

СТОМАТОЛОГ

2(21)-2016

STOMATOLOGIST

JOURNAL SCIENTIFIC-PRACTICAL

WWW.JOURNAL-STOMATOLOG.BY

MINSK

ПОДПИШИСЬ!

74817

для индивидуальных
подписчиков

748172

для организаций

для РФ –

informnauka.ru,

тел. +7 (495) 787 38 73

periodicals.ru,

тел. +7 (495) 672 70 72

+7 (495) 672 70 12

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(21)-2016

ХРОНИКА CHRONICLES

Встречи на «Дне Высокой стоматологии-2016»
Meetings at «The Day of the Advanced Dentistry – 2016»

8 С. Денисова
S. Denisova

НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ SCIENTIFIC PUBLICATION

Лечение чувствительности дентина
у курящих пациентов
с болезнями пародонта
*Treatment of dentine sensitivity
in smoking patients
with periodontal diseases*

12 Л.Н. Дедова, А.С. Соломевич,
Ю.Л. Денисова, О.В. Кандрукевич,
Л.А. Денисов
*L.N. Dedova, A.S. Solomevich,
Y.L. Denisova, O.V. Kandrukevich,
L. A. Denisov*

Эндоскопическая техника
в комплексном лечении
заболеваний пародонта
*Endoscopic technique
in treatment
of periodontal disease*

16 Л.Ю. Орехова, Т.В. Демченко,
Д.М. Нейзберг, Н.А. Артемьев,
Е.С. Лобода
*L.Ju. Orehova, T.V. Demchenko,
D.M. Neizberg, N.A. Artem'ev,
E.S. Loboda*

Клинико-морфологические варианты
аденолимфомы слюнной железы
*Adenolymphoma of salivary gland: Clinical and
morphological variants*

20 А.С. Ластовка, И.В. Дударева,
А.М. Неровня
*A.S. Lastovka, I.V. Dudareva,
A.M. Nerovnya*

Экспериментальная оценка медико-биологических
свойств отечественного гемостатического средства
местного действия Алюстат
*Experimental evaluation of medical and biological
properties of the domestic local action hemostat Alyustat*

25 Ф.Р. Тагиева,
В.Н. Гапанович

Анализ распространенности использования
медикаментозных средств врачами-стоматологами
для обработки корневых каналов зубов
*Analysis of the prevalence of use of drugs by dentists for
treatment of root canals*

*F.R. Tahiyeva,
V.N. Gapanovich*

37 О.С. Савостикова

O.S. Savostsikava

ОБЗОРЫ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАТЬИ REVIEWS, EDUCATIONAL ARTICLES

Клиническая оценка патологии языка. Современный взгляд
Clinical evaluation of the pathology of tongue. Modern view

42 С.В. Латышева
S.V. Latysheva

ОБМЕН ОПЫТОМ EXPERIENCE EXCHANGE

Лечение завершённой трещины зуба
Treatment of a complete crack of tooth

49 И.К. Луцкая, Н.В. Новак
I.K. Lutskaya, N.V. Novak

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

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АДЕНОЛИМФОМЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Аденолимфома (АЛ) – опухоль слюнных желез (СЖ) эпителиального происхождения является второй по частоте среди доброкачественных образований данной локализации. При описании данной опухоли рассматривается типичный вариант ее строения. Однако в клинической практике хирурги сталкиваются со значительным макроскопическим многообразием АЛ, что проявляется в различных соотношениях основных компонентов: тканевого и кистозного. Целью исследования явилось выявление клинико-морфологических особенностей различных вариантов АЛ с учетом выраженности кистозного компонента. Ретроспективно проанализированы истории болезни 25-ти пациентов, которым были удалены АЛ в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «11 городская клиническая больница» г. Минска. Морфологическое исследование операционного материала проводилось в УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минск. Пересмотр гистологических препаратов с их реклассификацией выполнен на кафедре патологической анатомии УО «Белорусский Государственный медицинский университет». В результате проведенного исследования установлены следующие клинико-морфологические варианты АЛ: губчатый, мультикистозный и макрокистозный с выделением папиллярного и фолликулярного, цистпапиллярного цистфолликулярного подвариантов. Ввиду 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.

