

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. КАЗЕКО, М. И. ДЕГТЯРЁВА, О. А. ТАРАСЕНКО

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2026

УДК 616.31-00(075.8)

ББК 53.4+56.6я73

К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 18.02.2026 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета Э. А. Доценко; каф. терапевтической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Казеко, Л. А.

К14 Клинические проявления системных заболеваний на слизистой оболочке полости рта : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, М. И. Дегтярёва, О. А. Тарасенко. – Минск : БГМУ, 2026. – 44 с.

ISBN 978-985-21-2232-0.

Отражены современные представления о системных заболеваниях, имеющих клинические проявления на слизистой оболочке рта.

Предназначено для студентов стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся по специальности «Стоматология», по учебной дисциплине «Оральная мукология».

УДК 616.31-00(075.8)

ББК 53.4+56.6я73

Учебное издание

Казеко Людмила Анатольевна

Дегтярёва Марина Игоревна

Тарасенко Ольга Александровна

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко

Редактор Н. В. Оношко

Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 14.04.26. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес». Ризография. Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,07. Тираж 36 экз. Заказ 200.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-2232-0

© Казеко Л. А., Дегтярёва М. И., Тарасенко О. А., 2026

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2026

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 275 мин.

План занятия:

1. Введение — 5 мин.
2. Организация занятия — 5 мин.
3. Инструктаж преподавателями студентов — 5 мин.
4. Ответы преподавателей на вопросы студентов — 5 мин.
5. Подготовка к клиническому приему пациентов — 5 мин.
6. Клинический разбор и прием пациентов — 145 мин.
7. Контроль результатов усвоения темы — 10 мин.
8. Перерыв — 35 мин.
9. Проверка исходного уровня знаний студентов — 60 мин.

Многие системные заболевания сопровождаются специфическими изменениями слизистой оболочки рта. Причем зачастую эти симптомы появляются первыми, становясь манифестантами общей патологии.

Вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения патологии слизистой оболочки рта представляют сложности как для стоматологов, так и для врачей других специальностей. Определенную сложность создает схожесть клинической картины различных нозологий, отсутствие междисциплинарного подхода в диагностике и лечении таких заболеваний. На слизистой оболочке рта могут проявляться такие системные заболевания, как лейкозы, анемии, заболевания желудочно-кишечного тракта и др. Также нередко побочные реакции на лекарственные средства, принимаемые пациентами при лечении основного заболевания.

Проявления на слизистой оболочке рта может иметь большое количество заболеваний, представленных в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10):

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50–D89)

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90)

Класс XI. Болезни органов пищеварения (K00–K93)

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00–L99)

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00–T98).

Цель занятия — овладеть методами диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с поражениями слизистой оболочки рта при системных заболеваниях.

Задачи занятия:

1. Изучить международную классификацию поражений слизистой оболочки рта при системных заболеваниях.
2. Изучить клинико-морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, крови и кроветворных органов, эндокринной системы, при гиповитаминозах.
3. Изучить клинические и лабораторные методы диагностики, дифференциальную диагностику поражений слизистой оболочки рта при системных заболеваниях, критерии постановки диагноза врачами-специалистами.
4. Изучить принципы и методы лечения поражений слизистой оболочки рта при системных заболеваниях, междисциплинарный подход в лечении заболеваний, лекарственные средства для местного применения, особенности их использования.
5. Изучить методы профилактики осложнений поражений слизистой оболочки рта при системных заболеваниях.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Анатомическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области.
2. Морфологическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области.
3. Этика и деонтология в общении с пациентом с заболеванием слизистой оболочки рта.
4. Элементы поражения на слизистой оболочке рта, их эволюция в процессе развития заболевания и заживления.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомические области полости рта.
2. Гистологическое строение слизистой оболочки рта во всех анатомо-топографических областях.
3. Физиологические особенности слизистой оболочки рта.
4. Механизмы развития и клинические проявления различных групп клинико-морфологических элементов поражения слизистой оболочки рта.
5. Факторы риска развития патологии слизистой оболочки рта.
6. Взаимосвязь состояния слизистой оболочки рта с соматическим и стоматологическим здоровьем пациента.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификации поражений слизистой оболочки рта при системных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, крови и кроветворных органов, эндокринной системы, при гиповитаминозах.
2. Поражения слизистой оболочки рта при системных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика.

3. Поражения слизистой оболочки рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика.

4. Поражения слизистой оболочки рта при заболеваниях крови и кроветворных органов. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика.

5. Поражения слизистой оболочки рта при заболеваниях эндокринной системы. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика.

6. Поражения слизистой оболочки рта при гиповитаминозах. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика.

7. Принципы и методы лечения пациентов с поражениями слизистой рта при системных заболеваниях. Лекарственные средства для местного применения, особенности их использования.

8. Междисциплинарный подход в диагностике и лечении поражений слизистой рта при системных заболеваниях.

БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ИММУННОГО МЕХАНИЗМА

Заболевания крови и органов кроветворения (класс III по МКБ-10) могут сопровождаться изменениями со стороны слизистой оболочки рта. Нередки случаи, когда элементы поражения на слизистой оболочке рта появляются раньше, чем клинические признаки основного заболевания. Лечение пациентов с заболеваниями кроветворной системы занимается врач-терапевт, врач-гематолог в специализированных учреждениях.

Наиболее часто на слизистой оболочке рта *могут проявляться* следующие заболевания данного класса:

- острый лейкоз;
- хронический лейкоз;
- агранулоцитоз;
- тромбоцитопеническая пурпура;
- гемофилия;
- анемии (железодефицитная, В₁₂-дефицитная).

Острый лейкоз

Представляет собой системное заболевание белой крови. Характеризуется увеличением количества бластных, «молодых» клеток в костном мозге, селезенке, лимфатических узлах и других органах и тканях. Выделяют несколько форм острого лейкоза: миелобластный, лимфобластный, плазмобластный и др. Встречается преимущественно в молодом возрасте (до 30 лет). Поражение слизистой оболочки рта, по данным Е. В. Боровского и А. Л. Машкиллейсона, наблюдается у 90,9 % пациентов с острым лейкозом.

Этиология. Существует несколько теорий о причинах возникновения данного заболевания. Главной на сегодняшний день является теория об его опухолевой природе в связи с нарушением способности клеток к дифференцировке, морфологической и метаболической анаплазии.

Клиническая картина. Начало заболевания проявляется общими симптомами. Характерны слабость, плохое самочувствие, повышение температуры тела, боль в горле. При осмотре отмечают бледность кожного покрова. Как на слизистой оболочке рта, так и на коже определяются петехии, экхимозы, гематомы и геморрагии из-за снижения количества тромбоцитов (геморрагический синдром выявляют у 50–60 % пациентов), могут образовываться выраженные лейкоэмические инфильтраты (рис. 1).



Рис. 1. Проявления на слизистой оболочке рта острого лейкоза

Для острого лейкоза характерны: язвенно-некротический гингивит, гипертрофический гингивит, лейкоэмические заеда и хейлит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, язвенный глоссит, кандидозы.

Кровоточивость десен очень часто является первым клиническим признаком острого лейкоза, она возникает при дотрагивании, а иногда и спонтанно. Возможна кровоточивость из языка, щек по линии смыкания зубов и других участков слизистой оболочки рта. Нередко присоединяется некроз

с образованием болезненных язв. Язва представляет собой небольшой участок некроза, окруженного венчиком синюшного цвета на фоне бледной слизистой оболочки. Как правило, язвы покрыты грязно-серым налетом, отличаются неприятным гнилостным запахом. Частым симптомом острого лейкоза является гиперплазия десны (рис. 2), и в значительной части случаев уже в самом начале заболевания она более выражена на внутренней (небной или язычной) поверхности, чем на щечной. Этот клинический симптом иногда помогает дифференцировать гиперплазию десны при лейкозе от банального гипертрофического гингивита.

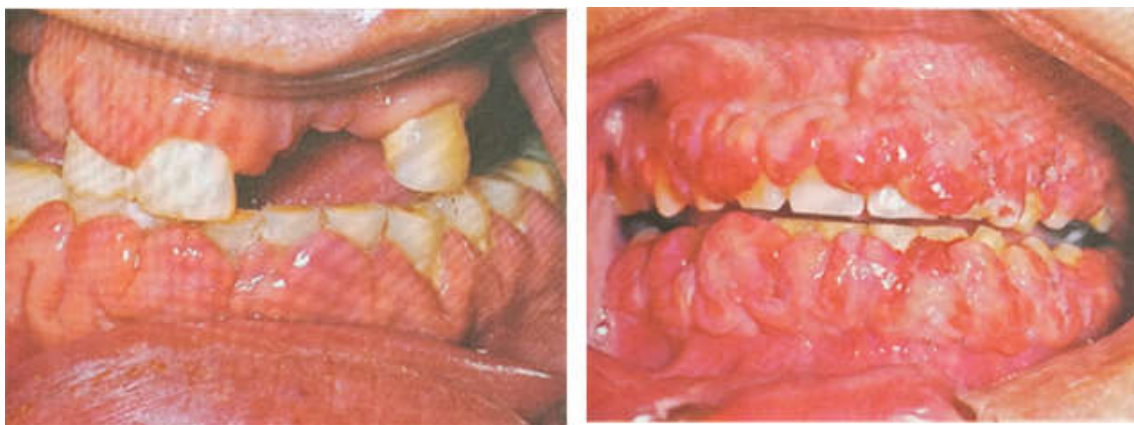


Рис. 2. Гиперплазия десны при остром лейкозе

Диагностика. Диагноз «острый лейкоз» подтверждается лабораторным исследованием крови. В общем анализе крови присутствуют бластные клетки, количество тромбоцитов и эритроцитов часто уменьшено.

