

**Результаты цитоморфологических исследований у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом различной степени тяжести на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта**

**Ахадова П.Д., Сеидбеков О.С.\***

**\*e-mail: [ahadova.paryana@mail.ru](mailto:ahadova.paryana@mail.ru)**

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования  
Врачей имени А.Алиева, кафедра стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии, Баку, Азербайджан*

Цитоморфологические исследования слизистой оболочки полости рта позволяют выявить иммунные и воспалительные изменения у больных хронического рецидивирующего афтозного стоматита. С целью упрощения интерпретации и повышения информативности данного исследования нами проведён сравнительный анализ интегрального показателя цитограммы – индекса воспаления у больных различной степени тяжести. Обследовано 32 больных лёгкой степени и 20 больных со среднетяжёлой степенью хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта. Полученные данные позволили выявить цитологический критерий диагностики среднетяжёлой формы хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Значение индекса воспаления  $>1,26$  характеризует среднетяжёлую степень хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий афтозный стоматит, заболевания желудочно-кишечного тракта, цитоморфологические исследования.

Заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это объясняется морфофункциональным сходством слизистой оболочки полости рта и пищеварительного тракта [1-4].

Полость рта – вторичный резервуар и дополнительный источник реинфицирования организма *Helicobacter pylori* [5].

Проведённые исследования патологии желудочно-кишечного тракта показали, что изменения слизистой оболочки полости рта (СОПР) зависят от формы и длительности основного заболевания [6, 7]. Наиболее распространённой патологией СОПР при заболеваниях пищеварительной системы является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

[7]. Многие авторы отмечают, что при хроническом гастрите патологические изменения в полости рта проявляются рецидивирующим афтозным стоматитом [4, 5, 7].

При этом в период обострения язвенной болезни наблюдаются отёк СОПР, гиперемия и гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков языка, снижается вкусовая чувствительность к сладкому [3, 4].

У большинства больных ХРАС появляются единичные болезненные элементы – афты округлой или овальной формы диаметром от 0,1 до 0,8 мм, покрытые фибринозным налётом желтоватого цвета [2, 4, 5].

Одним из механизмов формирования афт является развитие местной аутоаллергической реакции: антитела могут по ошибке атаковать эпителиальные клетки СОПР из-за сходства со слизистой желудочно-кишечного тракта [8, 9].

Различают лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую форму ХРАС в зависимости от количества элементов поражения на СОПР и частоты повторов заболевания.

При лёгкой степени тяжести ХРАС определяется 1 или 2 афты и рецидивы отмечаются 1 раз в 2 года или реже, без образования рубцов; при среднетяжёлой степени тяжести ХРАС отмечаются 5-6 афт (размер 0,5-1 см), эпителизирующиеся в течение 7 дней без грубой деформации, а рецидивы заболевания до 2-х раз в год. При тяжёлой степени тяжести наблюдаются 7-8 афт эпителизирующиеся в течение 10-14 дней с последующим рубцеванием и деформацией слизистой до 3-4 раз в год [10].

Для правильного выбора методов и средств лечения ХРАС необходимо определить форму проявлений и тяжесть заболевания тканей СОПР. Для выполнения этих задач определённую роль играет цитологический метод исследования, который в настоящее время остаётся довольно перспективным. Цитологический метод нашел широкое применение в различных областях клинической медицины, в том числе и в стоматологии [11, 12].

При диагностике ХРАС следует учитывать степень тяжести заболевания для выбора комплекса мер, способных обеспечить адекватность и эффективность лечения.

Цитоморфологическая картина клеточных элементов при ХРАС характеризуется определёнными особенностями: цитологический состав мазков с поверхности афт представляли клетками малоизменённого эпителия и небольшим количеством лейкоцитов. По мере формирования язв эпителиоциты встречаются реже, а количество лейкоцитов с заметными дистрофическими изменениями резко возрастают [13].

