



УДК 616.311-003.87-07

## Особенности диагностики кератозов слизистой оболочки рта в поликлинических условиях

**Л.П. ГЕРАСИМОВА, Т.С. ЧЕМИКОСОВА, М.Н. ВИЛЬДАНОВ, М.Ф. КАБИРОВА, А.А. ГОЛУБЬ**Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа  
ООО «Добрый день», г. Уфа**Герасимова Лариса Павловна**доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой  
терапевтической стоматологии с курсом ИПО  
450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3  
тел. 8-917-405-57-77, e-mail: gerasimovalarisa@rambler.ru

*В статье представлены результаты обследования 17 человек с типичной формой плоского лишая и 10 человек с плоской формой лейкоплакии. Дана характеристика основным и дополнительным диагностическим методам обследования. Получены данные по комплексной диагностике кератозов в условиях стоматологической поликлиники.*

**Ключевые слова:** кератозы, диагностика, гальваноз.

## Diagnostic features of keratosis of mouth mucos membrane in polyclinic conditions

**L.P. GERASIMOVA, T.S. CHEMIKOSOVA, M.N. VILDANOV, M.F. KABIROVA, A.A. GOLUB**Bashkir State Medical University, Ufa  
Dobry Den LLC, Ufa

*The article presents research results of 17 men with a typical form of lichen planus and 10 men with a flat form of leukokeratosis. Characteristics of the primary and secondary diagnostic examination technics is given. Data of complex keratosis diagnostics are received under the conditions of dental care.*

**Key words:** keratosis, diagnosis, galvanoz.**Актуальность**

Трудность диагностики заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) обусловлена многообразием нозологических форм, неясностью этиологии и патогенеза и значительной схожестью клинических проявлений. Среди всех заболеваний СОР патологические процессы, связанные с нарушением ороговения, встречаются у 13,5±1,67% больных [1]. Кератоз в полости рта может быть проявлением многих заболеваний СОР, и вопрос проведения дифференциальной диагностики важен для последующего лечения. Наиболее часто проявления кератоза наблюдаются при красном плоском лишае, лейкоплакии, красной волчанке, гальванозе полости рта [2, 3]. При этом совершенно недостаточно опираться в диагностике на наличие элементов дископорита на слизистой оболочке, необходимо использовать различные методики, подтверждающие те или иные патологические процессы на слизистой оболочке. Наряду с общепринятыми диагностическими методиками в последние годы используется микроядерный тест для оценки генотоксичности лекарственных препаратов, степени стабильности генома, мутабельности факторов окружающей среды [4] и исследование системой «Визилайт» Плюс [5].

Гальваноз — распространенная патология, вызванная электрохимическими процессами между разнородными металлами зубных протезов в полости рта, являющаяся пусковым механизмом развития ряда заболеваний СОР [6]. Клиническая

картина гальваноза разнообразна и представляет трудности для врачей-стоматологов при проведении дифференциальной диагностики, так как жалобы больных часто похожи на признаки некоторых общих заболеваний, таких как гастрит, холецистит, язвенная болезнь, неврастения, стомалгия [7].

Многие методики диагностики кератозов в условиях стоматологических поликлиник не применяются из-за трудоемкости и высокой стоимости, поэтому актуальна разработка алгоритма диагностики кератозов, применяемых в поликлинических условиях, тем более что кератозы относятся к факультативным предракам и имеют тенденцию к озлокачествлению.

**Целью** данного исследования явилось совершенствование диагностики кератозов слизистой оболочки рта.

**Материалы и методы исследования**

Для решения поставленной цели было проведено обследование 27 человек (женщин) в возрасте 45-54 года с диагнозом, установленным после выполнения основных и дополнительных методов и дифференциальной диагностики. С плоским лишаем (типичная форма) было 17 человек, с лейкоплакией (плоская форма) — 10 человек. У всех обследуемых пациентов оценивали жалобы, состояние СОР, а также определяли локализацию очагов кератоза. Размеры (площадь) поражения кератоза измеряли у каждого пациента, рассчитывали, используя фотоаппарат и компьютер по предложенной нами методике, а также выводили средние значения площади очагов

**Таблица 1.**  
**Локализация и площадь очагов кератоза на слизистой оболочке (см<sup>2</sup>)**

Плоский лишай		Лейкоплакия	
Ретромолярные участки (n=10)	Сочетание — ретромолярная область + дорзальная поверхность языка (n=7)	Слизистая в углах рта (n=4)	Слизистая щек в переднем отделе (n=6)
2,89±0,03	0,45±0,02	0,34±0,01	5,27±0,11

кератоза. Полученные данные обрабатывались в программе Microsoft Excel. Люминесцентная диагностика проводилась в затемненном помещении с помощью кварцевой лампы с фильтром Вуда. Исследуемую поверхность освещали на расстоянии 20–30 см, при этом фиксировали характер свечения у каждого пациента. Свечение ярко-голубым цветом свидетельствовало о лейкоплакии; при плоском лишае имело место беловато-желтое свечение.