При проведении гистологического исследования обнаруживают инфильтрацию соединительной ткани миелоидными элементами — полигональными клетками с неправильным ядром.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать проявления на слизистой оболочке рта при остром лейкозе следует от гиповитаминоза С, для которого характерны обширные кровоизлияния с последующим развитием некротического процесса. Также следует дифференцировать с гипертрофическим гингивитом другой этиологии (например, при беременности) и язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана.

Стоматологические манипуляции. Снятие зубного камня, лечение и удаление зубов осуществляют только при согласовании с врачом-гематологом в условиях стационара.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛЕЙКОЗ

Хронический лейкоз протекает менее злокачественно. Это форма рака крови, которая развивается медленно, иногда в течение 15–20 лет, и наблюдается чаще у пациентов пожилого возраста. Заболевание характеризуется накоплением лейкоцитов в крови и костном мозге.

Лейкоз затрагивает лимфоциты и гранулоциты, которые являются белыми кровяными клетками и определяют способность организма противостоять болезнетворным бактериям, вирусам и грибам. Если поражаются лимфоциты, то заболевание называется *хронический лимфолейкоз*, если гранулоциты — *хронический миелоидный лейкоз*.

Этиология. До конца неизвестна. Наибольшее распространение получили радиационная, генетическая и неопластическая теории возникновения хронического лейкоза. Подтверждением неопластической теории является возникновение лейкозов и злокачественных заболеваний в результате воздействия одинаковых физико-химических факторов.

Клиническая картина. Слизистая оболочка рта при хронических лейкозах поражается значительно реже, чем при острых. Отмечается бледность слизистой оболочки рта, а также кровоточивость десен, которая возникает не спонтанно, а при малейшем дотрагивании, воспаление отсутствует. Появление тяжелых некротических поражений рассматривают как неблагоприятный признак, указывающий на обострение процесса. При тяжелой стадии заболевания нередко развивается кандидоз.

Хронический лимфолейкоз характеризуется длительным доброкачественным течением, развивается обычно у лиц среднего и пожилого возраста. В начале заболевания единственной жалобой может быть увеличение лимфатических узлов (при пальпации они не очень плотные, подвижные, безболезненные). На слизистой оболочке рта образуются лейкозные лимфоцитарные инфильтраты или опухолевидные узлы, они чаще расположены на слизистой оболочке десен, щек, языка, небных дужек, миндалин (рис. 3). Данные инфильтраты (узлы или узелки) имеют мягкую (тестообразную) консистенцию, синюшную окраску, подвижны, возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Изъязвление наблюдается редко. Кровоточивость возникает при незначительном травмировании. Лейкозные лимфоцитарные инфильтраты также локализуются в костном мозге, лимфатических узлах, селезенке, печени.

Хронический миелоидный лейкоз протекает в 2 стадии: доброкачественную (на протяжении нескольких лет) и злокачественную (несколько месяцев). Достаточно длительное время заболевание может протекать бессимптомно и быть диагностировано случайно при плановом клиническом анализе крови ($(50-60) \cdot 10^9/\text{л}$ лейкоцитов).



Рис. 3. Проявления хронического лейкоза на слизистой оболочке рта (лейкозные лимфоцитарные инфильтраты)

Клинические проявления на слизистой оболочке рта менее интенсивные, в отличие от острого лейкоза. Слизистая оболочка рта бледная. Десна отечная, синюшная, кровоточит при незначительном дотрагивании. Эрозивно-язвенные поражения слизистой рта наблюдают у $\frac{1}{3}$ пациентов. Некротические изменения указывают на обострение процесса. В тяжелой стадии заболевания присоединяется кандидоз.

Диагностика. Диагноз «хронический лейкоз» подтверждается лабораторным анализом крови, при котором наблюдается сильное увеличение числа лейкоцитов, 70–90 % составляют лимфоидные клетки, незрелые лимфоциты, лимфобласты.

Дифференциальная диагностика. Отличать проявления на слизистой оболочке рта при хроническом лейкозе следует от проявлений при гипертрофическом гингивите другой этиологии, язвенно-некротическом стоматите Венсана, гиповитаминозе С, интоксикации солями тяжелых металлов.

Стоматологические манипуляции. Санация полости рта пациентов с хроническим лейкозом должна проводиться в период ремиссии. Удаление зубов можно проводить в амбулаторных условиях при отсутствии значительных изменений со стороны свертывающей системы крови.

АГРАНУЛОЦИТОЗ

Агранулоцитоз представляет собой заболевание, обусловленное резким уменьшением или полным исчезновением из крови нейтрофильных лейкоцитов — гранулоцитов.

Этиология. Различают агранулоцитоз *миелотоксический* (в результате воздействия ионизирующего излучения, цитотоксических препаратов, паров бензола и др.) и *иммунный* (при разрушении гранулоцитов в крови иммунными комплексами вследствие появления антилейкоцитарных антител).

Клиническая картина. Заболевание начинается внезапно и характеризуется высокой температурой, ознобом, слабостью, увеличением лимфатических узлов, недомоганием и болью в горле. Часто присоединяется бактериальная инфекция. Поражения слизистой оболочки рта являются распространенными ранними признаками агранулоцитоза и приводят к развитию язвенно-некротических процессов на слизистой оболочке рта с тенденцией к углублению (вплоть до кости), сопровождающихся резкой болезненностью и неприятным запахом изо рта. Во рту в начале заболевания возникает обильная саливация, язык покрывается грязно-серым налетом. Слизистая оболочка мягкого неба, передних небных дужек, зева гиперемирована и отечна. Впоследствии появляется белый, трудно снимающийся налет, который через сутки приобретает серо-зеленый цвет (рис. 4). Язвенно-некротические процессы также могут развиваться на десне, имея склонность к быстрому распространению.



Рис. 4. Проявления агранулоцитоза на слизистой языка

Одним из постоянных и частых осложнений агранулоцитоза является некротическое поражение слизистой оболочки рта: язвенно-некротический гингивостоматит, некротический глоссит, некротический хейлит, некротическая ангина.

Диагностика. Диагноз агранулоцитоза устанавливают на основании клинико-гематологической картины, данных анамнеза и показателей анализа крови (уменьшение числа лейкоцитов до $1 \cdot 10^9/\text{л}$ с полным исчезновением сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов).

Дифференциальная диагностика. Дифференцируют агранулоцитоз с другими заболеваниями крови, язвенно-некротическим стоматитом Венсана.

Стоматологические манипуляции. Стоматологическое лечение проводится в условиях стационара и направлено на обезболивание и антисептическую обработку. Другие вмешательства выполняют строго с разрешения гематолога.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА

Тромбоцитопеническая пурпура — это гематологическое заболевание, характеризующееся снижением содержания тромбоцитов в периферической крови и, как следствие, повышенной кровоточивостью.

Этиология. Тромбоцитопеническая пурпура может быть самостоятельным заболеванием (например, болезнь Верльгофа, которая чаще имеет наследственный характер), а также развиваться вследствие других заболеваний (злокачественных новообразований, гепатита, инфекционных заболеваний, медикаментозных интоксикаций и др.).

Клиническая картина. Тромбоцитопеническая пурпура представляет собой кровоизлияние в кожу или слизистые оболочки. Также могут наблюдаться кровотечения из носа, десен и др., которые возникают спонтанно или под влиянием незначительной травмы. Кровотечения при тромбоцитопенической пурпуре останавливаются самостоятельно благодаря нормальной свертываемости крови. Опасность представляют кровотечения, связанные с оперативными вмешательствами в полости рта. В результате массивных кровотечений может развиваться железодефицитная анемия.

Эти кровотечения нередко единственный признак заболевания. В полости рта могут возникать петехии, кровоизлияния, чаще всего локализующиеся на щеках и языке. При травмах могут образовываться геморрагические пузыри (рис. 5). Также характерны ксеростомия, атрофия нитевидных сосочков языка совместно с петехиями.



Рис. 5. Проявления тромбоцитопенической пурпуры на слизистой оболочке рта

Типичными признаками заболевания являются симптомы щипка и жгута: на месте щипка появляется массивное подкожное кровоизлияние, увеличивающееся в течение нескольких часов, а при наложении жгута на коже возникают точечные кровоизлияния (петехии).

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза (выявление контакта с различными химическими веществами,

бесконтрольный прием анальгетиков, снотворных препаратов и др.), клинической картины и результата анализа крови.

Дифференциальная диагностика. Проводится с гемофилией, скорбутом, геморрагическим васкулитом.

Стоматологические манипуляции. Лечение тромбоцитопенической пурпуры осуществляется врачом-гематологом. Стоматологическое лечение проводят с осторожностью во избежание возможного травмирования и сильных кровотечений. Хирургические стоматологические вмешательства (резекция верхушки корня, удаление зуба и т. п.) выполняются только с разрешения гематолога и в условиях стационара после определенной подготовки (переливание крови, тромбоцитарной массы и др.).

ГЕМОФИЛИЯ

Гемофилия — наиболее распространенное и тяжелое нарушение свертываемости крови.

Этиология. Гемофилия А представляет собой наследственное рецессивное заболевание, сцепленное с X-хромосомой. Характеризуется дефицитом или молекулярными аномалиями (дефект прокоагулянтной активности) фактора VIII. Поражает примерно 1 из 5000 мужчин, встречается в 10 раз чаще гемофилии В.

