

УДК: 616. 31 – 002

Гасюк Н. В., Іваницький І. О., Попович І. Ю.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ АКАНТОЛІТИЧНОЇ ПУХИРЧАТКИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті приведені результати дослідження поширеності акантолітичної пухирчатки у осіб Полтавського регіону та оптимізації малоінвазивних методів діагностики даної нозологічної одиниці. Визначена різка тенденція до омоложення даного захворювання. Вважаємо за доцільне проводити трьохкратне динамічне цитологічне спостереження на етапі первинної діагностики. Орієнтиром при характеристиці клітинного складу мають бути явища акантолізу, дегенеративні зміни плазмолемми та вакуолізація цитоплазми епітеліальних клітин, що є проміжним етапом дистрофічних порушень при формуванні клітин Тцанка.

Ключові слова: пухирчатка, акантоліз, поширеність, пухир, ерозії.

Робота є фрагментом проекту науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики «Роль запальних захворювань зубо-щелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням», номер державної реєстрації №0112U0011538. Автор є співвиконавцем даного проекту.

Рівень захворюваності на акантолітичну пухирчатку становить близько 1% в структурі дерматологічної патології [3].

Актуальність і важливість подальшого вивчення проблеми даної нозології зумовлена тяжким перебігом захворювання, високою інвалідизацією, смертністю, несподіваністю загострень, недосконалістю діагностики та лікування, а також наявністю серйозних ускладнень та побічних ефектів від традиційної імуносупресивної терапії [2].

Крім цього, деякі атипичні клінічні форми проявів даного захворювання, паранеопластична пухирчатка, герпетичні синдроми потребують від клініцистів використання найбільш точних лабораторних методів діагностики для верифікації діагнозу. Існуючі на сьогодні імунофлюоресцентні, гістологічні, цитологічні методи лабораторного обстеження в більшості випадків дозволяють уточнити діагноз. Однак вони не завжди забезпечують можливість розмежувати подібні за клінічними проявами захворювання [4, 5], особливо на ранніх стадіях патологічного процесу, коли акантолітичні клітини Тцанка, головну цитологічну ознаку захворювання ще не вдається виявити.

Мета дослідження

Визначення поширеності та структури клініко-морфологічних форм пухирчатки серед населення Полтавського регіону та аспектів цитологічної діагностики на ранніх стадіях захворювання.

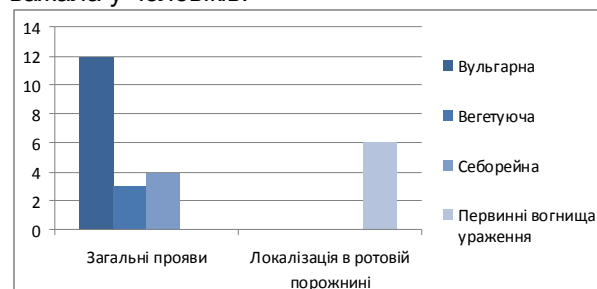
Об'єкти та методи дослідження

Проведений аналіз медичних карт пацієнтів із акантолітичною пухирчаткою, які проходили стаціонарне лікування на базі обласного шкірновенерологічного диспансеру, та осіб, які зверталися за консультацією на кафедру терапевтичної стоматології без встановленого діагнозу. Пацієнтам проведено загальне клінічне стоматологічне обстеження та цитологічне дослідження.

Результати дослідження

За 2011-12р.р. діагноз пухирчатка був встановлений 19 хворим у 14 осіб жіночої статі та 4 осіб чоловічої статі. Зафіксовано 12 випадків вульгар-

ної клініко-морфологічної форми, 3 вегетуючої, 4 себорейної, при цьому себорейна форма переважала у чоловіків.



В загальній структурі пухирчатки переважає вульгарна клініко-морфологічна форма.

Відмічається різка тенденція до омоложення захворювання (середній вік хворих 54 роки). Більшість хворих складають жінки.