**Цель работы** – провести цитологические исследования материала СОПР у больных ХРАС различной степени тяжести на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Материал и методы исследования.** Для цитологического исследования (после ополаскивания полости рта) стерильным тампоном брали соскоб с поверхности СОПР, а затем делали мазки на обезжиренном предметном стекле. Мазки фиксировали метанолом и окрашивали по Романовскому-Гимза. Обследовано 52 больных ХРАС на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта. Все пациенты находились на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Республиканской Клинической Больницы имени Академика М.А.Миркасимова. Обследование больных проводилось на фоне терапии основного соматического заболевания. Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от степени тяжести ХРАС: 1-ую группу (n=32) составили больные с лёгкой степенью тяжести ХРАС, в возрасте  $46,7 \pm 1,7$  (минимальный 21 год, максимальный 59 лет), из которых мужчин было 22 (68,7%), женщин 10 (31,3%). Во 2-ую группу (n=20) вошли больные со средней степенью тяжести ХРАС, в возрасте  $45,6 \pm 2,5$  (минимальный – 26 лет, максимальный – 60 лет), из которых мужчин было 13 (65%) и 7 женщин 7 (35%).

При цитологическом исследовании проводили обзорную микроскопию препаратов с окулятором x 10 объективом 100 увеличение 1000 раз проводят

подсчёт клеточных элементов. В мазках определялось наличие эритроцитов, бактерий, грибов. Элементы воспалительного ряда были представлены нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами. Степень функциональной активности нейтрофилов оценивались в тесте функциональной активности нейтрофилов (ФАН-1 и ФАН-2).

Статистическая обработка данных выполнялась с применением медицинских программных средств Microsoft Excel 2010 г. Полученный цифровой материал представлен в виде средней арифметической величины (M), ошибки средней величины (m). На основании критерия U (Вилкоксона-Манна-Уитни) между группами рассчитывали вероятность различий (p). Различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ , высокодостоверными при  $P \leq 0,01$  и недостоверными при  $p > 0,05$  Пирсона [14].

**Результаты исследований.** Как видно из представленных данных таблицы, основную массу клеточных элементов составляли нейтрофилы и лимфоциты. Уровень нейтрофилов с лёгкой степенью стоматита составил в среднем  $37,1 \pm 0,7\%$ , а при средней степени –  $39,7 \pm 0,5\%$  и разница была статистически достоверна ( $p < 0,05$ ). У больных лёгкой и среднетяжелой степенью афтозного стоматита выявлено значительное повышение лимфоцитов (в 1,4-1,5 раз) относительно данных у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ).

Таблица

Результаты цитологических исследований у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом различной степени тяжести (M±m)

Клетки, %	Практически Здоровые (n=10)	Все больные (n=52)	Лёгкая степень (n=32)	Среднетяжёлая степень (n=20)
Нейтрофилы	22,7±0,5	38,1±0,5	37,1±0,7	39,7±0,5 <sup>*^</sup>
Моноциты	6,3±0,4	9,6±0,2 <sup>*</sup>	9,9±0,3 <sup>*</sup>	9,2±0,3 <sup>*</sup>
Лимфоциты	15±0,5	21,7±0,3 <sup>*</sup>	22,1±0,4 <sup>*</sup>	20,9±0,4 <sup>*^</sup>
Эпителиальные клетки	41,7±1,1	15,2±0,8 <sup>*</sup>	15,4±1,1 <sup>*</sup>	14,8±1,1 <sup>*</sup>
ФАН-1	9,9±0,6	6,1±0,2 <sup>*</sup>	6,3±0,3 <sup>*</sup>	5,8±0,3 <sup>*</sup>
ФАН-2	4,4±0,4	9,4±0,3 <sup>*</sup>	9,1±0,3 <sup>*</sup>	10,0±0,4 <sup>*</sup>
ИВ (Индекс Воспаления)	0,91±0,03	1,22±0,01 <sup>*</sup>	1,16±0,01 <sup>*</sup>	1,31±0,01

Примечание; \* – статистическая достоверность различий относительно данных у практически здоровых ( $p < 0,05$ ); ^ – статистическая достоверность различий между лёгкой и среднетяжёлой степенью.

Также у больных лёгкой и среднетяжелой степенью ХРАС выявлено повышение уровня моноцитов (в 1,5-1,6 раз) относительно данных у здоровых ( $p < 0,05$ ). Перераспределение клеточного состава материала соскоба СОПР с одной стороны правилось повышением клеток воспалительного ряда (нейтрофилы, моноциты и лимфоциты), а с другой уменьшением количества эпителиальных клеток до  $15,4 \pm 1,1\%$  в группе с лёгкой степенью тяжести ХРАС и до  $14,8 \pm 1,1\%$  в группе со среднетяжёлой степенью тяжести ХРАС.