Клиническая картина. Характерны гематомный тип кровоточивости с обширными, напряженными и болезненными кровоизлияниями в подкожную клетчатку, мышцы, под апоневроз, в полости (брюшную, грудную клетку), мозг, суставы, а также спонтанные носовые, почечные и желудочно-



кишечные кровотечения. Гематомы нередко вызывают расслоение и деструкцию тканей, сдавление нервных стволов с развитием парезов и контрактур. Наблюдаются запоздалые и упорные длительные кровотечения, возникающие через некоторое время после травмы, операции, экстракции зубов. Следует помнить, что кровотечения неизбежны у пациентов с гемофилией при удалении зубов, экстирпации либо ампутации сосудисто-нервного пучка (рис. 6).

Диагностика. Диагноз ставится на основании развернутого гематологического обследования, проводимого по поводу возникновения геморрагического синдрома гематогенного типа.

Рис. 6. Пациент с гемофилией

Дифференциальная диагностика. Проводится с тромбоцитопенической пурпурой, полицитемией.

Стоматологические манипуляции. Выполняются только с разрешения врача-гематолога и в условиях стационара, после определенной подготовки.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Анемии представляют собой группу разнообразных патологических состояний, характеризующихся уменьшением содержания гемоглобина и (или) количества эритроцитов в единице объема крови.

Этиология. Железодефицитная анемия встречается чаще других форм анемий. Причины возникновения заболевания различны, большинство связано со скрытыми или выраженными длительными кровотечениями. Также анемия возникает в результате недостаточного поступления железа в организм, его повышенного расхода (в период роста, беременности, лактации), понижения всасывания из-за оперативных вмешательств (например, резекция желудка) или различных заболеваний.

Клиническая картина. Клинически патология характеризуется нарушением общего состояния: бледностью кожных покровов, слабостью, головокружением, шумом в ушах, холодным липким потом, снижением температуры тела и артериального давления, повышенной склонностью к обморочным состояниям. В полости рта наблюдается увеличение количества зубов с кариозным процессом, преобладает декомпенсированная форма кариеса. Нередко определяется патологическая стираемость зубов. Слизистая оболочка рта бледная, атрофичная. Характерны отек и гиперемия языка, увеличение его в размерах, ксеростомия (рис. 7). Частым симптомом является нарушение вкусовой чувствительности.



Рис. 7. Проявления железодефицитной анемии на слизистой языка

Диагностика. Основывается на данных анамнеза, клинических проявлениях, изменениях в анализе крови, определении уровня железа и ферритина в крови.

Дифференциальная диагностика. Для проведения дифференциальной диагностики важно тщательно собирать анамнез пациента.

Стоматологические манипуляции. Лечение осуществляется врачом-терапевтом или врачом-гематологом. Стоматологическое лечение направлено на санацию полости рта, устранение травматических факторов (острые края зубов, несостоятельные ортопедические конструкции и др.).

V_{12} -ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Другое название V_{12} -дефицитной анемии — анемия Аддисона–Бирмера. Характеризуется нарушением эритропоэза вследствие атрофических процессов в слизистой оболочке желудка (отсутствие гастромукопротеина — фактора Касла), воспалительных заболеваний кишечника, недостаточности витамина V_{12} в пищевых продуктах.

Этиология. Основная причина — недостаток в организме витамина V_{12} . Дефицит может развиваться в результате хронического аутоиммунного гастрита, резекции желудка, заболеваний тонкой кишки, беременности, заболеваний печени, алкоголизма, приема некоторых лекарственных препаратов (например, метотрексат, метформин и др.).

Клиническая картина. Характеризуется поражением кроветворной ткани, нервной и пищеварительной систем. Развиваются общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение. Кожа приобретает желтоватый оттенок, она тонкая, атрофичная. Рано седеют волосы. При осмотре рта выявляется бледная, атрофичная, сухая с желтушным оттенком слизистая оболочка, иногда наблюдаются точечные кровоизлияния на щеках, кровоточивость десен. В результате травматизации могут образовываться единичные болезненные эрозии.

Характерно развитие атрофического глоссита. Язык — гладкий, блестящий («лакированный»), «полированный» вследствие атрофии сосочков, истончения эпителия и атрофии мышц. На нем могут появиться ярко-красные пятна, при слиянии которых вся его поверхность становится ярко-красной (Гюнтеровский глоссит, глоссит Гюнтера–Меллера). Края и кончик языка всегда выраженно болезненны.

Диагностика. Диагноз ставят на основании данных анамнеза, клинической картины, определения уровня витамина V_{12} в крови.

Дифференциальная диагностика. Проводится с острым лейкозом, агранулоцитозом, гемофилией.

Стоматологические манипуляции. Лечение B_{12} -дефицитной анемии занимаются врач-терапевт и врач-гастроэнтеролог. Симптомы проходят быстро после первых инъекций витамина B_{12} . Стоматологическое лечение направлено на санацию полости рта, устранение травматических факторов (острые края зубов, несостоятельные ортопедические конструкции и др.).

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Частота поражений слизистой оболочки рта, языка и губ при эндокринной патологии (класс IV по МКБ-10) колеблется от 2 до 80 %.

Наиболее часто на слизистой оболочке рта *могут проявляться* следующие заболевания данного класса:

- сахарный диабет;
- тиреотоксикоз;
- гипотериоз;
- болезнь Аддисона;
- недостаточность витамина А;
- недостаточность рибофлавина;
- недостаточность аскорбиновой кислоты;
- недостаточность никотиновой кислоты.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Сахарный диабет представляет собой хроническое эндокринное заболевание, характеризующееся инсулиновой недостаточностью, что приводит к высокому содержанию глюкозы в крови, различным нарушениям в обмене веществ и многочисленным системным осложнениям.

Этиология. Сахарный диабет возникает в результате относительного или абсолютного дефицита инсулина, что приводит к стойкому повышению глюкозы в крови.

Выделяют 2 типа заболевания. Сахарный диабет 1-го типа — инсулинозависимый, составляет 10 % случаев. Первые симптомы, как правило, проявляются в возрасте до 25 лет, заболевание протекает тяжело, с приступами жажды, полиурией, чувством голода, потерей веса и восприимчивостью к инфекциям. Причиной является нарушение секреции инсулина вследствие аутоиммунного разрушения островков поджелудочной железы. Сахарный диабет 2-го типа — инсулиннезависимый, составляет 90 % случаев. Пациенты, как правило, средних лет и страдают ожирением. Начало заболевания медленное,

постепенное, может быть жажда, полиурия, утомляемость. Часто заболевание протекает бессимптомно.

Клиническая картина. Изменения на слизистой оболочке рта зависят от тяжести, давности развития сахарного диабета и возраста пациента. Характерны гипосаливация (у 61 % пациентов) и сухость полости рта вследствие атрофических изменений в слюнных железах. Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна. Язык покрыт белым налетом, как бы потрескавшийся, с очагами десквамации в виде географической карты, иногда с участками гиперкератоза. Из-за гипертрофии грибовидных и атрофии нитевидных сосочков язык выглядит как лакированный. Возможны трофические изъязвления. Процессы заживления эрозий и язв замедлены. Часто отмечается увеличение языка за счет отека наряду с красно-фиолетовой окраской (свекольный язык).

Для пациентов с сахарным диабетом характерны явления гингивита, тяжелого периодонтита и стоматита. Может наблюдаться некроз десневого края (рис. 8). Нередко присоединяется грибковая флора. Ангулярный хейлит проявляется истончением красной каймы губ и интенсивной гиперемией в зоне Клейна, в углах рта инфильтрированные, длительно незаживающие трещины (рис. 9).



Рис. 8. Периодонтит тяжелой степени с абсцедированием у пациента с сахарным диабетом



Рис. 9. Ангулярный хейлит и атрофический глоссит у пациента с сахарным диабетом

У пациентов с сахарным диабетом возможно развитие декубитальных язв слизистой оболочки. Нередко сахарному диабету сопутствует плоский лишай, при этом могут наблюдаться все его клинические формы, в зависимости от течения основного заболевания.

Диагностика. Основывается на анализе крови, подтверждающем высокие значения глюкозы.

Стоматологические манипуляции. Должны проводиться с учетом наличия хронического заболевания — сахарного диабета. Главной задачей является предотвращение развития осложнений в виде гипогликемической и гипергликемической комы.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Тиреотоксикоз представляет собой заболевание, обусловленное поражением щитовидной железы, сопровождающееся избыточной продукцией гормона тироксина.

Клиническая картина. Характеризуется сухостью красной каймы губ, наличием на ней белесоватых чешуек, под которыми обнаруживается гиперемизированная мацерированная поверхность, то есть картиной сухой либо экссудативной формы эксфолиативного хейлита. Изменения слизистой оболочки рта различны: могут наблюдаться ангулярный хейлит, кровоточивость десен, хронический гингивит, геморрагии, складчатый язык, десквамация эпителия языка (на дорсальной, боковых и нижней поверхностях), нитевидные сосочки языка часто сглажены (рис. 10). Также частыми симптомами являются жжение и помутнение слизистой оболочки рта, снижение вкусовой чувствительности.



Рис. 10. Проявление тиреотоксикоза на слизистой оболочке рта

Диагностика. Включает большой спектр лабораторных исследований и проводится врачом-эндокринологом.

Стоматологические манипуляции. Стоматологическое лечение направлено на санацию полости рта с исключением йодсодержащих препаратов.

