

СТОМАТОЛОГ

2(25)-2017



СТОМАТОЛОГИСТ

JOURNAL SCIENTIFIC-PRACTICAL

WWW.JOURNAL-STOMATOLOG.BY

MINSK

ПОДПИШИСЬ!

74817

для индивидуальных
подписчиков

748172

для организаций

для России -

e-mail:

gladkih@viniti.ru

тел. +7 (495) 787 38 73

для Украины -

presa.ua,

тел. (044) 248 76 63,

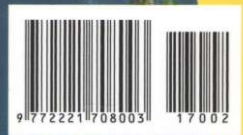
(044) 248 04 06

для Латвии -

pks.lv,

тел. +371 673 20 148

+371 675 09 742



СТОМАТОЛОГ

Содержание

Выпуск 2(25)^2017

ХРОНИКА CHRONICLES

Международный конгресс по дентальной имплантологии: форум науки и памяти
International Congress on Dental Implantology: Science and Memory Forum

С. Вотинова

S. Votinova

НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ SCIENTIFIC PUBLICATION

Методика усталостных испытаний композитно-армированных культевых штифтовых вкладок с армирующими элементами
Methods of fatigue testing of reinforced composite posts with a different number of reinforcing elements

С.П.Рубникович,
А.Д.Фисюнов,
В.Н. Бусько

*S.P. Rubnikovich, A.D. Fisjunov,
V.N. Busko*

Особенности гистологического строения аденолимфомы слюнной железы в клинической практике
Adenolymphoma of salivary gland: histological features and clinical and morphological variants

А.С. Ластовка,
А.М. Неровня,
И.В. Дударева

*A.S. Lastovka, A.M. Nerovnya,
I.V. Dudareva*

Сравнительная оценка физико-механических свойств пакуемых стеклоиономерных цементов
Comparative evaluation of physical and mechanical properties packable glass ionomer cements

А.А. Петрук,
Г.Г. Чистякова

*A.A. Petrouk,
G.G. Chistyakova*

Молекулярно-генетический анализ полиморфного жуса XbaI гена ESR1 у детей, которым проводилась санация полости рта под общим обезболиванием
Molecular genetic analysis of polymorphic locus XbaI of gene ESR1 in children whom conducted treatment under general anesthesia

Г.М. Солонько

H.M. Solonko

Частота вторичных зубочелюстных деформаций и дефектов зубных рядов у беременных
Frequency of secondary dentoalveolar deformations and dental defects at pregnant women

В.В. Пехньо

W Pekhnyo

Уровни общих IgE и специфических IgE у пациентов с гиперчувствительностью к компонентам дентальных сплавов
Level of total IgE and specific IgE in patients with a hypersensitivity at components dental alloys

И.Ю. Карпук

I. U. Karpuk

ОБЗОРЫ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАТЬИ REVIEWS, EDUCATIONAL ARTICLES

Вопросы комплексного лечения одонтогенного сепсиса. Современный взгляд на проблему и перспективы решения
The complex treatment of odontogenic sepsis. Modern view on the problem and the prospects of its solution

И.О. Походенько-Чудакова,
А.А. Кабанова

*I.O. Pohodenko-Chudakova,
A.A. Kabanova*

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ АДЕНОЛИМФОМЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.С. Ластовка¹, А.М. Неровня², И.В. Дударева³

