

Л.А.Аксамит, А.А.Цветкова

**Заболевания  
слизистой оболочки рта**

**Связь с общей патологией.  
Диагностика. Лечение**

*Третье издание*



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2020

УДК 616.311(035)

ББК 56.6

A41

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

### **Аксамит, Людмила Анатольевна.**

A41      **Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л.А.Аксамит, А.А.Цветкова. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2020. – 288 с. : ил. ISBN 978-5-00030-736-6**

В соответствии с современной Международной классификацией болезней (МКБ-10) в издании охарактеризованы клинические проявления различных заболеваний на слизистой оболочке рта, многие из которых являются ранними признаками общесоматической патологии. Освещены вопросы тактики врача-стоматолога, нередко являющегося первичным звеном в диагностике серьезных заболеваний различных органов и систем организма. От его грамотных, профессиональных действий зависит ранняя диагностика и своевременная помощь пациенту.

Издание предназначено для практикующих врачей-стоматологов, а также для молодых специалистов, обучающихся в ординатуре, так как в соответствии с современным Государственным образовательным стандартом в рамках своей компетентности врач должен знать проявления заболеваний слизистой оболочки в полости рта и владеть методами их диагностики и лечения.

УДК 616.311(035)

ББК 56.6

ISBN 978-5-00030-736-6

© Аксамит Л.А., Цветкова А.А., 2016  
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

# СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения .....	8
Предисловие .....	9
<b>Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни .....</b>	<b>11</b>
<b>A18 Туберкулез .....</b>	<b>12</b>
<b>Другие бактериальные болезни .....</b>	<b>17</b>
<b>A38 Скарлатина .....</b>	<b>17</b>
<b>Инфекции, передающиеся преимущественно         половым путем .....</b>	<b>20</b>
<b>A51.2 Первичный сифилис .....</b>	<b>20</b>
<b>A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек .....</b>	<b>24</b>
<b>Другие болезни, вызываемые спирохетами .....</b>	<b>30</b>
<b>A69.1 Инфекции Венсана .....</b>	<b>30</b>
<b>Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи         и слизистых оболочек .....</b>	<b>34</b>
<b>B00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса [herpes                 simplex] .....</b>	<b>35</b>
<b>B01 Ветряная оспа [varicella] .....</b>	<b>45</b>
<b>B02 Опоясывающий лишай [herpes zoster] .....</b>	<b>48</b>
<b>B05 Корь .....</b>	<b>54</b>
<b>B07 Вирусные бородавки .....</b>	<b>56</b>
<b>B08 Другие вирусные инфекции, характеризующиеся                 поражением кожи и слизистых оболочек,                 не классифицированные в других рубриках .....</b>	<b>60</b>
<b>ВИЧ-инфекция и СПИД .....</b>	<b>66</b>
<b>B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита                 человека [ВИЧ] .....</b>	<b>66</b>
<b>B21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита                 человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде                 злокачественных новообразований .....</b>	<b>73</b>
<b>B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита                 человека [ВИЧ], неутонченная .....</b>	<b>73</b>

Другие вирусные болезни . . . . .	78
В27 Инфекционный мононуклеоз . . . . .	78
Микозы . . . . .	80
В37 Кандидоз . . . . .	80
<b>Класс II. Новообразования . . . . .</b>	<b>97</b>
<b>Злокачественные новообразования губы,     полости рта, глотки . . . . .</b>	<b>97</b>
С00–С06 Злокачественные новообразования: губы, основания языка, других и неуточненных частей языка; десны, дна полости рта, нёба, других и неуточненных отделов рта . . . . .	97
С46 Саркома Капоши . . . . .	102
С81–С96 Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей . . . . .	105
<b>Новообразования <i>in situ</i> . . . . .</b>	<b>111</b>
D00 Карцинома <i>in situ</i> губы, полости рта и глотки . . . . .	112
D03 Меланома <i>in situ</i> . . . . .	122
<b>Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные     нарушения, вовлекающие иммунный механизм . . . . .</b>	<b>125</b>
D45 Полицитемия истинная . . . . .	125
<b>Анемии, связанные с питанием . . . . .</b>	<b>126</b>
D50 Железодефицитная анемия . . . . .	126
D51 Витамин-В <sub>12</sub> -дефицитная анемия . . . . .	129
D52 Фолиеводефицитная анемия . . . . .	133
<b>Нарушения свертываемости крови, пурпура     и другие геморрагические состояния . . . . .</b>	<b>135</b>
D69 Пурпура и другие геморрагические состояния . . . . .	135
<b>Другие болезни крови и кроветворных органов . . . . .</b>	<b>138</b>
D70 Агранулоцитоз . . . . .	138
<b>Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания     и нарушения обмена веществ . . . . .</b>	<b>141</b>
E14 Сахарный диабет . . . . .	141
E27 Другие нарушения надпочечников . . . . .	146
<b>Другие виды недостаточности питания . . . . .</b>	<b>151</b>
E50 Недостаточность витамина А . . . . .	151

