

**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА****М.С.Ковалева****PATHOMORPHOLOGICAL STUDY
AND ITS ROLE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ORAL DISEASES****M.S.Kovaleva***Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, guterfreund@mail.ru*

Полноценное обследование стоматологического больного необходимо для точной диагностики и правильно выбранной тактики лечения заболевания, но оно имеет определенные трудности. Болезни органов полости рта разнообразны по этиологии, диапазону, природе возникающих проблем. Некоторые заболевания органов полости рта имеют идентичные первичные признаки. Эти причины создают проблемы диагностики. Диагностика заболеваний тканей органов полости рта основана главным образом на истории болезни пациентов (динамика, тип признаков, модулирующие факторы и сопровождающие признаки), а также на систематическом клиническом осмотре. Проблема полной и всеобъемлющей диагностики пациентов с патологическими состояниями полости рта до сих пор очень актуальна. Необходимо создать четкие алгоритмы обследования пациентов с патологическими изменениями в тканях полости рта, чтобы найти однозначный подход к диагностике и лечению. Зачастую невыполнение протоколов обследования стоматологического больного вызывает у практикующих врачей трудности в дифференцировании тех или иных состояний полости рта, имеющих схожую симптоматику и клинические проявления. Раннее обнаружение измененного эпителия слизистых оболочек полости рта может помочь в своевременной диагностике процессов малигнизации и проведении необходимого вмешательства. Изменения в строении, структуре, форме клеток тканей органов полости рта — один из признаков развития рака, который может быть обнаружен на внутриклеточном уровне с помощью патоморфологического исследования с применением электронной микроскопии с высоким разрешением. Для определения выраженности патологических изменений в тканях исследуемых биоптатов использовались методы окрашивания гематоксилин-эозином с целью более точного анализа структуры клеточных элементов лимфоцитов, митоза клеток, а также оценивались состояние и реакция сосудов соединительной ткани. На примере биоптатов с выраженным гиперкератозом и акантозом, с формированием больших слоев кератина наблюдалась деструкция десмосомальных соединений клеток шиповатого слоя с видимой внутриклеточной вакуолярной дистрофией, а также эозинофильные парануклеарные и перинуклеарные уплотнения, что помогло дифференцировать вульгарную пузырчатку. Цитологические изменения, включающие дискератоз, паракератоз, гиперкератоз, повышенное содержание гранулоцитов, кариорексис, пикноз, вместе с увеличением общего числа лимфатических клеток обнаруживались с помощью иммуноцитохимического анализа биоптатов, что помогло дифференцировать развитие солидного очага плазмцитомы в костной ткани.

Ключевые слова: *заболевания тканей полости рта, пародонтоз, методы клинического и лабораторного исследования*

Для цитирования: Ковалева М.С. Патоморфологическое исследование и его роль в дифференциальной диагностике заболеваний органов полости рта // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2022. №1(126). С.62-69. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).62-69](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).62-69)

A full examination of a dental patient is necessary for accurate diagnosis and the right tactics for treating the disease, but it has certain difficulties. Diseases of oral tissues are diverse in etiology, range, nature of the problems that arise. Some oral diseases have identical preliminary symptoms. These causes create diagnostic problems. Diagnosis of oral tissue diseases is based mainly on the patient's medical history (disease course, type of symptoms, modulating factors, and accompanying symptoms) and a systematic clinical examination. The problem of a complete and comprehensive diagnosis of patients with pathological conditions of the oral cavity is still very relevant. It is necessary to create clear algorithms for examining patients with pathological changes in the tissues of the oral cavity to find a clear approach to diagnosis and treatment. Often, non-compliance with the protocols for examining a dental patient causes difficulties for practitioners in differentiating certain conditions of the oral cavity that have similar symptoms and clinical manifestations. Early detection of altered epithelium of the mucous membranes of the oral cavity can help in the timely diagnosis of malignancy processes and the necessary medical intervention. Changes in the structure, composition, and shape of oral tissue cells are one of the signs of cancer development, which can be detected at the intracellular level using pathomorphological examination with high-resolution electron microscopy. When determining the severity of pathological changes in the tissues of the studied biopsy specimens, hematoxylin-eosin staining procedures were carried out to more accurately analyze the structure of the cell elements of lymphocytes, cell mitosis; and the state and reaction of the connective tissue vessels were also assessed. On the example of biopsy specimens with severe hyperkeratosis and acanthosis, with the formation of large layers of keratin, the destruction of desmosomal connections of spinous layer cells with visible intracellular vacuolar dystrophy, as well as eosinophilic paranuclear and perinuclear

densities was observed, which helped to differentiate pemphigus vulgaris. Cytological changes, including dyskeratosis, parakeratosis, hyperkeratosis, increased granulocyte count, karyorrhexis, pyknosis, together with an increase in the total number of lymphatic cells, were detected using immunocytochemical analysis of the biopsy specimens, which helped to differentiate the development of dense lesion of plasmacytoma in bone tissue.