ГИПОТИРЕОЗ

В зависимости от тяжести гипотиреоза частота и выраженность изменений могут варьировать. У пациентов наблюдаются изменение тембра голоса, вялость, сонливость, замедление речи, безразличие, ухудшение памяти.

Клиническая картина. Слизистая оболочка рта отечна. Отмечаются увеличение и отек языка, что является ранним и постоянным признаком заболевания, гиперплазия сосочков, на дорсальной поверхности языка имеется складчатость, на боковой — отпечатки зубов (зубчатый язык) (рис. 11). Нередко наблюдается нарушение вкуса, иногда с полной его потерей.



Рис. 11. Проявления гипотиреоза на слизистой оболочке рта

Диагностика. Диагностика гипотиреоза включает в себя подробный опрос пациента, осмотр и лабораторные исследования, в частности — уровень тиреоидных гормонов.

Дифференциальная диагностика. Отек языка при гипотиреозе дифференцируют от его отечности при других общесоматических заболеваниях.

АДДИСОНОВА БОЛЕЗНЬ

Заболевание развивается вследствие хронической недостаточности коры надпочечников, что приводит к недостаточной выработке кортизола и альдостерона.

Причинными факторами являются инфекционные заболевания, стресс, гиповитаминозы, психическое или физическое перенапряжение.

Клиническая картина. Наблюдается коричневая гиперпигментация кожных покровов, но ладони и ногти остаются светлыми. Кожа сухая, обезвоженная, тургор ее снижен. На слизистой оболочке рта появляются коричневые пятна без признаков воспаления. Форма пятен — овальная, кольцевидная, в виде полос или мелкой зернистости. Над уровнем слизистой оболочки они не выступают. Субъективные ощущения отсутствуют. Характерно неравномерное распределение коричнево-черного пигмента вдоль прикрепленной десны (рис. 12).

Существует прямая зависимость между интенсивностью пигментации и тяжестью заболевания.

Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать с физиологической пигментацией, например с пигментацией у некоторых народностей, ятрогенной пигментацией, окрашиванием слизистой при приеме некоторых медикаментов или интоксикации солями тяжелых металлов (рис. 13).



Рис. 12. Проявления болезни Аддисона на слизистой оболочке рта. Обширные пигментные пятна на боковой поверхности языка и красной кайме губы



Рис. 13. Пигментация на слизистой оболочке рта:

а — физиологическая пигментация десны; *б* — ятрогенная пигментация (пигментированное пятно в зоне контакта с металлокерамической коронкой)

Недостаточность витамина А

Витамины — биологически активные органические вещества, которые, наряду с белками, липидами и углеводами, необходимы для нормальной жизнедеятельности организма человека.

Одну из важных ролей витамин А играет в регулировании дифференцировки клеток эпителия и процессов ороговения, в том числе слизистой оболочки рта. Участие витамина А в нормализации обменных процессов эпителиальной ткани считают основной его физиологической функцией в организме.

Этиология. Первичный гиповитаминоз обусловлен низким содержанием витаминов в пище, а также однообразным несбалансированным или недостаточным питанием. Вторичный возникает при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, когда уменьшается всасывание пищевых веществ, в том числе и витаминов.

Клиническая картина. Недостаточность витамина А ведет к значительным изменениям эпителия — атрофии и ороговению, в результате чего значительно снижаются защитные свойства кожи и слизистой оболочки рта.

При гиповитаминозе А наблюдаются бледность, шелушение, сухость кожных покровов, усиление процессов ороговения (гиперкератоз), значительное нарушение деятельности сальных желез. Отмечаются хрупкость, отсутствие блеска и выпадение волос, ломкость ногтей. Уменьшается слюноотделение вплоть до ксеростомии (рис. 14). На слизистой оболочке процесс может осложняться воспалением с последующим эрозированием и изъязвлением.

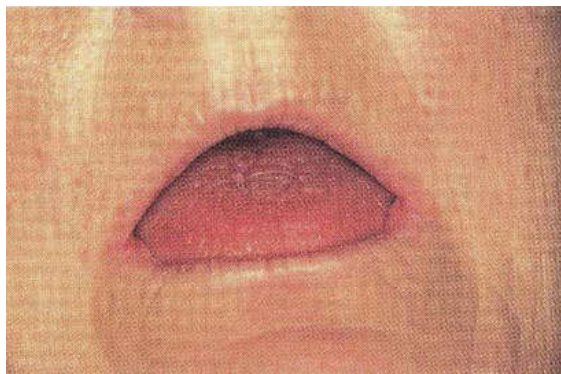


Рис. 14. Сухость слизистой оболочки красной каймы нижней губы при гиповитаминозе А

Диагностика. Основывается на данных клинического осмотра и лабораторных исследований.

Дифференциальная диагностика. Необходимо проводить дифференцировку с другими гиповитаминозами и системными патологиями.

Недостаточность рибофлавина

Рибофлавин (витамин В₂) входит в состав простетических групп многих ферментов (флавинов), которые принимают участие в окислительно-восстановительных процессах. Он участвует в углеводном, липидном и белковом обмене.

Клиническая картина. При нехватке витамина В₂ наблюдается поражение глаз, которое характеризуется светобоязнью, слезотечением, чувством жжения, кератитом, иритом, снижением зрения. Из общих симптомов отмечаются слабость, похудание, потеря аппетита, снижение работоспособности, общие нарушения в сосудах, анемия. Недостаточность рибофлавина проявляется в виде триады: дерматит, хейлит, глоссит. Дерматит развивается в области носогубных складок, крыльев носа, век в виде покраснения и шелушения, а также в углах рта в виде трещин и корочек (рис. 15), после отторжения которых возникают эрозии. Особенно выраженное шелушение отмечается

на красной кайме губ. Кроме того, на ней появляются множественные болезненные, иногда кровоточащие трещины. Изменения языка начинаются с гиперемии, затем постепенно атрофируются его сосочки вплоть до полного их исчезновения. В результате спинка языка становится ярко-красной, гладкой, блестящей и сухой. Пациенты жалуются на жжение, боль в области языка. Нередко на щеках, спинке языка образуются небольшие очаги кератоза.



Рис. 15. Ангулярный хейлит на фоне недостаточности рибофлавина (витамина В₂)

Диагностика. Диагноз основывается на анамнезе и клинической картине. Информативен биохимический анализ крови с определением уровня витамина В₂.

Дифференциальная диагностика. Необходимо различать недостаточность рибофлавина с другими гиповитаминозами и системными патологиями.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ

При отсутствии либо недостаточном количестве в пище аскорбиновой кислоты (витамин С) или неполном ее усвоении развивается цинга (скорбут, болезнь Меллера–Барлоу). При недостатке витамина С нарушается система окислительно-восстановительных ферментов, происходят значительные изменения в углеводном и белковом обмене, снижается реактивность организма (уменьшаются фагоцитарная активность клеток и образование антител), ухудшается синтез коллагена и созревание соединительной ткани, что вызывает ломкость капилляров, повышенную кровоточивость и плохое заживление ран (рис. 16).

Этиология. К причинам возникновения недостатка витамина С можно отнести чрезмерную физическую нагрузку, инфекционные заболевания, переохлаждение, напряжение нервной системы и пр. Также к причинам относят заболевания желудочно-кишечного тракта.



Рис. 16. Проявления гиповитаминоза С на слизистой оболочке рта

Клиническая картина. Кожа становится темной вследствие накопления в ней меланина, сухой, легко шелушится. Возникает геморрагический синдром: петехиальные кровоизлияния в различные участки слизистой оболочки рта, подкожную основу (клетчатку), суставы. Наряду с петехиями в местах травмы слизистой оболочки имеются обширные кровоизлияния, отмечается плохое заживление ран. В самом начале заболевания возникает отек десневых сосочков, они становятся синюшно-красного цвета, постепенно увеличиваются в размерах, прикрывая коронки зубов, сильно кровоточат. При тяжелом течении появляется изъязвление десен, расшатывание и выпадение зубов, расширение периодонтальной щели, гипоплазия эмали развивающихся зубов.

Диагностика. Основывается на тщательном сборе анамнеза, наличии других симптомов цинги, результатах лабораторных исследований. Гиповитаминоз С подтверждается определением пониженного уровня аскорбиновой кислоты в крови.

Дифференциальная диагностика. Проводится с гипертрофическим гингивитом, заболеваниями крови, язвенно-некротический стоматитом Венсана, лейкозом.

Недостаточность никотиновой кислоты

Никотиновая кислота (витамин РР) принимает участие в регуляции обмена веществ, прежде всего углеводного. При ее недостатке у человека развивается пеллагра.

Клиническая картина. Для клинической картины пеллагры характерна классическая триада: дерматит, диарея, деменция. Ухудшается аппетит, нарушается деятельность нервной системы, наблюдаются депрессия, апатия, тревожность, появляются тошнота и рвота.

Губы у пациента с дефицитом никотиновой кислоты сухие, потрескавшиеся, в углах заеды. Язык увеличивается, становится отечным (появляются

ся отпечатки зубов), сосочки его гипертрофируются, пациенты жалуются на жжение слизистой языка. Спинка языка обычно покрыта толстым слоем налета, разделенного бороздками. Затем налет постепенно отторгается, язык на этих участках становится ярко-красным, блестящим, резко болезненным (рис. 17). На коже (тыл кистей, колени, локти и ягодицы) отмечаются проявления дерматоза, определяются расстройства нервной системы и ухудшение памяти, апатия, быстрая утомляемость, депрессия.