Ключевые слова: аденолимфома, слюнные железы, морфологическое исследование

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

ADENOLIMFOMA OF SALIVARY GLAND: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL VARIANTS

Belarusian State Medical University, Minsk

Summary. Adenolymphoma, Warthin tumor (WT) – the salivary glands (SG) tumor has an epithelial origin and is the second among benign tumor of this localization. In most articles typical variant of WT is considered. However in clinical practice surgeons face considerable macroscopic variety of WT. Cliniko-morphological features of various options of WT are beyond the scope of this article. The study revealed a pattern of cliniko-morphological variability of WT and the expressiveness of a cystous component. Retrospective analysis of 25 clinical data is given. Morphological research of operational material was conducted to HI «City clinical pathoanatomical bureau» of Minsk. Revision of histologic preparations with their reclassification is executed at department of pathological anatomy of UO «Belarusian State Medical University». As a result of the conducted research the following clinical and morphological options of WT are established: spongy - is presented by sub-options – papillary and follicular, multicystous (sub-options – papillary, follicular, cystpapillary and cystfollicular) and macrocystous (cystpapillary and cystfollicular sub-options). Insolvency of capsule on separate sites with high risk of a gap takes place. This feature of a histologic structure of a capsule are revealed. Removal of a tumor, has to be carried out by resection within healthy fabrics on a site of inadvertent perforation.

Keywords: adenolymphoma, Warthin tumor, salivary glands, morphological study

Аденолимфома (АЛ) – доброкачественная опухоль эпителиального происхождения, является второй по частоте доброкачественной опухолью слюнных желез [1]. Впервые данная патология была описана Н. Alhrecht и Г. Arzt (1910), которые назвали ее «папиллярная цистаденолимфома». [2] В 1929 г. патологоанатом Alfred Wartun, предположил, что АЛ является производной эпителия глотки или евстахиевой трубы [3]. В англоязычной литературе АЛ до сих пор носит название «Warthintumor», во избежание путаницы

с термином «злокачественные лимф» [4, 5]. До настоящего времени нет четкого представления об этиологии АЛ. Существует теория онкоцитарного происхождения АЛ (Hamperl (1931), рассматривается возможность «лимфоэпителиального перерождения» за счет хронического воспаления в процессе развития АЛ из эпителиальных и мезенхимных клеток вставочных протоков СЖ, сочетания двух опухолей: эпителиальной (аденомы), и высокодифференцированной лимфомы [1]. В некоторых источниках говорится об истинном опухо-

перерождении за счет мощной лимфатической реакции. [6, 7]. Наиболее вероятным является дисонтогенетическое происхождение АЛ, в пользу которого говорит наличие гетеротопии островков ткани слюнной железы во внутриорганные лимфатические узлы у плодов и новорожденных, эта теория подтверждается иммуногистохимическими и молекулярногенетическими исследованиями [1, 4, 8, 9].

В большинстве литературных источников АЛ описывается как одиночный узел с гладкой или крупнобугристой поверхностью, располагающийся в позадичелюстной ямке [10, 11, 12].

Опухоль чаще поражает околоушные железы, с локализацией в 73% в нижнем полюсе, в 13% – поверхностной доле и в 4% – в глубокой (4%). Крайне редко аденолимфомалокализуется в других железах (небных, щечных, слезных), в гортани. Мультицентрический характер роста отмечается в 12% случаев, двухсторонний характер поражения – в 6% [10, 11, 12, 13]. Аденолимфома имеет благоприятное клиническое течение: частота рецидивирования колеблется в пределах 2%. Малигнизация, которая может происходить как с эпителиальными, так и лимфоидными компонентами, отмечается чаще чем в 1% случаев.

Аденолимфома, как правило, имеет вид четко ограниченного опухолевого узла, размером от 2,0 до 5,0 см (иногда до 12,0 см) в диаметре. На разрезе определяется тканевая структура с множеством мелких щелевидных или крупных полостей, заполненных вязким содержимым [10, 11, 12]. После пунктирования и аспирации жидкости размер опухоли незначительно уменьшается. Признаки поражения ствола лицевого нерва или его ветвей отсутствуют. Цвет кожных покровов, как правило, не изменен. Слизистая полости рта сохраняет физиологическую окраску, количество слюны, ее прозрачность не изменяются, даже при наличии воспаления. Для АЛ характерен медленный рост, склонность к рецидивированию [2, 14, 15].