E52 Недостаточность никотиновой кислоты [пеллагра] . . . . .	152
E53.0 Недостаточность рибофлавина . . . . .	155
E54 Недостаточность аскорбиновой кислоты . . . . .	157
<b>Класс VI. Болезни нервной системы . . . . .</b>	<b>161</b>
<b>Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений . . . . .</b>	<b>161</b>
G51 Поражения лицевого нерва . . . . .	161
<b>Класс IX. Болезни системы кровообращения . . . . .</b>	<b>165</b>
<b>Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках . . . . .</b>	<b>165</b>
I86.0 Варикозное расширение подъязычных вен . . . . .	165
<b>Класс X. Болезни органов дыхания . . . . .</b>	<b>167</b>
J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа . . . . .	167
<b>Класс XI. Болезни органов пищеварения . . . . .</b>	<b>169</b>
<b>Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей . . . . .</b>	<b>169</b>
K05.1 Хронический гингивит . . . . .	169
K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой . . . . .	174
K11.7 Нарушения секреции слюнных желез . . . . .	176
<b>Стоматит и родственные поражения . . . . .</b>	<b>179</b>
K12.0 Рецидивирующие афты полости рта . . . . .	179
K13.0 Болезни губ . . . . .	185
K13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык . . . . .	192
K14 Болезни языка . . . . .	198
<b>Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки . . . . .</b>	<b>215</b>
<b>Буллезные нарушения . . . . .</b>	<b>215</b>
L10 Пузырчатка [пемфигус] . . . . .	215
L12.0 Буллезный пемфигOID . . . . .	219
L12.1 Рубцующий пемфигOID . . . . .	223
<b>Дерматит и экзема . . . . .</b>	<b>226</b>
L23.2 Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами . . . . .	226

Папулосквамозные нарушения . . . . .	229
L43 Лишай красный плоский . . . . .	229
Крапивница и эритема . . . . .	242
L51 Эритема многоформная . . . . .	242
Болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с воздействием излучения . . . . .	248
L56.8 Другие уточненные острые изменения кожи, вызванные ультрафиолетовым излучением . . . . .	248
Другие болезни кожи и подкожной клетчатки . . . . .	250
L85 Другие эпидермальные утолщения . . . . .	250
L93 Красная волчанка . . . . .	252
Класс XIII. Болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани . . . . .	257
Системные поражения соединительной ткани . . . . .	257
M31.3 Гранулематоз Вегенера . . . . .	257
M32 Системная красная волчанка . . . . .	259
M35.0 Сухой синдром [синдром Шегрена] . . . . .	261
M35.2 Болезнь Бехчета . . . . .	264
Класс XV. Беременность, роды и послеродовой период . . . . .	267
Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью . . . . .	267
O26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью . . . . .	267
Класс XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения . . . . .	271
Q85.8 Другие факоматозы, не классифицированные в других рубриках . . . . .	271
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин . . . . .	273
Токсическое действие веществ, преимущественно немедического назначения . . . . .	273
T56 Токсическое действие металлов . . . . .	273
Литература . . . . .	279

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Программа подготовки врача-стоматолога включает обязательный курс изучения дисциплин общесоматической направленности. Эти знания должны помочь ему в диагностике различных заболеваний или нарушений систем организма по изменениям слизистой оболочки рта. Кроме того, эта информация важна для правильного выбора тактики стоматологического лечения у лиц,отягощенных общесоматической патологией, что может предотвратить развитие осложнений в состоянии пациентов.

