

Л.А.Аксамит, А.А.Цветкова

**Заболевания
слизистой оболочки рта**

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

Четвертое издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2022

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. – 4-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 288 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-982-7.

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 978-5-00030-982-7

© Аксамит Л.А., Цветкова А.А., 2016

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	8
Предисловие	9
Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	11
A18 Туберкулез	12
Другие бактериальные болезни	17
A38 Скарлатина	17
Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	20
A51.2 Первичный сифилис	20
A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек	24
Другие болезни, вызываемые спирохетами	30
A69.1 Инфекции Венсана	30
Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек	34
B00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса [herpes simplex]	35
B01 Ветряная оспа [varicella]	45
B02 Опоясывающий лишай [herpes zoster]	48
B05 Корь	54
B07 Вирусные бородавки	56
B08 Другие вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек, не классифицированные в других рубриках	61
ВИЧ-инфекция и СПИД	66
B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]	66
B21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований	73
B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неутюченная	73

Другие вирусные болезни	78
В27 Инфекционный мононуклеоз	78
Микозы	80
В37 Кандидоз	80
Класс II. Новообразования	97
Злокачественные новообразования губы, полости рта, глотки	97
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	103
С81–С96 Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	105
Новообразования <i>in situ</i>	111
D00 Карцинома <i>in situ</i> губы, полости рта и глотки	112
D03 Меланома <i>in situ</i>	122
Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	125
D45 Полицитемия истинная	125
Анемии, связанные с питанием	126
D50 Железодефицитная анемия	126
D51 Витамин-В ₁₂ -дефицитная анемия	129
D52 Фолиеводефицитная анемия	133
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	135
D69 Пурпура и другие геморрагические состояния	135
Другие болезни крови и кроветворных органов	138
D70 Агранулоцитоз	138
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	141
E14 Сахарный диабет	141
E27 Другие нарушения надпочечников	146
Другие виды недостаточности питания	151
E50 Недостаточность витамина А	151

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

СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ГКС	глюкокортикостероиды
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
КПЛ	красный плоский лишай
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РИФ	реакция иммунофлуоресценции
СКВ	системная красная волчанка
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦМВ	цитомегаловирус

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, В₁₂-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 клинко-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.

Регионарные лимфатические узлы слегка увеличены, эластически плотные, болезненные.

Диагностика бывает затруднена у лиц, не знающих о своем основном заболевании. Туберкулезную язву дифференцируют с травматической язвой, особенно когда выявляется травматический фактор, но устранение травмы и лечение, направленное на эпителизацию очага, не приводит к его заживлению.

Диагноз подтверждается:

- при обнаружении в окружности язвы характерных зерен Треля;
- при цитологическом исследовании соскоба с поверхности язвы (окраска азур-эозином) и нахождении характерных для специфического бугорка клеток Лангханса и эпителиоидных клеток;
- при выявлении общих симптомов, характерных для туберкулеза:
 - слабость;
 - потеря массы тела;
 - субфебрильная температура;
 - ночное потоотделение;
 - лимфаденопатия;
 - хронический рефлексорный кашель, продолжающийся более 1 мес.;
 - боль в грудной клетке.

Тактика врача-стоматолога

На основании анамнеза, осмотра и клинической картины в полости рта при подозрении на туберкулез врач-стоматолог направляет пациента к фтизиатру.

Окончательный диагноз ставит врач-фтизиатр на основании рентгенологических (открытая форма туберкулеза) и микробиологических (выявление микобактерий) исследований.

КЛАСС III

БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ

D45 Полицитемия истинная

Истинная полицитемия (эритремия, болезнь Вакеза) характеризуется увеличением в периферической крови числа эритроцитов (до $6-8 \cdot 10^{12}/л$), гемоглобина (до 180–220 г/л) и тромбоцитов (до $400-700 \cdot 10^9/л$). Чаще болеют мужчины старше 60 лет.

Патогенез заболевания обусловлен гиперплазией эритроцитарного и тромбоцитарного ростков костного мозга.

Клинические проявления развиваются исподволь, медленно. Изменяется цвет кожи (лицо гиперемированное) и слизистой оболочки рта (темно-вишневый), появляются шум в ушах, носовые кровотечения, зуд кожи.

В полости рта десны насыщенного темно-красного цвета с синюшным оттенком, рыхлые, отечные, легко кровоточат. Зубы расшатываются. Характерный симптом: резкий контраст цианоза мягкого нёба и бледной окраски твердого нёба (симптом Купермана).