Keywords: oral tissue diseases, parodontosis, clinical and labor examination methods

For citation: Kovaleva M.S. Pathomorphological study and its role in differential diagnostics of oral diseases // Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences. 2022. №1(126). P.62-69. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1\(126\).62-69](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.1(126).62-69)

Введение

Несмотря на современное оснащение стоматологических клиник, отделений и кабинетов, у практикующих врачей-стоматологов зачастую возникают проблемы с диагностикой патологически измененных тканей органов полости рта. Связано это с тем, что многие патологические состояния схожи в клинических проявлениях, а общепринятый классификатор болезней МКБ-10 не несет в себе уточняющих моментов, позволяющих идентифицировать редко встречающиеся и малоизученные заболевания. Сложившийся на сегодняшний день принцип диагностики заболеваний тканей полости рта представляет собой ряд примитивных и доступных для осуществления в условиях амбулаторного приема тестов и заключается в оценке состояния слизистых оболочек полости рта, десен, уровня снижения прикрепления периодонтальной связки к корню зуба, наличия над- и поддесневых назубных отложений, уровня резорбции альвеолярного отростка по рентгенограмме. Кроме того, диагностирование заболеваний тканей полости рта осуществляется на основании данных анамнеза, осмотра, пародонтальных индексов. В свою очередь, ряд пародонтальных индексов, предлагаемых для оценки состояния пародонта, не стандартизован, поэтому мнение о них целого ряда авторов различное, а на практике врачи-стоматологи проявляют к ним обоснованное сдержанное отношение. К тому же диагностике мало помогает оценка гигиенического состояния полости рта и степени тяжести уже развившегося патологического процесса. Цель диагностического процесса — не столько обнаружение болезни, сколько выявление вполне определенного заболевания, приведшего к видимым изменениям в тканях органов полости рта. Немаловажную роль в процессе обследования состояния тканей полости рта играет дифференцирование диагностических признаков, зачастую схожих в своих клинических проявлениях и симптоматике. Если рассматривать, например, только воспалительно-дистрофические изменения в тканях пародонта, то вполне достаточно ограничиться стандартными и оправдывающими себя методами обследования, которые позволяют легко дифференцировать эти состояния пародонта между собой.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы обеспечить полноту и точность дифференциальной диагностики патологических состояний, тем самым облегчить выбор тактики и алгоритма лечения.

Диагностика — это всегда алгоритм, эффективность которого зависит от качества информации как исходной, так и вторичной, поступающей в виде обратной связи, т. е. диагностического процесса.

Первое требование к алгоритму — четкость структуры. Первая структурная единица диагностического алгоритма — *жалобы больного*. Они объективизируются с помощью второй информационной единицы диагностического алгоритма — *анамнеза*. *Осмотр* — первая проверка версии диагноза. Верификация диагноза — это параклинические исследования и здесь успех зависит от *четкого плана обследования*.

Особенности обследования больных с патологией тканей полости:

- 1) трудность выявления причины заболевания и его патогенеза на всех стадиях развития заболевания;
- 2) болезни пародонта — термин собирательный, объединяющий большую группу различных по этиологии и патогенезу поражений пародонта;
- 3) тесная связь патологии органов полости рта с общесоматической патологией;
- 4) врач-стоматолог на амбулаторном приеме ограничен во времени;
- 5) отсутствие должного оснащения стоматологических кабинетов, клиник, как следствие — ограничена возможность в полной мере провести дополнительные лабораторные и инструментальные обследования состояния пародонта;
- 6) необходимость взаимодействовать с терапевтами, ортопедами, ортодонтами;
- 7) длительный неуклонно прогрессирующий характер заболеваний пародонта;
- 8) необходимость применения большого количества различных индексных показателей и других дополнительных методов исследования.

При дифференциальной диагностике болезней органов полости рта необходимо также учитывать заболевания крови, наличие социально опасных заболеваний (сифилис, туберкулез и пр.). В настоящее время известно много дополнительных объективных методов исследования больных с патологией тканей полости рта, большое место среди них занимают функциональные методы. Тем не менее, следует помнить, что с помощью электроодонтометрии, полярографии и прочих методов инструментального исследования невозможно дифференцировать нозологические формы болезни, а можно лишь определить состояние одного из патогенетических звеньев заболевания. Например, многочисленные индексы, используемые при диагностике болезней пародонта, как уже было выше сказано, не позволяют объективно охарактеризовать гигиеническое состояние полости рта, степень воспалительного процесса в десне, состояние периферических сосудов в тканях пародонта, изменения в костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Динамика подобных показателей необходима, в основном, при работе со страховыми полисами ДМС и ОМС.

К примеру, общность таких проявлений, как гиперкератоз на участках многослойного плоского неороговевающего эпителия, встречающегося при различных заболеваниях и, поражающего одинаковые отделы, нетипичные для локализации при определенной патологии, или же пролиферативные изменения в тканях пародонта, не характеризующие проявления классифицированных болезней, влечет за собой проблемы с выбором тактики предполагаемого лечения и прогноза течения того или иного заболевания [1]. Поэтому помимо обязательных, общепринятых методов диагностики, по мнению многих специалистов, очень важным и решающим в процессе дифференцирования является метод патоморфологического исследования биоптатов [2].

Материалы и методы

В большинстве случаев заболевания органов полости рта тесно связаны с различной и многогранной патологией внутренних органов и систем, поэтому больные нуждаются во всестороннем обследовании, как клиническом, так и лабораторном. Лабораторные исследования могут потребоваться как для установления и подтверждения диагноза, так и для определения прогноза и контроля за течением болезни и эффективности лечения. Эти исследования, как правило, проводятся при расстройствах кроветворения, инфекциях, опухолях, аллергических состояниях и иммунопатиях. Материалом для лабораторных исследований могут быть различные биологические жидкости: кровь (цельная, плазма, лейкоциты и эритроциты), слюна, ротовая жидкость, десневая жидкость, отделяемое зубо-десневого кармана, а также ткани (десна, грануляционная ткань), полученные путем иссечения, соскоба, пункции и т.д.

1. Аллергологические тесты играют важную роль в оценке состояния больного. Чаще применяют аппликационные методики. Результаты учитывают через 10-20 минут (реакции немедленного типа), 24, 48 и 72 часа (реакции замедленного типа).

2. Биохимические исследования позволяют оценить коллагенолитическую активность десневой жидкости, интенсивность распада костной ткани, содержание глюкозы в крови, уровень щелочной фосфатазы и т.д.

3. Иммунологические исследования включают определение количества лимфоцитов и функциональной активности звеньев иммунной системы (иммунограмма).

4. Пародонтальные индексы, которые подразделяются на обратимые (ПМА, Рассела, CPITN и др.), основанные на таких признаках, как воспаление, кровоточивость, подвижность зубов, отражающие динамику патологического процесса и эффективность лечения, и на необратимые (сложные) — рентгенологический индекс, индекс атрофии десны, индекс Кетчке, Рамфьорда, позволяющие получить данные о резорбции костной ткани альвеолярного отростка.

5. Панорамная рентгенография, альвеолярного отростка, челюстей — основной метод рентге-

нологического исследования, важнейший способ оценки состояния костной ткани при пародонтите, пародонтозе, идиопатических заболеваниях пародонта. Для характеристики патологических изменений при анализе рентгенограммы принимают во внимание: расширение периодонтальной щели, остеопороз межальвеолярной перегородки (при котором имеет место уменьшение количества костных балочек в единице объема), остеосклероз, деструкцию кортикальной пластинки альвеолы, вертикальную и горизонтальную резорбцию альвеолярного отростка.

При обследовании больных с патологией органов полости рта необходимо помнить, что простое, формальное сочетание (или суммирование) внешних проявлений болезни не может привести к правильному диагнозу.

В условиях амбулаторного приема нами было обследовано и проведено лечение, в том числе хирургическое, 350 пациентов в возрасте 35-60 лет с различной патологией тканей полости рта. Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Патоморфологическое исследование полученных биоптатов выполнялось в гистологической лаборатории Новгородского областного онкологического диспансера. Проводилось дифференцирование диагнозов со схожими клиническими проявлениями на тканях полости рта. Забор материала выполнял врач-стоматолог-хирург под местным инфильтрационным обезболиванием 4%-м р-ром Убистезина (3M ESPE), после предварительной антисептической обработки полости рта 0,05%-м р-ром хлоргексидина биглюконата. Биоптаты фиксировались в 10%-м растворе формалина и отправлялись на гистологическое исследование. В лаборатории препараты готовились с использованием реактивов и материалов фирмы «Биовитрум» (Россия), окрашивание гематоксилин-эозином. В ряде случаев исследование дополнялось иммуногистохимическим анализом биоптатов с помощью маркеров фирмы «Dako» (Швеция). Микрофотографии выполнены с помощью оптики «Zeiss» с различными видами увеличения.

Литературный обзор

При изучении источников литературы, освещающих патологические состояния тканей пародонта и органов полости рта в целом, можно найти только общие описания симптомов и клинических проявлений того или иного заболевания. Как изложено в учебной литературе, дифференциальная диагностика хронического, катарального и гипертрофического (отечной формы) гингивитов связана с некоторой общностью клинической картины: больные жалуются на кровоточивость десен, изменения внешнего вида десневого края. Обычно пролиферативному процессу, характерному для гипертрофического гингивита, предшествует катаральное воспаление, поэтому на одной челюсти можно наблю-

дать явления катаральной гингивита, а на другой — гипертрофического [3]. Отличительные признаки подразумевают наличие у обследуемых пациентов разных общесоматических заболеваний, вызывающих гингивиты: при катаральном гингивите чаще сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, инфекционные болезни, заболевания крови (лимфо- и миелолейкозы) [4]. При гипертрофическом гингивите — эндокринная патология, прием некоторых медикаментозных препаратов, а также заболевания крови (лейкемический ретикулез) [5]. Соответственно, и клиническая картина будет разная: отек и гиперемия межзубных сосочков и десневого края — при катаральном гингивите; увеличение десневых сосочков, выраженная деформация десневого края, цианоз, образование ложных зубодесневых карманов — при гипертрофическом гингивите.

Дифференциальная диагностика язвенно-некротического гингивита и генерализованного пародонтита в стадии обострения связана с общностью некоторых симптомов: в обоих случаях страдает общее состояние больного, появляются признаки интоксикации, выражен болевой синдром. При этих двух патологиях определяется отечность и гиперемия десневого края, утраченная фестончатость десны, болезненная пальпация, плохое гигиеническое состояние полости рта (большое количество мягкого зубного налета и твердых зубных отложений), галитоз. Резкая кровоточивость при травме десневого края, при пальпации — гноеечение. Отличительные признаки: при язвенно-некротическом гингивите на десневом крае отмечается некротический налет, усеченность десневых сосочков. Удаление налета резко болезненно и сопровождается выраженной кровоточивостью. При пародонтите в стадии обострения определяются карманы с гнойным содержимым, может быть абсцедирование, сглаженность переходной складки, выбухание, флюктуация при пальпации, возможно образование свища. При рентгенологическом обследовании в случае пародонтита на рентгенограмме выявляется резорбция костной ткани смешанного типа, в участках обострения — вертикальная резорбция с образованием лакун. Глубина костных карманов зависит от степени тяжести пародонтита. При язвенно-некротическом гингивите изменений в костной структуре не определяется.

Дифференциальная диагностика хронических (катарального и гипертрофического) гингивитов и хронического генерализованного пародонтита легкой степени. Общими в клинической картине этих заболеваний являются жалобы больных на кровоточивость десен, отек и гиперемия десневого края, наличие мягкого и твердого зубного налета, пародонтальные индексы ИГ и РМА больше нормы, проба Шиллера—Писарева — положительная [6]. Отличительные признаки заключаются в том, что при пародонтите определяются зубодесневые карманы до 4 мм и резорбция костной ткани межальвеолярной перегородки до 1/3 длины. Следует помнить, что функцио-

нальные методы обследования — реопародонтография и полярография пр., не являются значимыми в дифференциальной диагностике.

Дифференциальная диагностика локализованного гипертрофического гингивита и эпюлиса. Общими признаками для этих заболеваний является пролиферация десны на небольшом участке в области 1-2 зубов. Отличительные признаки — форма опухоли (листьевидная или грибовидная), ее окраска (мясо-красная, с буроватым или синюшным оттенком), изменение в костной ткани — разрежение у места ножки эпюлиса, наличие периодонтальных изменений в области причинного зуба. Эпюлис зачастую имеет пародонтально-периодонтальную клинику.

Дифференциальная диагностика пародонтита, острого или обострившегося хронического пародонтита. Пародонтит — самостоятельная нозологическая единица болезней пародонта, при котором воспалительно-деструктивные процессы затрагивают все ткани пародонтального комплекса [7]. Данная диагностика исходит из общности некоторых симптомов: ухудшение общего состояния больного, болезненность зуба или групп зубов (при приеме пищи, сжатии челюстей), гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка, инфильтрат, зачастую абсцесс, сообщающийся с карманом, с преобладанием анаэробной микрофлоры и простейших [8,9]. Отличительные признаки: при пародонтитах абсцессы периодически появляются на разных участках, они единичны и следуют один за другим с интервалом 5-7 дней, локализуются в области прикрепленной десны, не сообщаются с пародонтальным карманом, часто вскрываются свищевым ходом, на рентгеновских снимках определяется резорбция костной ткани альвеолярных отростков с преобладанием вертикальных костных карманов [10].

Дифференциальная диагностика хронического генерализованного пародонтита и парадонтоза, осложненного воспалением, определяется общностью некоторых симптомов: гиперемией и отеком десневого края, наличием зубодесневых карманов, мягким налетом, над- и поддесневым зубным камнем, иногда — отделяемым из карманов, подвижностью зубов. Отличительные признаки: при парадонтозе, осложненном воспалением, определяются участки ретракции десневого края с отсутствием пародонтальных карманов, имеются клиновидные дефекты; рентгенологически определяется смешанный тип резорбции, чередование участков остеосклероза с участками остеопароза.

Дифференциальная диагностика хронических локализованных пародонтитов и десмодонтоза первой стадии основана на некоторых общих симптомах: смещение 1-2 зубов, появление диастемы, трем, наличие пародонтальных карманов, вертикальная резорбция костной ткани [11]. Отличительные признаки при десмодонтозе: отсутствие местной причины заболевания, отсутствие воспаления мягких тканей пародонта, поражения симметричны с излюбленной локализацией в области первых резцов и моляров.

Дифференциальная диагностика хронического генерализованного пародонтита и эозинофильной гранулемы основана на общности некоторых симптомов — подвижности одного-двух премоляров, двух-трех моляров, кровоточивости десен, наличии патологических пародонтальных карманов [12]. Отличительные признаки: при эозинофильной гранулеме отсутствует местная причина, пародонтальные карманы без гнойного отделяемого, быстрое течение процесса в 1,5-2 месяца, на рентгенограммах в костной ткани очаги резорбции четкой овальной или округлой формы (1-4 мм) с локализацией в области верхушек корней, в области угла нижней челюсти или восходящей ветви [9]. Диагностические признаки, по мнению Bosshardt D.D., Schroeder H.E [13], определяющие степень тяжести парадонтоза, основаны на выраженности атрофии альвеолярных отростков челюстей и патологической подвижности зубов.

Дифференциальная диагностика парадонтоза и инволютивных процессов пародонта основана на некоторых общих признаках: ретракции десневого края, подвижности зубов, резорбции костной ткани. Отличительные инволютивные признаки: у пожилых людей наблюдается неравномерная ретракция десневого края и подвижность зубов разной степени, патологическая стираемость зубов разной степени выраженности, отсутствие очагового и диффузного остеопороза в альвеолярном отростке челюстей на рентгенограмме [9]. При дифференциальной диагностике болезней пародонта необходимо также учитывать заболевания крови, наличие социально опасных заболеваний (сифилис, туберкулез и пр.).

В настоящее время известно много дополнительных объективных методов исследования больных с патологией пародонта, большое место среди них занимают функциональные методы. Тем не менее, следует помнить, что с помощью электроодонтометрии (ЭОМ), полярографии и прочих методов инструментального исследования невозможно дифференцировать нозологические формы болезней пародонта, а можно лишь определить состояние одного из патогенетических звеньев заболевания.

Многочисленные индексы, используемые при болезнях пародонта, как уже было выше сказано, не позволяют объективно охарактеризовать гигиеническое состояние полости рта, степень воспалительного процесса в десне, состояние периферических сосудов в тканях пародонта, изменения в костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Динамика подобных показателей необходима, в основном, при работе со страховыми полисами ДМС и ОМС.

Проблемы при дифференциальной диагностике опухолеподобных заболеваний пародонта у практикующих пародонтологов связаны с необходимостью гистологического подтверждения присутствия в тканях пародонта опухолевых клеток. Для этих целей необходимо уже на начальных этапах обследования пародонтологического больного

производить забор видоизмененных тканей и отправлять их в гистологические лаборатории, патологоанатомические отделения муниципальных учреждений, что представляет собой дополнительные трудности в работе отдельных стоматологических клиник, отделений и кабинетов.

Результаты

На примере данных препаратов можно увидеть, что визуально одинаково оцениваемые очаги поражения (гиперкератоз) имеют разную патоморфологическую картину.

Пациентка Б. (38 лет). Обратилась с жалобами на появление белого, не снимающегося налета на слизистой оболочке щек и боковой поверхности языка. При осмотре выявились очаги гиперкератоза на неизменной слизистой оболочке (рис.1,2).

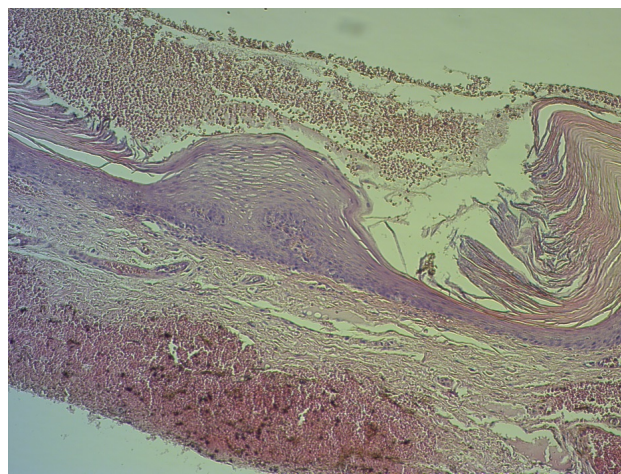


Рис.1. Пациентка Б., 38 лет. Гиперкератоз при простой лейкоплакии. Ув. ×100; окраска гематоксилин-эозином

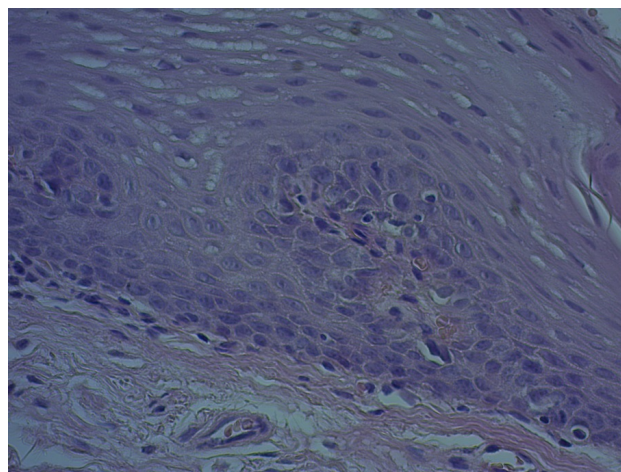


Рис.2. Пациентка Б., 38 лет. Лейкоплакия. Участки ороговения на МПНЭ без нарушения целостности базального слоя клеток. Ув. ×400, окраска гематоксилин-эозином

Пациентка Н. (41 г.) была направлена из другого ЛПУ с диагнозом «десквамативный гингивит». Из анамнеза: длительно существующие участки гиперкератоза с периодически образующимися на поверхности слизистой оболочки полости рта язвами,

длительно незаживающими, локализующиеся преимущественно на прикрепленной части слизистой оболочки десны (рис.3,4).

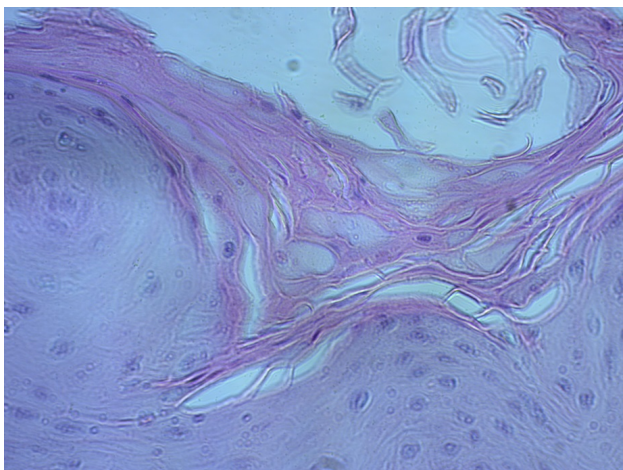


Рис.3. Пациентка Н., 41 год. Акантолиз. Акантолитические клетки Тцанка. $\times 400$; окраска гематоксилин-эозином

В данном случае с целью подтверждения диагноза была выполнена дополнительно иммуногистохимия.

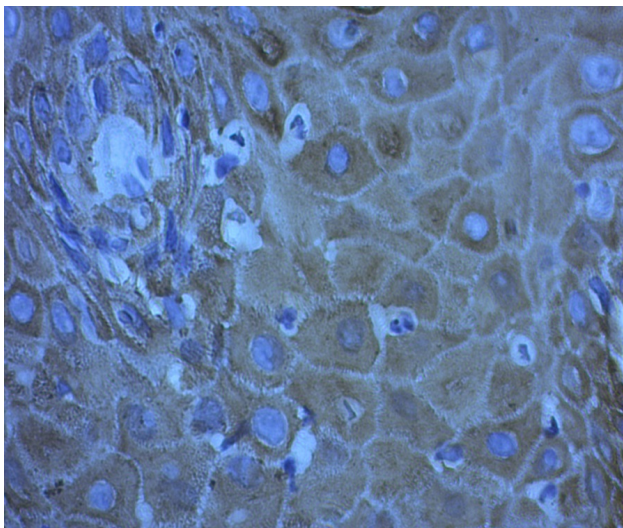


Рис.4. Пациентка Н., 41 год. Акантолиз в шиповатом слое. Разрушение десмосом. Увеличение $\times 630$, окраска гематоксилин-эозином

На примере следующих микрофотографий демонстрируется дифференциация пролиферативных изменений в тканях пародонта. Все три пациента обратились с жалобами на изменение внешнего вида десны, кровоточивость, болезненность при приеме пищи. При визуальном осмотре было выявлено изменение цвета (цианоз) и формы десны в виде деструктивно-воспалительных, пролиферативных поражений тканей пародонта (рисунки 5-10).

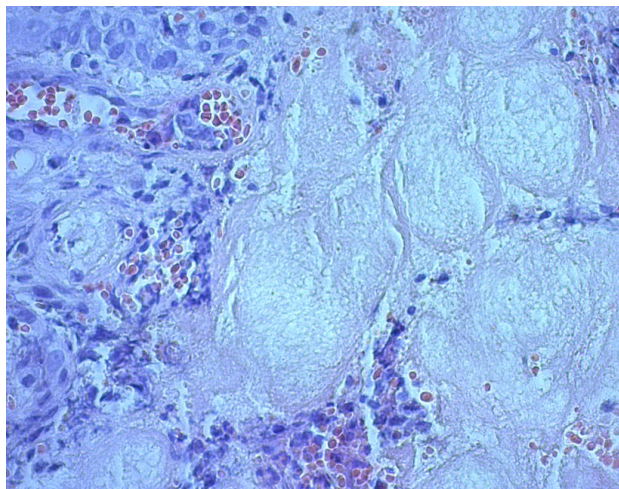


Рис.5. Пациент Б., 44 года. Патоморфологическая картина хронического пародонтита. Лейкоцитарная инфильтрация, разрушение эндотелия сосудов, диапедез эритроцитов, разрушение коллагена, образование муцина. Увеличение $\times 400$

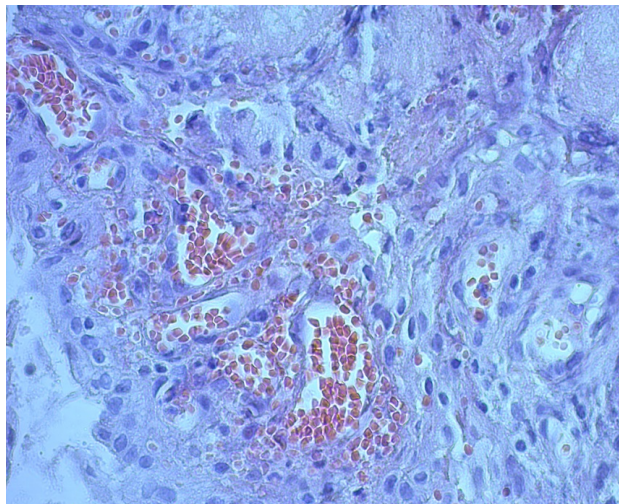


Рис.6. Пациент Б., 44 г. Хронический пародонтит. Стаз, сланижирование эритроцитов, разрушенный эндотелий сосудов. Ув. $\times 400$

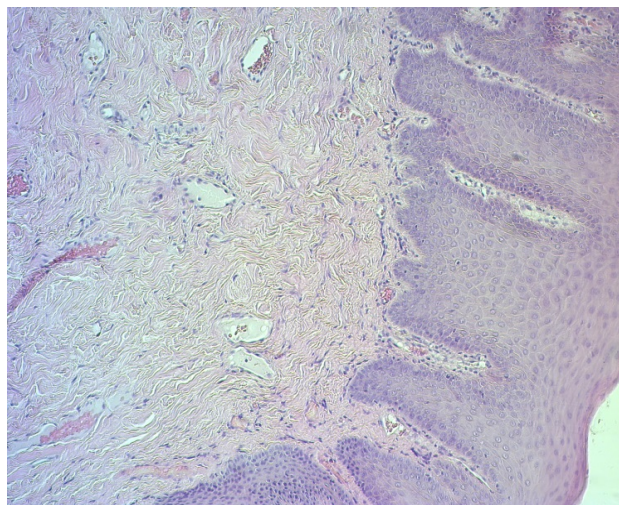


Рис.7. Пациентка. Т.Г., 58 л. Фиброматоз десен. Увеличение $\times 100$

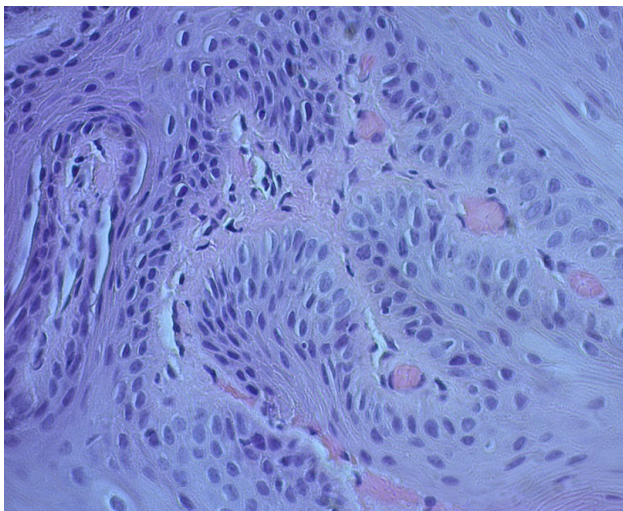


Рис.8. Пациентка Т.Г., 58 л. Фиброматоз. Вращение тяжей эпителиальных клеток. Ув. ×400

