

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОЛОГІЧНОГО СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

О.В.Ульянов

ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Вступ

Одним з частих захворювань слизової оболонки ротової порожнини (СО РП) є червоний плоский лишай (ЧПЛ), який характеризується хронічним рецидивуючим перебігом та різними формами [5, 7, 10]. ЧПЛ відноситься до поліетіологічних захворювань, в патогенезі якого розглядаються вплив нервово-психічного перенапруження та стану імунної системи людини [2, 6, 8, 9, 10]. Діагностика захворювань СО РП складається на аналізі клінічних та лабораторних даних. Цитологічний метод відбитків із уражених ділянок СО РП дає інформацію про її морфофункціональний стан і може бути підґрунтям для використання репаративних та протизапальних засобів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до основного плану науково-дослідних робіт ДЗ "Луганський державний медичний університет" за темою "Імунопатогенез червоного плоского лишая та методи раціональної імунокорекції і імунореабілітації" (№ держреєстрації 0110U005011).

Метою дослідження була оцінка стану слизової оболонки ротової порожнини у хворих на червоний плоский лишай в залежності від форми хвороби.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 49 хворих на ЧПЛ СО РП, з яких було 38 жінок (77,6%) та 11 чоловіків (22,4%). Вік хворих від 26 до 59 років (середній вік - 37,9±1,2 роки). За формою клінічного перебігу всі хворі розподілені з типовою формою (23 особи), з ексудативно-гіперемованою - 17 осіб, та ерозивно-виразкова - 9 осіб. Всі хворі обстежені в період рецидиву хвороби.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Для цитологічного дослідження у хворих на ЧПЛ брали відбитки з язикової поверхні нижньої щелепи в області зубоясенної борозди через 3-5 годин після чистки зубів за допомогою паперового штифту конусоподібної форми, який легко торкався в області зубоясенного з'єднання. Відбитки брали з 4-6 зубів, наносили на предметне скло по 3-4 відбитка в кожному квадранті скла та зафарбовували по Паппенгейму [1, 3, 11, 13]. Цитологічні препарати вивчали під мікроскопом при великому збільшенні за допомогою окуляру 10х та об'єктиву 90-100х. Підрахунок клітин проводили в двох основних популяціях клітин - епітеліальної та сполученої тканини. Брали 3-5-10 довільних полів зору, в кожному визначали загальну кількість епітеліальних клітин, підраховували клітини з ознаками патології та виводили показник до загального числа (базофілія цитоплазми, деструкція ядра, фагоцитуючі клітини). Підраховували абсолютну кількість клітин - лейкоцити, моноцити, лімфоцити, мононуклеари, які зберігали цитоплазму, голоядерні елементи, фібробласти і виводили середнє значення.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили стандартними методами варіаційної статистики медико-біологічного профілю за допомогою спеціальних програм [4].

Отримані результати та їх обговорення

Аналіз стану локальних факторів захисту у хворих на ЧПЛ в період загострення хвороби довів розвиток запальної реакції у СО РП - встановлено збільшення загальної кількості епітеліальних клітин в одному полі зору, зниження кількості клітин з ознаками ороговіння, поява фагоцитуючих клітин. Ступінь вираженості запальної реакції залежав від форми ЧПЛ (табл. 1).

У хворих з типовою формою ЧПЛ СО РП відмічалася збільшення клітин плоского епітелію у середньому 1,79 рази (при нормі $2,9 \pm 0,02$; $P < 0,05$), при формуванні ексудативно-гіперемованої форми хвороби їх вміст у відбитках зростає до $9,7 \pm 0,6$ у п/зору ($P < 0,05$). При більш тяжкій формі вміст клітин плоского епітелію був вище норми в 2,45 рази, однак нижче ніж у хворих з ексудативно-гіперемованою формою (в 1,37 рази; $P < 0,05$). В обстежених на ЧПЛ в цитограмі з'явилися клітини незміненого прошарку. Максимальний їх рівень

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

відмічався при розвитку бульозної та ерозивної форми ЧПЛ ($2,1 \pm 0,1$; $P < 0,05$). Фагоцитарна активність клітин епітелію в періоді загострення ЧПЛ збільшувалася.