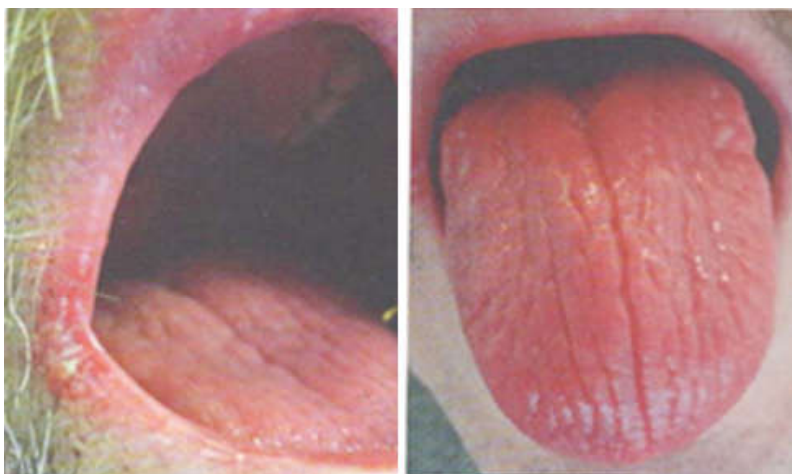


Рис. 17. Проявления недостаточности витамина РР на слизистой оболочке рта

Слизистая оболочка рта отечна, гиперемирована, гипертрофирована, на ней могут появляться пузыри, на месте которых затем образуются болезненные эрозии.

Недостаточность витамина РР при отсутствии лечения приводит к смерти.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Заболевания органов пищеварения (класс XI по МКБ-10) часто сопровождаются изменениями слизистой оболочки рта, так как она является областью рефлекторного воздействия различных отделов желудочно-кишечного тракта, и в то же время ее рецепторы оказывают влияние на секреторную и моторную деятельность последнего. Лечение основного заболевания способствует уменьшению или исчезновению патологических изменений на слизистой оболочке рта.

Состояние языка. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта оно изучено лучше всего. Проявления на языке имеют неспецифический характер. Могут наблюдаться изменения цвета, рельефа, появление десквамаций, атрофии эпителия, нарушение целостности слизистой оболочки (рис. 18).

Часто бывает извращение вкусовой чувствительности. Имеет место гипо- или гиперсаливация. Данные изменения могут исчезать в период ремиссии основного заболевания или в процессе его лечения.



Рис. 18. Изменение сосочков языка

Обложенность языка обнаруживается чаще всего (рис. 19). Налет состоит в основном из ороговевших клеток эпителия, бактерий, грибов, пищевых остатков. Количество налета на языке увеличивается при снижении его самоочищения, главным образом при жевании. Следует также учитывать регулярность гигиенических мероприятий и другие факторы.



Рис. 19. Образование налета на языке

Нарушение процесса нормального (физиологического) ороговения и слущивания эпителия определяет количество и плотность налета. Так, при атрофии нитевидных сосочков языка налета мало или он вообще отсутствует. При гипертрофии этих сосочков на поверхности языка имеется трудно снимающийся толстый слой налета, состоящий в основном из слипшихся ороговевших нитевидных сосочков.

Обложенность языка является одним из характерных симптомов различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Так, при обострении гастрита, язвенной болезни, энтероколита и колита количество налета увеличивается, он покрывает всю спинку языка, локализуясь преимущественно в задних его отделах. Лишь при толстом слое налета на языке могут возникать ощущение дискомфорта и некоторое снижение вкусовой чувствительности. Цвет налета в основном обусловлен красителями пищевых продуктов, лекарственных препаратов или обострениями желудочно-кишечных заболеваний: язвенной болезни, хронического гепатита, холецистита (желтый, бурый).

Отечное состояние языка является важным признаком заболеваний желудочно-кишечного тракта. Незначительная отечность протекает бессимптомно и обнаруживается врачом при осмотре. Значительный отек сопровождается прикусыванием языка при приеме пищи, разговоре. Отечное состояние определяется при осмотре по выраженным отпечаткам зубов на его боковых поверхностях, а также увеличению его размеров. Следует учитывать, что отек языка — состояние, ассоциированное с хроническими заболеваниями кишечника (энтероколитом, колитом), при которых выявляют нарушение водного обмена.

Глоссит, в зависимости от выраженности и цвета сосочков языка, некоторые авторы выделяют гиперпластический и атрофический. *Гиперпластический глоссит* наблюдается чаще у пациентов с гастритом с повышенной кислотностью, при обострении язвенной болезни, характеризуется гипертрофией сосочков языка, наличием плотного налета.

Атрофический глоссит обнаруживается у пациентов с гастритом с секреторной недостаточностью, при гепатитах, гастроэнтеритах, колитах. При этой форме глоссита наблюдаются атрофия и сглаженность сосочков языка, отсутствие налета. Иногда атрофия сосочков резко выражена, язык гладкий, блестящий, может быть гиперемизованным (эритематозным) или бледно-розовым. В некоторых случаях язык имеет вид «лакированного», с ярко-красными пятнами и полосами. Атрофия сосочков языка может вызывать чувство жжения, болезненности, покалывания при приеме острой, пряной пищи.

Десквамация эпителия языка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта обнаруживается довольно часто (рис. 20). Она может быть различной степени выраженности, встречается чаще у пациентов с хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, хроническим колитом, заболеваниями печени. Характеризуется появлением на спинке языка очагов десквамации эпителия нитевидных сосочков. У пациентов с секреторной недостаточностью, инфекционными поражениями печени часто наблюдается сочетание десквамативного глоссита с атрофией и сглаженностью сосочков языка. Пациенты иногда предъявляют жалобы на жжение, болезненность

при приеме раздражающей пищи. Характерным является появление очагов десквамации в период обострения хронического заболевания желудочно-кишечного тракта и их исчезновение в период ремиссии.



Рис. 20. Десквамация, атрофия эпителия языка при патологии желудочно-кишечного тракта

Парестезия языка зачастую сопутствует заболеваниям органов пищеварения. Возникают жжение, пощипывание, покалывание языка. Эти ощущения часто сопровождают десквамативный глоссит, но могут проявляться и без видимых изменений языка.

Нарушение вкусовой чувствительности определяют методом функциональной мобильности рецепторов языка. Количество функционирующих рецепторов зависит от возраста и состояния пищеварительного тракта. При язвенной болезни, опухолях желудка меняется функциональная мобильность вкусовых рецепторов (повышается их активность и отсутствует демобилизация после приема пищи и др.). Нарушения вкусовой чувствительности могут возникать как при обложенном языке, так и при явлениях атрофии или десквамации.

Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта, возникающие при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, являются преимущественно следствием трофических расстройств. Имеется большое количество сообщений о наличии эрозий и язв на слизистой оболочке рта при язвенной болезни желудка, заболеваниях печени, колитах, энтероколитах и др. (рис. 21).



Рис. 21. Нарушение целостности слизистой оболочки языка при патологии желудочно-кишечного тракта

Изменение цвета слизистой оболочки рта. Может проявляться на фоне желудочно-кишечной патологии (рис. 22). В период обострения язвенной болезни, энтероколита, колита часто развиваются гингивит, глоссит или стоматит, тяжесть течения которых зависит от продолжительности и частоты обострений основного заболевания. Слизистая оболочка рта в области поражения характеризуется гиперемией с явлениями цианоза вследствие хронизации процесса. В этом случае у пациентов появляются жалобы на жжение во рту, изменение цвета слизистой оболочки, иногда болезненность при приеме раздражающей пищи. Наиболее выражены явления гингивита и стоматита при обострении хронического колита.



Рис. 22. Изменение цвета, рельефа языка при патологии желудочно-кишечного тракта

В период ремиссии желудочно-кишечных заболеваний симптомы гингивита и стоматита становятся слабовыраженными или полностью исчезают.

Следует помнить, что подобные изменения слизистой рта могут быть проявлениями других заболеваний и состояний (инфекционные, включая грибковые, аллергические, сердечно-сосудистые, гиповитаминозы) организма.

Нарушения саливации. Могут проявляться в виде гипер- или гипосаливации. В ряде исследований доказано, что у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдаются морфологические и функциональные изменения в малых слюнных железах. При язвенной болезни в начальной стадии (сроком до года), а также при ее обострении

отмечается повышение саливации с последующим развитием гипосаливации. Пациенты начинают предъявлять жалобы на сухость во рту.

Гастрит. При хроническом гастрите с сохраненной или повышенной секрецией присутствует выраженный болевой синдром, изжога, отрыжка кислым, тяжесть в эпигастриальной области. Слизистая оболочка полости рта обычно розовой окраски. Саливация нормальная, извращение вкуса наблюдается в период диспептических явлений. В области средней и дистальной третей языка нитевидные сосочки гипертрофированы, выражен налет беловато-желтого или серовато-желтого цвета. Грибовидные сосочки определяются менее четко, листовидные — рельефны, представляются несколько гиперплазированными. Присоединение вторичной инфекции способствует эрозированию десневых сосочков и усилению субъективных ощущений.