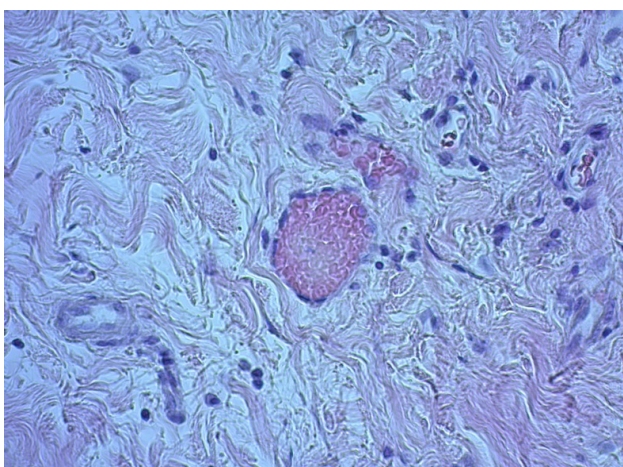


Рис.9. Пациентка Т.Г., 58 л. Фиброма. Дезориентация коллагеновых волокон. Образование грубой волокнистой соединительной ткани. Тромбостаз. Ув. ×400

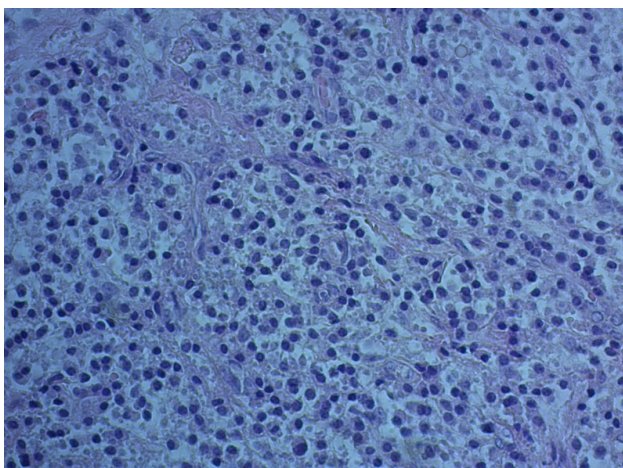


Рис.10. Пациентка Т.О., 52 г. Плазмоцитома. Наличие выраженной инфильтрации плазматическими клетками. Ув. ×200

Обсуждение

В связи с тем, что идентичность первичных и вторичных элементов поражения органов и тканей

при различных заболеваниях, а также нехарактерность течения некоторых воспалительных и воспалительно-дистрофических проявлений в тканях органов полости рта вызывают у некоторых практикующих специалистов затруднения в постановке диагноза. Вместо клинического диагноза они описывают всего лишь его клинический симптом, например десквамативный гингивит. Нам приходилось сталкиваться с пациентами, имеющими предварительный диагноз, не являющийся самостоятельной нозологической единицей и не имеющий уточнения в утвержденном классификаторе болезней. Вместе с тем, важен тот факт, что многие патологические состояния полости рта являются частью какого-либо симптомокомплекса, зачастую не имеющего описания в литературе, предназначенной для практикующих врачей-стоматологов. Описание этих явлений можно встретить в источниках литературы посвященных, например, диагностике кожных заболеваний, но мало кто из врачей-стоматологов имеет возможность, а порой и просто желание тратить время на изучение медицинской литературы смежных специальностей.

Что касается дифференцирования опухолей и опухолеподобных заболеваний полости рта и пародонта, то традиционно применяемых методов диагностики недостаточно. Стоит отметить и тот факт, что в условиях амбулаторного приема современных стоматологических клиник, помимо вышеперечисленных методов диагностики заболеваний пародонта и тканей органов полости рта в целом, отсутствуют возможности выполнения дополнительных лабораторных методов исследования, в том числе и гистологического исследования биоптатов, полученных в результате резективных способов лечения патологии пародонта. Именно поэтому необходимо более детально сформулировать алгоритмы обследования стоматологических пациентов в условиях амбулаторного приема.

Заключение

В процессе изучения гитологических препаратов появилась возможность оценить характер и степень патологического процесса в тканях исследуемых образцов, что позволило дифференцировать заболевания и поставить точный диагноз, как результат — выбрать правильную тактику лечения пациента, что, в свою очередь, позволит спрогнозировать результат и исход лечения.

Необходимость проводить дополнительные лабораторные методы исследования хирургического операционного материала, полученного на амбулаторном стоматологическом приеме, позволяет осуществлять максимально точную диагностику заболеваний, в том числе и онкологических, что является очень важным моментом в плане ранней диагностики и лечения, так как зачастую первичные элементы поражения, как в случае с плазмоцитомой, локализируются в тканях полости рта (спангиозной части костей лицевого скелета).

Благодарности

Авторы статьи выражают благодарность заведующей патологоанатомическим отделением Новгородского областного клинического онкологического диспансера С.Л.Присяжнюк, врачу-офтальмологу 2-й городской клинической больницы Санкт-Петербурга А.В.Антоновой за помощь в подготовке материала для статьи.

