

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В.В. Афанасьев, Ю.М. Гитихмаев, А.О. Абдусаламов, Х.А. Ордашев

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

г. Москва, Россия

**Резюме.** Авторы провели изучение биоптатов малых слюнных желез у 15 больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Было установлено, что у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы имеются выраженные и разнообразные патологические изменения малых слюнных желез. Они выражаются нарушением секреторной активности сиалоцитов, склерозом стромы, лимфоидной и лимфомакрофагальной инфильтрацией стромы и/или паренхимы, микроциркуляторными нарушениями и дилатацией протоков. Степень выраженности обнаруженных патологических изменений зависит от формы сиаладенита. Было проведено изучение срезов биоптатов малых слюнных желез у 15 больных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы. Обнаружено, что у данной категории пациентов имеют место быть различные гистологические изменения со стороны малых слюнных желез, характеризующиеся нарушениями секреции, склерозом и лимфо-макрофагальной инфильтрацией стромы, микроциркуляторными нарушениями органа.

**Ключевые слова:** малые слюнные железы, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда.

HISTOLOGICAL CHANGES IN SMALL SALIVARY GLANDS IN PATIENTS  
WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

V.V. Afanasyev, Yu.M. Gitikhmaev, A.O. Abdusalamov, Ordashev Kh.A.

MSMSU n.a. A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

**Summary.** The authors conducted a study of biopsies of small salivary glands in 15 patients with various diseases of the cardiovascular system. It was found that in patients with diseases of the cardiovascular system, there are pronounced and various pathological changes in the small salivary glands. They have expressed by a violation of the secretory activity of sialocytes, sclerosis of the stroma, lymphoid and lymphomacrophagal infiltration of the stroma and / or parenchyma, microcirculatory disturbances and dilatation of the ducts. The degree of severity of the detected pathological changes depends on the form of sialadenite. The study of sections of biopsies of small salivary glands has carried out in 15 patients with diseases of the cardiovascular system. It has found that in this category of patients there are different histological changes from the small salivary glands, characterized by impaired secretion, sclerosis and lympho-macrophage stromal infiltration, microcirculatory disorders of the organ.

**Key words:** small salivary glands, ischemic heart disease, hypertonic disease, myocardial infarction.

**Введение**

Большие и малые слюнные железы (СЖ) выполняют различные функции: участвуют в процессе пищеварения, обмена углеводов и др. [1, 2]. Болезни СЖ составляют 3-7% всей стоматологической патологии [3]. В последнее время увеличилось число пациентов с сиаладенозами – реактивно-дистрофическими заболеваниями СЖ, которые диагностируются у больных с заболеваниями различных органов и систем человека: сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, крови, мочеполовой системы и др. [3, 4, 5]. Было установлено, что сопутствующие заболевания создают преморбидный фон для развития сиаладеноза [6, 7, 8].

Если состояние слизистой оболочки полости рта и слюнных желез достаточно полно изучено

у больных сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, печени, почек, половых органов, желудочно-кишечного тракта, то в отношении сердечно-сосудистой системы данный вопрос освещён недостаточно и имеются единичные сообщения: изучены особенности стоматологического статуса, состояние тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта (СОПР) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Обнаружен амилоидоз СОПР у данных пациентов [9]. У 16% больных обнаружены системные формы амилоидоза, в 58% – локальные амилоидные отложения в СОПР. Среди данных пациентов амилоидные отложения СОПР выявлялись в 64 % у больных с метаболическим синдромом.

Таким образом, в литературе представлено недостаточно данных о состоянии СЖ у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поэтому было проведено настоящее исследование.

#### **Материал и методы**

В целях изучения состояния слюнных желез мы провели клиничко-лабораторное исследование у 15 больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В настоящей работе представляем данные по морфологическому изучению биоптатов малых слюнных желез этих пациентов.

Больные обратились в нашу клинику с жалобами на наличие сухости в полости рта и губ, а также припухлость в области больших слюнных желез, иногда сопровождавшееся небольшой болезненностью и подъемом температуры до субфебрильных величин. При обследовании у всех пациентов мы обнаружили хронический сиаладенит, в стадии ремиссии, который трактовался нами как сиаладеноз [10]. У всех больных мы установили в анамнезе различные заболевания сердечно-сосудистой системы: острый инфаркт миокарда (1 больной), другие формы ишемической болезни сердца (8), гипертоническая болезнь (6). По данным заболеваниям больные находились под наблюдением врачей-терапевтов и кардиологов и им в период ремиссии проводилась специальная поддерживающая терапия.