Язвенная болезнь. Сочетание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения характеризуется снижением саливации. Отмечаются изменения эпителия дорсальной поверхности языка, в дистальных его отделах наиболее выражен налет серовато-белого цвета, плотно прикрепленный к подлежащим тканям. Десквамация нитевидных сосочков замедлена, нарушена рельефность листовидных сосочков, грибовидные сосочки могут быть гиперплазированы или, наоборот, уменьшены и малозаметны.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, нередко сопровождающейся нарушением функции желчевыводящих путей, слизистая оболочка полости рта более яркая, с красным оттенком в области мягкого неба. В периоды обострения заболевания может наблюдаться отечность и увеличение языка, на боковых поверхностях и в области кончика языка выражены отпечатки зубов. При стоматоскопическом исследовании в зонах прилегания языка к зубам видны микроэрозии, участки истонченного эпителия, что обуславливает субъективные ощущения пациента (жжение, саднение, чувство покалывания), усиливающиеся при приеме пищи. Пациенты предъявляют жалобы на болезненность и жжение в языке, ощущение «обожженного языка», усиливающиеся к вечеру. Это говорит о тесной связи нервно-рефлекторного характера различных отделов пищеварительного тракта. На это указывают случаи мигрирующей формы десквамативного глоссита, когда размеры очагов (от 0,5 до 1,5 см) и локализация постоянно меняются, что обуславливает миграцию болевых ощущений. Имеет место спонтанное исчезновение очагов, отличающее эту форму от «географического языка».

Гастроэнтероколит. Характеризуется одновременным поражением желудка, тонкой и толстой кишок. В развитии патологии определенное место занимают различные инфекции, пищевая и лекарственная аллергия, интоксикации химическими веществами и тяжелыми металлами. Клинически заболевание проявляется общими и местными симптомами: повышением температуры тела, явлениями интоксикации, головными болями, нарушениями функции

желудочно-кишечного тракта (отрыжка, изжога, рвота пищей, диарея, боли в верхней части живота). У всех пациентов выявляется сочетанное поражение слизистой оболочки полости рта и кишечника. По данным ректоскопии, в 80 % случаев были обнаружены катаральные и эрозивные проктосигмоидиты. В первые дни энтероколита слизистая оболочка рта отечна, гиперемирована, наблюдается гиперсаливация, а на 2–3-й день заболевания отмечается сухость слизистой рта. На слизистой оболочке щек по линии смыкания губ и боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов. Поверхность языка покрывается плотным серовато-желтым налетом, а при выраженной интоксикации и дисбактериозе наблюдаются гиперплазия нитевидных сосочков и их прокрашивание в темно-коричневый и даже черный цвет.

Одним из осложнений гастроэнтероколита является кандидоз слизистой оболочки рта. Длительность его находится в прямой зависимости от характера течения основного заболевания.

При *хроническом энтероколите* слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, слегка отечна, дорсальная поверхность языка равномерно обложена налетом серовато-желтого цвета, особенно выраженного в дистальных отделах языка в утренние часы. Наблюдаются гиперемия, гиперплазия сосочков, десквамация (рис. 23), нарушение целостности слизистой оболочки, повышенная саливация, «металлический привкус во рту», парестезия в области кончика языка.



Рис. 23. Энтероколит. Проявления на слизистой оболочке рта

При сочетании хронического энтероколита с заболеваниями других органов пищеварительной системы появляются патологические изменения слизистой полости рта в виде хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Нередко одиночные афты возникают задолго до развития симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. Афты округлой формы,

покрыты фибринозным налетом желтовато-белого цвета, с четким венчиком гиперемии или инфильтрацией по периферии от 0,1 до 0,8 мм в диаметре. По прошествии 10–14 дней они исчезают, после заживления оставляя белеватый участок слизистой. Периоды ремиссии варьируют от 2–3 месяцев до года. У лиц с язвенной болезнью желудка, хроническим колитом, хроническим гепатитом при обострении основного заболевания возможно развитие более глубоких поражений слизистой — так называемого хронического рецидивирующего некротического афтозного стоматита, или афтоза Сеттена, характеризующегося появлением глубоких язв, отличающихся резкой болезненностью и заживлением с образованием рубца. Ремиссии не превышают 2–3 месяцев, иногда язва существует 6–12 месяцев. Наиболее частые локализации язвы — на слизистой оболочке щеки, губы, языка, переходной складки и в ретромоларном пространстве.

Болезнь Крона. Болезнь Крона является гранулематозом. В кишечнике имеются типичные симптомы поражения. В полости рта заболевание проявляется эритематозными выбуханиями слизистой оболочки в виде безболезненных мягких узелков, расположенных в подслизистом слое. Узелки могут трансформироваться в эрозии, язвочки и афты. Это объясняют наличием взаимосвязи полости рта с толстой кишкой, где протекает основной процесс.

Поражение полости рта может быть также в язвенной и узелковой форме, сочетающейся с поражением других отделов желудочно-кишечного тракта.

Иногда на щеках и боковой поверхности языка возникают гиперпластические разрастания (рис. 24).



Рис. 24. Болезнь Крона:

a — язвенная форма; *б* — гиперпластические разрастания на слизистой оболочке щеки

Заболевания печени и желчного пузыря. Различные патологические проявления в полости рта могут описываться как клинические проявления различных форм гепатита и холецистита и имеют симптоматическое значе-

ние (рис. 25). Особую диагностическую ценность имеет цвет слизистой оболочки мягкого неба. Нередко первыми признаками являются диспептические явления, повышение температуры, астеновегетативный синдром. Желтушная окраска последовательно появляется на склерах глаз, твердом небе, кожных покровах и видимых слизистых. В ряде случаев появляются внепеченочные знаки — «печеночные ладони» и «сосудистые звездочки» на коже.

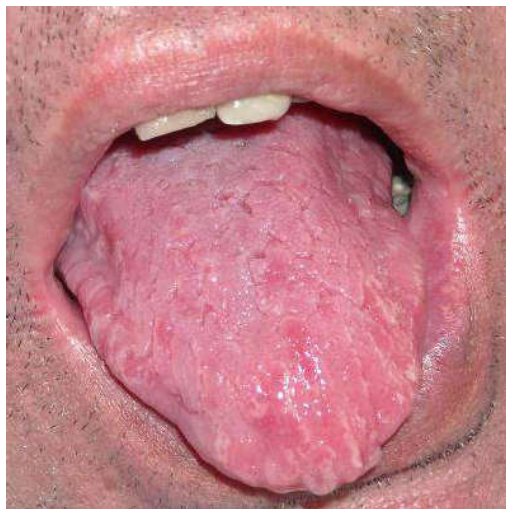


Рис. 25. Язык при гепатохолецистите

При *вирусном гепатите* слизистая оболочка всегда вовлекается в патологический процесс. В продромальном периоде отмечается сухость в полости рта, отечность и гиперемия слизистой. В желтушном периоде нарастает интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки, особенно в области твердого и мягкого неба. Появляются телеангиоэктазии и геморрагии, наиболее выраженные в области мягкого неба и вестибулярной поверхности губ. В период разгара заболевания на дорсальной поверхности языка появляются участки десквамации эпителия, сопровождающейся атрофией нитевидных сосочков. Важным изменением является желтушное прокрашивание выводных протоков парных слюнных желез: околоушной, подчелюстной и подъязычной. Малые слюнные железы также вовлечены в патологический процесс (отмечается гиперплазия выводных протоков, нередко зияние их концевых отделов). В разгаре заболевания на слизистой оболочке рта могут наблюдаться множественные мелкие, склонные к группированию эрозии. Фибринозный налет на их поверхности интенсивно окрашен в желтый цвет. Жировые включения в слизистой оболочке полости рта (железы Фордайса) также прокрашиваются в желтый цвет. Слизистая десневого края ярко гиперемирована, отечна, присутствуют все признаки гингивита, при осложнении основного заболевания может переходить в язвенно-некротическую форму.

Хронический гепатит характеризуется диспептическими расстройствами, снижением работоспособности, слабостью, раздражительностью, нарушением сна. Признаками проявления заболевания в полости рта являются: извращение вкуса, ощущение горечи во рту, особенно по утрам, желтушность слизистой оболочки мягкого неба, субъективным симптомом заболевания является парестезия слизистой оболочки полости рта, жжение и покалывание в области языка и губ, ощущение зуда в области неба. Слизистая десны с цианотичным оттенком.

Цирроз печени характеризуется прогрессирующим сочетанным поражением паренхимы и стромы печени с дистрофическими изменениями печеночных клеток, развитием соединительной ткани, перестройкой паренхимы и сосудистой системы печени. Пациенты жалуются на чувство жжения в области мягкого и твердого неба, вестибулярной поверхности губ и различных отделов языка. При циррозе печени дорсальная поверхность языка цианотична (рис. 26).



Рис. 26. Цианотичный оттенок дорсальной поверхности языка при циррозе печени

Слизистая оболочка полости рта при циррозе мало отличается от описанной выше при гепатитах. Отмечается иктеричность слизистой неба, привкус горечи, проявляется сосудистый рисунок в области мягкого неба. В местах случайного травмирования слизистой оболочки наблюдаются, наряду с гиперкератозом, трещины и длительно не заживающие эрозии. Слизистая сухая, десна бледно-розового цвета, маргинальный край десны атрофичен, имеются единичные афты либо явления кандидоза, длительно не заживающие трещины в углах рта.

Панкреатит. Слизистая оболочка рта при *остром панкреатите* гиперемирована, отечна (рис. 27), четко обозначен сосудистый рисунок, типична желтушная окраска дистальных отделов. Язык обложен желто-белым налетом, нитевидные сосочки увеличены, нередко отмечаются очаговая десквамация эпителия дорсальной поверхности языка, гиперплазия грибовидных сосочков, выраженная сухость во рту и нарушение вкусовой чувствительно-

сти. В некоторых случаях в дистальных отделах слизистой оболочки рта появляются афтозные поражения.