ADENOLIMFOMA OF SALIVARY GLAND: HISTOLOGICAL FEATURES AND CLINICAL AND MORPHOLOGICAL VARIANTS

Alexander S. Lastovka¹, Alexander M. Nerovnya², Inna V. Dudareva³

¹д-р мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

³Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

¹MD, PhD, DMSci, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

²MD, PhD, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

³Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Тезисы. Аденолимфома (АЛ) - вторая по частоте среди доброкачественных опухолей слюнной железы. Особенностью гистологического строения АЛ является наличие двух компонентов: паренхимы, представленной железистыми структурами, и стромы - с массивной лимфоидной инфильтрацией и формированием лимфоидных фолликулов. Согласно гистологической классификации ВОЗ, выделяют четыре подтипа АА в зависимости от соотношения стромального и эпителиального компонентов (Seifert G, 1980). Однако данная классификация не учитывает гистоархитектонику опухоли, наличие и степень выраженности кистозного компонента. В статье приведены данные обследования 45 пациентов с диагнозом «аденолимфома слюнной железы», находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 УЗ «11 городская клиническая больница» г. Минска. Средний возраст заболевших составил 56 (51-61) лет. Среди пациентов с АЛ значительно преобладали лица мужского пола (5,4:1). В статье представлены результаты анализа послеоперационного гистологического исследования АЛ и ее последующего систематизирования в зависимости от соотношения тканевого и полостного компонентов опухоли. Выявлено, что макроструктура опухоли, воспринимаемая как солидный вариант при гистологическом исследовании также содержит полостной компонент, т.е. однокомпонентные АЛ (истинно солидная форма), как таковые отсутствуют. Проведена систематизация АЛ по микроскопической и макроскопической характеристике опухоли, а также по данным лучевых методов диагностики. Выявлены специфические особенности клинико-морфологических вариантов АЛ и значение этих особенностей для выбора хирургической тактики с целью профилактики возможных осложнений.

Ключевые слова: аденолимфома, слюнные железы, диагностика

Summary. Adenolymphoma (AL) is the second most common of benign salivary glands tumors. The presence of two components is a feature of the histological structure of AL. Parenchyma is represented by glandular structures, and the stroma - with massive lymphoid infiltration and the formation of lymphoid follicles. According to the WHO histological classification, four subtypes of AL are distinguished depending on the ratio of the stromal and epithelial components (Seifert G, 1980). However, this classification does not take into account the histoarchitectonics of the tumor, the presence and severity of the cystic component. The article presents data from a survey of 45 patients diagnosed with the "adenolymphoma of the salivary gland", who were on treatment at the department of maxillofacial surgery № 1 of the "11 city clinical hospital" in Minsk. The analysis of age distribution within the investigated group indicated that patients average was 56 (51-61), with men predominance (5,4:1). Analysis of clinical and morphological data is given. There were evaluated some clinical and morphological parameters focusing on the tumors components (cyst and lympho-epithelial). According to investigation we come to clarity that there no solid variants of adenolymphoma as well. The systematization of AL by microscopic and macroscopic characteristics of the tumor, as well as the data of X-ray diagnostic, has been carried out. Specific features of clinico-morphological variants of AL and the significance of these features for the surgical treatment for the prevention of possible complications are revealed.

Keywords: adenolymphoma, salivary glands, diagnosis

Адрес для корреспонденции:

E-mail: I.Dudareva@tut.by

Correspondence to:

E-mail: I.Dudareva@tut.by

Аденолимфома (АЛ) («cystadenoma lymphomatosum» (лимфоматозная цистаденома) и «Warthin tumor» (опухоль Уортина)) - вторая по частоте встречаемости после плеоморфной аденомы доброкачественная опухоль слюнных желез [1, 7, 8, 9].

Клинически АЛ проявляется как безболезненное образование эластической консистенции, локализующееся преимущественно в нижнем полюсе околоушной железы, с тенденцией к медленному росту. В большинстве случаев пациентами являются мужчины в возрасте 60-70 лет (соотношение мужчин и женщин составляет 6:1) [10, 12].

По данным научной литературы, отмечается мультицентрический рост (12-20%) и двустороннее поражение (5-14%), послеоперационные рецидивы отмечаются в 2% случаев, при этом недостаточно изучен вопрос, являются ли вновь появившиеся образования рецидивами либо метасинхронно протекающими опухолями. [2, 4, 5, 6, 13].

Макроскопически АЛ имеют вид опухолевого узла с хорошо выраженной капсулой, на разрезе может быть неоднородная серовато-бурая ткань с множеством мелких, желевидных или крупных кист, заполненных слизеподобным вязким содержимым [3, 7, 8].

