

УДК 616.316-003.4-071

І.І. Ісаченко, І.І. Старченко, С.О. Білокоп, А.М. Гоголь  
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

### КІСТИ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

В статті наведено патогенетичні ланки розвитку кіст малих слинних залоз, цистектомія з приводу яких складає 6,2% від загальної кількості планових амбулаторних оперативних втручань у дітей. Окрема увага приділена варіантам морфологічної будови цих кіст залежно від особливостей їх клінічного перебігу.

**Ключові слова:** мала слинна залоза, кіста, цистектомія, капсула, діти.

За статистичними даними, в номенклатурі захворювань слинних залоз чільне місце займають кістозні утворення, в структурі яких до 61,2% складають кісти малих слинних залоз (МСЗ) [8, 9]. Дослідники зазначають, що частота ураження патологічними процесами окремих слинних залоз залежить від їх топографо-анатомічних та гісто-функціональних особливостей [2, 3, 4].

Малі слинні залози 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 малих слинних залоз містить біологічно активні речовини, що відіграють важливу роль у механізмі захисту слизової оболонки порожнини рота, підтримує структуру поверхневих шарів твердих тканин зубів, насамперед емалі, приймає участь у формуванні механізмів місцевого імунітету за рахунок вмісту секреторного Ig A [1].

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 [5]. 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 obturaції 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, 10]. 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) та екстравазатні (посттравматичні), а, враховуючи етіологічні чинники, стає зрозумілим, що вони зустрічаються переважно у дітей.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення морфологічної структури кіст малих слинних залоз в залежності від клінічного перебігу захворювання.

**Матеріал і методи дослідження.** Під нашим наглядом і лікуванням знаходилося 15 дітей віком від 12 до 15 років з кістозними утвореннями малих слинних залоз, які звернулися в хірургічне відділення ДМКСП м. Полтави. В ході дослідження використовували збір анамнезу, дані об'єктивного обстеження хворих та результати гістологічного вивчення операційного матеріалу за загальноприйнятими методиками [6].

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними статистичного аналізу, кількість дітей з кістами малих слинних залоз складає 6,2% від всіх пацієнтів, яким було проведено планові амбулаторні оперативні втручання в хірургічному відділенні ДМКСП м. Полтави. Зазвичай хворі скаржились на наявність пухлиноподібного утворення на слизовій оболонці, яке викликало дискомфорт і заважало під час прийому їжі. 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 (рис. 1а). Порушення цілісності кістозної оболонки у 5 зазначених хворих супроводжувалось її наступним рубцюванням. Утворені рубці ускладнювали лікування. Всі хворі визначали, що утворення поступово збільшувались. Після збору алергологічного анамнезу під інфільтраційною анестезією всім пацієнтам було проведено екстирпацію кісти разом із капсулою і навколишніми гіпертрофованими малими слинними залозами (рис. 1 б-д) 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 (рис. 2 а, б).



Рис. 1. Кіста малої слинної залози нижньої губи та етапи її хірургічного лікування.

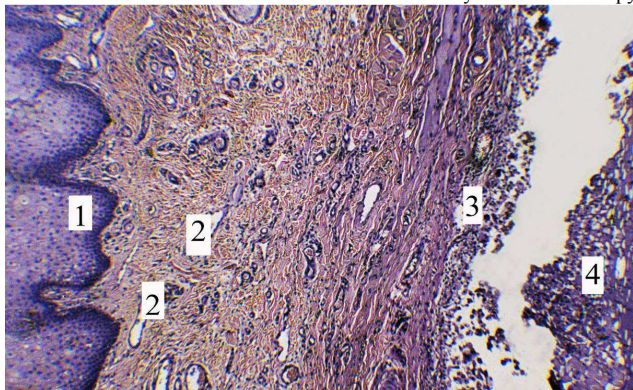


Рис. 2а. Будова кісти губної МСЗ. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 4<sup>х</sup>, ок.10<sup>х</sup>. 1 – покривний епітелій; 2 – кровоносні мікросудини; 3 – злущений епітелій; 4 – секрет в просвіті кісти.

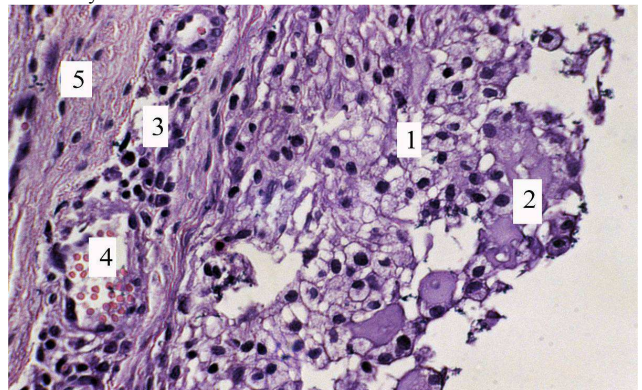


Рис. 2б. Будова кісти губної МСЗ (деталь попереднього знімка). Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 40<sup>х</sup>, ок.10<sup>х</sup>. 1 – епітелій з дистрофічними змінами; 2 – злущені епітеліоцити; 3 – лімфо-плазмочитарна інфільтрація; 4 – кровоносні мікросудини; 5 – грубоволокниста сполучна тканина.