Особенностью гистологического строения АЛ является наличие двух компонентных паренхимы, представленной железистыми структурами, выстланными двухрядным плоскоклеточным эпителием, и стромы – с массивной лимфоидной инфильтрацией и формированием лимфоидных фолликулов с реактивными центрами [3, 5]. Клетки внутреннего слоя имеют цилиндрическую форму и нечеткое 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, в том числе, травмой, предшествующим воспалительным процессом или проведением пункционной биопсии, затрудняющих постановку диагноза [4, 10, 11, 12, 16].

Seifert G (1980), в зависимости от соотношения стромального и эпителиального компонентов предложил выделять четыре подтипа АЛ: подтип 1 (классическая АЛ) – 50% эпителиального и 50% лимфоидного компонента (составляет до 77% всех АЛ), подтип 2: железистая часть опухоли преобладает над лимфоидной; (stromapoor) 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 [2, 4]. Этот подтип может быть ошибочно принят за мукоэпидермоидный рак.

Однако данная классификация не учитывает гистоархитектоники опухоли, 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.

В клинической практике хирурги сталкиваются со значительным многообразием макроскопических вариантов строения АЛ, что проявляется в различных соотношениях основных компонентов: тканевого и кистозного. В основе имеющейся на сегодняшний день гистологической классификации АЛ лежит соотношение стромы и эпителиального компонента, без учета кистозной составляющей, наличие которой усложняет верификацию опухоли в предоперационном периоде [2, 4]. Таким образом, вопрос корреляции клинических вариантов и гистологического строения опухоли является недостаточно изученным.

● ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить клинико-морфологические особенности различных вариантов АЛ с учетом выраженности кистозного компонента.

● ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективно проанализированы истории болезни 25-ти пациентов, которым были удалены АЛ в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска.

Морфологическое исследование операционного материала проводилось в УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска. Пересмотр гистологических препаратов с их реклассификацией выполнен на кафедре патологической анатомии УО «Белорусский Государственный медицинский университет».

Объектом исследования служили: 1 – данные клинического и специальных методов обследования пациентов в предоперационном периоде (осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ), рентген-компьютерная томография (РКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)); 2 – данные макроскопического описания удаленных опухолей (внешний вид опухоли, наличие четко выраженной капсулы, характер содержимого на разрезе); 3 – гистологические препараты удаленных опухолей (окрашенные гематоксилином и эозином). Изучение микропрепаратов осуществляли на микроскопе LeicaDMLB (Leica, Германия).

● РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Аденолимфомы околоушных желез встречались у пациентов в возрасте от 36-ти до 70-ти лет (средний возраст составил 52 года). Среди пациентов значительно преобладали лица мужского пола (соотношение мужчин и женщин 3,8/1).

Преимущественная локализация АЛ – в нижнем полюсе околоушной железы ($n = 15$; 68,2%), в поверхностной доле ($n = 5$; 22,7%) и в глубокой доле ($n = 2$; 9,1%).

В 2-х случаях определялась множественная закладка, у 1 пациента имело место двухстороннее поражение.

В зависимости от соотношения тканевого и кистозного компонентов, выделены следующие клинические варианты АЛ.

Вариант 1 (4 пациента) – структура без кист (губчатый вариант – ранее названный нами бескистозный [17], однако у данных опухолей кистозный компонент все же присутствует –

в виде микропористых структур). При УЗИ опухолевые образования слюнной железы имели четкие границы, неровные контуры. Гипоэхогенность и неоднородность описывались во всех случаях. МРТ ($n = 2$) – 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 – +44 ед (НИ) с четкими контурами. При макроскопическом исследовании операционного материала опухоль была представлена солидным, относительно однородным узлом с жировым блеском или тканью, несколько напоминающую лимфоидную (табл. 1). Средний размер опухоли составлял 2,8x2,6x2,1 см.