Известно, что многие болезни, представленные в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), могут иметь проявления в полости рта. Изменения на слизистой оболочке иногда являются самыми первыми симптомами заболеваний внутренних органов и систем организма или инфекционных болезней. Нередко эти симптомы даже опережают клинические проявления основного заболевания (например, при лейкозах, железодефицитной анемии, В<sub>12</sub>-дефицитной анемии).

В полости рта могут проявляться побочные эффекты лекарственных средств, принимаемых пациентами по показаниям общесоматической патологии, что необходимо знать для правильной постановки диагноза и для решения вопроса о совместном лечении пациента стоматологом и лечащим врачом.

Для постановки диагноза врач получает информацию из правильно собранного анамнеза и тщательного клинического обследования. Врач-стоматолог должен выявить пере-

чень общесоматических заболеваний пациента и всех принимаемых им лекарственных препаратов. Осмотр необходимо начать с оценки внешних данных (кожа лица, состояние слизистой оболочки носа, глаз, кожа рук и пр.) уже в момент опроса пациента. Это может послужить важным критерием в оценке клинической ситуации, проявляющейся в полости рта, и в дифференциальной диагностике с подобными проявлениями, составить план дополнительных методов исследования.

Охватив всю клиническую картину в целом, связав все полученные данные, врач-стоматолог может поставить диагноз и выбрать правильную тактику лечения.

# КЛАСС I

## НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

Частота и степень выраженности проявлений в полости рта при разных заболеваниях не одинаковая. То же относится и к инфекционным заболеваниям – вирусным, грибковым, специфическим и бактериальным инфекциям, которые могут иметь различные проявления на слизистой оболочке рта.

Велика значимость диагностики инфекционных заболеваний по их проявлениям в полости рта, так как эта симптоматика нередко служит важным критерием оценки общего состояния пациента, его иммунной системы. Некоторые инфекции являются индикаторными заболеваниями, указывающими на болезненные состояния организма, сопровождающиеся иммунодефицитом.

Другие инфекции представляют опасность социального или эпидемиологического характера, поэтому знание их клинических проявлений в полости рта является обязательным для врача-стоматолога. Необходимо иметь особую клинико-диагностическую настороженность в отношении таких заболеваний, как сифилис, туберкулез. Более того, врач, предполагающий наличие у пациента инфекционного заболевания, должен соблюдать определенные правила асептики и антисептики во время приема, чтобы исключить риск перекрестного инфицирования.

## A18 Туберкулез

### ■ A18.8X Туберкулез других уточненных органов

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, развивающееся в ответ на внедрение в организм человека возбудителя – *Mycobacterium tuberculosis* (палочки Коха). Возникновение заболевания, его течение и исход в значительной степени обусловлены иммунным состоянием организма, что определяет разнообразие клинико-морфологических проявлений туберкулеза. Для всех клинических проявлений туберкулезной инфекции в организме человека характерным является образование специфической гранулемы (туберкулы).

*Гистологическая картина* специфической гранулемы характеризуется скоплением лимфоцитов, плазмочитов, эпителиоидных клеток и гигантских клеток Лангханса.

Первичный и диссеминированный туберкулез может проявиться в полости рта в форме туберкулезной волчанки, скрофулодермы и милиарно-язвенного туберкулеза, в виде туберкулезной язвы.

#### Туберкулезная волчанка

Туберкулезная волчанка поражает, как правило, кожу (часто кожу лица), но возможны сочетанные проявления с изменениями в полости рта или (редко) изолированное поражение только слизистой оболочки рта.

В полости рта поражения чаще локализуются на десне, мягком нёбе, где выявляются первичные элементы поражения – *туберкулезные бугорки*.

#### Клинические проявления

*На мягком нёбе* туберкулезный бугорок чаще размером с булавочную головку, мягкий (при надавливании пуговчатый зонд

легко погружается вглубь), желтовато-розового цвета; бугорки имеют склонность к группированию и быстрому распаду, образуют язвенную поверхность с красными, легко кровоточащими грануляциями, покрытыми желтовато-серым некротическим налетом (рис. А-1).

В окружности могут обнаруживаться характерные нераспавшиеся бугорки, которые могут сливаться в обширные малоболезненные бляшки и затем также подвергаться распаду, что приводит к увеличению площади поражения.

*На деснах* грануляции с язвенной поверхности (после распада туберкулезных бугорков) распространяются на межзубные сосочки и край десны, разрушают их и перекрывают



Рис. А-1. Туберкулезная волчанка – поражение на мягком нёбе.

