

4. Севбитов А.В. Основы зубопротезной техники / А.В. Севбитов. – М.: Феникс, 2016. – 331 с.
5. Смирнов Б.А. Зуботехническое дело в стоматологии / Б.А. Смирнов, А.С. Щербаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 336 с.

УДК 616.31-009.613

**¹Плотников А.С., ¹Костина И.Н., ²Филатова А.С.
ЗНАЧЕНИЕ БИОПСИИ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В
ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ШЕГРЕНА**

¹Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и
челюстно-лицевой хирургии
²Кафедра патологической анатомии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**¹Plotnikov A.S., ¹Kostina, I.N., ²Filatova A.S.
THE VALUE OF BIOPSY OF THE MINOR SALIVARY GLANDS IN THE
DIAGNOSIS OF SJOGREN'S SYNDROME**

¹Department of surgical dentistry, otorhinolaryngology and
maxillofacial surgery
²Department of pathological anatomy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: kafedrastom@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты патоморфологического исследования микропрепаратов биопсии малых слюнных желез у пациентов с синдромом Шегрена.

Установлена неодинаковая выраженность морфологических изменений.

Annotation. The article presents the results of pathomorphological study of micro-preparations of small salivary gland biopsy in patients with Sjogren's syndrome. The unequal intensity of morphological changes is established.

Ключевые слова: биопсия, малые слюнные железы, синдром Шегрена.

Key words: biopsy, small salivary glands, Sjogren's syndrome.

Введение

В 1933 г. шведский офтальмолог Хенрик Шегрен впервые описал хронический воспалительный процесс с вовлечением слезных и слюнных желез, сопровождающийся сухостью глаз и полости рта [3]. Данное заболевание встречается у женщин в 10-25 раз чаще, чем у мужчин, обычно в возрасте старше 50 лет. По данным Общества по изучению синдрома Шегрена (Sjogren's

Syndrome Foudation), в США 4 млн. человек из 280 млн. (1:70) страдают синдромом Шегрена при обязательном присутствии аутоиммунной основы заболевания [4].

Примерно 0,5% чел. (1,4 млн.) имеют симптомы первичного синдрома Шегрена (болезнь Шегрена). К ним можно добавить пациентов с симптомами вторичного синдрома Шегрена (1,5 млн.), сочетающегося с аутоиммунными заболеваниями (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия и др.) [4].

Синдром/болезнь Шегрена - хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание, которое лечат ревматологи. Однако ксерофтальмия и ксеростомия, как правило, являются самыми ранними жалобами, с которыми пациенты первично обращаются к офтальмологу и стоматологу. Верификация заболевания представляет определенные трудности в связи с наличием неспецифических клинических симптомов. Это послужило основанием для разработки специалистами разных стран диагностических критериев, основанных на выполнении теста Ширмера, окраски роговицы, сиалогграфии, сиалометрии, биопсии малых слюнных желез, лабораторной диагностики с определением антинуклеарного фактора [1, 2, 4].

Диагностические критерии обладают неодинаковой информативностью, что влияет на правильность клинического диагноза. У пациентов должно быть выявлено не менее четырех из шести основных диагностических критериев синдрома Шегрена, включающих выявление аутоантител в крови или биопсию малых слюнных желез.

Цель исследования – оценить выраженность поражения малых слюнных желез при синдроме Шегрена по результатам биопсии.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 10 историй болезней пациентов, направленных ревматологом в хирургическое отделение Стоматологической поликлиники УГМУ за период 2016-2017 гг. с жалобами на ксеростомию, ксерофтальмию. Все пациенты были лицами женского пола. Средний возраст составил 52,2 г.

Клиническое обследование пациентов включало расспрос, осмотр челюстно-лицевой области и полости рта.

Пациентам выполнена эксцизионная хирургическая биопсия малых слюнных желез на нижней губе под местной анестезией. Полученный материал был направлен на исследование в патологоанатомическую лабораторию СОКБ № 1 для гистологического исследования. Образцы тканей фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин и микротомировали по стандартной методике. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин-эозином. Визуальную оценку окрашенных срезов тканей толщиной 5 мкм, заключенных на предметные стекла, проводили под световым микроскопом Аxiosnar (Zeiss, Германия) с использованием объектива x40, x200.

При описании микропрепаратов использована классификация Chisholm-Mason (1968), основанной на оценке 4 мм² площади ткани слюнной железы (табл. 1). Ключевым признаком при гистологической оценке микропрепаратов слюнных желез принято понятие «значительный лимфоцитарный инфильтрат» в толще паренхимы с наличием >50 лимфоцитов. Лимфоциты могут располагаться периваскулярно или перидуктально. Плазматические клетки не должны превышать 10% от воспалительного инфильтрата.

