

**Характеристика функциональных и морфологических изменений в
слюнных железах при хроническом сиалоадените в клинике и
эксперименте**

**Characteristics of functional and morphological changes in the salivary
glands in chronic sialadenitis in clinic and experiment**

Шаяхметов Д.Б.

*Шаяхметов Давлетшиа Белекович / Shayahmetov Davletsha Belekovich –
кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической
стоматологии и челюстно лицевой хирургии, Кыргызская государственная
медицинская академия, Кыргызская Республика, г.Бишкек*

Аннотация: Приведены результаты сравнения функциональных и морфологических изменений в процессе лечения хронического сиалоаденита. Отмечено, что качество лечения в значительной мере зависит от полноты восстановления функции слюноотделения, даже при выраженных патогистологических изменениях структуры слюнных желез.

Annotation: The results of the comparison of functional and morphological changes in the treatment of chronic sialadenitis. Noted that the quality of the treatment depends largely on the completeness of recovery salivary function, even when expressed histopathological changes in the structure of the salivary glands.

Ключевые слова: хронический сиалоаденит, нарушение слюноотделения, патогистологические изменения слюнных желез.

Keywords: chronic sialadenitis, violation of salivation, histopathological changes in the salivary glands.

Введение. В процессе хирургического лечения калькулёзного сиалоаденита важно проследить ближайшие и отдаленные результаты проведенного лечения. При этом, многие авторы, прослеживая результаты лечения калькулёзного сиалоаденита, учитывают клиническое состояние

больных, функцию слюнных желез (СЖ) [1,5]. Некоторые исследователи с этой целью проводили морфологическое исследование уже удаленных СЖ [2]. Ластовка А.С. [6] проведя экспериментальное исследование доказал возможность сохранения СЖ при хирургических вмешательствах на проксимальном отделе их выводных протоков.

Цель исследования.

Проследить взаимосвязь между функциональными и морфологическими изменениями СЖ после устранения нарушения слюнооттока.

Материал и методы исследования.

Прослежены взаимосвязи патогистологических и функциональных изменений в слюнных железах отмечающихся при различных стадиях хронического сиалоаденита в клинике сопоставив их с данными экспериментальных исследований на животных.

Больные были разделены на 3 клинические группы, согласно степени выраженности патологических симптомов больные с:

- начальной;
- клинически выраженной;
- поздней стадиями заболевания.

В эксперименте на 9 беспородных собаках, весом от 5 до 8 кг с целью моделирования нарушения слюнооттока перевязывались выводные протоки СЖ. При этом мы учитывали, что одним из основных клинических симптомов хронического сиалоаденита является нарушение слюнооттока.

Все экспериментальные операции и последующий забор материала для последующего гистологического исследования, проводились под внутривенным гексеналовым или тиопенталовыми наркозом учитывая, что в течении хронического сиалоаденита выделяют 3 стадии: (начальную, клинически выраженную и позднюю), мы перевязывали протоки на разные

по продолжительности сроки: короткие до 7 дней, что соответствовало первой стадии хронического сиалоаденита; средней продолжительности - до 60 дней, что соответствовало второй стадии сиалоаденита; длительные сроки - до 90 дней, что соответствовало поздней стадии.

После окончания вышеуказанных сроков слюноотток восстанавливался, далее исследовалась динамика восстановления функции слюноотделения путем проведения сиалометрии. Сиалометрия проводилась у животных утром натощак, после стимуляции слюноотделения посредством внутримышечного введения 1% раствора хлористоводородного пилокарпина из расчета 0,05 мл, на 1 кг, веса животного. В устье протока вводилась полихлорвиниловая трубка, таким образом, чтобы ее диаметр совпадал с диаметром просвета протока. Слюна, вытекающая из трубки, собиралась в градуированные пробирки. Собирать слюну, начинали через 10 минут после инъекции и продолжали в течении 5 минут. За контроль принимали количество слюны, собранное перед перевязкой протока. Контрольные цифры колебались в пределах от 2,6 до 5,1 мл. ($3,4 \pm 0,16$ мл.). Через 1 месяц после восстановления слюнооттока проводилась клиническая оценка функциональной способности слюнных желез (сиалометрия), после чего осуществлялся забор материала для последующего гистологического исследования. Забор материала проводился путем прижизненной экстирпации слюнной железы по типу операционной эксцизионной биопсии. После получения необходимого материала, проводили тщательный гемостаз, операционную рану зашивали. После заживления раны физическое состояние экспериментальных животных полностью нормализовалось.