коронковую часть зубов по типу гипертрофического гингивита. Туберкулезный процесс разрушает альвеолярную кость, что приводит к подвижности и выпадению зубов. Процесс длительный, практически безболезненный, без заметного воспаления слизистой оболочки рта по границе поражений.

Регионарные лимфатические узлы увеличены до 1,5–2,5 см, мягкоэластической консистенции, безболезненные.

*Диагностика* не вызывает затруднений при локализации патологических изменений на коже лица и в полости рта. При изолированном поражении слизистой оболочки диагноз подтверждается цитологическим и гистологическим исследованиями.

### **Туберкулезная язва**

Туберкулезные язвы встречаются у пациентов с открытой формой туберкулеза легких или гортани.

#### ***Патогенез***

При открытой форме туберкулеза легких или гортани с мокротой в полость рта попадает возбудитель туберкулеза – палочка Коха. Присутствие микобактерий в мокроте создает условия для внедрения их в участки травмированного эпителия. В результате образуется специфический бугорок, подверженный изъязвлению.

Для полости рта наиболее типичной является локализация на мягком нёбе и миндалинах.

#### ***Клинические проявления***

Язва (или язвы) – мелкая, с фестончатыми мягкими, слегка подрытыми краями, бледно-красного цвета, покрыта слизисто-гнойным желтоватым налетом (рис. А-2). При снятии налета открывается неровное зернистое, часто кровоточащее дно. На дне по краям язвы можно обнаружить единичные

желтовато-красные бугорки, частично изъязвляющиеся (зерна Треля), за счет которых происходит углубление и распространение язвы вширь.

Язвы отличаются медленным заживлением и резкой болезненностью, затрудняющими разговор, прием пищи.



Рис. А-2. Туберкулезная язва на спинке языка.

### **Патогенез**

Патогенез тромбоцитопении при болезни Верльгофа связывают с аутоиммунными нарушениями – формированием антител против собственных тромбоцитов. Болезнь Верльгофа чаще поражает молодых взрослых, преимущественно женщин.

### **Клинические проявления**

*На коже* мелкие и крупные петехии, кровоизлияния («синяки») в участках трения (симптомы щипка, жгута), спонтанные носовые кровотечения.

*В полости рта* на слизистой оболочке – петехии, кровоизлияния (на щеках, языке после прикусывания), спонтанные кровотечения из десен (*один из ранних симптомов!*), в местах травмы возможно образование геморрагических пузырей (рис. D-12).

*Диагностика* основана на клинической картине и данных исследования крови (показатели тромбоцитов ниже  $30 \cdot 10^9/\text{л}$  при норме  $200\text{--}400 \cdot 10^9/\text{л}$ ). Иногда подозрение на тромбоцитопению возникает уже в момент проведения хирургического стоматологического вмешательства (неукротимое кровотечение после удаления зуба).

### **Тактика врача-стоматолога**

Перед амбулаторными хирургическими вмешательствами необходимо проводить опрос пациентов с целью выявления возможной склонности к кровоточивости, в том числе для определения принимаемых лекарственных средств, провоцирующих тромбоцитопению: аспирин и другие НПВС, антикоагулянты, некоторые антибиотики, диуретики,  $\beta$ -блокаторы и пр. (следует рекомендовать пациенту принести все инструкции к принимаемым препаратам).

При подозрении на тромбоцитопению при планировании хирургического вмешательства необходимо получить



**Рис. D-12.** Болезнь Верльгофа: кровоизлияния (геморрагические пузыри) на слизистой оболочке при незначительной травме.

результаты исследований крови на свертываемость, время кровотечения и содержание тромбоцитов. *При показателях числа тромбоцитов ниже  $50 \cdot 10^9/\text{л}$  проводить стоматологическое лечение в условиях амбулаторной клиники нельзя!* (Silverman S. et al., 2001).

*Лечение* и наблюдение у врача-гематолога.

*Стоматологическое лечение* проводится с осторожностью во избежание возможного травмирования. Хирургические стоматологические вмешательства (удаление зуба и т.п.) проводятся с разрешения гематолога и в условиях стационара после определенной подготовки (переливание крови, тромбоцитарной массы и др.).

*Прогноз* серьезный, связан с постоянной поддерживающей терапией.

## Другие болезни крови и кроветворных органов

### **D70** Агранулоцитоз

Агранулоцитоз – заболевание, характеризующееся резким уменьшением или полным исчезновением из крови нейтрофильных лейкоцитов – гранулоцитов.

#### *Патогенез*

Развитие заболевания связано с недостаточным образованием гранулоцитов в костном мозге или с полным подавлением кроветворных органов. Агранулоцитоз проявляется как симптом при различных патологических состояниях организма:

- заболевания крови (острый лейкоз, когда агранулоцитоз сочетается с анемией и тромбоцитопенией);
- лекарственный агранулоцитоз, который может развиваться:

- при индивидуальной повышенной чувствительности к отдельным медикаментам (НПВС, сульфаниламидам, антибиотикам, блокаторам кальциевых каналов и др.); вероятность возникновения агранулоцитоза указывается в инструкции по применению данного средства;
- при приеме цитостатиков, оказывающих миелотоксическое воздействие (зависит от дозы лекарственного средства и состояния организма);
- агранулоцитоз при воздействии радиоактивного излучения (зависит от дозы облучения).

*Гистологическая картина* выявляет резкое истончение слизистой оболочки, обширные деструктивные изменения, отек, полнокровие сосудов, кровоизлияния при отсутствии лейкоцитарной реакции (Пономарева Е.Д. и др., 1977).

### **Клинические проявления**

Агранулоцитоз характеризуется резкой бледностью слизистой оболочки, развитием язвенно-некротических процессов *в полости рта* (на нёбе, миндалинах, губах, деснах, языке) с тенденцией к углублению (вплоть до кости), сопровождающихся резкой болезненностью (рис. D-13; см. рис. С-8). Аналогичные изменения могут проявляться по ходу пищеварительного тракта. Процесс сопровождается высокой температурой, слабостью.

### **Тактика врача-стоматолога**

Срочное направление на развернутый общий клинический анализ крови.

*Диагностика* основывается на данных анамнеза (прием медикаментов), клинической картине и показателях анализа крови (уменьшение числа лейкоцитов до  $1 \cdot 10^9/\text{л}$  с полным исчезновением сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов).



D-13. Агранулоцитоз на фоне приема лекарственных средств (НПВС).

*Лечение* проводит врач-гематолог (после обследования и исключения нелекарственной природы агранулоцитоза). Отмена лекарственного средства, вызвавшего агранулоцитоз (при медикаментозной этиологии).

*Стоматологическое лечение* (в условиях стационара) направлено на обезболивание (ротовые ванночки 2% раствором лидокаина), антисептическую обработку (0,05% раствор хлоргексидина). Другие вмешательства проводят с разрешения гематолога.

*Прогноз* благоприятный при медикаментозной природе заболевания.

## КЛАСС IV

### БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

#### **E14 Сахарный диабет**

##### **■ E14.XX Проявления в полости рта**

Сахарный диабет – хроническое эндокринное заболевание, характеризующееся инсулиновой недостаточностью, что приводит к высокому содержанию глюкозы в крови, различным нарушениям в обмене веществ и многочисленным системным осложнениям. Выделяют два типа сахарного диабета: тип 1 – аутоиммунный, или инсулинозависимый (диагностируется преимущественно до 40 лет), тип 2 – инсулинонезависимый (болеют чаще лица пожилого и старческого возраста).

*Патогенез* заболевания связан с разрушением  $\beta$ -клеток островкового аппарата поджелудочной железы, продуцирующих инсулин. Отсутствие инсулина, регулирующего уровень глюкозы в крови, приводит к нарушению обменных процессов на клеточном уровне и развитию многочисленных патологических изменений в организме.

*Клинические проявления в полости рта* носят разносторонний характер:

- изменения со стороны десны – характерно раннее развитие генерализованного пародонтита с тяжелыми клиническими проявлениями: пародонтальные карманы с обилием грануляций, склонность к абсцедированию, гноетечению, подвижности и скорой потере



**Рис. Е-1.** Генерализованный пародонтит тяжелой степени с абсцедированием у пациентов с сахарным диабетом.

# КЛАСС VI

## БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений

#### **G51** Поражения лицевого нерва

##### ■ **G51.2** Синдром Мелькерссона

*Включен:* синдром Мелькерссона–Розенталя

##### ■ **G51.2X** Проявления в полости рта

Синдром Мелькерссона–Розенталя – редкое заболевание, характеризующееся персистирующим комплексом симптомов: рецидивирующим парезом лицевого нерва, отежной припухлостью губ и складчатым языком (присутствует не всегда).