У всех больных с целью дифференциальной диагностики и для исключения синдрома Шегрена с их согласия произведена биопсия малой слюнной железы для проведения патоморфологического исследования. Данное исследование проводилось на кафедре патологической анатомии (зав. кафедрой – проф. О.В. Зайратьянц) «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ.

Вырезанные из операционного материала кусочки ткани фиксировали в 10% нейтральном забуференном формалине и по общепринятой методике заливали в парафиновые блоки. Гистологические срезы, толщиной 4-5 мкм, полученные на микротоме «Leica» (Germany), окрашивали гематоксилином и эозином. Исследование гистологических препаратов и микрофото съемку проводили с использованием микроскопа Leica DM LB (Germany).

#### **Обсуждение результатов**

Результаты исследования показали, что гистологические изменения в МСЖ были обнаружены во всех 15 наблюдениях. Эти изменения

мы сгруппировали, выделив 5 основных позиций: нарушение секреции сиалоцитов (1), склероз стромы (2), лимфоидную и лимфо-макрофагальную инфильтрацию стромы и/или паренхимы (3), микроциркуляторные нарушения (4), дилатацию протоков, нередко с уплощением их эпителия (5).

Повышение или снижение активности сиалоцитов выявили у всех 15 больных. Склероз стромы, преимущественно перидуктальный, констатировали в 14 (93%) случаях. Лимфомакрофагальную инфильтрацию стромы (перидуктальная или с распространением на паренхиму) обнаружили в 13 (87%) наблюдений. Микроциркуляторные нарушения в виде склероза и гиалиноза артериол и артерий, неравномерного полнокровия выявили у 7 пациентов (47%) и дилатацию протоков – в 13 (87%) случаев.

Степень выраженности 5 основных гистологических позиций оценивали полуколичественным методом по 3-х балльной системе (0 баллов – отсутствие изменений, 1 балл – изменения были умеренно выраженные, 2 балла – выраженные изменения).

В результате комплексного обследования паренхиматозную форму сиаладенита диагностировали у 4-х больных (27%), интерстициальную – у 3-ех (20%) и сиалодохит – у 8-и (53%) пациентов.

Гистологическое исследование биоптатов МСЖ в зависимости от формы хронического сиаладенита и сиаладеноза показало следующие результаты.

Паренхиматозный сиаладенитоз (рис. 1, 2) характеризовался уменьшением числа и размеров и нарушением формы паренхиматозных долек с нарушением функции сиалоцитов. Часть из них отличалась признаками гипосаливации, были атрофичны, либо в состоянии апоптоза или некроза. Группы сиалоцитов в части паренхиматозных долек характеризовались признаками гиперсекреции, были увеличены. Выраженность этих изменений обнаружили у 25% больных.

Склероз был выражен максимально и не ограничивался перидуктально или междольково, но и проникал в паренхиматозные дольки, разделяя их на фрагменты. В отдельных наблюдениях отмечали не только склероз, но и гиалиноз стромы.

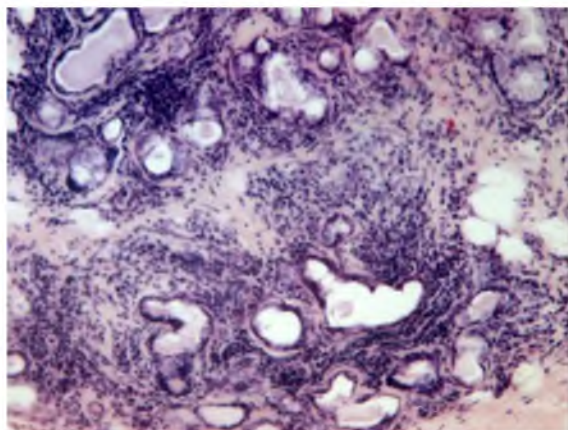
Лимфомакрофагальная инфильтрация была у 75% больных. Инфильтраты локализовались в склерозированной строме и проникали в

дольки. В отдельных наблюдениях в строме, чаще перидуктально, формировались скопления лимфоцитов в виде лимфоидных фолликулов без светлых центров.

