

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.316-06:616.33/.34]-091

Афанасьев В.В.¹, Зайратьянц О.В.², Гитихмаев Ю.М.¹, Ордашев Х.А.³

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹Кафедра травматологии челюстно-лицевой области;

²кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ России 127473, г. Москва;

³кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский медицинский университет» МЗ России, 367000, г. Махачкала, Республика Дагестан

Авторы провели гистологическое исследование биоптатов малых слюнных желёз (МСЖ) у 12 больных с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Было установлено, что в МСЖ имелись признаки хронического сиаденита и сиаденоза, причём последний выражался преимущественно в паренхиматозной форме. Сиаденоз и хронический сиаденит имели признаки дисфункции сиалоцитов, склероз и липоматоз стромы и/или паренхимы, часто с дилатацией протоков, лимфоидной и лимфомакрофагальной инфильтрацией стромы и/или паренхимы. Отмечено наличие выраженного полнокровия сосудов микроциркуляторного русла с отёком стромы.

Ключевые слова: малая слюнная железа; сиаденит; сиаденоз.

Для цитирования: Афанасьев В.В., Зайратьянц О.В., Гитихмаев Ю.М., Ордашев Х.А. Морфологические особенности воспалительных и реактивно-дистрофических поражений малых слюнных желёз у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. *Российский стоматологический журнал*. 2018; 22 (2): 79-82. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-2-79-82>

Afanas'ev V.V., Zairatyants O.V., Gitimes Y.M., Ordashev H.A.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF INFLAMMATORY AND REACTIVE-DYSTROPHIC LESIONS OF THE MINOR SALIVARY GLANDS OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

¹ Department of traumatology of the maxillofacial area; ² Department of pathological anatomy of the "A.I. Evdokimov Moscow state medical and dental University" Ministry of health of Russia; 127473, Moscow;

³ Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery of the "Dagestan medical University" Ministry of health of Russia, 367000, Makhachkala

The authors conducted a histological study of biopsy a small salivary gland (SSG) in 12 patients with various diseases of the gastrointestinal tract. It was found that in SSG there were signs of chronic sialadenitis and sialadenosis, the latter being primarily expressed in parenchymal form. Sialadenosis and chronic sialadenitis had signs of dysfunction of sialocytes, sclerosis and lipomatosis of the stroma and/or parenchyma, often with dilation of the ducts, lymphoid and lymphomacrophagal infiltration of the stroma and/or parenchyma. Noted that there was a pronounced of the plethora of microcirculatory vessels with edema of the stroma.

Key word: small salivary gland; sialadenitis; sialadenosis.

For citation: Afanas'ev V.V., Zairatyants O.V., Gitimes Y.M., Ordashev H.A. Morphological features of inflammatory and reactive-dystrophic lesions of the minor salivary glands of patients with diseases of the gastrointestinal tract. *Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal*. 2018; 22(2): 79-82. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-2-79-82>

For correspondence: Afanasiev Vasily Vladimirovich, Dr. Med. Sci., Professor, chief. Department, E-mail: prof.afanasjev@yandex.ru.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 25.01.18

Accepted 16.02.18

Введение. Слюнные железы (СЖ) выполняют разнообразные функции, включая пищеварительную и выделительную, участвуют в регуляции обмена веществ и иммунном ответе [1, 2]. В настоящее время среди патологических изменений больших и малых (М) СЖ отмечают рост частоты их неспецифических воспалительных (хронического сиаденита) и реактивно-

дистрофических (сиаденоза) поражений. Они развиваются при различных соматических заболеваниях и наиболее часто встречаются при сахарном диабете, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем [3, 4 и др.]. Полагают, что эти заболевания создают преморбидный фон для возникновения хронического сиаденита и сиаденоза и впоследствии формируют «порочный круг», способствуя их прогрессированию [5, 6 и др.].

Описаны морфологические особенности храни-

Для корреспонденции: Афанасьев Василий Владимирович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой, E-mail: prof.afanasjev@yandex.ru

ческого сиаладенита и сиаладеноза МСЖ у больных с различной патологией сердечно-сосудистой системы [7, 8]. Обнаружены их выраженные и разнообразные гистологические изменения в виде нарушения секреторной активности сиалоцитов, дилатации протоков, склероза стромы и/или паренхимы, а также лимфоидной и лимфо-макрофагальной инфильтрации стромы и/или паренхимы и микроциркуляторных нарушений.