Таблиця 1

Цитологічний склад епітелію ясен у хворих на ЧПЛ в періоді загострення ($M \pm m$)

Показники (од/л зору)	Норма (n=18)	Форми ЧПЛ		
		типова (n=23)	ексудативно-гіперерована (n=17)	бульозна (n=9)
Клітини плоского епітелію, в т.ч.	$2,9 \pm 0,02$	$5,2 \pm 0,5^*$	$9,7 \pm 0,6^*$	$7,1 \pm 0,5^*$
поверхневі:				
всмінені	0	$0,7 \pm 0,58$	$1,5 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,1$
ороговілі	$1,0 \pm 0,67$	$0,3 \pm 0,04$	$0,5 \pm 0,06$	$1,1 \pm 0,7$
з ознаками деструкції	$0,9 \pm 0,05$	$1,5 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,09$	$3,9 \pm 0,3^*$
проміжного прошарку	$0,4 \pm 0,04$	$1,5 \pm 0,08$	$2,7 \pm 0,03$	$2,2 \pm 0,1$
глибокого прошарку	$0,4 \pm 0,04$	$1,9 \pm 0,09^*$	$2,6 \pm 0,05^*$	$3,3 \pm 0,3^*$
проліферуючі	$0,2 \pm 0,02$	$1,6 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,09$	$0,8 \pm 0,2$
фагоцитуючі	0	$2,2 \pm 0,04$	$3,7 \pm 0,05$	$2,3 \pm 0,5$
вакуолізовані	0	$2,1 \pm 0,01$	$3,2 \pm 0,04$	$5,2 \pm 0,2$
епітелій ясен	0	$2,1 \pm 0,03$	$3,9 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,1$

Примітка: в табл. 1 та 2 вірогідність різниці розрахована між показником в групі хворих та нормою при $P < 0,05$ - *.

У хворих з типовою формою хвороби кількість фагоцитуючих клітин складала у середньому $2,2 \pm 0,04$ і при бульозній - $2,3 \pm 0,5$, при ексудативно-гіперерованій - $3,7 \pm 0,05$, тобто в 1,68 рази більше ($P < 0,01$). У препаратах-відбитках пацієнтів на ЧПЛ спостерігалось зниження загальної кількості ороговілих клітин незалежно від форми хвороби. Число ороговілих клітин при типовій формі хвороби складало у середньому $0,3 \pm 0,04$ (при нормі $1,0 \pm 0,67$; $P < 0,05$), при ексудативно-гіперерованій - $0,5 \pm 0,06$ клітин, тобто в 3,33 та 2,0 рази відповідно нижче норми ($P < 0,01$). Кількість ороговілих клітин у відбитках ясен пацієнтів з бульозною формою ЧПЛ залишалася в межах норми ($1,1 \pm 0,7$; $P > 0,05$). Водночас в періоді загострення ЧПЛ відмічалось збільшення клітин с деструктивними ознаками. Так, кількість ушкоджених клітин у хворих з типовою формою у цитограмах зростало помірно до $1,5 \pm 0,1$ (при

нормі $0,9 \pm 0,05$; $P > 0,05$), при ексудативно-гіперерованій - в 3,11 рази і при бульозній - в 4,33 рази стосовно норми ($P < 0,05$). При типовому перебігу ЧПЛ спостерігалось зростання проліферуючих клітин $1,6 \pm 0,1$ (при нормі $0,2 \pm 0,02$; $P < 0,05$), при ексудативно-гіперерованій - до $2,0 \pm 0,09$ ($P < 0,05$). У хворих з тяжким перебігом ЧПЛ (бульозна форма) число проліферуючих клітин була вище норми ($0,8 \pm 0,2$; $P < 0,05$), хоча і нижче ніж у пацієнтів з типовою та ексудативно-гіперерованою формами хвороби (табл. 1). Отримані дані свідчать про виснаження резервів неспецифічної резистентності організму хворих.

При ГП на тлі зниження клітин зменшення загальної кількості клітин плоского епітелію, з'являлися клітини ПК: при рідких загостреннях - $1,8 \pm 0,03$, а при частих - $0,16 \pm 0,01$ (табл. 1). При цьому число нормальних клітин поверхневого та глибоких прошарків значно збільшується, зростає кількість проліферуючих клітин із функціональною активністю. Ці дані показують посилення десквамації нормальних зрілих клітин, що супроводжує проліферативні процеси в епітелії.