#### **Патогенез**

Причина заболевания не известна, предполагают генетическую природу (есть указания на болезнь у родственников) либо связь с болезнью Крона или орофациальным гранулематозом (Bain S.C. et al., 2010).

*Гистологическая картина* выявляет диффузные воспалительные инфильтраты неодинаковой плотности, содержащие лимфоциты, гистиоциты, плазматические клетки, и формирование гранулематозных структур различных размеров на месте малых слюнных желез (Савкина Г.Д., 1978).

**Клинические проявления**

*На лице:* картина одностороннего пареза лицевого нерва (развивается внезапно или имеет перемежающееся течение), сочетающегося с выбуханием отдельных участков лица – губы (чаще нижней), щеки, области подбородка или носа (наступает вскоре после пареза мимических мышц). Парез проявляется перекосом лица в здоровую сторону, лобные складки на пораженной стороне сглажены, носогубная складка менее выражена, кончик носа оттянут в здоровую сторону; щека отвисает.

*Красная кайма губ* отечная (чаще наблюдаются изменения одной губы – верхней или нижней), увеличенная,



**Рис. G-1.** Увеличение нижней губы при синдроме Мелькерссона–Розенталя.



**Рис. G-2.** Складчатый язык: симптом, часто присутствующий при синдроме Мелькерссона–Розенталя.

при пальпации напряженная, с плотными узловатыми образованиями в толще (аналогичные узлы могут определяться в толще щек, языка). Цвет губ, как правило, не изменен (иногда имеет место легкое покраснение или синюшность), в разгар рецидива образуются болезненные, долго не заживающие трещины (рис. G-1).

*В полости рта:* складчатый язык (не всегда) (рис. G-2).

*Диагностика* основана на клинической картине (ведущий клинический симптом характерной для заболевания триады – гранулематозное поражение губы), подтвержденной гистологическим исследованием.

### **Тактика врача-стоматолога**

При признаках пареза лицевого нерва (обнаруженных при обследовании или полученных из анамнеза как периодически появляющийся симптом) показана консультация невропатолога и комплексное лечение.

*Лечение:* ГКС (преднизолон) внутрь или местно в форме инъекций в ткани губы (со стороны слизистой оболочки).

*Прогноз* благоприятный; возможны рецидивы, чаще в осенне-зимний период.

## **K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой**

### **■ K06.23 Гиперплазия вследствие раздражения [гиперплазия, связанная с ношением съемного протеза]**

Гиперплазия вследствие раздражения является ответной реакцией слизистой оболочки на хроническую механическую травму, вызываемую балансирующим протезом. При длительном воздействии слабого по силе раздражителя притупляется чувствительность слизистой оболочки, что объясняет бессимптомное длительное ношение некачественного протеза.

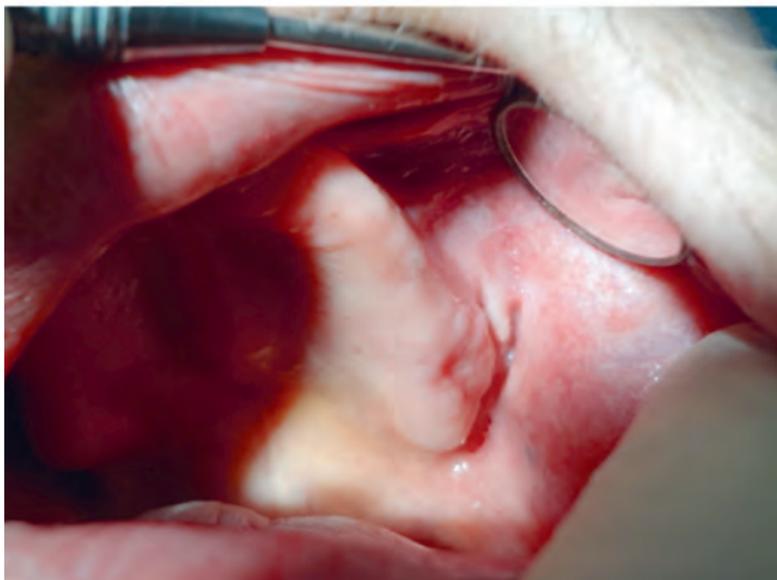
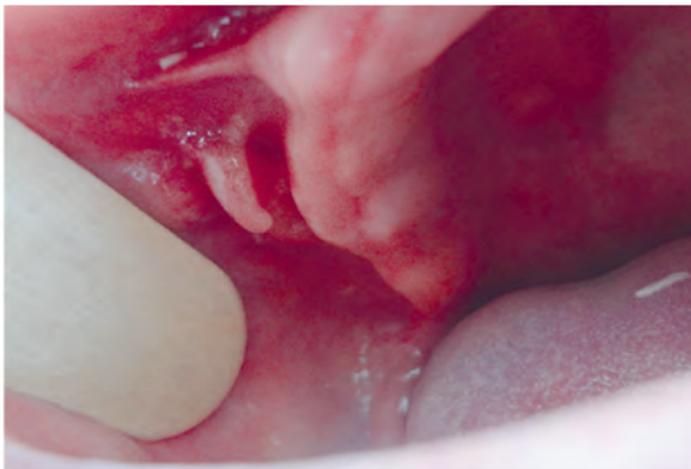
#### ***Патогенез***