Особенности изменений МСЖ у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остаются малоизученными, что послужило целью проведения настоящего исследования.

Материал и методы

Изучены биоптаты МСЖ нижней губы, взятые по методу М.В. Симоновой (1985) у 12 пациентов 15 – 72 лет, среди которых было 7 женщин и 5 мужчин с различными заболеваниями ЖКТ, таких как гастрит, колит, холестит, гастродуоденит. В исследование не включали больных с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями, при которых возможно сходное поражение СЖ.

У изученных больных отмечены объективные или субъективные жалобы на сухость рта, периодическое увеличение больших СЖ. При комплексном клинико-лабораторном обследовании диагностировали различные формы хронического сиаладенита околоушных СЖ в стадии длительной ремиссии (более 2 лет). Изменения в симметричных СЖ, увеличение в размерах, но без признаков сиаладенита, трактовали как сиаладеноз [11].

Патогистологическое исследование биоптатов МСЖ производили на кафедре патологической анатомии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

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

Результаты обсуждения

Гистологическое исследование биоптатов выявило патологические изменения МСЖ, характерные для разных вариантов сиаладеноза или хронического сиаладенита во всех 12 изученных наблюдениях, в том числе у 3 больных с синдромом Шёгрена.

У 6 (50%) больных диагностировали паренхиматозную форму сиаладеноза и хронический сиаладенит, у 3 (25%) – интерстициальную форму сиаладеноза и у 3 (25%) – синдром Шёгрена. Морфологические изменения Синдрома Шёгрена свойственны этому синдрому в сочетании с патогистологическими признаками, типичными для сиаладеноза.

Обнаруженные во всех 12 наблюдениях морфологические изменения разделены на 5 основных видов:

- нарушение секреторной активности сиалоцитов (дисхрония и дисфункция сиалоцитов);
- склероз стромы и/или паренхимы;
- дилатация протоков (нередко с уплощением их эпителия);
- лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация стромы и/или паренхимы;

• микроциркуляторные нарушения (острое и хроническое полнокровие сосудов, часто в сочетании с отёком стромы).

Выраженность каждого из 5 выделенных видов патологических процессов оценивали по 4-балльной шкале (0 баллов – изменения отсутствуют, 1 балл – слабо, 2 балла – умеренно и 3 балла – резко выражены).

Дисфункция сиалоцитов с морфологическими признаками повышенной или сниженной секреторной активности и их дистрофическими изменениями была диагностирована во всех 12 (100%) наблюдениях, из них в 9 (75%) она была умеренно и в 3 (35%) – резко выражена (см. таблицу).

Склероз стромы и/или паренхимы констатировали также у всех 12 (100%) больных, из них у 7 (58%) – умеренно и у 5 (42%) – резко выраженный. Был характерен преимущественно перидуктальный и склероз междольковой стромы, нередко с фрагментацией паренхиматозных долек, с очагами липоматоза, значительно выходящий за пределы возрастных инволютивных изменений. В 6 (50%) наблюдениях (из них в 3 при синдроме Шёгрена) соединительная ткань врастала в паренхиматозные дольки с частичным замещением ацинусов. Эти изменения сочетались с более выраженной лимфоидной или лимфо-макрофагальной инфильтрацией стромы и паренхимы, что позволяло диагностировать хронический сиаладенит.

Дилатация внутридольковых и междольковых интрагландулярных протоков выявлена у 4 (33%) пациентов, причём во всех случаях была умеренно или значительно выражена и нередко сопровождалась уплощением эпителия расширенных протоков, а также сгущением и уплотнением экскрета.

Лимфоидную или лимфо-макрофагальную инфильтрацию стромы обнаружили во всех (100%) наблюдениях, из них в 1 (8%) – умеренно и в 4 (33%) – резко выраженную. Инфильтрат в 6 (50%) наблюдениях (из них в 3 при синдроме Шёгрена) распространялся на паренхиматозные дольки МСЖ с альтерацией и утратой в этих участках сиалоцитов, формированием очагов склероза и липоматоза, превышающих по своему объёму возрастные инволютивные показатели атрофии и липоматоза паренхимы СЖ. Эти морфологические изменения соответствовали хроническому сиаладениту.