Биопотенциал полости рта измеряли у пациентов с наличием металлических мостовидных протезов из разнородных металлов микроамперметром, используя электроды собственной конструкции (активный и пассивный электроды не оказывают сопротивления, пропускают микротоки). Отсутствие гальваноза в полости рта на шкале определяется как «0». Концентрацию водородных ионов (pH ротовой жидкости) определяли электронным pH-метром.

Всем пациентам проводился анализ на наличие псевдомонии гриба *Candida albicans* в полости рта. Проводилось также исследование системой «ВизиЛайтПлюс» (Vizilite® Plus): пациенты ополаскивали рот специальным раствором «ВизиЛайтПлюс», СОР слегка подсушивалась воздухом. Анализировалось состояние слизистой оболочки под светом фонарика в специальных очках, входящих в систему «ВизиЛайтПлюс» [5].

#### Результаты и обсуждение

Пятнадцать исследуемых пациентов предъявляли жалобы на наличие изменений цвета слизистой оболочки, появление шероховатости на отдельных ее участках. В анамнезе длительность заболевания менее одного года. Двенадцать человек не предъявляли жалоб, изменения на слизистой оболочке выявлены у них врачами-стоматологами при обращении по поводу лечения зубов. Визуально у всех пациентов наблюдалось изменение цвета слизистой оболочки в ретромолярной области, переднем отделе щек, на слизистой в углах рта, спинке языка. Причем при поражении ретромолярной области слизистой оболочки выявлялись участки как с кружевным рисунком, так и в виде сплошных ленточных линий. На слизистой оболочке в углах рта и переднем отделе слизистой оболочки определить визуально тип кератоза было невозможно. При люминесцент-

ной диагностике выявлены различные виды свечения очагов поражений кератоза в лучах Вуда, что позволило диагностировать у 17 человек красный плоский лишай и у 10 человек лейкоплакию. У 9 человек с плоским лишаем обнаружен на поверхности кератозного рисунка на слизистой оболочке псевдомонии гриба *Candida albicans*, что важно для проведения курса лечения. Большое значение для последующего контроля при проведении лечения имеет величина площади поражения, поэтому фиксация размера кератоза в день обращения позволит отслеживать эффективность лечебных мероприятий. При измерении площадей поражения были получены следующие результаты: площадь ретромолярных участков при плоском лишае была 2,89±0,03 см<sup>2</sup>, сочетание поражений в ретромолярной области и на дорзальной поверхности языка — 0,45±0,02 см<sup>2</sup>; площадь поражений слизистой оболочки в углах рта при лейкоплакии составила в среднем 0,34±0,01 см<sup>2</sup>, поражения на слизистой оболочке в переднем отделе щек — 5,27±0,11 см<sup>2</sup> (табл. 1).

При осмотре СОР наблюдались явления гиперкератоза десен в области мостовидных протезов на нижней челюсти у 9 человек с гальванозом, на верхней челюсти — у 4 человек, гипертрофия листовидных сосочков выявлена у 11 человек, а уровень биопотенциала колебался от 10,5 до 24 мкА. pH ротовой жидкости с выявленным гальванозом полости рта был сдвинут в кислую сторону (5,44±0,07).

Тест «ВизиЛайтПлюс» показал отсутствие атипизма клеток в полости рта — не наблюдалось участков флуоресцентного свечения у всех больных.

Таким образом, сочетанное применение вышеперечисленных методов позволяет оптимизировать диагностику кератозов; выявить сопутствующую патологию в виде кандидоза, измерить площади поражений, определить pH и биопотенциал полости рта, показать наличие или отсутствие атипизма клеток, что имеет большое значение в диагностике онкологических заболеваний. Все использованные нами методы диагностики достаточно информативны, их можно проводить в условиях стоматологических поликлиниках, они не требуют больших экономических затрат, малоинвазивны, безопасны для пациентов, просты и эффективны.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. // Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон. — М., 2001. — С. 319 с.
- Арунов Т.И., Вавилова Т.П., Гожая Л.Д. Исследование слюны у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта, пользующихся металлическими зубными протезами // Вестник КРСУ, 2010. № 4. — С. 52-55.
- Чемикосова Т.С., Голубь А.А., Буляков Р.Т., Гуляева О.А. Роль измерения биопотенциалов в полости рта в клинике стоматологии. — Материалы 8-й международной научно-практической конференции. — Прага, 2012. — Educationandscience. — С. 30-32.

- Юрченко В.В., Подольная М.А., Ингель Ф.И. и др. Микроядерный тест на буккальных эпителиоцитах // Полиорганный микроядерный тест в экологическом исследовании / под ред. Ю.А. Рахманина, Л.П. Сычевой. — М., 2007. — С. 220-267.
- Садовский В.В. Об онкоскрининге и не только // Стоматология сегодня. — 2011. — № 7 (107).
- Гожая Л.Д., Талалай Т.Ю., Арунов Т.И. и др. Гальваноз — показатель нарушения стоматологического здоровья // Кафедра. — 2011. — № 38. — С. 30-33.
- Jokovic A., Locker D., Stephens M. Dimensions of Oral-health related Quality of life. — Dent. Res., 2004, — Vol. 83, №12. — P. 925-966.