Дослідження цитограм при ЧПЛ показало зростання загальної кількості лейкоцитів у відбитках не залежно від форми хвороби: типова - в 1,32 рази (при нормі $10,3 \pm 4,5$; $P > 0,1$), при ексудативно-гіперерованій - в 1,47 рази ($P < 0,05$), при бульозній - 1,35 рази ($P > 0,1$). Відмічалось помірне зниження рівня сегментоядерних лейкоцитів, при цьому даний показник у хворих з типовим перебігом ЧПЛ складав у середньому $4,6 \pm 0,9$ (при нормі $7,8 \pm 0,45$; $P > 0,1$), з ексудативно-гіперерованому - $3,9 \pm 0,8$ ($P < 0,05$) і при бульозному перебігу їх вміст був мінімальний ($1,7 \pm 0,5$; $P > 0,05$). У всіх хворих на ЧПЛ у препаратах-відбитках спостерігалось збільшення лімфоцитів у порівнянні зі здоровими особами. Так, при типовій формі їх вміст дорівнював $0,32 \pm 0,07$ (при нормі $0,14 \pm 0,04$; $P < 0,05$), при ексудативно-гіперерованій - $0,83 \pm 0,1$ ($P < 0,05$), а при бульозній кількість лімфоцитів не виходила за верхні межі норми ($0,19 \pm 0,08$; $P > 0,05$). У пацієнтів в період рецидиву ЧПЛ виявлялися моноцити еозинофіли, що свідчило про активацію хронічного запального процесу (табл. 2).

Таблиця 2

Лейкоцитограма відбитків ясен у хворих на ЧПЛ в період загострення ($M \pm m$)

Показники (од/п.зору)	Норма (n=18)	Форми ЧПЛ		
		типова (n=23)	ексудативно-гіперемована (n=17)	бульозна (n=9)
загальна кількість лейкоцитів	10,3±4,5	13,6±2,6	15,1±2,3*	13,9±1,2
сегментоядерні	7,8±0,45	4,6±0,9	3,9±0,8*	1,7±0,5*
моноцити	0	0,4±0,1	0,34±0,2	0,12±0,07
созинофіли	0	0,13±0,05	0,22±0,08	0,38±0,1
лімфоцити	0,14±0,04	0,32±0,07*	0,83±0,1*	0,19±0,1
фагоцитуючі	0	0,4±0,01	0,9±0,05	0,3±0,1

Отже, при ЧПЛ в період загострення зменшується кількість клітин з проявами ороговіння, що віддзеркалює недостатність захисної реакції епітелію ясен, а також виявляються функціонально активні епітеліальні клітини (фагоцити). Було відзначено наявність незмінених клітин поверхневого прошарку епітелію, що відображає послаблення міжклітинних контактів на СО РП. При найбільш тяжкій формі хвороби (бульзній) спостерігалось зниження кількості клітин плоского епітелію та зростання клітин з глибокого та проміжного прошарків СО. Отримані дані необхідно враховувати при лікуванні хворих на ЧПЛ.

Висновки

1. Запальний процес у слизовій оболонці ротової порожнини у хворих на червоний плоский лишай характеризувався збільшенням загальної кількості епітеліальних клітин, що свідчило про посилення десквамації епітелію у хворих. Зменшувалося число клітин з ознаками ороговіння, що відображає недостатність захисних реакцій епітелію, а також збільшувалося кількість функціонально активних (фагоцитуючих) клітин.

2. Під час рецидиву ЧПЛ спостерігалось зростання лейкоцитів у відбитках СО РП. Найбільша їх кількість була при ексудативно-гіперемованій формі хвороби, однак з обтяженням процесу (бульозна форма) число лейкоцитів зменшувалося.

3. При ЧПЛ при типовій та ексудативно-гіперемованій формах відмічалось зростання кількості лімфоцитів та проліферу-

ючих клітин. При бульзній формі ЧПЛ число клітин лейкоцитарного ряду була вище ніж у здорових осіб, але нижче ніж у хворих з більш легким перебігом хвороби.

4. Отримані результати необхідно враховувати при розробці нових методів лікування ЧПЛ із застосуванням імуноактивних препаратів.