Вариант 2 – мультикистозный (12 пациентов) – тканевая структура с множеством кистозных полостей различной величины. При УЗИ определялось образование пониженной эхогенности, неправильной формы с четкими ровными наружными контурами, внутренние контуры в половине случаев были нечеткими. У 3-х пациентов (25%) имелось преобладание тканевого компонента, а у остальных 9 (75%) – жидкостного компонента. При этом МРТ картина ($n = 5$) соответствовала узловому объемному образованию с четкими наружными контурами на фоне гомогенной среднеинтенсивной части. Имелись высокоинтенсивные включения различной формы с неровными, местами нечеткими, контурами на T1 взвешенных изображениях. В двух случаях указывалось на прохождение лицевого нерва по контуру образования и в двух – на интимное прилегание сосудов. КТ – картина ($n = 5$): образование с четкими контурами, со стенками, накапливающимися контрастное вещество, с наличием гиподенсной части плотностью до 22 едН. Макроскопически опухоль была представлена узлом с множеством кистозных полостей, заполненных мутно-гноино-бурым содержимым (табл. 1). Средний размер опухоли составлял 3,0x2,7x2,8 см

Вариант 3 – макрокистозный (6 пациентов). При УЗИ выявлялась киста с жидкостным содержимым, ровными внутренними контурами (83%), внутренними структурными разрастаниями и/или наличием перегородок. При МРТ исследовании ($n = 3$) патологическое образование

на Г1 взвешенных изображениях описывались, как хорошо визуализируемое, с четкими границами и солидными пристеночными разрастаниями. КТ – картина (n = 3): образование, плотностью в нативную фазу 33–33 едН, с четкими ровными наружными контурами, при контрастировании тонкая стенка образования накапливало контрастное вещество. Макроскопически опухоль представлена кистозным образованием с тонкой капсулой, содержащим темно-бурую жидкость, или кистой с жидким желтоватым содержимым. Внутренняя выстилка кисты блестящая, мелкобугристая, бородавчатая (табл. 1). Средний размер опухоли составлял 3,9x2,9x2,8 см.

При гистологическом исследовании все опухоли в зависимости от гистоархитектоники были реклассифицированы на: папиллярный, фолликулярный, цистпапиллярный и цистфолликулярный подварианты.

Папиллярный подвариант (рис. 1а), характеризовался доминированием (не менее 75% площади срезов) папиллярных структур в гистоархитектоники. Папиллярные структуры были представлены ветвящимися стромальными стволиками с тем правилом, выраженной лимфоидной инфильтрацией, выстланные типичным цилиндрическим эпителием. Подобное гистологическое строение встречалось при губчатом (n = 3) и мультикистозном (n = 3) вариантах АА.

Фолликулярный подвариант (рис. 1в), был обнаружен при губчатом (n = 4) и мультикистозном (n = 2) вариантах опухоли и характеризовался формированием железистых и тубулярных структур разного размера – от микро- до макрофолликулярных, в том числе с формированием кистозных структур. Папиллярные структуры отсутствовали или встречались в виде единичных образований.

Цистпапиллярный подвариант (рис. 1б), характеризовался наличием кистозных структур с формированием папиллярных образований стенки кисты. Встречался при мультикистозном (n = 4) и макрокистозном (n = 8) клинических вариантах.

Цистфолликулярного подварианта (рис. 1г), характерным признаком являлась наличием внутренней выстилки эпителиального компонента, отсутствие папиллярных структур и формирование кистозного компонента. Встречался при мультикистозном

(n = 2) и макрокистозном (n = 5) клинических вариантах.

Особенностью строения капсулы опухоли при макрокистозном варианте была ее прерывистость в отдельных участках. Этим фактом может быть объяснено не преднамеренное нарушение целостности капсулы опухоли в момент ее удаления.

Предложенная ранее гистологическая классификация базировалась на различном соотношении эпителиального и железистого компонентов и представляла интерес преимущественно для морфологов. Морфологическая верификация производится по анализу эпителиального компонента. Однако получение достаточного количества биопсийного материала (пункционного или в результате трепан-биопсии) затруднено ввиду наличия кистозного компонента. В связи с этим необходимо перед проведением инвазивных процедур выполнение ультразвукового исследования, по результатам которого (с учетом выраженности кистозного компонента) отдавать предпочтение тонкоигльной или трепан-биопсии. Кроме того, до последнего времени непреднамеренная перфорация оболочки опухоли при ее удалении расценивалась как погрешность в работе хирурга. В этом случае на образовавшийся участок нарушения целостности образования накладывался зажим, и операция проводилась в прежнем объеме. Ввиду полученных данных о том, что оболочка макрокистозного варианта может быть несостоятельна, необходимо расширять объем оперативного вмешательства на участке перфорации.

● ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Установлены следующие клиническо-морфологические варианты АА: губчатый, мультикистозный и макрокистозный с выделением папиллярного, и фолликулярного, цистпапиллярного цистфолликулярного подвариантов.