Таблица 1

Классификация Chisholm-Mason

Класс	Количество лимфоцитов в 1 мм ² ткани слюнной железы
0	Отсутствуют
1	Не большой инфильтрат
2	Умеренный инфильтрат или менее 1 фокуса* клеток
3	1 фокус* клеток
4	Более 1 фокуса* клеток

*фокус = совокупность 50 и более лимфоцитов

Количественные данные подвергнуты статистической обработке с помощью программы Microsoft Office Excel 2007. Используются методы описательной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Гистологический диагноз синдрома Шегрена был подтвержден у 9 из 10 пациентов. При описании микропрепаратов выявлено, что в паренхиме малых слюнных желез в 88,8% случаев наблюдалась дистрофия железистого эпителия. Лимфоцитарная инфильтрация в паренхиме малых слюнных желез наблюдалась в следующем соотношении: 1) отсутствовала в 33,3% микропрепаратов; 2) выявлена в незначительном количестве (менее 1 фокуса, содержащего 50 и более лимфоцитов) в (44,4%) микропрепаратов; 3) выявлена в количестве 1 фокуса в 22,2% микропрепаратов.

Плазмоциты отсутствовали в 33,3% микропрепаратов; определены в количестве менее 10% в 66,6% микропрепаратов.

Фиброз стромы малой слюнной железы был слабо выраженный в 66,6% микропрепаратов; умеренный – в 33,3% микропрепаратов.

Жировая ткань отсутствовала в 77,7% микропрепаратов. Определены очаговые скопления адипоцитов в 22,2% микропрепаратов.

Протоки малых слюнных желез были не изменены в 33,3% микропрепаратов; расширены с тенденцией к дистрофии в 66,6% микропрепаратов.

Гистологические признаки синдрома Шегрена: отсутствовали в 33,3% микропрепаратов; 1 класс патоморфологических изменений определен в 33,3% микропрепаратов; 2 класс патоморфологических изменений – в 11,1% микропрепаратов; 3 класс патоморфологических изменений – в 22,2% микропрепаратов.

Синдром Шегрена – гетерогенное заболевание, при этом имеют значение генетически детерминированные и приобретенные дефекты иммунной системы в ответ на экзогенные и эндогенные стимулы. Аутоиммунный воспалительный процесс при синдроме Шегрена приводит к апоптозу секреторных клеток и эпителия выводных протоков слюнных желез, вызывая повреждение железистой ткани, что сопровождается лимфоцитарной инфильтрацией и В-клеточной активацией с образованием аутоантител. Хронический очаговый перидуктальный лимфоцитарный сиалоаденит является характерной морфологической картиной заболевания и включен в диагностические критерии [2, 4], но развитие лимфоцитарного сиалоаденита протекает очень длительно и многоступенчато. Этот процесс может включать небольшой периваскулярный лимфоидный инфильтрат, последовательное развитие типичного очагового перидуктального лимфоидного сиалоаденита, далее диффузного лимфоцитарного сиалоаденита, приводящего окончательно к деструкции и замещению пораженной железистой ткани. Данная особенность патоморфологических изменений в слюнных железах была отражена в работе D.M. Chisholm и D.K. Mason [4], что позволяет количественно верифицировать активность хронического воспалительного процесса в слюнной железе при синдроме Шегрена.

Выводы:

1. В 90% случаев клинический диагноз Синдром Шегрена был подтвержден патоморфологическим исследованием биопсийного материала малой слюнной железы.
2. Выраженность лимфоцитарной инфильтрации малых слюнных желез при синдроме Шегрена не одинаковая. В большинстве случаев определен не большой (1 класс) перидуктальный воспалительный инфильтрат.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Шегрена / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2013. – 18 с.
2. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Под ред. М. Бернадского. – 3-е изд., перераб и доп. – М.: Медицинская литература, 2003. – 416 с.
3. Ромачева И.Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез / И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин, В.В. Афанасьев, А.Н. Мороз. – М.: Медицина, 1987. – 237 с.
4. Kassan S.S. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjogren syndrome / S.S. Kassan, H.M. Moutsopoulos // Arch.Intern.Med. – 2004. – 164 p.

УДК 616.31-08-039.71

**Поладян К.Ж., Трубочанинова А.С., Иощенко Е.С.
ОПЫТ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕТСКИХ
ЗУБНЫХ ЩЕТОК**

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии