

К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ПОЛОСТИ РТА

Матсопоев Д.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Новообразования полости рта - одна из актуальных проблем онкостоматологии. По данным разных источников карциномы полости рта составляют от 2% до 5% от общего числа всех злокачественных новообразований. При этом опухоли данной локализации имеют особо агрессивное течение, характеризуются быстрым поражением регионарных лимфатических узлов, склонностью к частому рецидивированию. Термин «рак полости рта» охватывает все злокачественные новообразования, которые могут возникнуть в ротовой полости и в 90-95% случаев цитологически представлены плоскоклеточным раком с преимущественно лимфогенным метастазированием. Выполнено множество исследований по изучению этиологии рака полости рта, при этом особое внимание уделено экзогенным и эндогенным канцерогенным факторам. Всемирная Федерация Стоматологов (FDI) признает рак полости рта одним из главных врагов здоровья человечества и связывает рост патологии с популяризацией курения, ростом употребления алкоголя, жеванием бетеля, рекламой нетрадиционных сексуальных отношений, приводящих к вирусному (в первую очередь HPV) поражению слизистых контактным путем. При клиническом обследовании ротовой полости важными являются сбор анамнеза, осмотр и пальпация заинтересованного участка и зон регионарного метастазирования. Исследования показывают, что рак на слизистой чаще возникает в нижней части ротовой полости, на вентральном и боковом участках языка, на мягком небе; т. е. в малодоступных для рутинного визуального осмотра участках. Несмотря на значительный прогресс в методах диагностики опухолей, основной причиной обращения пациента к врачу, как сообщают многие источники, является боль в области возникшего образования. Известно, что начальные стадии карцином полости рта в 50% случаев протекают бессимптомно, в результате чего уже при первом обращении больного к врачу часто констатируется 2-3 стадия болезни. В целом, поздние стадии карцином полости рта при самом современном лечении имеют неудовлетворительный прогноз, а потому важно выявить патологию на самых ранних стадиях болезни, желательно на стадии предрака. Ранняя диагностика предраковых состояний и сегодня сопряжена с определенными сложностями. Просматривая отчеты онкологических клиник и диспансеров, предрак, как диагноз, в реестре заболеваний (диагнозов) практически не встречается. Анализ цитологического материала объясняет это сложно улавливаемыми различиями между злокачественными и предраковыми клетками, и такая точка зрения, не без основания, поддерживается экспертами ВОЗ. В онкологии принимается допущение, по которому, мягко говоря, диагностика новообразования не всегда является достоверной и в таких случаях предпочтение отдается злокачественному диагнозу. Однако в онкологии широко известно словосочетание «рак без предрака не бывает». Как показали наши клинические наблюдения, предраковое состояние следует рассматривать сравнительно благоприятным этапом для

хирургического вмешательства с большими гарантиями на безрецидивный исход и выздоровление. Тем не менее, устранив причину, вызвавшую предрак, далеко не всегда удастся остановить рост и малигнизацию. Определенные успехи в этом направлении за последние десятилетия сделаны в области онкогинекологии. Используя скрининговый подход, методом цитологического анализа выявляется направленность количественных и качественных изменений в дифференцировке эпителиальных клеток. Цитологическое исследование процессов дифференцировки эпителиоцитов и характера экспрессии цитокератинов с учетом регионарной специфики эпителия для отдельных участков полости рта, имеет определенное диагностическое значение. Нарушение этих процессов является признаком патологических изменений и чаще всего свидетельствует о начинающемся опухолевом росте.

Цель исследования: повысить достоверность цитологической диагностики при новообразованиях полости рта. Материалы получены на базе клиник ТГСИ и Ташкентского областного онкологического диспансера.

Постоянная регенерация эпителия слизистой оболочки полости рта обеспечивает его защитную функцию благодаря постоянной замене и удалению «отработанных» клеток наружного слоя. Толщина эпителиального пласта в разных участках варьирует. Около 50% всей площади полости рта выстлано ороговевающим эпителием, 30% - неороговевающим и около 20% приходится на долю зубов. Склонность к ороговению обнаруживается в отделах, испытывающих повышенную механическую нагрузку: в эпителии твердого нёба, десен. Неороговевающий эпителий характерен для выстилающей слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, на верхней поверхности языка. Эпителиальные клетки (кератиноциты) в норме образуют кератин в поверхностных слоях многослойного ороговевающего эпителия. Однако при различных экстремальных состояниях - при механическом, химическом воздействии, чрезмерном травмировании слизистой оболочки рта, кератин может появляться и в неороговевающем эпителии.

В многослойном плоском неороговевающем эпителии различают 4 слоя клеток: базальные, парабазальные, промежуточные (шиповатые) и поверхностные (слой плоских клеток).

Базальный слой представлен призматическими или кубическими клетками, располагающимися на базальной мембране и представлен, как правило, одним слоем. В базальном слое локализуются стволовые эпителиальные клетки, способные к митотическому делению. За счет вновь образованных клеток, вступающих в дифференцировку, происходит смена эпителиоцитов вышележащих слоев эпителия.

Промежуточный слой формирует основную массу многослойного плоского неороговевающего эпителия. Он состоит из 4-10 слоев шиповатых

клеток (к старости количество слоев снижается) округлой или полигональной формы, теряющих способность к митозу.

