

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ  
НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ  
В СОВРЕМЕННОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

**Сборник трудов  
II стоматологического конгресса  
Республики Беларусь**

Минск, 22–24 октября 2014 года

64,49; 400,00) ... г/мл, р=0,01. 307

**Заключение.** Таким образом, в результате исследования выявлено снижение концентрации цитокина ИЛ-8 в сыворотке крови и ротовой жидкости при купировании гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области. Данный показатель может быть использован в качестве дополнительного диагностического теста динамики заболевания, также показателя эффективности проводимого лечения.

#### **Литература.**

1. Диагностическая роль определения интерлейкина-8 при хроническом простатите / С.Х. Аль-Шукри [и др.] // Урология. – 2001. – С. 6–9.
2. Зиядуллаев, У.Х. Цитокиновый профиль при кандидозном вульвовагините в подростковом и юном возрасте / У.Х. Зиядуллаев // Казанский медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 817–820.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. / О.Ю. Реброва – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

## **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА АДЕНОЛИМФОМЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

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

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра челюстно-лицевой хирургии, Минск, Беларусь*

**Введение.** Аденолимфомы (АЛ) встречается от 1,7–6,7% [2, 4], до 14–30% [8] среди всех опухолей слюнных желез (СЖ) и является второй по частоте доброкачественной опухолью указанной локализации.

Для АЛ характерен медленный рост, склонность к рецидиву. Избирательно поражаются околоушные железы (ОЖ), при этом часто опухоль локализуется в нижнем полюсе (73%), реже – в поверхностной доле (23%) и – в глубокой (4%) [5, 7]. Имеются единичные наблюдения аденолимфом малых слюнных и слезных желез [1, 5]. Мультицентрический рост опухоли наблюдается в 12–20%, двустороннее поражение в 5–14%. Послеоперационные рецидивы – в 2%. Некоторые авторы придерживаются мнения о метастазно протекающей опухоли [5, 7, 8].

малигнизации менее 1% [1]. Иногда АЛ встречается с другими доброкачественными и злокачественными заболеваниями [5, 7, 8]. Течение патологического процесса, как правило, бессимптомное, болевой синдром отмечается только в 9% наблюдений, при метаплазии [5].

До настоящего времени нет четкого представления об этиологии АЛ. Существует опухольная теория, теория «лимфоэпителиального перерождения» за счет хронического воспаления, сопровождающегося одновременной пролиферацией лимфоидной и эпителиальной тканей [6]. Также возможно развитие АЛ из эпителиальных и миоэпителиальных клеток вставочных протоков СЖ, а лимфоидную инфильтрацию рассматривают как проявление реакции гиперчувствительности замедленного типа [5]. Возможно, что имеет место сочетание двух опухолей: эпителиальной (аденомы), и высоко дифференцированной лимфомы [3]. Наиболее вероятно дизонтогенетическое происхождение АЛ, о чем свидетельствует обнаружение гетеротопии островков ткани слюнной железы во внутриорганные лимфатические узлы у плодов и новорожденных, (иммуногистохимические и молекулярногенетические исследования подтверждают теорию гетеротопии) [5, 7]. В числе возможных этиологических факторов развития данной опухоли рассматриваются аутоиммунный механизм, хронический воспалительный процесс, воздействие на железистую ткань вируса Эпштейна-Барр, вируса герпеса (HHV-8). Прослеживается прямая зависимость между курением и возникновением АЛ [5, 7].

Т.М. Недзьведь (2000) получила подтверждение дизонтогенетической природы аденолимфом, исследуя слюнные железы новорожденных, умерших от различных заболеваний. В 26,6% наблюдений в лимфатических узлах, прилежащих к железе были обнаружены участки ткани слюнной железы [2]. G. Colella et al. (2010) предполагает, что подтверждением данной теории является локализация аденолимфом преимущественно в нижнем полюсе, где, как правило, располагаются внутриорганные лимфатические узлы [8].

**Цель работы** – выявить характер гистологических изменений внутриорганных лимфатических узлов околоушной железы пациентов с аденолимфомой.