Под действием механической травмы в слизистой оболочке рта развивается картина хронического воспаления с преобладанием пролиферации. Клинически это может выражаться развитием дольчатой фибромы или гиперплазией беззубого альвеолярного края.

*Дольчатая фиброма* (синоним – протезная гранулема) является наиболее частым проявлением гиперплазии слизистой оболочки – как результат разрастания фиброзной ткани в месте длительного раздражения слизистой оболочки краем съемного пластиночного протеза. Возникает у лиц старше 60 лет, чаще на верхней челюсти (70,8%) (Ермолов В.Ф., 1995).

#### ***Клинические проявления***

По переходной складке (чаще фронтальной группы зубов верхней челюсти) образуется плотное малоболезненное опухолевидное образование в виде гладких складок листовидной формы (в количестве от 1 до 4) размером от 0,7 до 3 см (рис. К-5). Образование обусловлено воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки; могут наблюдаться поверхностные линейные эрозии или язвы.



**Рис. К-5.** Дольчатая фиброма в виде складок листовидной формы по переходной складке верхней челюсти.

встречаются малые афты неясной природы (идиопатические), которые в настоящее время относят к иммунным реакциям на еще не идентифицированный антиген.

### **Клинические проявления**

**В полости рта:** резко болезненная афта (возможно 2–3) размером от 0,3 мм до 1 см, округло-овальной формы, покрытая фибринозным серо-желтоватым налетом, с резко ограниченным гиперемированным ободком (рис. К-6, К-7). Обычно локализуется на неороговевающей слизистой оболочке – щеки, губы, переходная складка, подъязычная область (никогда не образуются на твердом нёбе, прикрепленной десне, красной кайме или коже); в основании возможен небольшой инфильтрат, отек и гиперемия окружающих тканей; региональный лимфаденит (как правило, при тяжелой форме). Афты заживают в течение 7–10 дней. Некоторые пациенты могут чувствовать предвестники возникновения афты (локальное покалывание, жжение слизистой оболочки).

**Гистологическая картина** выявляет глубокое фибринозно-некротическое воспаление, сопровождающееся расширением сосудов, периваскулярной инфильтрацией, некрозом эпителия.

**Диагностика** основана на характерном течении (повторяющиеся рецидивы), клинических проявлениях (характерные афты) и результатах гистологического исследования (неспецифическое воспаление).

### **Тактика врача-стоматолога**

Следует тщательно обследовать пациента с целью исключения связи с возможными заболеваниями и патологическими состояниями организма:

- синдромом Бехчета (М35.2) – выявление наличия подобных афт в области гениталий, заболевания глаз (светобоязнь, ирит, циклит, прогрессирующее снижение зрения);



**Рис. К-6.** Рецидивирующий афтозный стоматит: афта на слизистой оболочке нижней губы и дна полости рта.

## КЛАСС XII

### Болезни кожи и подкожной клетчатки

#### Буллезные нарушения

##### **L10** Пузырчатка [пемфигус]

Пузырчатка – тяжелое кожное заболевание, нередко начинающееся с проявлений в полости рта (у 70–80% пациентов) (Шугар Л. и др., 1980).

