

Мепивастезина показують його більшу ефективність, по порівнянню з ІМА Лидокаїна, однак відрізняються не значительно, но достовірно ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Предложен индекс местной анестезии ИМА с целью объективной оценки клинических исследований в стоматологии, связанных с использованием локального обезболивания. Данный фрагмент работы показал, что ИМА позволяет в цифровых значениях определить эффективность местной анестезии с учетом объема и свойств анестезирующего раствора. Клинически определено, что ИМА Мепивастезина (7,1 условных единицы) показывают большую эффективность, по сравнению с Лидокаином (6,3 условных единицы), но отличается не значительно. В то время как Артифрин имеет наибольшие показатели индекса ИМА (15,4 условных единицы).

Авторами предлагается использование ИМА так же для оценки эффективности разных методов местного обезболивания в челюстно-лицевой области, что является следующим этапом клинических исследований в данном направлении.

#### Список литературы

1. Бургонский В.Г. Современная технология местного обезболивания в стоматологии / В.Г. Бургонский // Современная стоматология. – 2009. – № 3. – С. 92-99.
2. Герен Т. Разработка местных анестетиков для инъекций / Т. Герен, Л. Маман, С.Б. Вьерзба // Стоматолог. – 2000. – № 1-2. – С. 15-21.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Гланц С. – М.:Издательство Практика. – 1999. – 459 с.
4. Гумецький Р. Сучасні засоби місцевої анестезії в стоматології / Р. Гумецький, М. Угрин. – Львів: ГалДент, 1998. – 160 с. –
5. Зорян Е.В. Алгоритм выбора местноанестезирующих препаратов: проблемы и решения / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович, Е.Г. Матвеева // Клиническая стоматология. – 2008. – № 1(45). – С. 18-22.
6. Кононенко Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю. Г. Кононенко, М. М. Рожко М. М., Г. П. Рузин. – 4-е изд. перераб. и доп. – М.: Книга плюс, 2008. – 304 с.
7. Матвеева О.В. Фармакологія та проблеми безпеки застосування місцевих анестетиків / О.В. Матвеева, А.П. Вікторів, В.П. Яйченя [та ін.] // Ваше здоров'я. – 2006. – № 35. – С. 12.
8. Malamed S.H. Handbook of local anesthesia / S.H. Malamed // 50<sup>th</sup> ed. St. Louis: CV Mosby, 2004.
9. Anisimov M.V. The elaboration and study of clinical effectiveness of anesthetic solution, based on hyaluronate and lidocaine, at nerve block anesthesia of teets at lower jaw / M.V. Anisimov, S.A. Shnayder // Oxford University Press. Health Education Research. Issue 6(2), December 2017. Volume 32. – P. 1575-1582.

#### REFERENCES

1. Burgonskiy V.G. Modern technology of local anesthesia in dentistry. *Sovremennaya stomatologiya*. 2009;3:92-99.
2. Geren T., Maman L., Vierzba S.B. Development of local anesthetics for injection. *Stomatolog*. 2000;1-2:15-21.

3. Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika* [Biomedical statistics] M.:Izdatel'stvo Praktika. 1999:459.
4. Gumets'kiy R., Ugrin M. *Suchasni zasobi mistsevoi anesteziyi v stomatologii*. [Modern means of local anesthesia in dentistry]. L'viv: GalDent, 1998:160
5. Zoryan E.V., Rabinovich S.A., Matveeva E.G. Algorithm for selecting local anesthetic drugs: problems and solutions. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2008;1(45):18-22.
6. Kononenko Yu.G., Rozhko M. M. Ruzin G. P. *Mestnoe obezbolevanie v ambulatornoy stomatologii / 4-e izd. pererab. i dop* [Local analgesia in outpatient dentistry / 4th edition revised and updated]. M.: Kniga plyus; 2008:304.
7. Matveeva O.V., Viktorov A.P., Yaychenya V.P. **ta in.** // Pharmacology and safety issues of local anesthetics; *Vashe zdorov'ya*. 2006;35:12.
8. Malamed S.H. Handbook of local anesthesia. 50<sup>th</sup> ed. St. Louis: CV Mosby, 2004.
9. Anisimov M.V., Shnayder S.A. The elaboration and study of clinical effectiveness of anesthetic solution, based on hyaluronate and lidocaine, at nerve block anesthesia of teets at lower jaw. Oxford University Press. Health Education Research. Issue 6(2), December 2017. V32: 1575-1582.