У 6 пацієток жіночої статі первинні вогнища ураження локалізувалися в

ротовій порожнині. Пацієнти відмічали рапто-вий початок – із утворенням незапального характеру пухирів, локалізованих на слизовій оболонці щік, нижньої губи, м'якого піднебіння та ясен – десквамативний гінгівіт.



Рис 1. Пухирі на слизовій оболонці нижньої губи.

Характерними ознаками пухирних висипань слід відмітити їх появу на видимо незмінній слизовій оболонці порожнини рота та шкіри, форма їх округла. Спочатку пухирі виповнені про-

зорою рідиною, яка через 2-3 дні набуває жовтого (лимонного) відтінку, а потім стає мутною. У перші години після утворення пухирів вони більшою чи меншою мірою стають напруженими, згодом в'ялими. Під вагою ексудату вони набувають грушоподібної форми і швидко лопаються, оголюючи ерозивну поверхню з уривками верхніх шарів епітелію покривки пухиря – позитивний симптом Нікольського. Нам не завжди вдавалося спостерігати типові пухирі в порожнині рота, утворення ерозій на слизовій оболонці може відбуватися за іншими механізмом – у вогнищі ураження епітелій мутніє, стає мацерованим і легко відшаровується, у центрі виникає ерозія, яка поширюється на периферію.



Рис. 2. Ерозії на слизовій оболонці ротової порожнини.

Ерозії застоїно-червоного кольору, чисті або вкриті фібринозними нашаруваннями, слабо болісні. Приєднання анаеробної мікрофлори спричинює появу гнильного запаху.

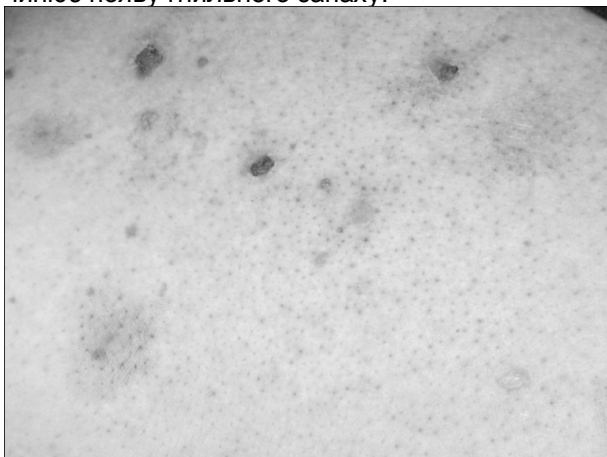


Рис. 3. Ураження шкірних покривів при пухирчатці.

В даний час «золотим стандартом» діагностики пухирчатки є імуногістохімічні методи, однак, на жаль, в Україні недоступні для широкого загалу хворих через високу вартість обладнання та реагентів. Тому до цих пір методом діагностики пухирчатки є дані об'єктивного обстеження.

У постановці діагнозу основними є симптоми Нікольського і Асбо - Ганзена. Симптоми Нікольського (крайової і напевне невраженій шкіри) ви-

значаються при терті пальцем в зоні мабуть незміненої шкіри поблизу осередку ураження і при затримці пінцетом за обривки міхура, в результаті чого відбувається крайове відшарування епітелію. Симптом Асбо - Ганзена виникає при тиску пальцем або покривним склом зверху на пухир, при цьому площа його збільшується по периферії за рахунок тиску вмісту міхура.

Незважаючи на те, що дані симптоми описані в літературі як специфічні [1], покладатися тільки на них не слід. Так, симптом Асбо - Ганзена може проявлятися і при неаутоімунних захворюваннях - наприклад, при дисгідротному процесі або контактному дерматиті. Симптом Нікольського позитивний і при інших захворюваннях, що супроводжуються акантолізмом, - епідемічної пухирчатки та синдромі Лайелла.

У лабораторіях Полтавщини застосовують метод мазків відбитків для виявлення акантолітичних клітин [1].