Острые и хронические микроциркуляторные нарушения в виде неравномерного полнокровия сосудов отмечены у 11 (92%) больных, причём во всех наблюдениях они были резко выражены. Микроциркуляторные нарушения обычно сопровождалась отёком стромы.

Паренхиматозный сиаладеноз МСЖ, диагностированный у 6 (50%) пациентов, характеризовался умеренной и выраженной дисфункцией сиалоцитов у 5 (83%) больных. Склероз стромы и паренхимы был умеренным у 4 (67%) и выраженным у 3 больных (33%). Отмечались также атрофия и липоматоз паренхиматозных долек, выходящие за рамки возрастных инволютивных изменений. Дилатацию протоков, причём умеренно выраженную, обнаружили только у 1 (17%) больного. Умеренно выраженную лимфоидную и лимфо-макрофагальную инфильтрацию стромы диагностировали в 100% таких наблюдений, причём в 3 (33%) случаях инфильтрат распространялся на паренхиму долек, где выявлялись очаги утраты сиалоцитов, склероза и липоматоза. Микроциркуляторные нарушения в виде выраженного полнокровия сосудов и отёк стромы выявили у 5 (83%) больных

Патогистологические изменения малых слюнных желёз у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Вид сиаладеноза	Морфологический признак (баллы – число больных, %)*									
	Дисфункция сиалоцитов		Склероз стромы и/или паренхимы		Дилатация протоков		Лимфо-макрофагальная инфильтрация стромы и/или паренхимы		Полнокровие микроциркуляторного русла	
Паренхиматозный сиаладеноз (n=6)	0 – 0	0	0 – 0	0	0 – 5	83 %	0 – 0	0	0 – 1	17 %
	1 – 0	0	1 – 0	0	1 – 0	0	1 – 5	83 %	1 – 0	0
	2 – 5	83 %	2 – 4	67 %	2 – 1	17 %	2 – 1	17 %	2 – 0	0
	3 – 1	17 %	3 – 2	33 %	3 – 0	0	3 – 0	0	3 – 5	83 %
Интерстициальный сиаладеноз (n=3)	0 – 0	0	0 – 0	0	0 – 2	67 %	0 – 0	0	0 – 0	0
	1 – 0	0	1 – 2	67 %	1 – 0	0	1 – 2	67 %	1 – 0	0
	2 – 3	100%	2 – 1	33 %	2 – 1	33 %	2 – 0	0	2 – 0	0
	3 – 0	0	3 – 0	0	3 – 0	0	3 – 1	33 %	3 – 3	100 %
Сиаладеноз у больных с синдромом Шегрена (n=3)	0 – 0	0	0 – 0	0	0 – 1	33 %	0 – 0	0	0 – 0	0
	1 – 0	0	1 – 1	33 %	1 – 1	33 %	1 – 0	0	1 – 0	0
	2 – 1	33 %	2 – 2	67 %	2 – 1	33 %	2 – 0	0	2 – 0	0
	3 – 2	67 %	3 – 0	0	3 – 0	0	3 – 3	100 %	3 – 3	100 %
Всего (n=12)	0 – 0	0	0 – 0	0	0 – 8	67 %	0 – 0	0	0 – 1	8 %
	1 – 0	0	1 – 7	58 %	1 – 1	8 %	1 – 7	58 %	1 – 0	0
	2 – 9	75 %	2 – 5	42 %	2 – 3	25 %	2 – 1	8 %	2 – 0	0
	3 – 3	25 %	3 – 0	0	3 – 0	0	3 – 4	33 %	3 – 11	92 %

Примечание. * – балльную характеристику – см. в тексте раздела Материал и методы.

(см. таблицу, рис.1, а, б на вклейке). Морфологические дифференциально-диагностические критерии выраженного паренхиматозного сиаладеноза и хронического сиаладенита низкой степени активности достаточно условны при отсутствии явных признаков альтерации сиалоцитов. Поэтому можно отнести 3 наблюдения скорее к хроническому сиаладениту (с учётом также реакции микроциркуляторного русла, отёка стромы), чем к выраженному паренхиматозному сиаладенозу.

Интерстициальный сиаладеноз МСЖ диагностировали у 3 (25%) больных. Во всех таких наблюдениях выявлены умеренная дисфункция сиалоцитов, слабо или умеренно выраженный склероз стромы (без вовлечения в патологический процесс паренхимы) с дилатацией в одном случае интра- и междольковых протоков (33%), слабо (76%) и умеренно (33%) выраженная лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация стромы без её распространения на паренхиматозные дольки и выраженное полнокровие микроциркуляторного русла с отёком стромы (см. таблицу, рис. 2, а, б на вклейке).