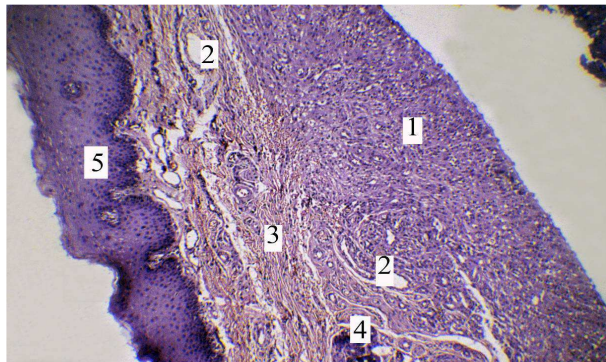


Рис. 3а. Будова кісти губної МСЗ. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 4<sup>х</sup>, ок.10<sup>х</sup>. 1 – грануляційна тканина; 2 – кровоносні мікросудини; 3 – грубоволокниста сполучна тканина; 4 – ацинарні відділи МСЗ; 5 – покривний епітелій.

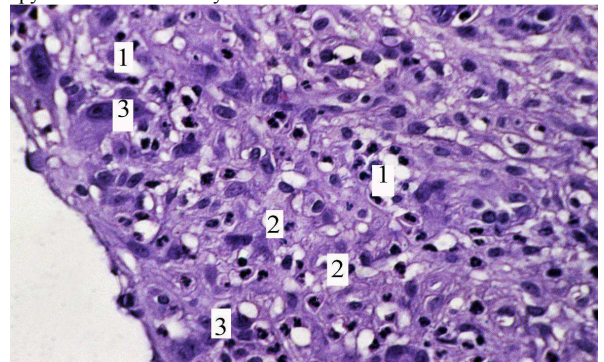


Рис. 3б. Будова кісти губної МСЗ (деталь попереднього знімка). Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 40<sup>х</sup>, ок.10<sup>х</sup>. 1 – новоутворені кровоносні мікросудини; 2 – еозинофільні лейкоцити; 3 – макрофаги.

Натомість у 5 випадках неодноразового травмування кісти її вміст, що попав в м'які тканини, в подальшому відмежовувався грануляційною тканиною на різних стадіях розвитку (рис. 3 а, б).

### Висновки

1. В структурі планових амбулаторних хірургічних втручань кількість цистектомій кіст малих слинних залоз складає 6,2%, що обумовлює актуальність даної проблеми для хірургічної стоматології, зокрема дитячої.
2. Залежне 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 відмежування її вмісту в м'яких тканинах грануляціями.

### 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.И. Запальні захворювання та кісти слинних залоз у дітей / П.И.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

### Реферати

#### КИСТЫ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконь С.А.,  
Гоголь А.М.

В статье представлены патогенетические звенья развития кист малых слюнных желез, цистэктомия по поводу которых составляет 6,2% от общего количества плановых амбулаторных оперативных вмешательств у детей. Отдельное внимание уделено вариантам морфологического строения этих кист в зависимости от особенностей их клинического течения.

**Ключевые слова:** малая слюнная железа, киста, цистэктомия, капсула, дети.

Стаття надійшла 20.03.2012 р.

#### CYSTS OF SMALL SALIVARY GLANDS: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Belokon S.A., Gogol A.M.

The article presents the pathogenetic links of small cysts of salivary glands. Cystectomy is 6,2% of the total number of planned outpatient surgical procedures in children. Special attention is paid to the variations of the morphological structure of these cysts, which depending on the characteristics of their clinical course.

**Key words:** small salivary glands, cyst, cystectomy, capsule, children.

УДК 612.66:612.128

С.О. Торгалю, О.В. Табурень, Т.В. Берегова, Л.Л. Остапченко, Л.С. Янковський  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ

#### АКТИВНІСТЬ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ У ЩУРІВ РІЗНОГО ВІКУ ТА ЗА УМОВ ПЕРІОДИЧНОГО ВВЕДЕННЯ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СИМБІТЕР® АЦИДОФІЛЬНИЙ»

Встановлено, що с віком у щурів (від 3-х до 18-ти місяців) активність аланінамінотрансферази в сироватці крові знижується. Періодичне введення (кожні 3 місяці протягом 10 днів) щурам мультипробіотика "Симбітер® ацидофільний" запобігає віковим змінам активності ферменту. Таким чином, активність аланінамінотрансферази в сироватці крові може служити біомаркером старіння, а періодичне застосування мультипробіотика може певною мірою запобігати віковим змінам в активності аланінамінотрансферази.

**Ключові слова:** онтогенез, аланінамінотрансфераза, мультипробіотик.

*Робота виконана відповідно до наукової теми Навчально-наукового центру «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Механізми реалізації адаптаційно-компенсаторних реакцій організму за умов розвитку різних патологій», № держреєстрації 011U004648.*

Встановлено, що в процесі старіння щурів (від 3-х до 18-ти місяців) знижується активність аланінамінотрансферази в сироватці крові. Періодичне введення (кожні 3 місяці упродовж 10 днів) щурам мультипробіотика «Симбітер® ацидофільний» концентрований запобігає віковим змінам в активності ферменту. Таким чином, активність аланінамінотрансферази може слугувати біомаркером старіння, а періодичне застосування мультипробіотика може покращувати в певній мірі запобігати віковим змінам в активності аланінамінотрансферази.