У всіх хворих на етапі діагностики відповідно було проведене цитологічне дослідження матеріалу, який забраний із елементів ураження. В подальшому матеріал піддавали обробці згідно етапів виготовлення цитологічного препарату.

Акантолітичні клітини є зміненими клітинами шипуватого шару епідермісу, які утворилися внаслідок акантолізу і дегенерації, що мають відмінні від нормальних клітин цього шару морфологічні та тинкторіальні властивості.

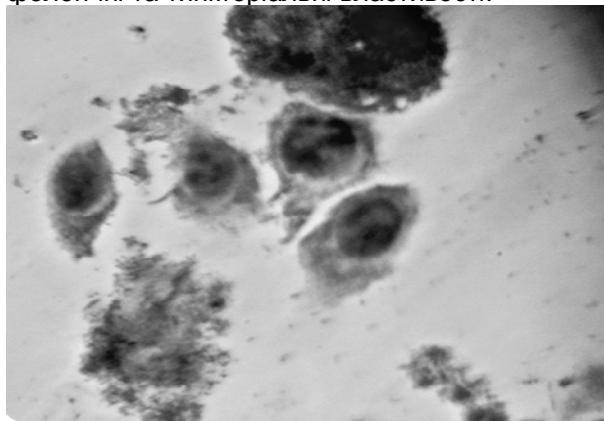


Рис. 4. Клітини Тцанка. 3б.

Морфологічними особливостями акантолітичних клітин є округла чи овальна форма, автономність у розміщенні, розміри менші в порівнянні із нормальними епітеліоцитами. Дані клітини характеризуються різкою базofilією ядра та цитоплазми, наявністю в ядрі 2-3 великих ядерця та світло - блакитної перинуклеарної зони. Цитоплазма нерівномірно забарвлена; по периферії клітини - згущення забарвлення у вигляді інтенсивного синього обідка - зона концентрації барвника. Наші дослідження показують, що акантолітичні клітини можуть утворювати клітини - симпласти, що містять кілька ядер. Методика визначення акантолітичних клітин є досить простою та малоінвазивною, однак недостатньо достовірною. Так на первинному етапі діагности-

ки та у фазі ремісії захворювання визначити акантолітичні клітини досить важко.

У цитограмах 40% пацієнтів на етапі первинної діагностики були відсутні клітини Тцанка.

Висновки

На нашу думку орієнтиром при даній ситуації мають бути наявність явища акантолізу, дегенеративні зміни плазмолемми та вакуолізація цитоплазми епітеліальних клітин, що є проміжним етапом дистрофічних порушень при формуванні клітин Тцанка.

У особливо складних клінічних випадках рекомендуємо динамічне трьохразове цитологічне спостереження та високоспецифічні методи із застосуванням лектиногістохімії (лектинів сої та арахісу).

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується визначити поширеність чер-

воного плескатоного лишая та деталізувати клітинний склад цитологічних препаратів даного контингенту осіб.

Література

1. Дудченко М. О. Шкірні та венеричні хвороби / М. О. Дудченко, В. Г. Коляденко. – К., 2008. – 346 с.
2. Цветкова Г. М. Патоморфология болезней кожи / Г. М. Цветкова, В. В. Мордовцева, А. М. Вавилов, В. Н. Мордовцев. – М.: Медицина. – 2003. – С. 494.
3. Коляденко В. Г. Роль циркулюючих імунних комплексів в утворенні "хибного кола" патогенезу акантолітичної пухирчатки / В. Г. Коляденко, П. В. Федорич // Дерматологія. – № 1. – 2002. – С. 9-12.
4. Притуло О. А. Клетка Тцанка как клетка апоптоза / О. А. Притуло // Сборник работ научно-практической конференции «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии» Одесского Государственного медицинского университета. – 2003. – С.89-91.
5. Ягвдик Н. З. Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем и кожных болезней / Н. З. Ягвдик, Х. Х. Салах, И. Н. Белугина // Материалы IV съезда дерматологов и венерологов Республики Беларусь. – 2001. – Гомель-Минск. – С. 271-274.