Поступила 28.05.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-36-2-53-57

УДК: 616.316-003.4-031:616.317.2]-036-07-08

**О.І. Годованець, д.мед.н.,  
М.П. Митченко, к.мед.н., Т.І. Муринюк,  
А.В. Котельбан, к.мед.н.**

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»

### РЕТЕНЦІЙНА КІСТА МАЛОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ НИЖНЬОЇ ГУБИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Запальні та пухлинні ураження слинних залоз становлять 15-20 % від усіх захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей.*

*Відповідно до статистичних даних, у номенклатурі захворювань слинних залоз провідне місце займають кістозні утворення, в структурі яких до 61,2 % складають кісти малих слинних залоз, а частота ураження патологічними процесами окремих слинних залоз залежить від їх топографо-анатомічних та гістофункціональних особливостей.*

*Лікування ретенційних кіст малих слинних залоз нижньої губи є однією із важливих проблем сучасної амбулаторної стоматології, оскільки вони продовжують займати досить значуще місце серед посттравматичних ускладнень щелепно-лицевої ділянки.*

*Мета.* Метою нашої роботи стало застосування хірургічної методики лікування (цистектомії) ретенційної кісти малої слинної залози нижньої губи.

*Матеріали і методи.* Лікування і спостереження проводилось пацієнту віком 16 років із ретенційною кістою малої слинної залози нижньої губи справа.

У ході дослідження використовували збір анамнезу, дані об'єктивного обстеження та обов'язкове гістологічне дослідження видаленого матеріалу за загальноприйнятими методиками.

**Результати.** Лікування ретенційної кісти малої слинної залози хірургічне. Під місцевим знеболенням було проведено цистектомію з подальшим гістологічним дослідженням видаленого матеріалу та спостереження протягом 6 місяців, призначено нестероїдний протизапальний препарат і гель на основі холину саліцилату. На 7-й день після оперативного втручання пацієнту знято шви.

**Висновок.** Отже, видалена ретенційна кіста малої слинної залози нижньої губи справа (цистектомія) з подальшим гістологічним дослідженням видаленого матеріалу. Під час спостереження за пацієнтом протягом 6 місяців рецидиву не відбулося.

**Ключові слова:** кіста, мала слинна залоза, лікування, цистектомія.

**О.И. Годованец, М.П. Митченко,  
Т.И. Мурынюк, А.В. Котельбан**

Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Буковинский государственный медицинский  
уни-верситет»

### РЕТЕНЦИОННАЯ КИСТА МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЖНЕЙ ГУБЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Воспалительные и опухолевые поражения слюнных желез составляют 15-20 % от всех заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области у детей. Согласно статистическим данным, в номенклатуре заболеваний слюнных желез ведущее место занимают кистозные образования, в структуре которых до 61,2 % составляют кисты малых слюнных желез, а частота поражения патологическими процессами отдельных слюнных желез зависит от их топографо-анатомических и гисто-функциональных особенностей.

Лечение ретенционных кист малых слюнных желез нижней губы является одной из важных проблем современной амбулаторной стоматологии, поскольку они продолжают занимать довольно значимое место среди посттравматических осложнений челюстно-лицевой области.

**Цель.** Целью нашей работы стало применение хирургической методики лечения (цистэктомии) ретенционной кисты малої слюнной железы нижней губы.

**Материалы и методы.** Лечение и наблюдение проводилось пациенту в возрасте 16 лет с ретенционной кистой малої слюнной железы нижней губы справа. В ходе исследования использовали сбор анамнеза, данные объективного обследования и обязательное гистологическое исследование удаленного материала по общепринятым методикам.

