

Doi: 10.52341/20738080_2025_137_4_7

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ МЕТОДОМ СИАЛАДЕНЭКТОМИИ



БЕЗРУКОВ С.Г.,
д.м.н., профессор, главный
внештатный пластический хи-
рург Минздрава Республики
Крым, заведующий кафедрой
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирур-
гии Ордена Трудового Крас-
ного Знамени Медицинского
института им. С.И. Георгиев-
ского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», заслуженный деятель науки и техники Украины, заслуженный врач Республики Крым, ph.bezrukov@gmail.com



ЛУКЬЯНЕНКО А.В.,
д.м.н., профессор, глав-
ный внештатный челюстно-
лицевой хирург МВД Рос-
сии, начальник отделения
челюстно-лицевой хирургии
(стоматологического) ФКУЗ

«Главный клинический госпиталь МВД России», заслуженный врач Российской Федерации, полковник вн. службы в отставке, luka48@yandex.ru



БЕЗРУКОВ Г.С.,
к.м.н., доцент, врач – челюстно-
лицевой хирург, врач –
стоматолог-хирург, врач-
косметолог, доцент кафедры
Ордена Трудового Красного
Знамени Медицинского ин-
ститута им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», ph.bezrukov@gmail.com



РОГАНОВ Г.Г.,
к.м.н., врач – челюстно-лице-
вой хирург, врач – стоматолог-
хирург, доцент кафедры хи-
рургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии
Ордена Трудового Красного
Знамени Медицинского ин-
ститута им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», roganovrogena@gmail.ru



ПЕНЬКОВА Я.Ю.,
студентка стоматологическо-
го факультета Ордена Тру-
дового Красного Знамени
Медицинского института

им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», penkovayana2003@mail.ru

Кисты малых слюнных желез отно- сят к хирургическим заболеваниям. Для их лечения используют ради- кальную операцию – цистосиала- денэктомию, то есть удаление ки- сты вместе с дольками прилегаю- щей к ней малой слюнной желе- зы. Такой травматичный хирургический подход нередко ведет к развитию локальной рубцовой послеопера- ционной деформации. В этой работе приводится обоснование примене- ния менее травматичного вмеша- тельства, позволяющего добиться более высоких функциональных и эстетических результатов.

Ключевые слова: кисты слюнных желез, этиология, патогенез, клиника, лечение, профи- лактика рецидивов.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE PSEUDOCYSTS OF MINOR SALIVARY GLANDS BY SIALOADENECTOMY

Bezrukov S., Lukyanenko A., Bezrukov G., Roganov G., Penkova Ya.

Cysts of minor salivary glands are referred to surgical diseases. They are treated by a radical surgical intervention – cystosialoadenectomy, i.e. removal of the cyst along with lobules of the adjacent minor salivary gland. Such a traumatizing surgical approach often results in development of a local postoperative scar deformity. This paper justifies the use of a less traumatizing intervention which allows achieving of better functional and esthetical results.

Key words: cysts of salivary glands, etiology, pathogenesis, clinic, treatment, relapse prevention.

Введение

Кисты малых слюнных желез (КМСЖ) делят на две группы:

- *1-я группа* – истинные (эпителиальные),
- *2-я группа* – ложные (экстравазатные, неэпителиальные).

Истинные кисты отличаются небольшо- ми размерами (до 1 см), медленным ростом, наличием четко выраженной соедини- тельнотканной капсулы, выстланной эпителием.

Ложные кисты характеризуются бурным ростом, значительными размерами (1,5 см и более), маловыраженной тонкостенной кап- сулой, не имеющей эпителиального слоя [1].



Рис. 1. Ложная (экстравазатная) киста малой слюнной железы нижней губы справа. Общий вид (указана стрелкой).



Рис. 2. Общий вид послеоперационной раны после выполнения сиаладенэктомии и наложения швов.

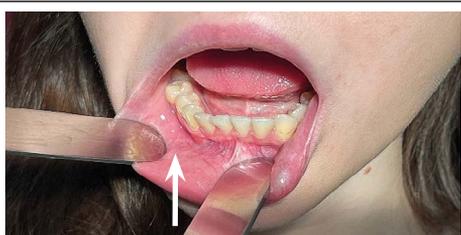


Рис. 3. Общий вид послеоперационного нормотрофического рубца (указан стрелкой): 1 год после хирургического лечения.

Установлено, что формирование кист сопровождается развитием в ткани долек малой слюнной железы, прилегающих к кисте, хронического сиаладенита, морфологически проявляющегося круглоклеточной инфильтрацией ткани железы, кистовидным расширением просвета ацинусов и выводных протоков, склерозом стромы [3]. Такие структурные изменения указывают на нарушение функциональных свойств органа (слюнообразования и слюновыделения), механизмов борьбы с дуктогенной инфекцией, на склонность железы к развитию рецидива заболевания (кисты), что в совокупности является показанием к удалению пораженного органа [2].

Выбор метода хирургического лечения КМСЖ определяется их патогенезом, локализацией и размером [4, 5]. Существенную роль играют давность заболевания и состояние паренхимы органа.

Удаление кист, имеющих размеры менее 1 см, традиционно проводят путем иссечения новообразования в пределах здоровых тканей [6, 7].

Кисты больших размеров (ложные) целесообразно оперировать по предложенной

авторами щадящей (малотравматичной) методике сиаладенэктомии, которая заключается в иссечении выступающей части капсулы кисты вместе с покрывающим её участком слизистой оболочки, в экстирпации прилегающих к оболочке кисты долек малой слюнной железы и в зашивании раны наглухо. Операцию завершают наложением давящей повязки.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 96 больных с кистами МСЖ, находящимися в тканях нижней (78 чел.) и верхней (18 чел.) губ. Истинных кист было 39 (40,6%), ложных – 57 (59,4%).

Все хирургические вмешательства выполнялись под местной инфильтрационной анестезией. Послеоперационных осложнений в виде нагноения раны не наблюдалось. Заживление происходило первичным натяжением. Из особенностей течения послеоперационного периода при выполнении малотравматичного (щадящего) хирургического вмешательства были отмечены незначительный (посттравматический) отек и гиперемия слизистой оболочки, редкие случаи развития необширных гематом, быстрое заживление и эпителизация ран (рис. 1, 2, 3).

Результаты и обсуждение

Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось у представителей как с истинными кистами, так и с ложными. Результаты отдаленных наблюдений (1 год спустя) прослежены у 80% пациентов (32–82% – в 1-й группе и 48–82,4% – во 2-й группе).

Существенные межгрупповые различия по показателю числа осложнений авторы выявили только по признаку послеоперационной рубцовой деформации губы, которая была зафиксирована в 1-й группе в 18,8% случаев, в то время как во 2-й группе – в 4% ($p < 0,05$).

Рецидивы кисты зарегистрированы всего в 5 случаях (16%), из них 3 случая (9,4%) – в 1-й группе и 2 (4%) – во 2-й (при $p > 0,05$).

Вывод

Хирургическое лечение ложных (экстравазатных, неэпителиальных) КМСЖ целесообразно проводить по методу сиаладенэктомии. Являясь менее травматичной, эта методика способствует снижению числа ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также достижению более высоких функциональных и эстетических результатов.

Литература