Морфологическое исследование экспериментального материала проводилось в Республиканском патологоанатомическом бюро МЗ КР (начальник - доцент Ж.Т. Турганбаев). Операционный материал фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина. Гистологическое

исследование проводилось по общепринятым методикам с окраской микропрепаратов гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и на эластику [7].

Слюнные железы этих экспериментальных животных явились объектом нашего исследования.

Функцию СЖ в клинике и в эксперименте проводили методом сиалометрии. У больных сиалометрия проводилась по методике Т.Б. Андреевой [3].

Результаты и обсуждение.

У больных первой клинической группы, как правило, полного нарушения слюнооттока не происходило. Лишь во время приема пищи, особенно острой, или после переохлаждения отмечались явления ретенции слюны. Показатели сиалометрии у больных первой клинической группы, после устранения симптомов острого воспаления, соответствовали таковым у животных первой экспериментальной группы и лишь незначительно отличались от показателей сиалометрии в норме, составляя $3,2 \pm 0,18$ мл. У экспериментальных животных, через месяц после восстановления слюнооттока, во время забора материала, при макроскопическом обследовании железы были обычных размеров, имели мягкоэластическую консистенцию, что свидетельствовало об отсутствии воспалительного процесса и замещении паренхимы железы соединительной тканью.

В гистологических препаратах, полученных в результате эксцизионной биопсии у экспериментальных животных через 1 месяц после восстановления слюнооттока, морфологическая картина была близка к норме.

У больных второй клинической группы, нарушение слюнооттока возникало во время обострений воспалительного процесса.

При пальпаторном обследовании у больных второй клинической группы, железы были увеличены в размерах, имели плотноэластическую консистенцию.

Показатели сиалометрии у больных второй клинической группы и у экспериментальных животных с нарушением слюнооттока средней продолжительности были идентичны, составляя $2,2 \pm 0,19$ мл через месяц после восстановления слюнооттока.

У экспериментальных животных со сроками нарушения слюнооттока средней продолжительности, во время забора материала на гистологическое исследование, макроскопические железы были увеличены в размерах, уплотнены, но сохраняли эластичную консистенцию. На гистологических препаратах, полученных от экспериментальных животных со сроками нарушения слюнооттока средней продолжительности, через месяц после восстановления слюнооттока, отмечалось выраженное разрастание соединительнотканной стромы и жировое перерождение, но на этом фоне, сохранялось большое количество ацинусов, имеющих обычную конфигурацию (Рис.1).

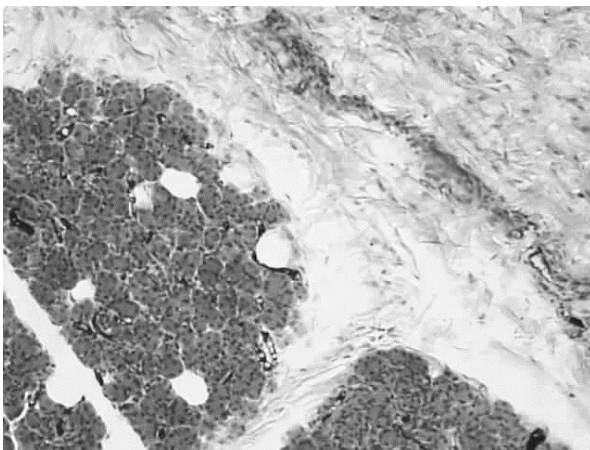


Рис.1. На фоне разрастаний соединительной ткани отмечаются ацинусы, имеющие обычную конфигурацию.

Окраска гематоксилином и эозином
Ув. 340

У больных третьей клинической группы в поздней стадии хронического сиалоаденита, отмечались выраженные функциональные нарушения. При пальпаторном обследовании у больных с поздней стадией хронического сиалоаденита, железы были увеличены в размерах, имели

плотную, бугристую поверхность. При этом, слюна из устья протока не выделялись, отмечались лишь выделения густой желеобразной массы.

У экспериментальных животных с длительными сроками нарушения слюнооттока, во время забора материала при макроскопическом исследовании, железы были увеличены в размерах, с бугристой поверхностью, плотной консистенции, что свидетельствовало о наличии длительного хронического воспаления и замещении паренхимы железы соединительной тканью.