При цитологическом исследовании среди эпителиоцитов определялись клетки с вакуализацией цитоплазмы и ядер. Наряду с этим определялись эпителиальные клетки с явлениями кариопикноза и кариолизиса. Такие морфологические изменения обуславливают снижение защитных свойств эпителия СОПР.

При воспалительных заболеваниях СОПР фагоцитарная активность нейтрофилов может изменяться как в сторону активации (повышения), так и в сторону понижения. В наших исследованиях ФАН-1, показатель характеризующий функциональную активность нейтрофилов достоверно снижался до  $6,3 \pm 0,3\%$  при лёгкой степени тяжести и до  $5,8 \pm 0,3\%$  при среднетяжёлой степени. Наблюдалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. Показатель ФАН-2 в среднем при лёгкой степени ХРАС составил  $9,1 \pm 0,3$  и был статистически значимо выше в 2,1 раза данных у здоровых. В группе больных со среднетяжёлой степенью ХРАС показатель ФАН-2 в среднем составил  $10 \pm 0,4\%$  и был в 2,3 раза выше данных у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ) и в 1,1 раз выше данных с лёгкой степенью ХРАС ( $p > 0,05$ ).

На основании цитограмм и их процентному соотношению определялся индекс воспаления (ИВ) полученных с СОПР. У практически здоровых лиц ИВ составил  $0,91 \pm 0,03$ , у больных с легкой степенью ХРАС –  $1,16 \pm 0,01$ , что

было в 1,3 раза выше ( $p < 0,05$ ). В группе больных с легкой степенью ХРАС минимальное значение ИВ было – 0,87, максимальное – 1,2. У больных со средней степенью тяжести ХРАС в 1,4 раза выше ( $p < 0,05$ ). В группах больных со среднетяжёлой степенью ХРАС минимальное значение ИВ составило 1,28, максимальное 1,41. При значениях ИВ выше 1,26 определяется среднетяжёлая степень тяжести ХРАС.

Таким образом, нами выявлено, что в цитогамме материала соскоба СОПР у больных ХРАС увеличивается непителиальный компонент, преимущественно фракции нейтрофилов. У больных со средней степенью тяжести этот процесс выражен сильнее. Полученные результаты свидетельствуют о том, что степень тяжести ХРАС подтверждается цитоморфологическими исследованиями и выражается более высоким интегральным индексом воспаления (более 1,26).

#### **Выводы:**

1. С целью комплексной оценки состояния полости рта у больных ХРАС на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта рекомендуется проводить цитологическое исследование.

2. Изменения цитологической картины СОПР определяется при лёгкой и среднетяжёлой степени тяжести ХРАС.

3. Цитологическими критериями диагностики среднетяжёлой степени тяжести ХРАС может служить повышение индекса воспаления более 1,26.

#### **ЛИТЕРАТУРА – ƏDƏBİYYAT - REFERENCES**

1. Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Кулиева Л.Х. Оценка сенсбилизации организма к антигенам тонкого и толстого кишечника у больных язвенным стоматитом и сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. // Маэстро. – 2004 - №1, стр. 92-93.
2. Косюга С.Ю., Варванина С.Э. Особенности проявления *Helicobacter Pylori* на слизистой оболочке полости рта. // Современные проблемы науки и образования – 2015 - №1, с.
3. Трухан Д.И., Викторова И.А. // Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов. М.: Практическая медицина, 2012, 208 с.