Особенностью гистологического строения АЛ является наличие двух компонентов: паренхимы, представленной железистыми структурами, выстланными двухрядным оксифильным эпителием, и стромы - с массивной лимфоидной инфильтрацией и формированием лимфоидных фолликулов с реактивными центрами. [3, 7, 8, 10]. Клетки внутреннего слоя имеют цилиндрическую форму и небольшое темное ядро, а клетки наружного слоя - кубическую форму и более светлое ядро. Иногда эпителиальная выстилка теряет четкую двуслойность и количество слоев увеличивается, местами может происходить плоскоклеточная метаплазия. В просветах железистых структур и кистозных полостей обнаруживается эозинофильное содержимое с остатками дистрофически измененных эпителиальных клеток и примесью лейкоцитов. В отдельных случаях определяется некроз, фиброз, наличие грануляционной ткани, что может быть вызвано травмой, предшествующими воспалительными явлениями или проведением пункционной биопсии, затрудняющие постановку диагноза. Имеются данные о спонтанных некрозах аденолимфом [14].

По соотношению стромы и эпителиального компонента Seifert G выделяет четыре подтипа

АЛ: подтип 1 (классическая) - 50% эпителиального и 50% лимфоидного компонента (77% всех АЛ), подтип 2: железистая часть опухоли преобладает над лимфоидной; (stroma poor) 70-80% эпителиальные (14% случаев), подтип 3: отмечалась резко выраженная лимфоидная инфильтрация во всех железистых комплексах с формированием множественных лимфоидных фолликулов (stroma-rich) эпителия 20-30% (2% случаев) и подтип 4 характеризуется экстенсивной плоскоклеточной метаплазией [7, 8]. Этот подтип может быть принят за мукоэпидермоидный рак. Однако данная классификация не учитывает наличие и степень выраженности кистозного компонента, что, несомненно, важно в современных условиях, когда широко распространено сопоставление данных клинических инструментальных методов исследования (УЗТ, КТ, МРТ) и данных гистологического исследования. Указывается также на подразделение АЛ на подтипы: солидные, кистозные, дольчатые, сосочковые, плоскоклеточные [11, 15].

По данным лучевых методов исследований, АЛ подразделяются на три формы: в первом случае определяется солидный узел относительно однородной тканевой структуры, во втором - опухоль с четкой двухкомпонентностью, либо мозаичным характером структуры, в третьем - полостное образование с пристеночным тканевым компонентом [15].

• ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Систематизация клинико-морфологических вариантов аденолимфом по гистологической архитектонике опухоли, сопряженной с данными лучевых методов исследования и макроскопической картиной операционного материала.

• ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Послужили результаты предоперационного и послеоперационного исследования 45 пациентов с АЛ слюнных желез, проходивших хирургическое лечение в УЗ «11 городская клиническая больница» с 2008 по 2015 гг.

Проводился анализ результатов гистологического исследования удаленных опухолей. Гистологическое изучение микропрепаратов осуществляли на микроскопе Leica DM LB (Leica, Германия) на кафедре патологической анатомии УО БГМУ. С использованием цифровой камеры Leica DC200 выполнен видеозахват и оцифровка изображений гистологических препаратов, проводилось макроскопическое описание удаленных опухолей (внешний вид опухоли, наличие четко выраженной капсулы, характер содержимого на разрезе) и микропрепараты

Таблица 1. Распределение пациентов с аденолимфомой слюнной железы по тендерной принадлежности и возрасту, % (абс.)

возраст	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
М	4,4 (2)	(20,1)9	33,4(15)	22,2(10)	4,4 (2)	84,5 (38)
Ж		2,2(1)	8,9 (4)	2,2(1)	2,2(1)	15,5 (7)
всего	4,4 (2)	22,3 (Ю)	42,3 (19)	24,4 (11)	(3)	TOO (45)

удаленных опухолей (окрашенные гематоксилином и эозином). С использованием программного пакета Aperio ImageScore выполнялось морфометрическое исследование срезов опухоли, определялся характер и интенсивность окрашивания гистологических препаратов. Далее определялся «тканевой коэффициент», который вычислялся по соотношению суммы эпителиального и железистого компонентов к тканевому составу всей опухоли. Из-за значительных склеротических изменений, что может быть объяснено имевшими место воспалительными явлениями, 3 случая были исключены из анализа.

Полученные данные сопоставлялись с результатами предоперационного обследования (УЗИ, МРТ, РКТ) и макроскопической картиной операционного материала.

• РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Аденолимфомы околоушных желез встречались у пациентов (n = 45) в возрасте от 36 до 70 лет. Превалирующий возраст заболеваемости 50-60 лет (n = 19, (42,2%)). Соотношение мужчин и женщин 5,4:1.

Основным клиническим проявлением заболевания являлось наличие опухолевого узла в околоушной железе, при пальпации от тестообразной до плотной консистенции, относительно смещаемого. Объем образований варьировал от 5,2 до 145см³ - 27 (13,8-56,5).

Опухоль локализовалась преимущественно в нижнем полюсе ОЖ - 87,0%, (n = 40), в средней трети - 8,7% (n = 4), в верхней - 4,3% (n = 4). В 13% (n = 6) случаев имел место двухсторонний характер роста образования, в 4,4% (n = 2) множественная односторонняя закладка, в 4,4% (n = 2) имело место повторное возникновение опухоли. При имеющемся двухстороннем поражении (на момент проведения гистологического анализа) удаление опухолей с обеих сторон было выполнено у двух пациентов, таким образом, пересмотру подверглось 46 гистологических препаратов. При гистологическом исследовании все опухоли, в зависимости от гистоархитектоники были разделены

на: папиллярный, фолликулярный, цист-папиллярный, цистфолликулярный, смешанный и макрокистозный подварианты.

Папиллярный подвариант (8,9% (n = 4)), характеризовался доминированием (не менее 75% площади срезов) папиллярных структур в гистоархитектонике. Папиллярные структуры были представлены ветвящимися стромальными стволиками с, как правило, выраженной лимфоидной инфильтрацией, выстланные типичным двухрядным эпителием (рис.1).

Данный подвариант встречался у пациентов в возрасте от 44 до 60 лет (3 мужчин и 1 женщина). Средний возраст - 55 лет (49,3-59,3). Ультразвуковыми характеристиками являлись наличие четких, ровных контуров (n = 4; 100%). Образование имело кистозно-солидную структуру с преимуществом тканевого компонента во всех случаях. Объем АЛ при папиллярном подварианте составил 11 см³ (9,8; 21,0). Тканевой коэффициент равен 0,58 (0,6; 0,7). Все новообразования локализовались в нижнем полюсе железы.

Фолликулярный подвариант (13,3% (n = 6)) характеризовался формированием железистых и тубулярных структур, папиллярные структуры отсутствовали или встречались в виде единичных образований (рис. 2).

Встречался у 6-ти пациентов (5 мужчин и 1 женщина) в возрасте от 32 лет до 61 года. Средний возраст - 54 года (51,5-58,8). Четкие и ровные контуры по картине ультразвукового исследования наблюдались в 83,3% (n = 5). Образование имело кистозно-солидную структуру с преимуществом тканевого компонента в 83,3% (n = 5) и гетерогенную тканевую - 16,7% (n = 1). Объем АЛ при фолликулярном подварианте составил 7,5 см³ (7,3; 9,2). Тканевой коэффициент равен 0,6 (0,6; 0,7). МРТ (n = 4) - на T1 (T1W1) взвешенных изображениях определялись образования с четкими контурами средней интенсивности (более интенсивная, чем мышечная ткань), на T2 (T2W2) взвешенных изображениях сигнал был средний или гетерогенный. КТ-картина (n = 2): образование повышенной плотности до +40 - +44ед (НИ) с четкими контурами.

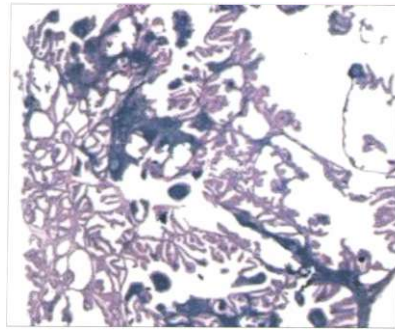


Рис. 1. Папиллярный подвариант аденолимфом. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х50.