На гистологических препаратах у экспериментальных животных с длительными сроками нарушения слюнооттока отмечалась картина цирротических изменений с облитерацией внутридольковых протоков, обнаруживалось разрастание грубоволокнистой соединительной ткани. Паренхима большинства долек разрушена, а на месте ацинусов – инфильтраты, очаги некроза и фиброза (Рис.2, 3).

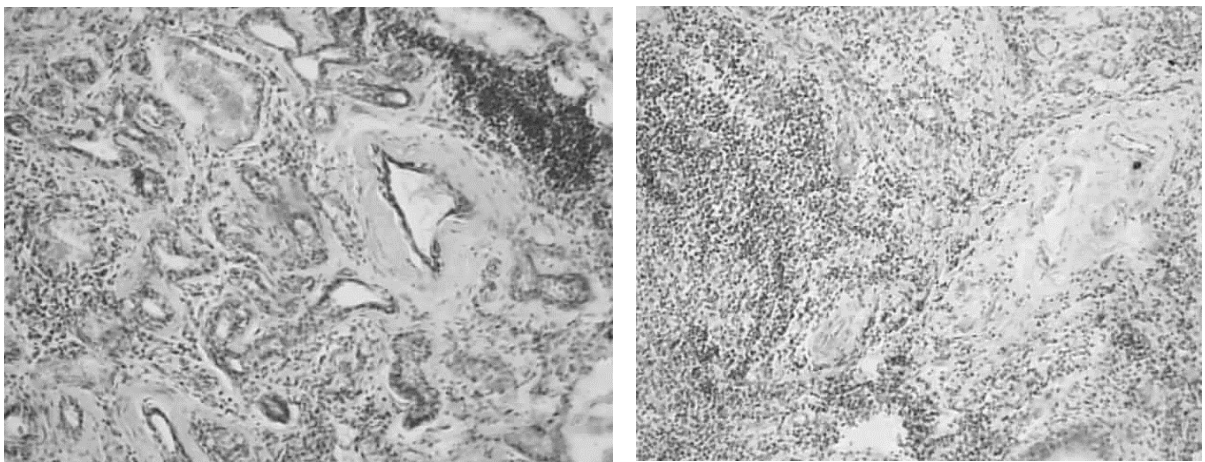


Рис. 2 - Рис. 3. На месте ацинусов инфильтраты, очаги некроза и фиброза.

Окраска гематоксилином и эозином Ув. 280.

После устранения обтурации у экспериментальных животных с длительными сроками нарушения слюнооттока восстановить слюноотделение не удавалось.

Заключение:

Таким образом, учитывая, что основным признаком хронического сиалоаденита, является нарушение слюнооттока, главным мероприятием при лечении этого заболевания, является восстановление слюноотделения.

При нарушении слюнооттока в больших слюнных железах происходят прогрессирующие морфологические изменения, выраженность которых, в значительной степени, определяет функциональные сдвиги в этих органах.

Лечение хронического сиалоаденита на ранних стадиях ведет к полному восстановлению функции и морфологии СЖ, что получило экспериментальное подтверждение.

В клинически выраженной стадии успех лечения определяет полноценное восстановление слюнооттока.

В эксперименте показано, что даже при выраженных морфологических изменениях в больших слюнных железах, сохраняется возможность частично восстановить функцию слюноотделения, что указывает на значительный адаптивно-регенераторный потенциал больших слюнных желез.

Литература

1. Абдусаламов М.Р. Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезнью. Дисс... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 249 с.
2. Андреева Е.П. Клинико-морфологическое обоснование хирургических методов лечения слюннокаменной болезни. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1987. – 18 с.
3. Андреева Т.Б. Опыт изучения функций больших слюнных желез человека. //Стоматология. – 1965. - №2. - С. 39-43
4. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – с. 103.

5. Кречко Я.В. Результаты лечения слюннокаменной болезни в зависимости от клинического течения её и характера хирургического вмешательства. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1973. – 19 с.
6. Ластовка А.С., Руденок В.В. Экспериментальное обоснование возможности сохранения поднижнечелюстной железы при хирургических вмешательствах на проксимальном отделе её выводного протока //Мед. журнал. – 2007. - №1. – с. 60-61.
7. Меркулов Г.А. Курс патологогистологической техники. – М.: - Медицина. – 1969. – 423 с.