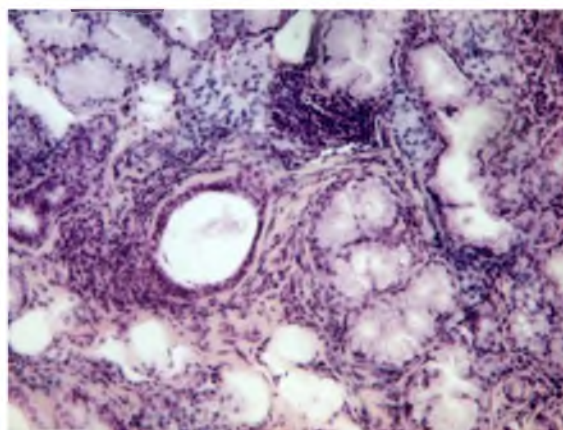
Нарушение микроциркуляции с полнокровием сосудов отметили у 75% больных, они со-

четались с лимфомакрофагальной инфильтрацией.

Дилатацию протоков выявили в 75% наблюдений. Была характерна протоковая трансформация ацинусов. В расширенных протоках выявлялся жидкий эозинофильный или уплотненный базофильный секрет.



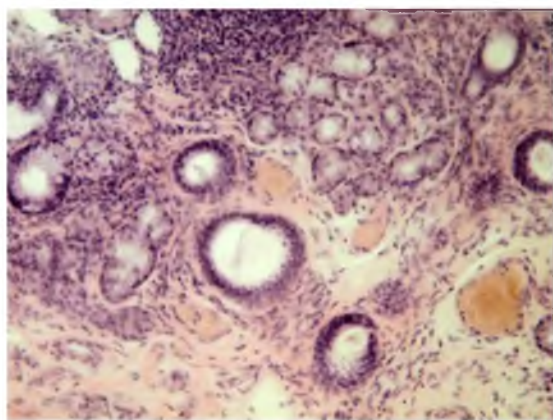
а



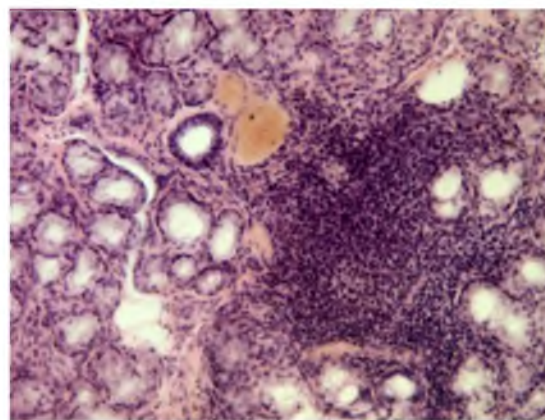
б

Рис. 1, а, б. Микрофотограмма. СЖ представлена фрагментированными, паренхиматозными дольками и их фрагментами. Выражен перидуктальный и междольковый склероз с очаговым липоматозом стромы, разрастание соединительной ткани внутри долек. Сиалоциты атрофичны.

Выраженная лимфо-макрофагальная инфильтрация. Протоковая трансформация части ацинусов за счет их кистозного расширения или атрофии. Окр. Гем-Эоз, X 250.



а



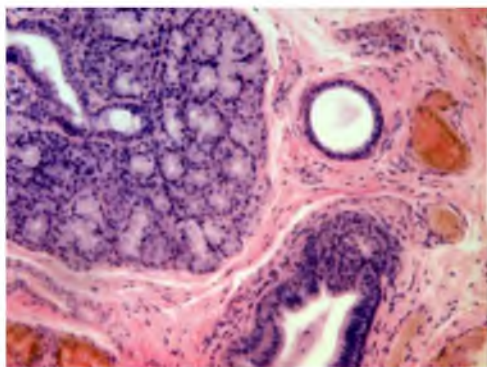
б

Рис. 2, а, б. Микрофотограмма. СЖ представлена паренхиматозными дольками и их фрагментами. Выражен склероз с фрагментацией долек и очаговым липоматозом стромы. Сиалоциты разных размеров, многие опустошены или атрофичны. Лимфоидная и лимфомакрофагальная инфильтрация стромы с формированием лимфоидных фолликулов без светлых центров. Полнокровие микроциркуляторного русла.