4. Трухан Д.И., Голошубина В.В., Трухан Л.Ю. Изменения со стороны органов и тканей полости рта при гастроэнтерологических заболеваниях // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015 - №3 – стр. 88 – 91.
5. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта. // Терапевтический архив. – 2013 . Т.85. № 10. – стр. 116-118.
6. Зуфаров С.А. Электронно-микроскопическое исследование слизистой оболочки полости рта при язвенной болезни. // Основные стоматологические заболевания. 2003 - №5 - с. 45-48.
7. Оскольский Г.И., Непомнящих Л.М., Юркевич А.В. Взаимосвязь патологических проявлений в слизистой оболочке полости рта и заболеваний желудочно-кишечного тракта. // Дальневосточный мед. журнал, 2010 - №3. – с. 130-133.
8. Бабеня А.А. Особенности проявления стоматологической патологии у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (обзор литературы). // Журнал Инновации в Стоматологии, 2015; №2, с. 24-29
9. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Издательство, Медицинская литература, 2014; 224с.
10. Косюга С.Ю., Варванина С.Э., Клянина В.Ю. Повышение эффективности лечения рецидивирующего афтозного стоматита среднетяжёлой степени тяжести ассоциированного с *Helicobacter Pylori* // Современные проблемы науки и образования, 2018; №6. С. 30-33.
11. Алиев М.М., Ахмедова Л.М., Мамедова А.М., Исмаилов А.И. Цитоморфологические исследования в динамике лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта. // Институт Стоматологии, 2013; №4: с. 65-78.
12. Карвук И.Ю., Ладыжина Е.М., Новиков Д.К. Цитологическая оценка изменений слизистой оболочки полости рта у пациентов с ортодонтическими конструкциями. // Современная стоматология, 2017; №3: с.25-28
13. Азимбаев Н.М. Диагностика и методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы) // Наука, образование и культура. 2018, №8 (32), стр. 43-54
14. Трухачёва Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета statistic: М.: ГЭОТАР. Медиа, 2012; 384с.

## XÜLASƏ

### **Mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri fonunda xroniki residivləşən aftoz stomatitlə olan xəstələrdə sitomorfoloji tədqiqatların nəticələri**

**Əhədova P.C., Seyidbəyov O.S.**

*Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,  
Stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Ağız boşluğunun sitomorfoloji tədqiqatları xroniki residivləşən aftoz stomatiti olan xəstələrdə immun və iltihabi dəyişikləri aşkar edilməsinə imkan yaradır. Həmin tədqiqatın təfsirini yüngülləşdirmək və məlumat məzmununu artırmaq məqsədilə bizim tərəfimizdən sitogram göstəricisinin – müxtəlif ağırlıq dərəcədə olan xəstələrdə iltihab indeksi müqayisə analizi aparılmışdır. Mədə-bağırsaq trakt xəstəlikləri fonunda 32 xəstə xroniki residivləşən aftoz stomatitin yüngül dərəcə və 20 xəstə orta ağır dərəcəsi ilə müayinə olunmuşdur. Alınmış nəticələr xroniki residivləşən aftoz stomatitin orta ağır dərəcəsi olan diaqnostikanın sitoloji

meyarını aşkar etmək imkan yaratdılar. İltihab indeksin dəyəri 1,26 – dan artıqdırsa, bu xroniki residivləşən aftoz stomatitin orta ağır dərəcəsini xarakterizə edir.

**Açar sözlər:** xroniki təkrarlanan aft stomatit, mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri, sitomorfoloji tədqiqatlar.

## SUMMARY

### **The results of sitomorfolology researches among the patients with chronic recurrent aphthous stomatitis of varying severity on the gastrointestinal tract diseases fone**

**Ahadova P.J., Seyidbayov O.S.**

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors' named after A.Aliyev, chair of stomatology and maxilla-facial surgery, Baku, Azerbaijan*

Sitomorfology researches of oral mucosa allow to reveal immune and inflammatory changes among the patients with chronic recurrent aphthous stomatitis. With the purpose of simplification and rising the informativeness this disease we conducted compared analysis of cytogram integral indicator – inflammatory index among the patients with varying degrees of severity. On the gastrointestinal tract diseases fone were checked-up 32 patients with mild and 20 patients with moderate degree of chronic recurrent aphthous stomatitis. Obtained data allow us to reveal cytological diagnostic criterion of moderate form chronic recurrent aphthous stomatitis. The inflammation index value more 1,26 characterizes moderate degree of chronic recurrent aphthous stomatitis.

**Keywords:** chronic recurrent aphthous stomatitis, diseases of the gastrointestinal tract, cytomorphological researches.

*Redaksiyaya daxil olub: 05.06.2020*

*Çapa tövsiyə olunub: 24.06.2020*

*Rəyçi: t.ü.e.d. M.M.Əliyev*