У 3 (25%) больных с синдромом Шёгрена в МСЖ характерные признаки хронического аутоиммунного поражения в виде распространения лимфоидного или лимфо-макрофагального инфильтрата на паренхиматозные дольки с альтерацией сиалоцитов и формирования лимфоидных фолликулов со светлыми центрами не обнаружены. Во всех таких случаях выявлены только дисфункция сиалоцитов (в 33% – умеренная, 67% – выраженная), склероз перидуктальной и междольковой стромы, иногда с фрагментацией паренхиматозных долек и очаговым распространением его на паренхиму (слабый – в 33% и выраженный – в 67%), и дилатация протоков (у 2 больных – 66%). Обнаружены также лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация стромы, причём во всех случаях выраженная, но с небольшими очагами проникновения клеток инфильтрата в паренхиму с её альтерацией, и полнокровие сосудов микроциркуляторного русла с отёком стромы (см. таблицу, рис. 3, а, б на вклейке). Местами лимфоидный инфильтрат формировал очаговые скопления, сходные с лимфоидными фолликулами без

светлых центров. Указанные изменения свидетельствуют о наличии синдрома Шёгрена низкой активности, но близки и к морфологической картине сиаладеноза.

Заключение

Таким образом, проведённое патогистологическое исследование МСЖ у больных с различными заболеваниями ЖКТ продемонстрировало развитие сиаладеноза и хронического сиаладенита этих СЖ, причём преимущественно паренхиматозной формы сиаладеноза. Сиаладеноз и хронический сиаладенит проявлялись выраженными в разной степени дисфункцией сиалоцитов, склерозом и липоматозом стромы и/или паренхимы, нередко с дилатацией внутри- и междольковых протоков, лимфоидной и лимфо-макрофагальной инфильтрацией стромы и/или паренхимы, чаще выраженным полнокровием сосудов микроциркуляторного русла с отёком стромы. У больных синдромом Шёгрена в ткани изученных МСЖ характерные для него морфологические признаки сочетались с изменениями, типичными для интерстициального или паренхиматозного сиаладеноза.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Афанасьев В.В., Стрюк Р.И., Арутюнян С.Э., Елисеева Л.В., Бычков Р.А. Состояние слюнных желез у больных с метаболическим синдромом. *Российский стоматологический журнал*. 2011; 15(3): 17–9.
- Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. *Заболевания и повреждения слюнных желёз*. М.: Медицина; 1987.
- Афанасьев В.В. *Слюнные железы. Болезни и травмы. Руководство для врачей*. М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 2012.
- Кумина Е.М., Станилевич Н.П., Малофеева Л.Д. Состояние секреторной функции слюнных желез при аутоиммунном тиреоидите. Состояние. *Тезисы докл. научно-практич. конф.: Разработка и внедрение фундаментальных исследований в ЦНИЛ, на кафедрах института и в практическом здравоохранении*. Свердловск: ЦНИЛ Свердловского мед. ин-та; 1989: 87–8.

5. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф., Афанасьев В.В. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сialаденита. *Стоматология*. 1989; 68(1): 46–8.
6. Павлова Г.Т. Реактивные сдвиги в слюнной железе. Опухоли и экспериментальная хирургия органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Ставрополь; 1981: 91–4.
7. Афанасьев В.В., Сtryuk Р.И., Абдусаламов А.О., Казунина Н.А. Состояние больших и малых слюнных желез у больных острым инфарктом миокарда. *Российская стоматология*. 2015; 8(2): 19–23.
8. Орехова Л.Ю., Рыбакова М.Г., Бармашева А.А., Кузнецова И.А., Семернин Е.Н., Ширшова Н.А. и др. Состояние органов полости рта и изменение тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Стоматология*. 2013; 92(4): 23–5.
4. Kumina E.M., Stanilevich N.P., Malofeeva L.D. *State of secretory function of salivary glands in autoimmune thyroiditis. Condition. Doc's thesis. scientific and practical. Conf.: Development and implementation of basic research in the Central laboratory, at the departments of the Institute and in practical health care. [Tezisy dokl. nauchno-praktich. konf.: Razrabotka i vnedrenie fundamental'nykh issledovaniy v TSNIL, na kafedrah instituta i v prakticheskom zdravookhraneni].* Sverdlovsk: TSNIL Sverdlovskogo med. in-ta; 1989: 87–8.
5. Afanasjev V.V., Romacheva I.F., Afanasyev V.V. Role of concomitant diseases in the etiology of chronic sialadenitis. *Stomatologiya*. 1989; 68(1): 46–8.
6. Pavlova G.T. *Reactive shifts in the salivary gland. Tumors and experimental surgery of the organs hepatopancreatoduodenal zone. [Reaktivnye sdvigi v slunnyy zheleze. Opukholi i eksperimental'naya khirurgiya organov gepatopankreatoduodenal'noy zony].* Stavropol; 1981: 91–4.
7. Afanasjev V. V., Stryuk R. I., Abdusalomov A. O., Kazanina N. The status of large and small salivary glands in patients with acute myocardial infarction. *Rossiyskaya stomatologiya*. 2015; 8(2): 19–23.
8. Orekhova L. Y., Rybakova M. G., Burnasheva A. A., Kuznetsova I. A., Semernin E. N., Shirshova N. A. State of the oral organs and changes in tissue blood flow of the oral mucosa in patients with chronic heart failure. *Stomatologiya*. 2013; 92(4): 23–5.

Поступила 25.01.18

Принята в печать 16.02.18

REFERENCES

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК: 616.314.002.1-022-06-07

Громов А.Л.¹, Губин М.А.², Иванов С.В.¹, Тишков Д.С.¹

НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЁЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

¹ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 305041, г. Курск, Россия;

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 394036, г. Воронеж, Россия

Введение. В настоящее время сохраняются объективные трудности своевременной диагностики и лечения тяжёлых осложнений острой одонтогенной инфекции, в том числе прогрессирующих одонтогенных флегмон, контактного одонтогенного медиастинита, одонтогенного сепсиса.

Цель. Разработать алгоритм диагностики и лечения тяжёлых воспалительных осложнений острой одонтогенной инфекции с учётом критериев «Сепсис-3» Европейского общества медицины критических состояний и Общества медицины критических состояний (SCCM/ESICM) и провести оценку его эффективности.

Материал и методы. Для проведения сравнительной оценки результатов исследования больные (n=311) разделены на 2 группы: контрольную (n=247), в которой диагностику и лечение проводили с использованием критериев «Сепсис-1», и основную группу (n=64), в которой диагностика и лечение осуществлялись с использованием разработанного алгоритма, включающего ряд дополнений к критериям «Сепсис-3» (SCCM/ESICM).

В основной группе выявление 4 и более вовлечённых в гнилостно-некротический процесс клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, наличие состояния декомпенсации, а также определение 2 и более баллов по шкалам SOFA и qSOFA позволяло установить значение высокой вероятности развития сепсиса.

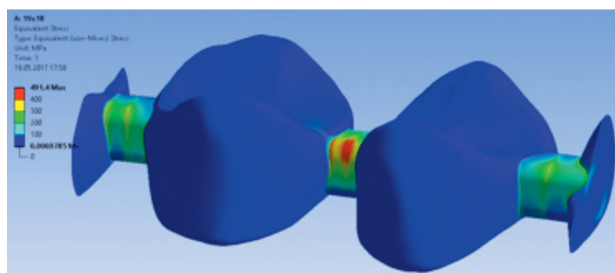
В контрольной группе диагноз «сепсис» устанавливали с помощью критериев «Сепсис-1» Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины (ACCP/SCCM).

Результаты. Использование разработанного алгоритма диагностики и лечения больных одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области позволяет достоверно повысить эффективность ранней диагностики гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (на 5,7%), снизить количество тяжёлых септических осложнений (на 6,6%).

Обсуждение. Изолированное применение критериев «Сепсис-3» не является эффективным методом ранней диагностики одонтогенного сепсиса. Необходимо учитывать особенности одонтогенной инфекции.

Для корреспонденции: Громов Александр Леонидович, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии «Курский государственный медицинский университет» E-mail: gromov.alexandr2011@yandex.ru

К ст. В.А. Парунова и соавт.



Напряжение, возникающее в мостовидном протезе с двумя фасетками вместо премоляров, при нагрузке под углом 45°.

К ст. В.В. Афанасьева и соавт.