Тактика врача-стоматолога

При подозрении на заболевание необходимо срочно сделать анализ крови.

Диагностика основана на комплексе клинических симптомов и данных анализа крови.

Лечение у врача-гематолога.

Стоматологическое лечение: симптоматическое, санация полости рта. Противопоказаны гемостатические средства (высокий риск тромбообразования).

Анемии, связанные с питанием

Различные виды анемий (железодефицитная, фолиеводефицитная, В₁₂-дефицитная) имеют схожие проявления в полости рта, нередко значительно опережающие другие общеклинические симптомы – жжение языка и атрофический глоссит.

Тактика врача-стоматолога

При клинической картине атрофического глоссита для исключения всех видов алиментарных анемий пациент должен быть направлен на лабораторное обследование – общий клинический анализ крови, анализ сыворотки крови на содержание витамина В₁₂, железа и фолиевой кислоты.

D50 Железодефицитная анемия

■ D50.8X Проявления в полости рта

Железодефицитная анемия развивается при нарушении образования гемоглобина, в синтезе которого участвует железо.

Патогенез

Дефицит железа может развиваться при:

- хронической потере крови (в том числе при онкологическом заболевании);
- нарушении всасывания железа при заболеваниях тонкого кишечника;
- повышенном расходе железа при беременности, лактации;
- недостатке железа в пище (Задюнченко В.С. и др., 2003).



Рис. D-8. Железодефицитная анемия: цвет слизистой оболочки рта бледный или с желтоватым оттенком.

Клинические проявления

В полости рта выявляется основной клинический признак – *атрофический глоссит*: исчезают грибовидные и обнажаются нитевидные сосочки, которые теряют ороговевающий эпителий. Язык гладкий, «полированный», часто *покрасневший*, чрезвычайно чувствительный и нередко болезненный при приеме пищи. Слизистая оболочка бледная, сухая, истонченная, легко травмируется, трещины в углах рта, на губах (рис. D-8). Характерны жалобы на жжение языка, ощущение «кома в горле». Возможно присоединение кандидоза (рис. D-9).

Кожа бледная, сухая; отмечаются ломкость и расслоение ногтей, раннее поседение волос.

Тактика врача-стоматолога

При выявлении клинических признаков атрофического глоссита врач должен направить пациента в лабораторию для

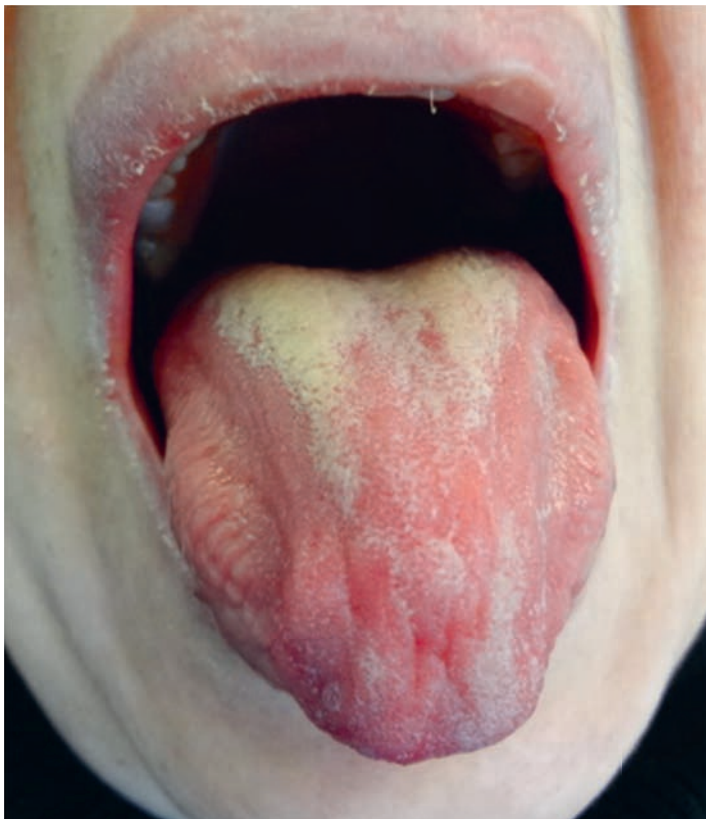


Рис. D-9. Железodefицитная анемия. Пациентка жалуется на жжение языка, затрудненное глотание («ком в горле»), сухость полости рта, губ. Диагноз: атрофический глоссит, осложненный кандидозом. Пациентка направлена на обследование к гастроэнтерологу. Окончательный диагноз: рак желудка.