2. Ввиду выявленных особенностей гистологического строения оболочки макрокистозного варианта АА (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.

Таблица 1. Клинические варианты аденолимфом

Вариант	Губчатый	Мультикистозный	Макрокистозный
Клиническая картина	относительно однородный узел, с жировым блеском (ткань, напоминающая лимфоидную)	узел с множеством кистозных полостей, заполненных мутно-буровато-желтоватым содержимым	кистозное образование в тонкой капсуле, содержащим мутно-бурюю жидкость (или киста с жидким содержимым)
Изображение УЗИ исследования			
Изображение МРТ исследования			
Фотография макропрепарата			
Схематическое изображение			

Рис 1. Гистологические подварианты аденолимфом: а – папиллярный подвариант, б – цистпапиллярный подвариант, в – фолликулярный подвариант, г – цистфолликулярный подвариант. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x50.

● Литература

- Недзвведь, Т.М. Морфологическая характеристика и генез аденолимфом слюнных желез / Т.М. Недзвведь // Патоморфология опухолей и инфекционных заболеваний человека. – Мн., 2001. – С. 26–27.
- Karhikeya, Patil. Papillary cystadenomalymphoma to sum / Patil Karhikeya, V.G. Mahima, Shalin iKalia // Indian Journal of Dental Research. – 2005. – № 4. – С. 153–158.
- Солнцев, А.М. Заболевания слюнных желез / А.М. Солнцев. – Киев, 1991. – 180 с.
- Faur, A. Warthin tumor a curious entity – case report and review of literature [Текст]*/AFaur // Romane Journal of Morfology and Embriology. – 2009. – № 2. – P. 269–273.
- Gary, L. Ellis. Lymphoid lesions of salivary glands: Malignant and Benign [Текст]*/L. EllisGary // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2007. – № 7. – P. 479–485.
- Chan-Kum, Park Follicle Center Lymphoma and Warthin Tumor Involving the Same Anatomic Site[Текст]*/ Park Chan-Kum // Am J Clin. Pathol. – 2000. – № 3. – P. 113–119.
- Terada, T. Hyperplastic intraparotid lymph nodes with incipient Warthin's tumor presenting as a parotid tumor [Текст]*/ T. Terada // Pathol Res Pract. javascript:AL_get(this, 'jour', 'Pathol Res%0d%0a Pract. '); – 2008. – № 11. – P. 863–866.
- Colella, G. Warthin's tumor distribution within the parotid gland. A feasible etiologic source from lymph nodal tissue [Текст]*/G.Colella // Minerva Stomatol. javascript:AL_get (this, 'jour', 'Pathol Res%0d%0a Pract. '); – 2010. – № 5. – P. 245–249.
- Ластовка, А.С. Диагностика и хирургическое лечение аденолимфом околоушной железы [Текст] / А.С. Ластовка // Стоматологический журнал: научно-практический журнал. – Том 8, N2. – С. 136–139.
- Ластовка, А. С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез / А.С. Ластовка. – Мн.: 2007. – 145 с.
- Cardesa, A. Pathology of the Head and Neck // A. Cardesa, Pieter J. Slootweg. – 2006, 26 p.
- Barnes, L. Pathology and Genetics Head and Neck Tumors / L. Barnes. – Lyon: 2005. – 435 p.
- Ebbs, SR. Adenolymphoma of the parotid: aetiology, diagnosis and treatment / SR. Ebbs, AJ Webb // Br J Surg. – 1986. – № 8. – P. 627–630.
- Карапегян, И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / И.С. Карапегян, Е.Я. Губайдулина, Л.Н. Цегельник. – М.: Мед. информ. агентство. – 2004. – С. 48–67.
- Щипский, А.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез / А.В. Щипский, В.В. Афанасьев // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1997. – № 2. – С. 58 – 62.
- Недзвведь, Т.М. Патологическая анатомия опухолей слюнных желез: метод. рекомендации / Т.М. Недзвведь; БГМУ, Мн., 2006. – 16 с.
- Дударева, И.В. Сопоставление макро- и сонографической структуры аденолимфомы. Ретроспективный анализ / И.В. Дударева, А.С. Ластовка, А.И. Кушниров // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. – № 1. – С.31–35.

Поступила в редакцию 04.05.2016