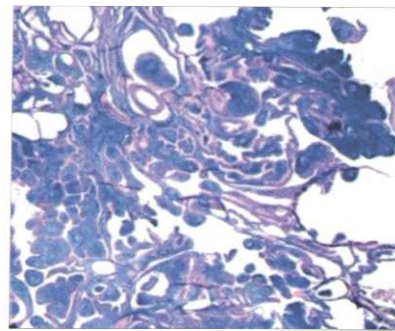
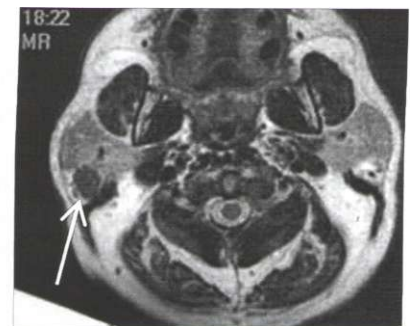


Рис. 2. Фолликулярный подварианты АЛ. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение х50.



а



б

Рис. 3. Микрокистозный вариант АЛ: а - макроскопическая картина; б - УЗ картина; в - МРТ исследование



Рис. 4. Мультикистозный вариант аденолимфомы: а - макроскопическая картина; б - УЗ картина; в - МРТ исследование

С учетом сходной макроскопической картины (относительно неоднородный опухолевый узел, ткань которого несколько напоминает лимфоидную) и результатов лучевых методов исследования оба подварианта объединены в одну клиничко-морфологическую группу - микрокистозный вариант АЛ (рис. 3).

Выявлено, что макроструктура опухоли, воспринимаемая как солидный вариант, при гистологическом исследовании также содержит полостной компонент, т.е. однокомпонентные АЛ (истинно солидная форма) как таковые отсутствуют.

Вторую группу составили АЛ, характерным признаком которых было формирование различного количества полостных структур большего или меньшего диаметра - мультикистозный вариант (63% (n = 29)). Макроскопически опухоль была представлена узлом с множеством кистозных полостей, заполненных мутно-бурым, вязким содержимым (рис. 4).

Гистологически данный вариант был представлен цистпапиллярным, цистфолликулярным и смешанным подвариантами.

Цистпапиллярный подвариант характеризовался наличием папиллярных структур во

Таблица 2. Распределение пациентов с различными подвариантами аденолимфомы слюнной железы, % (абс.)

Подвариант	ж (8)	м (38)	Статистическая значимость различий
Макрокистозный	37,5 (3)	7,9 (3)	$\chi^2 = 34,6$ $p = 0,001$
Цистфолликулярный	12,5(1)	44,7 (17)	$\chi^2 = 25,4$ $p = 0,001$
Смешанный	0	13,2 (5)	$\chi^2 = 14,3$ $p = 0,001$
Папиллярный	12,5 (1)	7,9 (3)	$p > 0,001$
Фолликулярный	12,5 (1)	15,8 (6)	$p > 0,001$
Цистпапиллярный	25 (2)	10,5 (4)	

внутренней выстилке опухоли, при этом отмечалось формирование кистозного компонента (13,0% (n = 6)).

Средний возраст - 56,5 лет (51,8-65,8). Образование имело кистозно-солидную структуру с преимуществом тканевого компонента в 66,7% (n = 4) и преимущество кистозного компонента - 33,3% (n = 2). Ультразвуковыми характеристиками данного подварианта являлись четкость и ровность контуров (100%; n = 6). Объем АЛ при цистпапиллярном подварианте составил 36,3 см³ (14,5; 78,6), а тканевой коэффициент был равен 0,4 (0,39; 0,62). Во всех случаях опухоль локализовалась в нижнем полюсе железы (рис. 5).

Цистфолликулярный подвариант характеризовался тем, что внутренняя выстилка эпителиального компонента была гладкой, не имела папиллярных структур, при этом отмечалось формирование кистозного компонента. (39,1% (n = 18)) (рис. 6).

Средний возраст заболевших составил 54 года (48,3-58). Образование имело кистозно-солидную структуру с преимуществом тканевого компонента в 61,1% (n=11) и преимущество кистозного компонента - 38,9% (n = 7). Контур образования данного подварианта были в равной мере, как ровными, так и неровными (50-50%). Данный подвариант преимущественно встречается у мужчин - 44,7% ($\chi^2 = 25,4$ p = 0,001).