Поверхностный слой образован плоскими клетками, которые замещаются в процессе дифференцировки и клеточного обновления. Созревание клеток сопровождается их миграцией к поверхности эпителиального пласта. Пласты неороговевающего эпителия в полости рта часто значительно толще, чем ороговевающего (см. рисунок ниже - стрелкой указано направление дифференцировки клеток: базальные*- шиповатые плоские

Многослойный плоский неороговевающий эпителий
(большое увеличение)

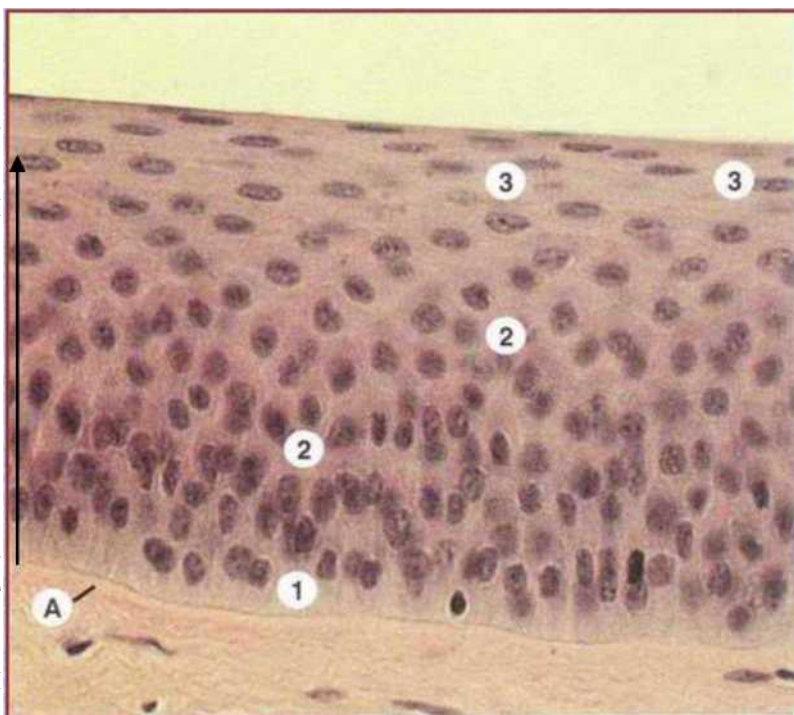
А — базальная мембрана эпителия

Слои многослойного плоского неороговевающего эпителия:

1 — базальный слой; клетки только этого слоя связаны с базальной мембраной, а их ядра расположены перпендикулярно к данной мембране;

2 — шиповатый слой: клетки неправильной многоугольной формы с округлыми ядрами. Межклеточные контакты — в основном, десмосомы, которые похожи на шипики, обращенные друг к другу;

3 — слой плоских клеток (самый



поверхностный). Ядра клеток — палочковидной формы и ориентированы параллельно поверхности эпителия.

Клетки двух последних слоев расположены фактически в несколько слоев.

Все, приведенные выше сведения по дифференцировке многослойного плоского эпителия полости рта в норме, необходимы для грамотной трактовки и постановки достоверного заключения при описании цитологических препаратов с подозрением на карциному полости рта. В препарате могут присутствовать 3 вида клеток: парабазальные, промежуточные (шиповатые) и поверхностные (плоские). Однако количественное соотношение названных клеток на единицу площади препарата (подсчет ведется в 5-7 участках препарата) может свидетельствовать о напряжении механизма дифференцировки эпителиальных клеток. Так, появление в препарате большого количества промежуточных и, особенно, парабазальных клеток, будет свидетельствовать о нарушении процесса дифференцировки и истощении регенеративной способности базального слоя.

Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Екатеринбург

2019г. Пердраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.

Список литературы:

1. Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. *Stomatologiya*, 1(2(79)), 24–28. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1128>

2. Рахматуллаева, О., Шомуродов, К., Хаджиметов, А., Хасанов, Ш., & Фозилов, М. (2020). Оценка функционального состояния эндотелия у больных вирусным гепатитом перед удалением зуба. in *Library*, 20(4), 429–432. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13980>

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОВИЗИОГРАФА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Азимов А.М. Мизомов Л.С. Омонов А.И

Ташкентский государственный стоматологический институт

Mizomov.lazizbek@mail.ru

Актуальность работы. Несмотря на значительные успехи стоматологии, число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к уменьшению. За последние 10 лет в Республике Узбекистан число воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов возросло на 7-8%. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают довольно большой удельный вес и составляют около 25-30% всех стоматологических заболеваний. В абсолютном большинстве случаев (90-96%) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстнолицевой области является одонтогенная инфекция.

Увеличение числа и осложнений заболеваний, требует совершенствование методов диагностики. В связи с изменением типичной картины

одонтогенных воспалительных заболеваний и их динамичным развитием завершающихся тяжелыми осложнениями существенное значение приобретает ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания. Важно не только определить форму болезни, но и точно установить локализацию, распространенность инфекционно-воспалительного процесса, состояние окружающих тканей и, ориентируясь на это, планировать дифференцированное лечение с учетом прогноза заболевания.

В условиях стоматологической поликлиники стоматолог лишен возможности элементарного лабораторного обследования. Для таких заболеваний как периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти характерно появление одних и тех же признаков, таких как боль в зубе, челюсти, припухлость мягких тканей, подвижность зубов, повышение температуры тела, нарушение сна, потеря аппетита и др. отличаются они только количественными и качественными характеристиками.

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость термовизиографического исследования при воспалительных заболеваниях