выполнения анализов крови, необходимых для подтверждения или исключения железодефицитной анемии: общий клинический анализ (с цветовым показателем и с эритроцитарными индексами) и биохимический анализ сыворотки крови на содержание железа. Проводят бактериоскопическое исследование соскоба с языка (натошак) для исключения кандидоза.

Диагностика основана на клинической картине и данных лабораторных исследований.

- Результаты общего клинического анализа крови:
 - общее число эритроцитов снижено;
 - содержание гемоглобина снижено;
 - цветовой показатель ниже 1 (0,5–0,6);
 - снижены эритроцитарные индексы – наиболее важные показатели для диагностики анемии.
- Результаты биохимического анализа сыворотки крови:
 - содержание железа понижено (до нижних границ нормы или более).

Лечение пациента осуществляет врач-терапевт или гематолог после тщательного обследования и выявления основной причины заболевания. Направление на лечение к специалисту дает врач-стоматолог.

Стоматологическое лечение направлено на устранение травматических факторов (острые края зубов, протезов), санацию полости рта и лечение кандидоза (при подтверждении лабораторного исследования).

Прогноз зависит от тяжести основного заболевания.

D51 Витамин-В₁₂-дефицитная анемия

■ D51.VX Проявления в полости рта

Заболевание развивается при недостатке в организме витамина В₁₂ (цианокобаламина), участвующего в синтезе и дифференциации эритроцитов (вместе с фолиевой кислотой).

КЛАСС XIII

БОЛЕЗНИ КОЖНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Системные поражения соединительной ткани

М31.3 Гранулематоз Вегенера

■ М31.3Х Проявления в полости рта

Гранулематоз Вегенера – редкое заболевание, относящееся к некротизирующей васкулопатии с поражением сосудистой системы и развитием продуктивно-некротического васкулита.

Патологический процесс обычно начинается с поражения верхних дыхательных путей, затем вовлекаются слизистые оболочки рта или носа, внутренние органы. Заболевание отличается злокачественным течением.

Патогенез

Заболевание связывают с тяжелыми аутоиммунными нарушениями, что подтверждается нахождением антител к цитоплазматическим антигенам нейтрофилов (Сильвермен С. и др., 2010).

Гистологическая картина выявляет грануляционную ткань, инфильтрированную эозинофилами, гигантскими многоядерными клетками, васкулит, фибриноидный некроз.

Клинические проявления

В полости рта заболевание нередко начинается с изменений со стороны пародонта – поверхность альвеолярной десны бугристая, зернистая, плотная, с воспаленными застойно-гиперемизированными межзубными сосочками, на которых определяются

мелкие петехии, по краю десны – грануляции (рис. М-1). Процесс быстро прогрессирует с развитием глубоких, зловонных язв, не склонных к заживлению. Клиника сопровождается реакцией регионарных лимфатических узлов.

Но чаще изменения в полости рта проявляются в слизистой оболочке мягкого нёба, миндалинах или нёбных дужках – бугристые, темно-красного цвета образования плотной консистенции, быстро распадающиеся с формированием обширных язвенных поражений (возможно прободение нёба).

Диагностика заболевания требует гистологического подтверждения (биопсия) и обследования внутренних органов – возможны аналогичные изменения в легких, почках (некротизирующий гломерулонефрит).



Рис. М-1. Гранулематоз Вегенера: альвеолярная десна воспаленная, бугристая, зернистая и плотная.

Лечение проводят врачи общего профиля с применением цитостатиков и ГКС.

Прогноз неблагоприятный.

М32 Системная красная волчанка

■ М32.VX Проявления в полости рта

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое тяжелое общее заболевание, сопровождающееся поражением кожи, различных органов и систем организма. Женщины молодого и среднего возраста (20–40 лет) составляют 90% заболевших (Patton L.L., 2012). Отличается волнообразным течением с чередованием обострений и ремиссий.

Патогенез

Аутоиммунное заболевание, при котором обнаруживают антитела к компонентам ядер клеток (ДНК, РНК), органные антитела и антитела к базальным мембранам (кожи, слизистой оболочки, структур почек).