В одном случае опухоль была представлена тканевым компонентом с кистозными полостями, заполненными вязким «замазкообразным» содержимым, что по УЗИ характеристикам позволило отнести к солидным, а значение тканевого компонента составило 0,37.

Объем АЛ при цистфолликулярном подварианте составил 33,8 см³ (17,6; 59,6). Тканевой

коэффициент был равен 0,4 (0,37; 0,45). Преимущественная локализация - н/3 (88,9% (n = 16)), в средней трети - 11,1% (n = 2).

Смешанный (10,9% (n = 5)) подвариант АЛ характеризовался наличием кистозных структур, на стенках которых формировались папиллярные и фолликулярные образования (рис. 7).

Третий вариант АЛ характеризовался формированием макрокистозного компонента с наличием гладкой внутренней выстилки эпителиального компонента (13,4% (n = 6)) (рис. 8).

Удаленная опухоль представляла собой кистозное образование с тонкой капсулой, содержащее мутно-бурую жидкость, внутренняя выстилка кисты была блестящей, мелкобугристой, бородавчатой. Макрокистозный вариант встречался преимущественно у женщин (37,5% ($\chi^2 = 34,6$ p < 0,001)).

При УЗИ выявлялась кистозное образование с ровным контуром (83% (n = 5)), внутренними структурными разрастаниями и/или наличием перегородок. При МРТ исследовании (n = 6) патологическое образование на T1 взвешенных изображениях описывалось, как хорошо визуализируемое, с четкими границами и солидными пристеночными разрастаниями. КТ - картина (n = 6): образование, плотностью в нативную фазу 30-33 едН, с четкими ровными наружными контурами, при контрастировании тонкая стенка образования накапливала контрастное вещество (рис. 9).

Особенностью строения оболочки опухоли при макрокистозном варианте была ее прерывистость в отдельных участках 66,7% (n = 6). Этим фактом может быть объяснено непреднамеренное нарушение целостности капсулы опухоли в момент ее удаления. Ввиду вышесказанного, удаление опухоли должно проводиться путем резекции околоушной

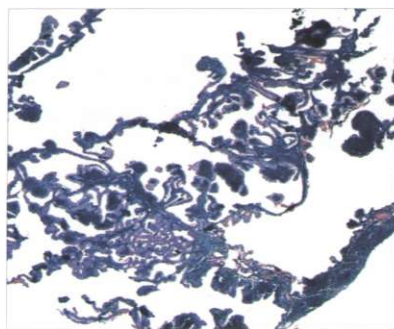


Рис. 5. Цистпапиллярный вариант. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50

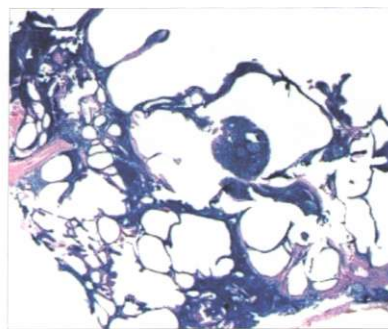


Рис. 6. Цистфолликулярный вариант аденолимфомы. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50

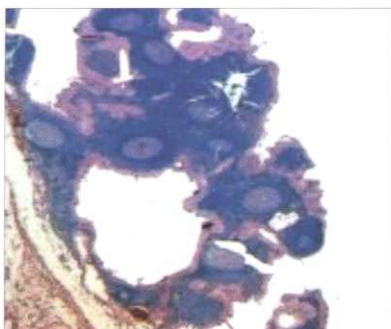


Рис. 7. Смешанный вариант аденолимфомы. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50

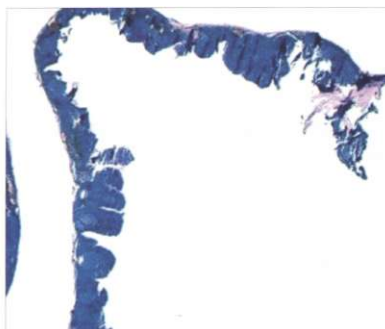


Рис. 8. Макрокистозный вариант аденолимфомы. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50



Рис. 9. Макрокистозный вариант АЛ: а - макроскопическая картина; б - УЗ картина; в - МРТ исследование

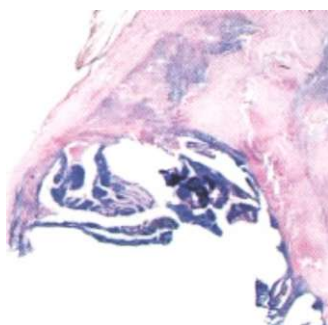


Рис. 10. Склеротические изменения в ткани опухоли. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50

Таблица 3. Ультразвуковые характеристики вариантов аденолимфом, % (абс.)