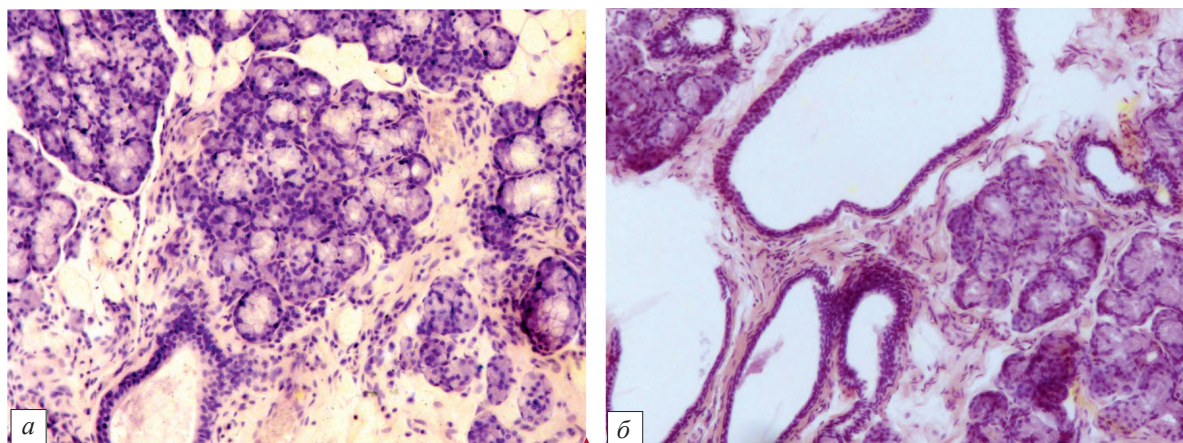


Рис. 1. Малая слюнная железа.

Паренхиматозный сиаладеноз. Паренхиматозные дольки разной величины и формы, атрофичны, с интралобулярным склерозом и липоматозом. Секреторная дисхрония и признаки дисфункции сиалоцитов. Выражены склероз и отёк перидуктальной и междольковой стромы с фрагментацией паренхиматозных долек, очаги липоматоза стромы и паренхимы, полнокровие микроциркуляторного сосудистого русла. Дилатация внутри- и междольковых протоков с уплощением выстилающего их эпителия. В строме умеренно выражена диффузная лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация, местами с её распространением на паренхиматозные дольки. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.120.

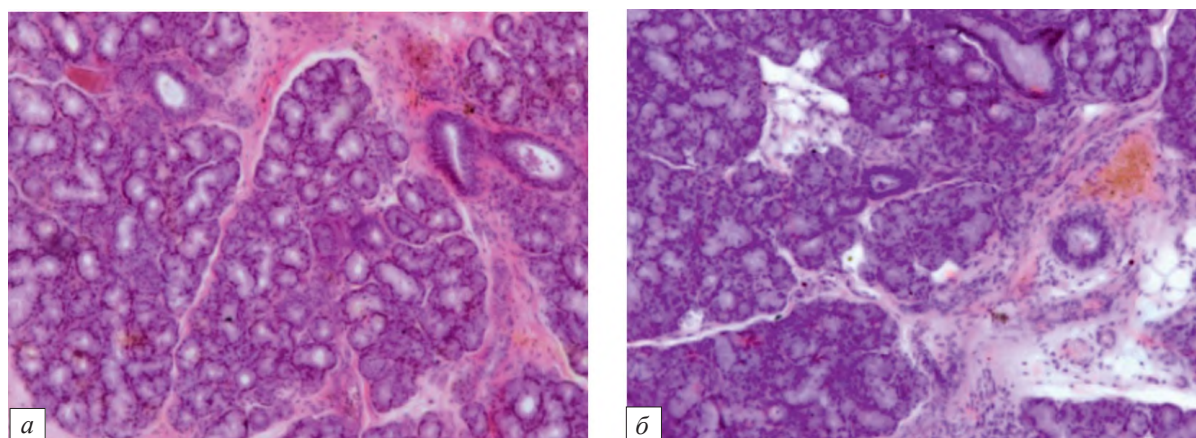


Рис. 2. Малая слюнная железа.

