

З.Л. Терешина, Г.П. Рузин, В.М. Василенко

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
Харьковского национального медицинского университета, Украина*

**Введение.** Ретенционные кисты подъязычных слюнных желез (СЖ), распространяющиеся из полости рта на шею, сравнительно мало изучены. В литературе их упоминают под самыми разными названиями: «надподъязычные» (Кениг, 1894), «подчелюстные» и «подбородочные» (И.Г. Лукомский, 1950), «ныряющие» (Г. Крайль, 1957) ранулы, «распространяющиеся ретенционные кисты» (З.Л. Терешина, 1962–1966), «ранулы, прорастающие в подчелюстную и подбородочную области» (А.М. Солнцев, В.С. Колесов, 1979, 1982).

До 60-х годов прошлого столетия патогенез этих кист, пути распространения их, а также диагностика и методы их лечения были недостаточно ясны. Особую трудность для диагностики представляли кисты подъязычной СЖ, которые локализовались в супрагиоидной области и верхних отделах шеи и, на первый взгляд, не были связаны с самой железой.

**Материалы и методы исследования.** Весомый вклад в решение этой проблемы внесли топографо-анатомические, экспериментальные и клинические исследования З.Л. Терешиной (1962–1966). В результате этих исследований было установлено, что клетчатка, окружающая подъязычную СЖ, связана с клетчаткой поддиафрагмального пространства через имеющиеся постоянно, но различно выраженные щели. Первая щель находится между задним краем челюстно-подъязычной мышцы и подъязычно-язычной мышцей. Вторая – между волокнами челюстно-подъязычной мышцы в том месте, где проходят сосудистые анастомозы между язычной и подподбородочной артериями. Эта параангиальная щель более выражена у лиц пожилого возраста. К непостоянной щели, сообщающей клетчатку подъязычной и надподъязычной областей, была отнесена обнаруживаемая иногда в диафрагме рта щель на месте внедрения в нее отростка подъязычной СЖ, названного З.Л. Терешиной «диафрагмальным» отростком.

Инъекции застывающей контрастной массы в различные участки железы показали, что распространение ее зависит от мест введения:

- а) при введении массы в любой отдел медиальной поверхности подъязычной СЖ и в задний отдел ее дистальной поверхности она будет распространяться в дистальный отдел поднижнечелюстного треугольника через первую описанную выше щель в области дна рта;
- б) при введении массы на дистальную поверхность подъязычной железы в переднем или среднем отделах ее масса будет распространяться в надподъязычную область, чаще всего между внутренней поверхностью тела нижней челюсти и отслоенными от нее волокнами челюстноподъязычной мышцы, реже – через вторую щель (если она выражена) или через третью щель при наличии «диафрагмального» отростка подъязычной СЖ.

Исследования показали, что распространению массы вдоль железы и между ее дольками препятствуют плотные междольковые соединительно-тканые перемычки, тесно связанные с капсулой.

**Результаты исследования.** Наши клинические наблюдения над больными с распространяющимися кистами подъязычной СЖ совпали с результатами экспериментально-клинических исследований автора, что дало нам право использовать полученные данные в хирургической практике для уточнения диагностики и лечения распространяющихся кист названной железы.

За период с 1983-го по 2012 г. в челюстно-лицевом отделении Харьковской областной клинической больницы нами было проведено клиническое обследование и лечение 12 больных (5 мужчин и 7 женщин в возрасте от 20 до 54 лет) с распространяющимися кистами подъязычной СЖ в супрагиоидную область и верхние отделы шеи. В постановке диагноза использовали сиало- и цистографию, УЗИ и компьютерную томографию. Эти методы имели решающее значение в тех случаях, когда необходимо было установить или исключить связь кисты со СЖ, выявить точную локализацию ее, размеры, количество полостей, пути распространения. Для отличия ретенционных кист от других кистовидных опухолей СЖ использовали биохимические реакции, которые в содержимом ретенционных кист обнаруживали амилолитический фермент.

Дифференциальная диагностика распространяющихся кист подъязычной СЖ проводилась с лимфангиомами, липомами, дермоидными и срединными кистами шеи, с кистами поднижнечелюстной СЖ.

У 7 больных проводилось консервативно-хирургическое лечение (по методу З.Л. Терешинной, 1966), у 5 больных – так называемое «радикальное».

Консервативно-хирургический метод заключался в том, что большие распространяющиеся кисты подъязычных желез, имеющие форму песочных часов, устранялись комбинированным методом: промежуточная и внеротовая части кисты рубцевались под влиянием консервативного лечения с использованием денатурирующих свойств хлорного раствора (жидкость Краузе). Внутриротовая полость раскрывалась по методу пластической цистотомии с учетом таких особенностей техники, как широкое иссечение всей выступающей в полость рта стенки кисты, густой ряд швов на раневые края, тщательное тампонирование полости.

При так называемом «радикальном» методе производился типичный разрез под нижним краем нижней челюсти, путем послойного рассечения тканей обнажалась оболочка кисты и выщипывалась до челюстно-подъязычной мышцы. В этом месте наружная часть оболочки перевязывалась и отсекалась. Внутриротовым доступом удалялась часть кисты, расположенная в полости рта, с одновременной экстирпацией подъязычной СЖ. Наружная рана зашивалась послойно, внутриротовая тампонировалась.

Казалось бы, для хирурга «радикальный» метод предпочтительнее консервативно-хирургического, однако не следует забывать, что «если киста подъязычной железы приобрела вид «песочных часов», то ее стенка настолько бывает истонченной, что выделение ее из окружающих тканей крайне затруднительно и не всегда выполнимо» (Ю.И. Бернадский, 1983).

В результате проведенного у 7 больных лечения по консервативно-хирургическому методу наступило полное выздоровление. Из 5 больных, прооперированных так называемым «радикальным» способом, у 3 наблюдались рецидивы заболевания, у 2 наступило выздоровление.

**Выводы.** Таким образом, на основании данных литературы и собственных клинических наблюдений можно отметить, что распространение кист подъязычных СЖ в надподъязычную область зависит от особенностей анатомического строения железы, величины кисты и от различных патологических условий, отклоняющих рост кисты от обычного.

Наклонность к распространению приобретают длительно существующие кисты подъязычных СЖ, кисты большой величины, рецидивирующие кисты и кисты, исходящие из «диафрагмальных» отростков подъязычных СЖ.

Распространяющиеся кисты подъязычных СЖ могут иметь форму песочных часов, одна часть которых расположена над диафрагмой полости рта, другая – под нею, а промежуточная – в мышечной щели дна полости рта. В тех случаях, когда щель широка, распространяющиеся кисты имеют вид большой полости, начинающейся в подъязычной области и кончающейся на шее. Кисты, растущие из «диафрагмальных» отростков подъязычных желез, и некоторые рецидивирующие кисты имеют лишь одну – внеротовую полость.

Применяемый нами консервативно-хирургический метод лечения имеет преимущество перед так называемым «радикальным» хирургическим вмешательством: он мало травматичен, хорошо переносится больными, прост в выполнении, не влечет за собой осложнений, сохраняет функционирующую железу и, самое главное, правильно произведенный, не дает рецидивов.

**Сведения об авторах:**

**Терешина Зинаида Лаврентьевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета;

**Рузин Геннадий Петрович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета;

**Василенко Вячеслав Михайлович**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета, e-mail: kaforalsurgery@list.ru, Харьков, Украина.