Эхоструктура	Клинико-морфологические варианты			Статистическая значимость различий
	Микрокистозные n=10	Мультикистозные n=30	Макрокистозные n=6	
Солидное неоднородное	20 (2)	6,7 (2)		F = 0,11 p = 0,002
Образование с преимуществом тканевого компонента	80 (8)	6,7 (2)		p > 0,05
Образование с преимуществом кистозного компонента		83,3 (25)	16,7(1)	$\chi^2 = 0,4$ p < 0,001
Кистозное образование с тканевыми включениями		3,3(1)	83,3 (5)	F = 0,63 p = 0,010

железы в пределах здоровых тканей на участке непреднамеренной перфорации, по аналогии с плеоморфной аденомой.

Следует отметить, что у трех пациентов в ткани опухоли были выявлены значительные склеротические изменения, которые могли стать результатом как проведенных пункционных биопсий образования, так и спонтанных инфарктов опухоли. Это обстоятельство не позволило отнести их ни к одному из выделенных нами клинико-морфологических вариантов АЛ. Наличие подобных изменений тканей опухоли, как тканей самой железы, затрудняет морфологическую верификацию образований слюнной железы (рис. 10).

Было выявлено, что макрокистозный вариант встречался преимущественно у женщин 37,5% (n = 3), цистфолликулярный - у мужчин - 44,7% (n = 17), в остальных случаях достоверных различий не наблюдалось (табл. 2).

Общими всех вариантов АЛ статистически достоверными сонографическими признаками являлись - ровные контуры 73,9%, (n = 34) ($\chi^2 = 94,3$; p = 0,001), гетерогенная структура образования за счет наличия кистозных включений с преимуществом тканевого компонента 58,3% (n = 32 (F = 0,4 p = 0,0001)), гетерогенная структура с преимуществом кистозного компонента - 31,3%

(n = 15 (F = 0,19 p = 0,0001)) (табл. 3). При анализе структуры образований, описываемых, как солидные 6,25% (n = 3), было выявлено, что макроскопически они выглядели, как образования с множеством кистозных полостей, заполненных «замазкообразным» содержимым, что, по-видимому, и привело к погрешности результатов УЗИ.

• ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Установлены следующие клиническо-морфологические варианты АЛ: а) микрокистозный - представлен подвариантами - папиллярным и фолликулярным; б) мультикистозный (цистпапиллярный, цистфолликулярный, смешанный подвариант); в) макрокистозный вариант.

2. Аденолимфомы, визуально воспринимаемые как солидные, также содержат полостной компонент (т.е. истинно солидная форма как таковая отсутствует).

3. В виду выявленных особенностей гистологического строения капсулы макрокистозного варианта АЛ (ее несостоятельность на отдельных участках с высоким риском разрыва) удаление опухоли, по аналогии с плеоморфной аденомой, должно проводиться путем резекции СЖ в пределах здоровых тканей на участке непреднамеренной перфорации.

• Литература

- Недзьведь, Т.М. Структура и распределение наиболее частых эпителиальных опухолей слюнных желез / Т.М. Недзьведь // Актуальные проблемы современной медицины 2000: материалы конференции. - Минск, 2000. - 29 с.
- Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / И.С. Карапетян [и др.]; под общ. ред. И. С. Карапетяна. - Москва, 2004. - С. 48-67.
- Ластовка, А. С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез / А.С. Ластовка. - Минск : 2007. - 145 с.
- Тимофеев, А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев : Червона Рута-Туре, 2004. - 1062 с.

Полный список литературы (15 источников) находится в редакции журнала.

Поступила в редакцию 19.04.2017