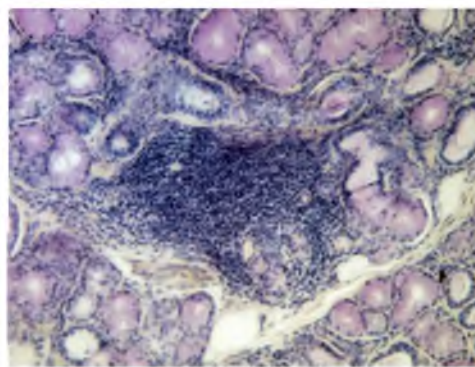
Некоторые протоки расширены. Протоковая трансформация отдельных ацинусов. Окр. Гем-Эоз, X 250.

У больных с интерстициальным сиаладенитом (рис. 3, 4) преобладали изменения в строме с сохранностью паренхимы, иногда имелся липоматоз. Имелось умеренное нарушение функции сиалоцитов у 67% больных, дольки были сохранены. Характерным признаком был выраженный скле-

роз, гиалиноз стромы (67%). В 33% случаев лимфомакрофагальная инфильтрация стромы была выраженной, с формированием фолликул. Микроциркуляторные нарушения не отмечались. Расширение протоков обнаружили в 66% наблюдений.

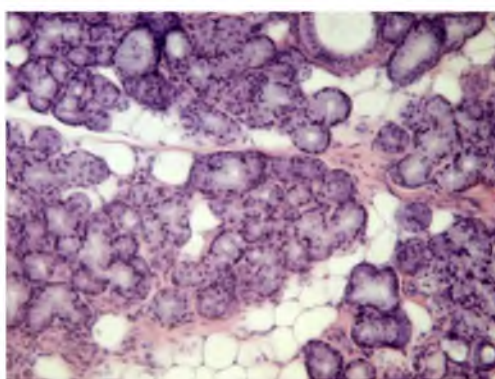


**а**

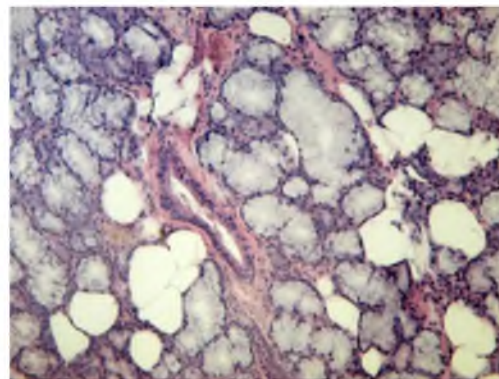


**б**

Рис. 3, а, б. Микрофотограмма. СЖ представлена крупными дольками округлой формы. Сиалоциты на разных стадиях секреции. Склероз стромы, её лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация. Полнокровные сосуды. Отдельные протоки расширены. Окр. Гем-Эоз, X 250.



**а**

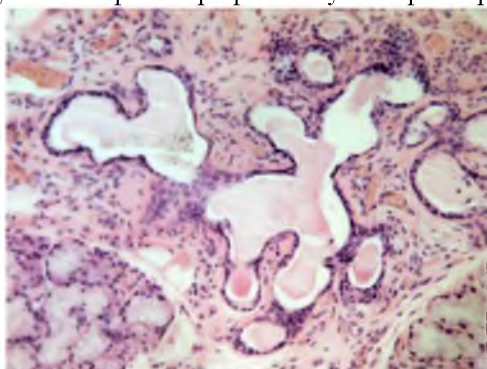


**б**

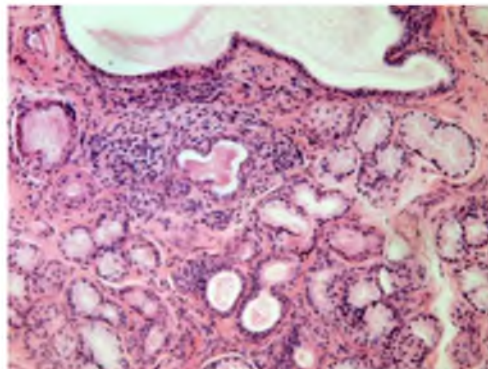
Рис. 4, а, б. Микрофотограмма. СЖ представлена дольками округлой формы с липоматозом. Сиалоциты разных размеров, опустошены, часть ацинусов увеличена в размерах. Перидуктальный склероз и липоматоз стромы. Лимфо-макрофагальная инфильтрация отсутствует. Протоки не расширены, их эпителий не изменен. Окр. Гем-Эоз, X 250.