**Результаты.** Лечение ретенционной кисты малої слюнной железы хирургическое. Под местным обезболиванием было проведено цистектомію с последующим гистологическим исследованием удаленного материала и наблюдение в течение 6 месяцев, назна-

чен нестероидный противовоспалительный препарат и гель на основе холина саліцилата. На 7-й день после оперативного вмешательства пациенту сняты швы.

**Вывод.** Итак, удалена ретенционная киста малої слюнной железы нижней губы справа (цистэктомия) с последующим гистологическим исследованием удаленного материала. Во время наблюдения за пациентом в течение 6 месяцев рецидива не произошло.

**Ключевые слова:** киста, малая слюнная железа, лечение, цистэктомия.

**О.І. Годованец, М.Р. Митченко, Т.І. Мурынюк,  
А.В. Котельбан**

Higher State Educational Institution of Ukraine  
"Bukovynian State Medical University"

### RETENTION CYST OF THE SMALL SALIVARY GLAND OF THE LOWER LIP: A CLINICAL CASE

#### ABSTRACT

Inflammatory and tumorous lesions of the salivary glands account for 15-20 % of all soft tissue diseases of the dentognathic area in children.

According to statistics, in the nomenclature of salivary gland diseases the leading place is occupied by cystic formations, in the structure of which up to 61.2 % are cysts of small salivary glands, and the frequency of pathological processes of individual salivary glands depends on their topographic and anatomical and histo-functional features.

Treatment of retention cysts of the small salivary glands of the lower lip is one of the important problems of modern outpatient dentistry, as they continue to occupy a significant place among the post-traumatic complications of the dentognathic area.

**The aim** of our work was the use of surgical treatment (cystectomy) of the retention cyst of the small salivary gland of the lower lip.

**Materials and methods.** Treatment and observation were performed on a 16-year-old patient with a retention cyst of the small salivary gland of the lower lip on the right. The study used the collection of anamnesis, objective examination data and mandatory histological examination of the removed material according to generally accepted methods.

**Results.** Treatment of retention cyst of the small salivary gland is surgical. Under local anesthesia, a cystectomy was performed, followed by histological examination of the removed material and observation for 6 months, a nonsteroidal anti-inflammatory drug and a gel based on choline salicylate were prescribed. On the 7th day after surgery, the patient's sutures were removed.

**Conclusion.** Thus, the retention cyst of the small salivary gland of the lower lip on the right (cystectomy) was removed, followed by histological examination of the removed material. No recurrence occurred during the 6-month follow-up of the patient.

**Key words:** cyst, small salivary gland, treatment, cystectomy.

**Вступ.** Запальні та пухлинні ураження слинних залоз становлять 15-20 % від усіх захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей [1].

Відповідно до статистичних даних, у номенклатурі захворювань слинних залоз провідне місце займають кістозні утворення, в структурі яких до 61,2 % складають кісти малих слинних залоз, а частота ураження патологічними процесами окремих слинних залоз залежить від їх топографо-анатомічних та гісто-функціональних особливостей [2, 3].

Малі слинні залози є суттєвим додатковим джерелом забезпечення порожнини рота необхідною кількістю рідини. 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.

Однак, незважаючи на функціональну багатогранність малих слинних залоз, їх діяльність необхідна для інтеграції процесів, пов'язаних із формуванням грудки їжі, адекватної для ковтання. Секрет малих слинних залоз сприяє змочуванню і створенню потрібної консистенції їжі, розчиненню солей, цукру та інших компонентів, обволіканню грудки їжі муцином. Знаходячись в різних фазах функціонального стану, секреторні клітини малих слинних залоз спрацьовують асинхронно, створюючи безперервний тип виділення слини, що є необхідним для забезпечення вищевказаних функцій [4, 5].

Внаслідок обтурації 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 малих слинних залоз, виникають кістозні утворення, що переважно локалізуються по лінії змикання зубів на слизовій оболонці губ та щік [6].