1. Gabrić D., Vrdoljak D.V., Boras V.V. Response to letter Re: Extensive oral mucosal hyperkeratosis caused by over-the-counter long lasting snoring relief agent // *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016. Vol.54(6). P.711-712. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.04.012>
2. Bosshardt D.D., Schroeder H.E. Initial formation of cellular intrinsic fiber cementum in developing human teeth. A light- and electronmicroscopic study // *Cell Tissue Res.* 1992. Vol.267(2). P.321-335. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00302971>
3. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. М.: МЕДпрессинформ, 2002. 192 с.
4. Куракина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000. 162 с.
5. Matela A.M., Hagström J., Ruokonen H. Lichen sclerosis of the oral mucosa: clinical and histopathological findings. Review of the literature and a case report // *Acta Odontol Scand.* 2018. Vol.76(5). P.364-373. DOI: <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1463452>
6. Цепов Л.М., Морозов В.Г., Николаев А.И. Клинико-лабораторная диагностика заболеваний пародонта: Справочно-методическое пособие. Смоленск: Изд-во СГМА, 1995. 80 с.
7. Faggion C.M. Jr., Listl S., Giannakopoulos N.N. The methodological quality of systematic reviews of animal studies in dentistry // *Vet J.* 2012. Vol.192(2). P.140-147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2011.08.006>
8. Mizuki H., Abe R., Kogi S., Mikami T. Immunohistochemical detection of *Mycoplasma salivarium* in oral lichen planus tissue // *J Oral Pathol Med.* 2017. Vol.46(8). P.649-656. DOI: <https://doi.org/10.1111/jop.12568>
9. Sawant S., Dongre H., Kanojia D. et al. Role of electron microscopy in early detection of altered epithelium during experimental oral carcinogenesis // *Microsc Microanal.* 2019. Vol.25(6). P.1367-1375. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1431927619000229>
10. Schroeder H.E. Biological problems of regenerative cementogenesis: synthesis and attachment of collagenous matrices on growing and established root surfaces // *International Review of Cytology.* 1992. Vol.142. P.1-59. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0074-7696\(08\)62074-4](https://doi.org/10.1016/s0074-7696(08)62074-4)
11. Witteveen M.E., Flores I.L., Karssemakers L.H., Bloemena E. Odontogenic keratocysts located in the buccal mucosa: A description of two cases and review of the literature // *SAGE Open Med Case Rep.* 2019. Vol.7. P.1-4. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050313X19849828>
12. Sharma S., Chandra S., Gupta S., Srivastava S. Heterogeneous conceptualization of etiopathogenesis: Oral pyogenic granuloma // *Natl J Maxillofac Surg.* 2019. Vol.10(1). P.3-7. DOI: https://doi.org/10.4103/njms.NJMS_55_18

13. Bosshardt D.D., Schroeder H.E. Initiation of acellular extrinsic fiber cementum on human teeth. A light- and electron-microscopic study // *Cell Tissue Res.* 1991. Vol.263(2). P.311-324. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00318773>

References

1. Gabrić D., Vrdoljak D.V., Boras V.V. Response to letter Re: Extensive oral mucosal hyperkeratosis caused by over-the-counter long lasting snoring relief agent. *Br J Oral Maxillofac Surg.*, 2016, vol. 54(6), pp. 711-712. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.04.012
2. Bosshardt D.D., Schroeder H.E. Initial formation of cellular intrinsic fiber cementum in developing human teeth. A light- and electronmicroscopic study. *Cell Tissue Res.*, 1992, vol. 267(2), pp. 321-335. doi: 10.1007/BF00302971
3. Tsepov L.M., Nikolaev A.I. Diagnostika i lecheniye zabolevaniy parodonta [Diagnostics and treatment of periodontal diseases]. Moscow, MEDpress inform Publ., 2002. 192 p.
4. Kurakina N.V., Kuteпова T.F. Zabolevaniya parodonta [Periodontal diseases]. Moscow, Medical book Publ.; N.Novgorod, NGMA Publ., 2000. 162 p.
5. Matela AM, Hagström J, Ruokonen H. Lichen sclerosis of the oral mucosa: clinical and histopathological findings. Review of the literature and a case report. *Acta Odontol Scand*, 2018, vol. 76(5), pp. 364-373. doi: 10.1080/00016357.2018.1463452
6. Tsepov L.M., Morozov V.G., Nikolaev A.I. Kliniko-laboratornaya diagnostika zabolevaniy parodonta: Spravochno-metodicheskoye posobiye [Clinical and laboratory diagnostics of periodontal diseases: A reference manual]. Smolensk, SSMA Publ., 1995. 80 p.
7. Faggion CM Jr, Listl S, Giannakopoulos NN. The methodological quality of systematic reviews of animal studies in dentistry. *Vet J*, 2012, vol. 192(2), pp. 140-147. doi: 10.1016/j.tvjl.2011.08.006
8. Mizuki H, Abe R, Kogi S, Mikami T. Immunohistochemical detection of *Mycoplasma salivarium* in oral lichen planus tissue. *J Oral Pathol Med.*, 2017, vol. 46(8), pp. 649-656. doi: 10.1111/jop.12568
9. Sawant S, Dongre H, Kanojia D, Jamghare S, Borges A, Vaidya M. Role of electron microscopy in early detection of altered epithelium during experimental oral carcinogenesis. *Microsc. Microanal.*, 2019, vol. 25(6), pp. 1367-1375. doi: 10.1017/S1431927619000229
10. Schroeder HE. Biological problems of regenerative cementogenesis: synthesis and attachment of collagenous matrices on growing and established root surfaces. *International Review of Cytology*, 1992, vol. 142, pp. 1-59. doi: 10.1016/s0074-7696(08)62074-4
11. Witteveen ME, Flores IL, Karssemakers LH, Bloemena E. Odontogenic keratocysts located in the buccal mucosa: A description of two cases and review of the literature. *SAGE Open Med Case Rep.*, 2019, vol. 7, pp. 1-4. doi: 10.1177/2050313X19849828
12. Sharma S, Chandra S, Gupta S, Srivastava S. Heterogeneous conceptualization of etiopathogenesis: Oral pyogenic granuloma. *Natl J Maxillofac Surg.*, 2019, vol. 10(1), pp. 3-7. doi: 10.4103/njms.NJMS_55_18
13. Bosshardt DD, Schroeder HE. Initiation of acellular extrinsic fiber cementum on human teeth. A light- and electron-microscopic study. *Cell Tissue Res.*, 1991, vol. 263(2), pp. 311-324. doi: 10.1007/BF00318773.