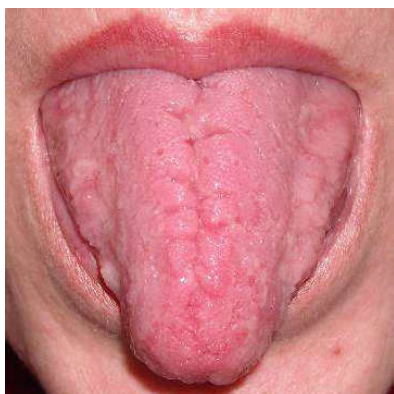


Рис. 27. Отек слизистой оболочки языка при панкреатите

Хронический панкреатит сопровождается изменениями слизистой оболочки полости рта, которые являются следствием вторичного гиповитаминоза, а также вовлечения в процесс других органов пищеварительной системы. Характерными проявлениями на слизистой оболочке рта будут атрофические изменения дорсальной поверхности языка по типу глоссита, свойственные В-витаминной недостаточности, кандидоз, истончение красной каймы губ и появление хронических трещин в углах рта.

БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Главная клиническая особенность заболеваний кожи и подкожной клетчатки (класс XII МКБ-10) заключается в полисиндромности, то есть наличии почти во всех органах и системах изменений, обусловленных диффузным поражением соединительной ткани. На слизистой оболочке рта могут наблюдаться десквамативный глоссит, ксеростомия, атрофический стоматит, гингивит.

Наиболее часто из данного класса болезней на слизистой оболочке рта проявляется красная волчанка.

Красная волчанка (*lupus erythematosus*, эритематоз, рубцующийся эритематоз) — хронический дерматоз с поражением соединительной ткани со сложным патогенезом (иммунным, генетическим, метаболическим и др.).

Покраснение (эритема) кожи лица в области щек и носа — это наиболее характерный симптом системной красной волчанки, который возникает или усиливается при воздействии прямых солнечных лучей (рис. 28). Из-за характерной формы эта эритема стала называться «волчаночной бабочкой».

Подобные кожные высыпания могут также возникать в других областях. Кожа пальцев рук часто меняет цвет под воздействием холода от белого до багрово-синюшного (феномен Рейно). Возможно образование эрозий и язв на слизистой оболочке полости рта (рис. 29), а также развитие трофических нарушений, приводящих к усилению выпадения волос (алопеции), ломкости ногтевых пластинок.



Рис. 28. Красная волчанка: характерные пятна на коже лица и слизистой оболочке рта



Рис. 29. Эрозивно-язвенная форма красной волчанки

Диагностика системной красной волчанки на начальной стадии позволяет достичь быстрой и стойкой ремиссии заболевания и избежать тяжелых осложнений. При лечении волчанки применяют медикаментозную терапию (стероидные и нестероидные препараты, биологические генно-инженерные препараты), методы экстракорпоральной гемокоррекции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДРУГИХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА

Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях почек

Признаками заболевания почек являются мочевые симптомы: протеинурия, гематурия, отеки.

Хроническая почечная недостаточность. Типичный признак — сильный зуд кожных покровов. Изменения слизистой оболочки полости рта возникают вследствие вторичных нарушений обменного характера, нередко данные изменения обусловлены явлениями диспепсии. Характерен запах мочевины из полости рта. Слизистая бледная, желтушная, сухая, легко травмируется зубами или грубой пищей. Может наблюдаться потемнение слизистой оболочки мягкого и твердого неба, щек, губ, иногда коронковой части зубов. Язык сухой, отечный, с отпечатками зубов, нередко обложен налетом (рис. 30), присутствует галитоз. Имеет место расстройство вкусовой чувствительности. Отмечается раздражение концевых отделов малых слюнных желез губ, мягкого неба и щек, нередко эти зоны являются начальными в развитии эрозий, тогда в полости рта наблюдается картина glandулярного хейлита и стоматита с гипореактивным течением. Субъективным признаком поражения слизистой является ее жжение и боль.



Рис. 30. Поражения слизистой оболочки рта при заболеваниях выделительной системы

Уремический стоматит — редкое поражение слизистой оболочки рта, наблюдающееся у пациентов с острой или хронической почечной недостаточностью.

Этиология уремического стоматита неизвестна. Возможно, он представляет собой реакцию слизистой оболочки рта на токсины или на аммиак, образованию которого способствует расщепление мочевины, выделяющейся со слюной, под действием уреазы, продуцируемой микробиомом полости рта.

Основные клинические проявления: болезненные поверхностные язвы, покрытые некротической пленкой; диффузная эритема, отек и болезненность

слизистой оболочки, появление на ней толстых сероватых пленок; очаги кровоизлияний, экхимозы; множественные болезненные гиперкератотические бляшки; ксеростомия, ощущение жжения, уремический запах изо рта, неприятный вкус во рту, кандидоз, вирусные и бактериальные инфекции.

Диагноз ставят на основании анамнеза, анализа мочи и высокого уровня мочевины в крови.

На слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ и прилежащих участках кожи часто появляются высыпания простого герпеса, что говорит о снижении общих и местных факторов неспецифической защиты. Эпителизация очагов замедленная, при улучшении течения основного заболевания к 3-й неделе завершается и эпителизация эрозий и язв.

Гломерулонефрит. Наиболее частая форма поражения почек — гломерулонефрит, характеризующийся преимущественным поражением клубочковых сосудов. Различают острый диффузный и хронический диффузный гломерулонефрит. Клиническая картина характеризуется тремя основными симптомами: мочевым, отечным, гипертоническим. При хроническом диффузном гломерулонефрите чаще преобладают отечный и гипертонический симптомы. Характерные субъективные изменения: сухость, горечь, неприятный привкус в полости рта, кровоточивость десен, отечность слизистой оболочки полости рта. Реже отмечается изменение цвета слизистой: она может быть бледной или желтовато-бледной, при гипертонической форме заболевания — цианотичной. Постоянным признаком гломерулонефрита является иктеричность твердого и мягкого неба. Частым признаком заболевания можно назвать гингивит, который характеризуется отечностью цианотичной десны, ее кровоточивостью. При гипертонической форме гломерулонефрита возможно тяжелое течение воспалительно-дистрофического процесса в периодонте с отложением наддесневого и поддесневого зубного камня. Характерными являются сглаженность нитевидных сосочков языка, сухость губ. Афтозные поражения слизистой оболочки трансформируются в язвенно-некротический процесс, нередко сопровождающийся кандидозом.

Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях суставов

Заболевания суставов иногда также сопровождаются изменениями на слизистой оболочке рта.

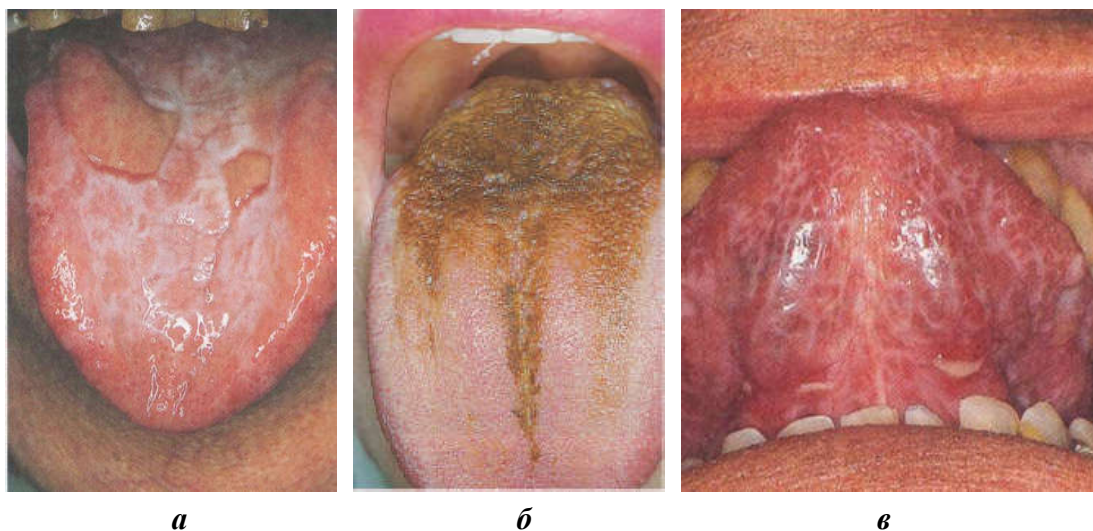
В частности, могут наблюдаться проявления реактивного артрита (рис. 31). На языке возникает эритема и участки депапиляции, которые при множественном появлении напоминают мигрирующую эритему. В ряде случаев на слизистой оболочке полости рта отмечается возникновение мелких бессимптомных неглубоких язв.



Рис. 31. Признаки реактивного артрита в полости рта

ЛИХЕНОИДНАЯ РЕАКЦИЯ

Лихеноидная реакция может наблюдаться при лечении эпилепсии противосудорожными препаратами и ревматоидного артрита золотосодержащими препаратами, при длительном приеме антибиотиков, а также препаратов, снижающих давление (рис. 32). На поверхности языка — обширные изъязвления, атрофия и кератоз. При биопсии выявляют изменения, очень похожие на плоский лишай.