Лікування ретенційних кіст малих слинних залоз нижньої губи є однією із важливих проблем сучасної амбулаторної стоматології, оскільки вони продовжують займати досить значуще місце серед посттравматичних ускладнень щелепно-лицевої ділянки.

Сумарним недоліком багатьох способів лікування хворих на ретенційні кісти малих слинних залоз нижньої губи є травматичність втручання (слинна залоза видаляється), ризик

виникнення рецидивів та запальних ускладнень, не скорочується термін лікування хворих та не гарантується початковий та кінцевий естетичний результат лікування [7].

**Мета.** Метою нашої роботи стало застосування хірургічної методики лікування (цистектомії) ретенційної кісти малої слинної залози нижньої губи.

**Матеріали і методи.** Лікування і спостереження проводилося пацієнту віком 16 років із ретенційною кістою малої слинної залози нижньої губи справа. У ході дослідження використовували збір анамнезу, дані об'єктивного обстеження та обов'язкове гістологічне дослідження видаленого матеріалу за загальноприйнятими методиками.

### **Результати.**

#### **Клінічний випадок**

Пацієнт В., 16 років, звернувся зі скаргами на безболісне пухлиноподібне новоутворення на нижній губі справа, дискомфорт при вживанні їжі, естетичний дефект. Соматичний стан хворого без особливостей. Об'єктивно: обличчя звичайної конфігурації з порушенням лінії змикання губ (вип'ячування червоної облямівки нижньої губи справа), інші ділянки обличчя без видимих патологічних ознак. У товщі нижньої губи зі сторони присінку порожнини рота в проекції коронкової частини зуба 4.3 виявлено кістоподібне новоутворення з чіткими межами, діаметром близько 10 мм, м'якоеластичної консистенції, фіксоване в підлеглих тканинах.



Мал. 1. Загальний вигляд ретенційної кісти малої слинної залози нижньої губи справа.

Слизова оболонка над утворенням стоншена, без підслизового шару із тонкою смужкою рубцевої тканини (наслідок травми), крізь неї проглядається утворення рожево-блакитного кольору (мал. 1). Із анамнезу відомо, що пацієнт отримав побутову травму нижньої губи близько 6 місяців тому. Після загоєння з'явився вузлик, що поступово збільшився до теперішніх

розмірів. Встановили діагноз: ретенційна кіста малої слинної залози нижньої губи.

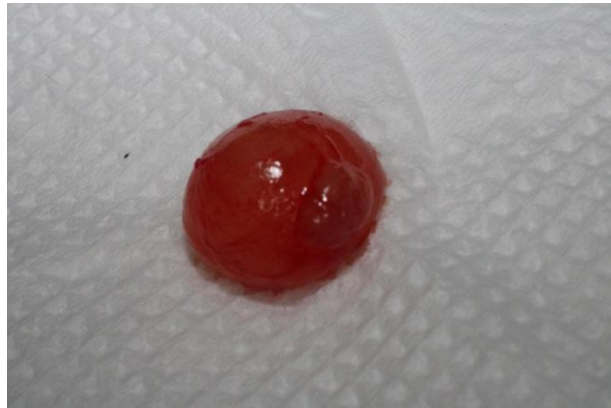
Лікувальна тактика полягала у видаленні кісти (цистектомія) з подальшим гістологічним дослідженням видаленого матеріалу та спостереження протягом 6 місяців.

Хірургічне лікування проводили у наступній послідовності: під місцевим знеболенням 0,8 мл анестетика артикаїнового ряду із адреналіном (1:200000) проведено розкриття слизової оболонки на нижній губі справа півмісяцевим

розрізом із вилученням оболонки кісти без порушення її цілісності. З метою запобігання виникнення рецидиву із рани видалено малі слинні залози (мал. 2, 3). Рану зашито РТФЕ 5/0 (мал. 4). Пацієнту призначено нестероїдний протизапальний препарат – ібупрофен по 200 мг 2 рази на добу протягом трьох днів, місцево – гель на основі холіну саліцилату (холісал), наносити на раневу поверхню за 20 хвилин до вживання їжі протягом 7 днів. Шви знято на 7-й день після оперативного втручання (мал. 5).