Клинические проявления

Симптомы общей патологии – недомогание, лихорадочные состояния; жалобы на заболевания суставов (полиартрит), почек (нефрит), сердечно-сосудистой системы (миокардит) и пр.

На коже лица: характерные для красной волчанки элементы поражения в форме «бабочки» (эритема, инфильтрация и атрофия; рис. М-2).

На красной кайме губ: очаг эритемы, инфильтрации, окруженный характерным гиперкератозом (по типу «частокола»); в центре – атрофия.

На слизистой оболочке рта: элементы эритемы, инфильтрации, окруженные гиперкератозом по типу «частокола»; чаще выявляются на нёбе (возможны на щеках, языке). Очаги



Рис. М-2. СКВ: характерные изменения на коже лица – очаги эритемы, атрофии и инфильтрации.

подвергаются эрозированию, существуют длительно, без тенденции к заживлению (сходство с клинической картиной КПЛ). Беспокоят сухость и жжение во рту.

Диагностика основана на анализе комплекса симптомов, что дает основание для постановки предварительного диагноза. Окончательный диагноз СКВ устанавливают ревматологи или врачи общего профиля после серологических исследований и выявления положительного ревматоидного фактора и характерных антинуклеарных антител.

Тактика врача-стоматолога

При подозрении на СКВ стоматолог направляет пациента к специалисту.

КЛАСС XVII

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ [ПОРОКИ РАЗВИТИЯ], ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Q85.8 Другие факоматозы, не классифицированные в других рубриках

■ **Q85.80** Синдром Пейтца–Егерса

Синдром Пейтца–Егерса – редкое заболевание, проявляющееся пигментацией кожи, слизистых оболочек и кишечным полипозом. Доброкачественные полипы могут обнаруживаться в тонком кишечнике (чаще), толстом кишечнике и желудке.

Патогенез

Заболевание носит семейный характер, имеет аутосомно-доминантный тип наследования. Проявляется в первые месяцы жизни, чаще у девочек.

Гистологическая картина: отложение пигмента меланина в базальном слое эпителия.

Клинические проявления

В полости рта: на щеках (по линии смыкания зубов), нёбе, губах, в углах рта, на кончике языка небольшие (1–4 мм) ограниченные коричневые пятна (рис. Q-1), не увеличивающиеся в размерах (течение бессимптомное).

Аналогичные пигментные пятна отмечаются *на коже* лица (вокруг рта, носа, глаз) и на пальцах рук и ног.

Диагностика основана на анамнезе и клинике.



Рис. Q-1. Синдром Пейтца–Егерса: множественные мелкие коричневые пятна на слизистой оболочке щеки.

Лечение: при подозрении на синдром Пейтца–Егерса необходимо обследование и наблюдение у гастроэнтеролога.

Прогноз зависит от исхода кишечного поражения (возможно озлокачествление и развитие аденокарциномы).

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.
- Волков Е.А., Познякова Т.И., Булгакова Н.Н.* Клинический опыт применения аутофлуоресцентной визуализации для выявления заболеваний слизистой оболочки рта // Рос. стомат. – 2015. – Т. 8(1). – С. 11–12.
- 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 СО₂-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 фуруоат // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2012. – №1. – С. 2–9.
- Ермолов В.Ф.* Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 109 с.
- Радионченко В.С., Кольцов П.А., Ливановский Ю.А.* Лечение внутренних болезней в амбулаторно-поликлинической практике: Руководство для врачей. – М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 544 с.
- Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д.Каприна, В.В.Старинского, Г.В.Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А.Герцена; филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. – 250 с.
- Иванова Е.В., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Тупицын Н.Н.* Патогенетическая иммунокорректирующая терапия плоского лишая слизистой оболочки рта // Клин. стомат. – 2002. – №4. – С. 26–29.
- Кудрявцева А.В.* Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных и обоснование местного лечения: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 117 с.
- Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю., Киселева Н.М.* Детские инфекционные болезни. – М.: Издательский дом «Академия», 2009. – 528 с.
- Кузьмичева А.Т., Шарлай И.В.* Детские инфекционные болезни. – М.: Медицина, 1984. – 448 с.
- Ламонт Р.Дж., Лантц М.С., Берне Р.А., Лебланк Д.Дж.* Микробиология и иммунология в стоматологии. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.