**Объекты и методы.** Клиническую группу составили 29 пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска по поводу аденолимфомы околоушной железы в период с 2008 по 2012 год. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение – микрохирургическое

не опухоли, которое осуществлялось следующим образом. Под эндоскопическим наркозом проводился разрез в околоушной области, отслаиваясь кожно-жировой лоскут, рассекалась капсула околоушной железы, под контролем операционного микроскопа выполнялось удаление опухоли. По ходу операции выделяли прилежащие к опухоли ветви лицевого нерва и зачелюстная вена, с сохранением их анатомической целостности. Проводился гемостаз. Восстанавливалась целостность капсулы околоушной железы. Лоскут укладывался на место и фиксировался отдельными узловыми швами. При определении в операционном поле внутриорганных лимфатических узлов проводили их удаление. Макропрепараты маркировались отдельно: № 1 – опухоль, № 2 – лимфатический узел. Образования, как правило, имели неправильную форму, тонкую капсулу, на разрезе были представлены тканями бурого цвета кистозными полостями, заполненные гнойоподобным содержимым. Лимфатические узлы не были изменены в цвете, эластической консистенции, обычных размеров, на разрезе определялась ткань неизмененного лимфатического узла. В тех ситуациях, когда лимфатические узлы визуализировались при ультразвуковом исследовании и/или компьютерной томографии, но при удалении образования не попадали в операционное поле, последнее не расширяли из-за риска возможных осложнений. Патогистологические исследования выполняли в УЗ «Городское патологоанатомическое бюро» г. Минска с научным консультированием на кафедре патологической анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

**Результаты.** У 10 пациентов (34,5%) были удалены лимфатические узлы, прилегающие к ткани опухоли, у 2 из них (20%) были обнаружены островки ткани слюнной железы. В 16 наблюдениях (55,2%) из 29 прооперированных, опухоль локализовалась в нижнем полюсе, 1 (3,5%) – в поверхностной и 1 (3,5%) – в глубокой долях.

**Заключение.** В 34,5% наблюдений имелись внутриорганные лимфатические узлы, прилегавшие к ткани опухоли. При гистологическом исследовании в 20% во внутриорганных лимфатических узлах были обнаружены островки ткани слюнной железы, что является клиническим подтверждением дизонтогенетической теории. В 55,2% наблюдений опухоль была локализована в нижнем полюсе околоушной железы. Считаем необходимым удаление внутриорганных лимфатических узлов, прилежащих к ткани опухоли, при наличии их в операционном поле.

#### **Литература.**

1. Варшавский, А.И. Клиника, диагностика и лечение аденолимфомы околоушной железы / А.И. Варшавский // *Стоматология*. – 2004. – Т. 83, № 3. – С. 33–37.

Недзьведь, Т.М. Морфологическая характеристика и генез аденолимфоидных желез / Т.М. Недзьведь // Патоморфология опухолей и инфекционных заболеваний человека. – Минск, 2001. – С. 26–27.

Недзьведь, Т.М. Структура и распределение наиболее частых эпителиальных опухолей слюнных желез / Т.М. Недзьведь // Актуальные проблемы современной медицины 2000: материалы конф. – Минск, 2000. – 29 с.

Cardesa, A. Pathology of the Head and Neck / A. Cardesa, P.J. Slootweg. – 2006. – 26 p.

Karthikeya, P. Papillary cystadenoma lymphomatosum / P. Karthikeya, V.G. Mahima, K. Shalini // Indian J. of Dental Res. – 2005. – Vol. 16, № 4. – P. 153–158.

Terada, T. Hyperplastic intraparotid lymph nodes with incipient Warthin's tumor presenting as a parotid tumor / T. Terada // Pathol. Res. Pract. – 2008. – Vol. 204, № 11. – P. 863–866.

Warthin tumor a curious entity – case report and review of literature / A. Faur [et al.] // Romane J. of Morphology and Embriology. – 2009. – Vol. 50, № 2. – P. 269–273.

Warthin's tumor distribution within the parotid gland. A feasible etiologic source from lymph nodal tissue / G. Colella [et al.] // Minerva Stomatol. – 2010. – Vol. 59, № 5. – P. 245–249.

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Максимович Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра хирургической стоматологии, Минск, Беларусь

**Введение.** В практической медицине в настоящее время должна быть направлена профилактическая направленность. Однако традиционно в этом направлении остается прием различных протективных лекарственных средств. При этом следует отметить, что в данной ситуации, защищая один определенный орган или систему, другие могут подвергаться негативному (побочному) действию примененных препаратов.

Вследствие неконтролируемого широкомасштабного приема населением лекарств, особенно нестероидных противовоспалительных средств, загрязнение окружающей среды, постоянно увеличивающейся интоксикации продуктов питания и воды, возрастает нагрузка на печень, один из ведущих органов детоксикации организма человека.

Также стоит учесть и положение, выдвинутое В.В. Парным, свидетельствующее о том, что именно вегетативно-биохимическое обеспечение адаптивных процессов организма является звеном наименьшего со-