##### *Патогенез*

Заболевание связывают с аутоиммунными нарушениями, когда образуются антитела к антигенам клеток эпидермиса (или эпителия слизистой оболочки), при этом чужеродным для организма становится межклеточное вещество шиповатого слоя, что приводит к образованию внутриэпидермальных (внутриэпителиальных) пузырей при сохранных базальной мембране и базальном слое эпидермиса (эпителия).

Болеют лица обоих полов, преимущественно старше 40 лет.

*Гистологическая картина:* в слое шиповатых эпителиальных клеток слизистой оболочки отмечается супрабазальный акантолиз с образованием внутриэпителиальных пузырей, эрозии выстланы акантолитическими клетками.

Наиболее частой локализацией в полости рта являются нёбные дужки (нередко с переходом на зев), мягкое нёбо, дно полости рта, слизистая оболочка щек.

##### *Клинические проявления*

*В полости рта* болезненные эрозии с обрывками покрывки пузыря по краям (*самого пузыря ни больной, ни врач не видят!*)



**Рис. L-1.** Вульгарная пузырчатка: эрозии на слизистой оболочке щеки в области угла рта и нижней губы.

или толстые «сальные» пленки – покрывки abortивных пузырей; верхний слой такой пленки легко снимается, обнажая эрозивную поверхность; при трении здоровой на вид слизистой оболочки вблизи очага поражения покровный эпителий расслаивается (симптом Никольского); эрозии, почти безболезненные в начальной фазе заболевания, затем становятся резко болезненными (характерна боль при глотании, приеме пищи, охриплость голоса, что свидетельствует о поражении гортани) и не склонны к эпителизации (рис. L-1, L-2).

На ранних этапах болезнь может проявляться на деснах картиной десквамативного гингивита (нередки жалобы на боль при чистке зубов).

На видимо неизменной *коже* пузыри размером от 0,5 до 5,0 см, с вялой покрывкой, прозрачным или мутным содержимым; после вскрытия пузыря образуется эрозия ярко-



**Рис. L-2.** Вульгарная пузырчатка: эрозии на слизистой оболочке мягкого нёба.

красного цвета без склонности к заживлению; при поскабливании здоровой на вид кожи в окружности эрозии эпидермис отслаивается (симптом Никольского). Первые элементы поражения на коже нередко локализуются в области пупка (симптом мокрого пупка).

*На красной кайме губ* эрозии, покрытые желтовато-бурыми или геморрагическими корками (рис. L-3).

*Диагностика* основана:

- на выявлении положительного симптома Никольского;
- нахождении акантолитических клеток при цитологическом исследовании соскобов с поверхности эрозий;
- результатах методов непрямой и/или прямой иммунофлуоресценции для выявления антител, специфически фиксируемых внутриклеточным веществом.



**Рис. L-3.** Вульгарная пузырчатка: элементы поражения на красной кайме нижней губы, покрытые геморрагическими корками.

## ЛИТЕРАТУРА

- Ашмарин Ю.Я.* Поражение кожи и слизистых оболочек при ретикулезах. – М.: Медицина, 1972. – 187 с.
- Бакстон П.К.* Дерматология. – М.: Бином, 2006. – 176 с.
- Барер Г.М., Николаева И.Н., Астафьева Н.В., Ющук Н.Д.* Состояние слизистой оболочки рта при дифтерии, кори и ветряной оспе у взрослых. – М.: ММСИ, 1998. – 11 с.
- Борк К., Бургдорф В., Хеде Н.* Болезни слизистой оболочки рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. – М.: Медицинская литература, 2011. – 448 с.
- Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л., Виноградова Т.Ф. и др.* Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Е.В.Боровского, А.Л.Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
- Данилевский Н.Ф., Урбанович Л.И.* Кератозы слизистой оболочки рта и губ. – Киев: Здоров'я, 1979. – 220 с.
- Джанаева У.Р.* Клинико-морфологическое обоснование применения СО<sub>2</sub>-лазера при лечении предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 117 с.
- Дмитриева В.С., Бурый А.В., Аванесов А.М.* Клиника и особенности лечения поражений слизистой оболочки ротовой полости у больных лейкозами. – М., 1994. – 99 с.
- Емельянов А.В., Горячкина Л.А.* Ингаляционные глюкокортикоиды для лечения бронхиальной астмы: в фокусе внимания мометазона фураат // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2012. – №1. – С. 2–9.