Интерстициальный сиаладеноз. Паренхиматозные дольки крупные, округлой формы, без признаков интралобулярного склероза, атрофии или липоматоза. Секреторная дисхрония и признаки дисфункции сиалоцитов. Слабо или умеренно выражены склероз и отёк перидуктальной и междольковой стромы, иногда с фрагментацией паренхиматозных долек, очаги липоматоза стромы, выражено полнокровие микроциркуляторного сосудистого русла. Дилатация отдельных внутри- и междольковых протоков. В строме слабо или умеренно выражена диффузная лимфоидная и лимфо-макрофагальная инфильтрация без её распространения на паренхиматозные дольки. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 120.

К ст. В.В. Афанасьева. и соавт.

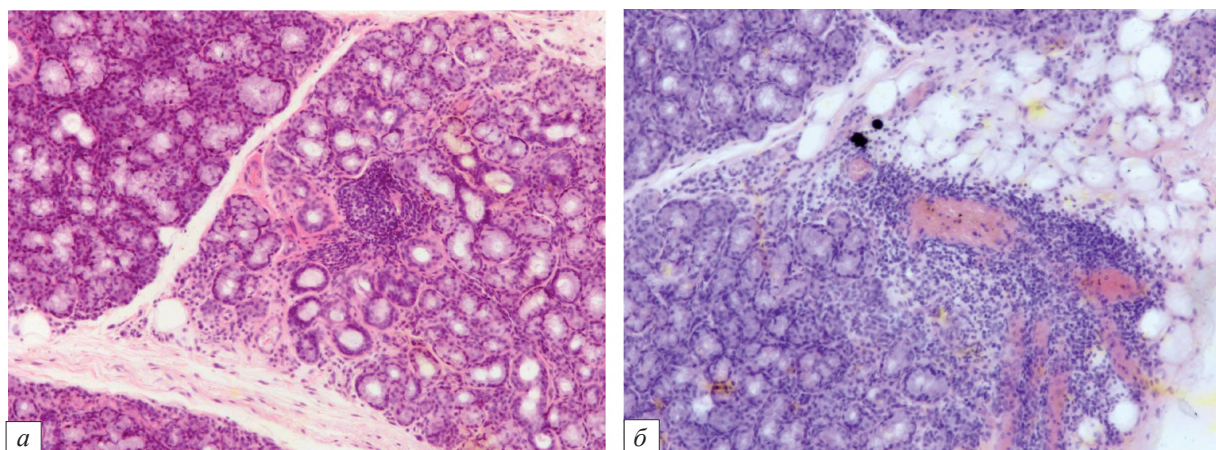
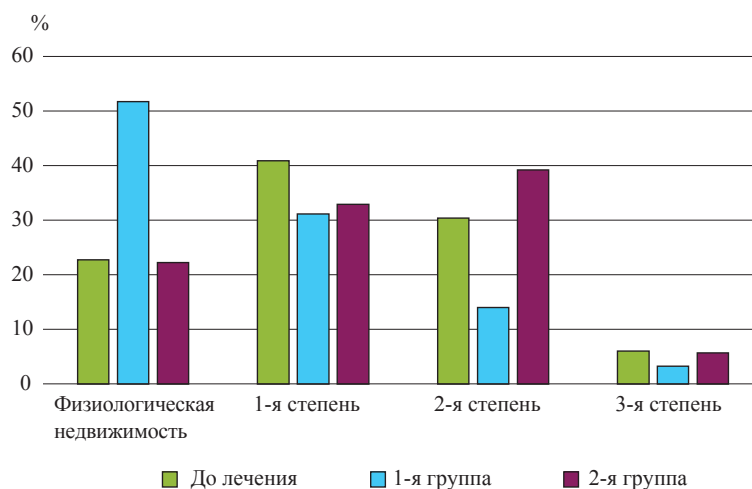


Рис. 3. Малая слюнная железа у больных синдром Шёгрена.

Паренхиматозные дольки крупные, округлой формы. Секреторная дисхрония и признаки дисфункции сиалоцитов. Умеренно выражены склероз и отёк перидуктальной и междольковой стромы с фрагментацией паренхиматозных долек, очаги липоматоза стромы, выражено полнокровие микроциркуляторного сосудистого русла. В строме диффузная лимфоидная инфильтрация, местами с распространением на паренхиматозные дольки и их повреждением или формированием структур сходных с лимфоидными фолликулами без светлых центров. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 120.

К ст. О.И. Ефимович и соавт.



Сравнительные результаты изменения подвижности зубов через 3 мес после лечения