Реферат

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Гасюк Н. В., Иваницкий И. А., Попович И. Ю.

Ключевые слова: пузырьчатка, акантолиз, распространенность, пузырь, эрозии.

В статье приведены результаты исследования распространенности акантолитической пузырьчатки у лиц Полтавского региона и оптимизации малоинвазивных методов диагностики данной нозологической единицы. Определена резкая тенденция к омоложению данного заболевания. Исходя из полученных результатов считаем целесообразным проводить трехкратное динамическое цитологическое наблюдение на этапе первичной диагностики. Ориентиром при характеристике клеточного состава должны быть явления акантолиза, дегенеративные изменения плазмолеммы и вакуолизация цитоплазмы эпителиальных клеток, которые являются промежуточным этапом дистрофических нарушений при формировании клеток Тцанка.

Summary

PREVALENCE OF ACANTHOLYTIC PEMPHIGUS AND SOME ASPECTS OF ITS DIAGNOSIS IN ROUTINE DENTAL PRACTICE

Gasyuk N. V., Ivanitskiy I. A., Popovich I. Yu.

Key words: acantholytic pemphigus, prevalence, blister erosion.

his article presents the results obtained by studying the prevalence of acantholytic pemphigus in the population of Poltava region and introducing minimally invasive methods for its diagnosis. Some atypical clinical forms in the manifestation of this disease, paraneoplastic pemphigus, herpetiformis symptoms require the most accurate laboratory diagnostic methods to verify the diagnosis. The immunofluorescence, histological, cytological methods of laboratory examination in most cases allow us to specify the diagnosis. However, they do not always provide the opportunity to distinguish between similar clinical manifestations of the disease, especially in the early stages of the pathological process when acantholytic cells which are the main cytological signs of the disease can not be seen on a Tzanck smear. The characteristic features of cystic lesions of round shape may be noticed on apparently intact oral mucosa and skin. Originally blisters are filled with clear liquid, which become yellow (lemon) in color in 2-3 days in, and then become turbid. In the early hours of blistering, they are more or less become strained, then flabby. Under the weight of fluid they become pear-shaped and quickly burst, exposing the erosion surface of the upper layers of the epithelium fragments tires blister - a positive symptom Nikolsky. In all patients with stage diagnosis by cytology was performed material taken from the elements of destruction. Further material treated according to the stages of production of cytological preparation.

Acantholytic cells are considered to be modified epidermal cells of prickly layer formed due to acantholysis and degeneration and possess morphological properties which differ from normal cells.

Morphological features of acantholytic cells are round or oval shape, autonomy in the distribution, smaller size compared to normal epithelial cells. These cells are characterized by sharp basophilic nucleus and cytoplasm, the nucleus in the presence of 2-3 large nucleoli and light - blue perinuclear zone. Cytoplasm evenly colored, on the periphery of the cell - concentration of color as intense blue rim - Zone dye concentration. Our studies show that acantholytic cells can form cells - Symplast containing multiple nuclei.

Method for determining acantholytic cells is simple and minimally invasive, but not accurate.

Therefore at the initial stage of diagnosis and in remission of the disease it is difficult to determine acantholytic cells. Nowadays this disease is often detected in young persons. We consider this may exceed three

times the dynamic cytological observations at the stage of primary diagnosis. Benchmark characterize the cellular composition should be acantholytic phenomena, plasmolemma, degenerative changes and vacuolation of the cytoplasm of epithelial cells, which is observed at the intermediate stage in the formation of degenerative disorders of Tzank cells.

УДК: 616.314.18-002:615

Геранін С. І.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЕНДОДОНТИЧНИХ ІРИГАНТІВ НА ЕТАПІ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

В статті приведені результати вивчення антибактеріальних властивостей іригантів під час ендодонтичного лікування пульпиту односеансним вітальним екстирпаційним методом. В результаті проведеного дослідження найбільш виражену антибактеріальну активність по відношенню до мікрофлори кореневих каналів визначено мають 2% розчину хлоргексидину та гемостатичного препарату «Алюмогель», що дає можливість рекомендувати їх в якості препаратів вибору.

Ключові слова: пульпа, пульпіт, іриганти, антисептики.

Запалення пульпи зуба у дорослого населення складає, в структурі стоматологічних захворювань, по зверненню 14,5-18,8% [9] і продовжує займати друге місце після неускладненого карієсу [11].

Трудомістке лікування пульпиту забирає значний обсяг робочого часу в щоденній діяльності лікаря-стоматолога. Клінічні прояви пульпиту характеризуються інтенсивним больовим синдромом, що приносить страждання пацієнтові, знижуючи якість його життя, є причиною втрати зубів, патології травного каналу [1].

Запалена пульпа – дієвий осередок хронічної інфекції в організмі людини [3], ефект якого час-то триває і після невдалої спроби лікування, пов'язаного з великим відсотком неякісно підготованих та obtурованих кореневих каналів. За даними деяких авторів [2, 4, 5] успішні результати обробки та obturaції системи кореневих каналів на масовому прийомі в поліклініці не перевищують 30%.

Значною мірою низька якість лікування пов'язана також із застосуванням застарілих методів діагностики, препарування та антисептичної обробки матеріалів, що в подальшому дає можливість активації мікрофлори і є причиною за апікальних запальних процесів [6,8,10].

Розробка науково обґрунтованих критеріїв вибору ендодонтичних [7] іригантів важлива ще й тому, що стоматологія є однією з багатьох галузей охорони здоров'я, в якій матеріальнотехнічне оснащення і рівень професіоналізму медичних кадрів, по суті, зумовлюють якість технології і результату.

У наявній літературі не міститься наукового обґрунтування застосування тих чи інших антисептичних засобів в якості саме ендодонтичних іригантів. Визначення та обґрунтування цих критеріїв – необхідна і актуальна задача для підвищення ефективності лікування захворювань пульпи зуба.

Матеріал та методи дослідження

Після видалення пульпи у 20 хворих з різними формами пульпиту в кореневий канал вносили стерильний паперовий штифт (пін) на 30 с. для адсорбції вмісту кореневого каналу. Пін поміщали в епіндорф з 1 мл стерильного фізіологічного розчину. Чутливість мікроорганізмів до дезінфікуючих та гемостатичних засобів визначали за стандартною методикою, відповідно до наказу МОЗ СРСР за №250 від 13.03.1975 р. «Про уніфікацію методів визначення чутливості мікроорганізмів до хіміотерапевтичних препаратів». Для дослідження брали 3% та 5,25% розчини гіпохлориту натрію, 0,5%, 1%, 2% розчини хлоргексидину, гемостатичні засоби «Алюмогель» та «Viscostat Clear».

Після забору матеріалу епіндорф ретельно збовтували протягом 10 с, засівали газом на поверхню чашок Петрі з цукровим агаром. Потім на суху поверхню середовища розміщували індикаторні диски, просочені відповідними розчинами дезінфікуючих та гемостатичних засобів. Чашки інкубували в термостаті протягом 24 год. при температурі 37°C. За умов обліку результатів вимірювали зони затримки росту мікроорганізмів навколо відповідних дисків з дезінфікуючими та гемостатичними речовинами, які чітко контрастували на тлі мікробного росту. Вимірювання зон затримки росту проводили за допомогою циркуля. При зонах затримки росту мікроорганізмів діаметром до 10 мм штами розцінювали як резистентні, від 10 мм до 25 мм – як малочутливі, від 25 мм – високочутливі [12].

Результати дослідження

Антибактеріальні властивості залежать від концентрації розчину та типу антисептичного засобу. Також виявлена певна антисептична дія гемостатичних препаратів.

Отримані нами результати мікробіологічних