Література

1. Бородий Н.В. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах / Н.В.Бородий // *Лаборат. діагностика*. - 2001. - №1. - С. 49-55.
2. Быков В.Л. Цитология и общая гистология (функциональная морфология клеток и тканей человека) / Быков В.Л. - СПб: СОТИС, 2000. - 147 с.
3. Имельбаева Э.А. Цитологический метод оценки состояния слизистой оболочки полости рта / Э.А.Имельбаева, Н.А.Васильева, А.Ж.Гильманов. - Уфа: БашГМУ, 2008. - 38 с.
4. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
5. Молочков В.А. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая / В.А.Молочков, А.А.Прокофьев, О.Э.Переверзева, М.А. Бобров // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. - 2011. - № 1. - С.30-36.
6. Новиков Д.К. Противовирусный иммунитет / Д.К.Новиков // *Имунопатология, аллергология, инфектология*. - 2002. - № 1. - С.5-14.
7. Рабинович О.Ф. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: аспекты клинической диагностики и современные подходы к лечению / О.Ф.Рабинович // *Клиническая стоматология*. - 1999. - № 1. - С. 34-37.
8. Свистунов І.В. Імунологічні показники у хворих на червоний плоский лишай: значення для діагностики, лікування та прогнозу / І.В.Свистунов // *Журн. дерматології та косметології ім. Н.А.Торсуєва*. - 2004. - № 1-2. - С. 62-66.

9. Святенко Т.В. Дослідження вмісту цитокінів у сироватці крові у групах хворих з різними формами червоного плоского лишая / Т.В.Святенко // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. - 2006. - № 2. - С. 25-28.

10. Святенко Т.В. Бульозна форма червоного плоского лишая: клініко-морфологічні паралелі / Т.В.Святенко // Морфологія. - 2007. - Т.1, № 2. - С. 70-74.

11. Силин Д.С. К вопросу состояния слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем / Д.С.Силин, А.И.Конопля, Е.В.Письменная // Человек и его здоровье. - 2010. - № 3. - С. 128-133.

12. Сергеев А.Ю. Иммунодерматология: иммунологические основы патогенеза главных воспалительных дерматозов человека / А.Ю.Сергеев, А.В.Караулов, Ю.В.Сергеев // Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2003. - № 3. - С. 10-22.

13. Хазанова В.В. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / В.В.Хазанова, И.М.Рабинович, Е.А. Земская // Стоматология. - 1996. - Т.75, № 2. - С. 26-28.

Резюме

Ульянов О.В. Характеристика цитологічного стану слизової оболонки у хворих на червоний плоский лишай.

Було виявлено, що запальний процес у слизовій оболонці ротової порожнини у хворих на червоний плоский лишай (ЧПЛ) призводить до збільшення загальної кількості епітеліальних клітин, що є свідченням про посилення десквамації епітелію. Зменшення числа клітин з ознаками ороговіння відображає недостатність захисних реакцій епітелію. Відмічено зростання лейкоцитів у відбитках слизової оболонки ротової порожнини під час рецидиву ЧПЛ. Найбільша їх кількість була при ексудативно-гіперемованій формі хвороби, однак з обтяженням процесу (бульозна форма) число лейкоцитів зменшувалося.

Ключові слова: червоний плоский лишай, цитологічний стан слизової оболонки ротової порожнини.

Резюме

Ульянов О.В. Характеристика цитологічного состояния слизистой оболочки у больных красным плоским лишаем.

Было выявлено, что воспалительный процесс в слизистой обо-

лочке ротовой полости у больных красным плоским лишаем (КПЛ) приводит к увеличению общего количества эпителиальных клеток, что является свидетельством об усилении десквамации эпителия. Уменьшение числа клеток с признаками ороговения отображает недостаточность защитных реакций эпителия. Отмечен рост лейкоцитов в отпечатках слизистой оболочки ротовой полости во время рецидива КПЛ. Наибольшее их количество было при эксудативно-гиперемической форме болезни, однако с утяжелением процесса (булезная форма) число лейкоцитов уменьшалось.

Ключевые слова: красный плоский лишай, цитологическое состояние слизистой оболочки ротовой полости.

Summary

Ulyanov A. V. Description of the citologique state of mucus shell in patients with red flat lichen.

It was discovered that an inflammatory process in the mucus shell of oral cavity for patients with red flat lichen (RFL) results in increase of general amount of epithelial cages which are teste about desquamation of epithelium. Diminishing of number of cages with the signs of cornification represents insufficiency of protective reactions of epithelium. Growth of leucocytes is marked in tracks of mucus shell of oral cavity during the relapse of REL. The their most was at the eksudative- hyperemia form of disease, however with the burden of process (bulese form) the number of leykocites diminished.

Key words: red flat lichen, the citologique state of mucus shell of oral cavity.

Рецензент: д. мед. н., проф. І.М. Романенко