У больных сиалодохитом (рис. 5) патологические изменения протоков преобладали. Имелся перидуктальный склероз и лимфо-макрофагальная инфильтрация. Активность сиалоцитов мало нарушена. Значительный склероз выявлен в 50% наблюдений. Во всех случаях выявляли лимфоидную и лимфо-макрофагальную инфильтрацию.

У 88% больных отмечали дилатацию протоков с атрофией или слущиванием выстилающего их эпителия. Часть расширенных протоков формировали кистозные полости с жидким или уплотненным секретом.



**а**



**б**

Рис. 5, а, б. Микрофотограммы. СЖ представлена паренхиматозными дольками среди разрастаний соединительной ткани с очагами липоматоза. Сиалоциты разных размеров, атрофичны. Лимфомакрофагальная инфильтрация стромы. Протоки кистозно расширены. Протоковая трансформация части ацинусов из-за кистозного расширения их просвета и атрофии сиалоцитов. Окр. Гем-Эоз, X 250.

**Заключение.** У больных с патологией сердечно-сосудистой системы имеются разнообразные гистологические изменения МСЖ в виде нарушения секреции сиалоцитов, склероза стромы, лимфоидной и лимфомакрофагальной инфильтрации стромы и/или паренхимы с микроциркуляторными нарушениями и дилатацией протоков.

Степень выраженности изменений зависит от формы сиаладенита.

#### **Литература**

1. Состояние слюнных желез у больных с метаболическим синдромом/ [В.В. Афанасьев, Р.И. Стрюк, С.Э. Арутюнян и др.] // *Российский стоматологический журнал*. - 2011. - т.1, №3. - С. 17-19.
2. Заболевания и повреждения слюнных желез/[И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин., В.В. Афанасьев и др.]. - М.: Медицина, 1987. - 204 с.
3. Афанасьев, В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. Руководство для врачей/ В.В. Афанасьев. - Москва: издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». - 2012. - 296 с.  
Афанасьев, В.В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение). Экспериментально-клиническое исследование: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21/ Афанасьев Василий Владимирович. - М., 1993. - 372 с.
5. Кумина, Е.М. Состояние секреторной функции слюнных желез при аутоиммунном тиреоидите/ Е.М. Кумина, Н.П. Станилевич, Л.Д. Малофеева // *Тезисы докл. научно-практич. конф.: Разработка и внедрение фундаментальных исследований в ЦНИЛ, на кафедрах института и в практическом здравоохранении, ЦНИЛ Свердловского мед. ин-та.* - Свердловск, 1989. - С. 87-88.
6. Афанасьев, В.В. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиаладенита/ В.В. Афанасьев, И.Ф. Ромачева // *Стоматология*. - 1989. - т. 68, №1. - С. 46-48.
7. Ордашев, Х.А. Заболевание слюнных желез при сахарном диабете: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21/ Ордашев Хасан Алиевич. - Махачкала, 1997. - 180 с.
8. Павлова, Г.Т. Реактивные сдвиги в слюнной железе / Г.Т. Павлова // *Опухоли и эксперим. хирургия органов гепатопанкреа-дуоденальной зоны*. - Ставрополь, 1981. - С. 91-94.
9. Состояние органов полости рта и изменение тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с хронической сердечной недостаточностью/ [Л.Ю. Орехова, М.Г. Рыбакова, А.А. Бармашева и др.]// *Стоматология*. - 2013, т.92, №4. - С. 23-25.
10. Щипский, А.В. Сиаладеноз (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения (клинико-экспериментальное исследование: дисс. д-ра мед. наук: 14.00.21/ Щипский Александр Васильевич. - М., 2002. - 357 с.