Мал. 2. Вигляд нижньої губи після вилучення кісти



Мал. 3. Вилучена кіста малої слинної залози нижньої губи



Мал. 4. Загальний вигляд нижньої губи після накладання швів



Мал. 5. Післяопераційний рубець на 10-й день

**Висновок.** Отже, видалена ретенційна кіста малої слинної залози нижньої губи справа (цистектомія) з подальшим гістологічним дослідженням видаленого матеріалу. Під час спостереження за пацієнтом протягом 6 місяців рецидиву не відбулося.

#### **Список літератури**

1. Яковенко Л.М. Доброякісна лімфоепітеліальна інфільтрація привушних слинних залоз / Л.М. Яковенко, Н.В. Кисельова, Н.Ю. Жила, С.О. Ребенков // Новини стоматології. – 2017. – № 2(91). – С. 63-8.
2. Новоутворення щелепно-лицевої ділянки у дітей: навч. посіб. / [Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.І. та ін.] – Полтава: ВДНЗУ «УМСА». – 2018. – 191 с.

3. Ткаченко П.І. Кісти малих слинних залоз: клініко-морфологічні аспекти / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.І. Білоконь, А.М. Гоголь // Світ медицини та біології. – 2012. – №2. – С.161-3.

4. Ткаченко П.І. Клініко-морфологічні аспекти кіст під'язикових слинних залоз / П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.І. Білоконь, О.В. Гуржій // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – 2(2). – С.261-4.

5. Ткаченко П.І. Запальні захворювання та кісти слинних залоз у дітей: метод. реком / Ткаченко П.І., Білоконь С.І., Гуржій О.В., Білоконь Н.П. Полтава: ВДНЗУ «УМСА»; – 2011. – 30 с.

6. Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та слинних залоз у дітей: навч. посіб. / Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О. [та ін.] – Полтава: АСМІ; – 2015. – 80 с.

7. **Гаврілов В.О.** Спосіб естетичного лікування ретенційних кіст малих слинних залоз нижньої губи у спортсменів (боксерів) / В.О. Гаврілов, В.В. Андреева // Український морфологічний альманах. – 2015. – №13(1). – С.18-22.

#### REFERENCES

1. **Iakovenko L.M., Kyselova N.V., Zhyla N.Iu., Riebiakov S.O.** Benign lymphoepithelial infiltration of the parotid salivary glands. *Novyny stomatolohii*. 2017; 2(91):63-8.

2. **Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.I., Dobroskok V.O., Bilokon N.P.** *Novoutvorennia shchelepno-lytsevoi dilianky u ditei: navch. posib. [Neoplasms of the maxillofacial region in children: textbook] Poltava: VDNZU «UMSA»; 2018. 191.*

3. **Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.I., Hohol A.M.** Small salivary gland cysts: clinical and morphological aspects. *Svit medytsyny ta biolohii*. 2012; 2:161-3.

4. **Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.I., Hurzhii O.V.** Clinical and morphological aspects of sublingual salivary gland cysts. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2012; 2(2):261-4.

5. **Tkachenko P.I., Bilokon S.I., Hurzhii O.V., Bilokon N.P.** Zapalni zakhvoriuvannia ta kisty slynykh zaloz u ditei: metod. Rekom [Inflammatory diseases and cysts of the salivary glands in children: guidelines] *Poltava: VDNZU «UMSA»; 2011:30.*

6. **Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Hurzhii O.V., Lokhmatova N.M.** *Dobroiakisni novoutvorennia miakyykh tkanyn shchelepno-lytsevoi dilianky ta slynykh zaloz u ditei: navch. posib [Benign neoplasms of soft tissues of the maxillofacial area and salivary glands in children: textbook]. Poltava: ASMI; 2015: 80.*

7. **Havrilov V.O., Andreieva V.V.** Method of aesthetic treatment of retention cysts of small salivary glands of the lower lip in athletes (boxers). *Ukrainskyi morfolohichnyi almanakh*. 2015; 13(1):18-22.

Надійшла 29.05.2020

