозрачная жидкость с кристаллами холестерина, при гемангиоме - кровь.

- **Лечение** кист подъязычной железы хирургическое. Применяются следующие операции: цистотомия, цистэктомия и цистсиаладенэктомия.
- **Цистотомия** заключается в иссечении купола (верхней стенки) кисты с последующим сшиванием слизистой оболочки подъязычной области с капсулой железы или со стенкой кисты. Образовавшаяся ниша быстро уплощается.
- +**Цистэктомия** используется только при наличии истинной кисты. При псевдокисте эту операцию провести невозможно из-за того, что тонкую фиброзную ткань, которая окружает ложную кисту, удалить сложно, т.к. она легко рвется и теряются ее ориентиры.
- **Цистсиаладенэктомия** - удаление кисты вместе с железой. Разрез слизистой оболочки делают окаймляя подъязычную складку (на ней находятся устья малых подъязычных протоков и отпрепарировать их от слизистой оболочки сложно). В начале проводят вылушивание кисты, а затем тупым путем удаляют подъязычную железу. Необходимо быть осторожным, т.к. рядом проходит проток поднижнечелюстной железы и язычный нерв.
- Если киста прорастает мягкие ткани дна полости рта в виде "песчаных слоев", то проводят двухэтапную одномоментную операцию. Вначале удаляют кисту внеротовым доступом. Перешеек кисты перевязывают шелковой лигатурой, кисту отсекают, а рану послойно зашивают. Во втором этапе операции внутриротовым доступом удаляют кисту вместе с подъязычной железой.
- Операцию цистотомии можно применять в детском возрасте, у пожилых и ослабленных людей (с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). Наилучшие результаты получены при проведении цистсиаладенэктомии. Рецидивов заболевания не было.



- **Кисты околоушных желез**
- Бывают врожденными (эпидермоидными), т.е. истинными и ложными (ретенционными) -при закупорке междолькового протока в результате травмы (рубцом) или хронического воспаления. Рост кисты медленный, бессимптомный.
- **Клиника.** Имеется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей околоушно- жевательной области. Кожа в цвете не изменена, легко берется в складку. При пальпации определяется подвижное образование округлой формы, плотно- или мягкоэластичной консистенции. Флюктуацию при небольших размерах кисты определить сложно, т.к. киста расположена в толще околоушной железы и окружена плотной фасцией. Открывание рта свободное. Устье выводного протока не изменено. Функция железы сохранена. На сialogрамме нет полного заполнения контрастной массой междольковых протоков (рис.23.6.4). При расположении кисты в глубоком отделе железы наблюдается ее рост в ротоглотку с соответствующими жалобами

- Диагностика. Кисты околоушных желез необходимо дифференцировать с сialозами, лимфаденитами, кистами шеи, доброкачественными опухолями, ограниченными гнойно - воспалительными процессами околоушно-жевательной области.
- Лечение кист хирургическое. Проводится паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва (описание проведения операции смотри в следующей главе).
- Для лечения посттравматических кист околоушной железы, особенно при рецидивах заболевания, мы применяем дренаж в сочетании с периодическим введением в полость 10% стерильного раствора натрия хлорида. Препарат способствует возникновению адгезивного воспаления, которое ведет к исчезновению полости.



- **Кисты поднижнечелюстной железы**

- Располагаются ниже диафрагмы дна полости рта. Поэтому припухлость распространяется из поднижнечелюстной области на боковую поверхность шеи, а в полости рта не вызывают заметных изменений.
- Киста может быть ложной (ретенционной) или истинной. Растет медленно, безболезненно. При внешнем осмотре (рис. 23.6.8) имеется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей поднижнечелюстной области и верхней трети шеи. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Припухлость безболезненная, плотно- или мягкоэластичной консистенции. Устье выводного протока не изменено. На сиалограмме выявляется сдавление протоков и отсутствие полного заполнения контрастной массой междольковых протоков. Лечение - хирургическое. Кисты поднижнечелюстной железы необходимо удалять вместе с железой, т.к. остатки железы могут послужить причиной возникновения рецидива заболевания.



- **Кисты главных выводных протоков больших слюнных желез**
- Эти кисты могут быть в виде двух вариантов: кистовидного расширения в области устья протока (при сиалодохите) или кисты - возникающие при разрыве стенки протока, когда слюна попадает в мягкие ткани, образуя, так называемую, слюнную кисту (возникает при травме). В первом случае стенкой кисты будет являться расширенный проток железы, а во втором - фиброзная ткань, образующаяся в результате ответной реакции организма на попадание слюны в мягкие ткани (как при инкапсуляции инородного тела).
- Клинически в области выводных протоков пальпируются безболезненное эластическое выпячивание. Может определяться флюктуация. Устье протока может быть сужено, а из протока слюна выделяется в меньшем количестве. В некоторых случаях наблюдается обтурация протока и развивается клиника обтурационного сиаладенита. Могут быть обострения воспалительного процесса.

- **Лечение** кист выводного протока поднижнечелюстной железы хирургическое - экстирпация железы. Исключением могут являться посттравматические кисты начальных отделов выводного протока поднижнечелюстной железы. В этом случае, удалив купол слизистой оболочки (над слюнной кистой) можно создать дополнительное устье выводного протока, которое может функционировать, не причиняя беспокойств больному.
- **Если стенка кисты в области устья главного выводного протока околоушной железы представлена расширенным протоком**, то после его выделения расширенную часть протока рассекают и на полиэтиленовом катетере пластически формируют деформированную часть выводного протока путем отсечения кистовидно расширенной его части. Устье протока околоушной железы пришивают к слизистой оболочке щеки на прежнее место. При расширении средней части околоушного протока также пластически его формируют, но в послеоперационном периоде оставляют катетер в протоке на 6-7 дней для предупреждения его заражения или сужения.
- При кистах выводного протока околоушной железы (подслизистого его отдела) можно формировать на слизистой оболочке щеки дополнительное устье (внутренний слюнной свищ).