а

б

в

Рис. 32. Лихеноидная реакция:

а — при лечении ревматоидного артрита золотосодержащими препаратами; *б* — на длительный прием лекарственных средств (антибиотиков); *в* — на каптоприл (образуются бороздки, покрывающие всю вентральную поверхность языка)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Для выявления поражений слизистой оболочки рта врач-стоматолог должен знать морфологию органов и тканей рта с учетом возраста, а также проявления соматических заболеваний на слизистой рта. Обследование таких пациентов проводится совместно с врачами других специальностей (терапевт, инфекционист и др.).

Обязательно определение взаимосвязи поражения слизистой оболочки рта с общим и стоматологическим здоровьем пациента.

По показаниям проводится осмотр кожных покровов других участков тела и слизистых. Нужно тщательное визуальное обследование всех разделов слизистой оболочки рта с детальной характеристикой элементов поражения и выявлением факторов риска. Необходимо использование дополнительных клинических тестов (оптическое увеличение, окрашивание, фотографирование и др.).

Постановка точного, лабораторно подтвержденного диагноза требует сочетания нескольких специальных современных методов диагностики.

Алгоритм действия врача-стоматолога при поражениях слизистой оболочки рта:

1. Верификация диагноза (клинические и лабораторные методы).
2. После постановки окончательного диагноза стоматолог:
 - устраняет предрасполагающие и ятрогенные факторы риска;
 - проводит местное лечение слизистой оболочки полости рта на основании клинических протоколов лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.01.2023;
 - нормализует гигиену полости рта;
 - оказывает все виды стоматологической помощи после купирования острого процесса с учетом состояния слизистой;
 - проводит динамическое наблюдение;
 - соблюдает деонтологию и конфиденциальность.
3. Лечение назначается врачами-специалистами. Используются лекарственные средства местного и системного действия в соответствии с протоколами лечения нозологических форм заболевания.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при сердечно-сосудистой недостаточности:

- а) слизистая оболочка бледная;
- б) цианоз в области небных дужек, десневого края, губ;
- в) отечность слизистой щек, языка, губ;
- г) атрофия нитевидных сосочков языка;
- д) трофические изъязвления;
- е) парестезии слизистой;
- ж) все вышеперечисленное.

2. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при артериальной гипертензии:

- а) появление геморрагических пузырей (существуют от нескольких часов до нескольких дней, пузырь вскрывается либо рассасывается);
- б) при вскрытии пузыря образуется эрозия;
- в) признаков воспаления вокруг пузыря, как правило, нет;
- г) положительный симптом Никольского;
- д) все вышеперечисленное.

3. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при энтероколите:

- а) налет;
- б) гиперемия;
- в) гиперплазия сосочков;
- г) окрашивание сосочков;
- д) десквамация;
- е) нарушение целостности;
- ж) отечность;
- з) повышенная саливация;
- и) металлический привкус;
- к) парестезия в области кончика языка;
- л) все вышеперечисленное.

4. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при гипотиреозе (микседеме):

- а) недостаточная функция щитовидной железы;
- б) макроглоссия;
- в) зубчатый язык;
- г) отечность и сухость слизистой оболочки рта;
- д) изменение тембра голоса;

- е) вялость, сонливость;
- ж) замедление речи;
- з) безразличие;
- и) ослабление памяти;
- к) все вышеперечисленное.

5. Выберите заболевания, в симптоматику которых входят рецидивирующие афты:

- а) болезнь Бехчета;
- б) болезнь Крона;
- в) язвенный колит;
- г) синдром мальабсорбции;
- д) глютенчувствительная энтеропатия;
- е) ВИЧ-инфекция;
- ж) цитофагический гистиоцитарный панникулит;
- з) дефицит витамина В₁₂, фолиевой кислоты, железа;
- и) циклическая нейтропения;
- к) все вышеперечисленное.

6. Выберите клинические проявления поражения слизистой оболочки рта при медикаментозных и лучевых поражениях:

- а) множественные поражения с нарушением целостности эпителия;
- б) отек и помутнение эпителия;
- в) эрозии и язвы;
- г) все вышеперечисленное.

7. Выберите определение болезни Бехчета:

- а) системный васкулит неустановленной этиологии, характеризующийся преимущественным поражением кожи, слизистой оболочки глаз, рта и половых органов;
- б) хронический дерматоз с поражением соединительной ткани со сложным патогенезом (иммунным, генетическим, метаболическим и др.);
- в) редкое аутоиммунное заболевание, характеризующееся васкулитом сосудов мелкого и среднего калибра с образованием гранулем и наиболее частым вовлечением в патологический процесс верхних дыхательных путей, легких, почек, глаз.

8. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при заболеваниях крови:

- а) изменение цвета слизистой;
- б) атрофия сосочков языка;
- в) гиперкератоз сосочков языка;
- г) гиперплазия сосочков языка;

- д) сухость слизистой;
- е) заеды, корочки на губах;
- ж) все вышеперечисленное.

9. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при сахарном диабете:

- а) изменение нитевидных, грибовидных сосочков;
- б) атрофия сосочков;
- в) трофические изъязвления;
- г) присоединение кандидозной инфекции;
- д) ангулярный хейлит;
- е) сухость слизистой оболочки рта (ксеростомия);
- ж) нарушение вкуса;
- з) все вышеперечисленное.

10. Выберите клинические проявления поражений слизистой оболочки рта при тиреотоксикозе:

- а) ангулярный хейлит;
- б) складчатый язык;
- в) десквамации эпителия языка, щек, дна полости рта («географический стоматит»);
- г) жжение слизистой рта;
- д) снижение вкусовой чувствительности;
- е) все вышеперечисленное.

Ответы: 1 — ж; 2 — а, б, в; 3 — д; 4 — к; 5 — к; 6 — г; 7 — а; 8 — ж; 9 — з; 10 — е.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аксамит, Л. А.* Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л. А. Аксамит, А. А. Цветкова. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2022. – 288 с.
2. *Рутковская, А. С.* Алгоритм диагностики заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся наличием элементов поражения слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению № 103-1117 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 01.12.2017 / А. С. Рутковская, Л. А. Казеко, Л. Л. Александрова. – Минск : БГМУ, 2017. – 10 с.
3. *Банченко, Г. В.* Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г. В. Банченко. – М. : Медицина, 1979. – 190 с.
4. *Беляков, Ю. А.* Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов / Ю. А. Беляков. – М. : Медицина, 1993. – 256 с.
5. *Борк, К.* Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, лечение : атлас и руководство : пер. с нем. / К. Борк, В. Бургдорф, Н. М. Хеде. – М. : Медицинская литература, 2020. – 448 с.
6. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон, Т. Ф. Виноградова [и др.] ; под ред. проф. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. – М. : МВДпресс, 2001. – 320 с.
7. *Голоусенко, И. Ю.* Дерматостоматология. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / И. Ю. Голоусенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 224 с.
8. *Здравоохранение* в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2014 г., 2015 г. – Режим доступа: http://med.by/content/stat/stat2015/2014_1.pdf (дата доступа: 20.05.2020).
9. *Лангле, Р. П.* Атлас заболеваний полости рта / Р. П. Лангле, К. С. Миллер ; под ред. Л. А. Дмитриевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
10. *Ласкарис, Д.* Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта : руководство для врачей / Д. Ласкарис. – М. : Московское информационное агентство, 2006. – 304 с.
11. *Лукиных, Л. М.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных. – Н. Новгород : НГМИ, 1993. – 212 с.
12. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. – М. : Медицинская литература, 2014. – 224 с.
13. *Луцкая, И. К.* Системное обследование слизистой оболочки полости рта (СОПР) — способ профилактики злокачественных новообразований / И. К. Луцкая, С. В. Латышева // Украинский стоматол. альманах. – 2017. – № 14. – С. 32–37.
14. *Сосновский, А. Т.* Дерматологический справочник / А. Т. Сосновский, А. З. Яговдик, И. Н. Белугина ; под ред. А. З. Яговдика. – 2-е изд., доп и перераб. – Минск : Выш. шк., 2001. – 734 с.
15. *Bruch, J. M.* Clinical Oral Medicine and Pathology / J. M. Bruch, N. S. Treister. – Cham : Springer, 2017. – 207 p.
16. *Regezi, J. A.* Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations / J. A. Regezi, J. J. Sciubba, R. C. K. Jordan. – St. Louis : Elsevier, 2016. – 402 p.

17. *Laskaris, G.* Pocket Atlas of Oral Diseases / G. Laskaris. – London, 2006. – P. 370.
18. *Odell, E. W.* Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine / E. W. Odell. – 9th ed. – St. Louis : Elsevier, 2017. – P. 545.
19. *Schmidt, E.* Diseases of the Oral Mucosa : Study Guide and Review / E. Schmidt. – Cham : Springer, 2022. – 550 p.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	5
Острый лейкоз	6
Хронический лейкоз	8
Агранулоцитоз	9
Тромбоцитопеническая пурпура	11
Гемофилия	12
Железодефицитная анемия	13
В ₁₂ -дефицитная анемия	14
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	15
Сахарный диабет	15
Тиреотоксикоз	17
Гипотиреоз	17
Аддисонова болезнь	18
Недостаточность витамина А	19
Недостаточность рибофлавина	20
Недостаточность аскорбиновой кислоты	21
Недостаточность никотиновой кислоты	22
Болезни органов пищеварения	23
Болезни кожи и подкожной клетчатки	33
Клинические проявления других системных заболеваний на слизистой оболочке рта	35
Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях почек	35
Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях суставов	36
Лихеноидная реакция	37
Особенности диагностики поражений слизистой оболочки рта у пациентов с системными заболеваниями	38
Самоконтроль усвоения темы	39
Список использованной литературы	42