

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Символы *, ‡ означают, что снимки принадлежат одному и тому же больному.

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Травмы (рис. 72.1 и 72.2). Повреждение уздечки языка и мягкого нёба — частое поражение слизистой оболочки полости рта, связанное с сексуальной активностью. Изъязвление уздечки языка возможно в результате травмирования её о нижние резцы во время орального секса. Часто в таких случаях выявляют язву с серовато-белым фибринозным экссудатом, окружённую тонким пояском гиперемии. Диагноз легко установить на основании анамнеза. Воздержание от сексуальной активности способствует заживлению. Хроническое раздражение может стать причиной вторичной бактериальной инфекции, развития лейкоплакии или травматической фибромы, а также инфицирования ВПЧ. При фелляции возможно повреждение мягких тканей полости рта в виде эритемы и подслизистых кровоизлияний на мягком нёбе. Обычно вначале отмечают изолированные ярко-красные петехии. Они постепенно сливаются в большое пятно, перекидывающееся через срединную линию нёба. Кровоизлияния безболезненны, не бледнеют при диаскопии и напоминают петехии при инфекционном мононуклеозе, однако в отличие от него не сопровождаются повышением температуры тела и лимфаденопатией. Петехии постепенно бледнеют и исчезают в течение одной недели.

Фарингит, связанный с сексуальной активностью (рис. 72.3 и 72.4). Попадание инфицированной слюны или секрета половых органов партнера в полость рта при половом контакте может стать причиной герпетического (ВПГ типа 2), гонорейного (*Neisseria gonorrhoeae*) или хламидийного (*Chlamydia trachomatis*) фарингита. Эти инфекции наиболее часто встречаются у лиц 15–35 лет, ведущих активную половую жизнь. При первичном инфицировании ВПГ типа 2 полости рта и глотки развивается выраженный фаринготонзиллит с высокой температурой тела; поражение дёсен при этом бывает менее выраженным, чем при первич-

ной герпетической инфекции, вызванной ВПГ типа 1. В начале заболевания образуются множественные мелкие везикулы, после вскрытия которых возникают язвочки, заживающие в течение 10–21 дней. Лечение заключается в назначении противовирусных препаратов.

N. gonorrhoeae поражает неороговевающий эпителий слизистой оболочки, вызывая диффузный эритематозный фарингит, образование мелких пустул на нёбных миндалинах или очагов эритемы и отёка в глотке, на нёбных миндалинах и нёбном язычке. Вначале больные жалуются на ощущение жжения в глотке, слюна постепенно становится вязкой, появляется неприятный запах изо рта. Из других симптомов следует отметить болезненные изъязвления на слизистой оболочке полости рта, гиперемию и болезненность дёсен с некрозом межзубных сосочков или без него, язвы на языке, глоссодинию. Лечение включает однократное назначение цефиксима, цефтриаксона или хинолонов. Хламидийный фарингит, который проявляется болью в горле и нерезко выраженными симптомами фарингита и тонзиллита, а также образованием пустул, лечат азитромицином или доксициклином.

Инфекционный мононуклеоз (рис. 72.5 и 72.6). Инфекционный мононуклеоз — сравнительно доброкачественное инфекционное заболевание лимфатических узлов, характеризующееся повышенной утомляемостью, лихорадкой, недомоганием, болью в горле, стоматитом и иногда — гепатоспленомегалией. Заболевание вызывается вирусом Эпштейна–Барр, малоконтагиозно, его наблюдают, в основном, у подростков и молодых людей. Передача инфекции происходит через слюну при поцелуях. Поражение слизистой оболочки полости рта часто бывает первым проявлением инфекционного мононуклеоза и характеризуется множественными красными петехиями на границе мягкого и твёрдого нёба, которые сохраняются в течение первых нескольких недель. Эти элементы приобретают коричневый цвет и бледнеют через несколько дней. В остром периоде инфекции часто развиваются язвенный гингивит, изъязвление глотки, эритематозно-экссудатив-

ный тонзиллит, а также двусторонняя лимфаденопатия задних шейных лимфатических узлов, которые на ощупь болезненны. При анализе крови выявляют умеренный лимфоцитоз, гетерофильные антитела, незначительное повышение активности аминотрансфераз. Лечение в основном симптоматическое и включает постельный режим, мягкую пищу, обезболивающие и жаропонижающие препараты. Выздоровление наступает в течение 1–2 мес.

Сифилис (рис. 72.7 и 72.8). Сифилис — венерическая болезнь, вызывается анаэробной спирохетой *Treponema pallidum*. Основным признаком поражения полости рта при первичном сифилисе служит безболезненная язва (**твёрдый шанкр**), которая представляет собой гранулематозную реакцию на облитерацию сосудов. Твёрдый шанкр может образоваться в любой части полости рта, но чаще локализуется на губе, а также на языке, нёбе, десне и миндалинах (перечислены в порядке убывания частоты). Сифилитическое поражение полости рта чаще наблюдают у молодых сексуально активных мужчин.

Твёрдый шанкр вначале имеет вид небольшой одиночной папулы, которая постепенно увеличивается в размерах и изъязвляется. Язва достигает в размерах 2–3 см, имеет «штампанный» вид, твёрдое инфильтрированное дно, покрыта желтоватым серозным экссудатом, отличающимся высокой заразностью; островоспалительные явления вокруг отсутствуют. Начальными проявлениями сифилиса могут быть эритема нёба или безболезненная красноватая язва, а также безболезненное увеличение и уплотнение передней группы шейных лимфатических узлов. Просуществовав 2–4 недели, шанкр спонтанно заживает, что часто бывает основанием для больных ошибочно считать, что лечение не нужно. Спустя 1–6 мес развивается картина вторичного сифилиса. В этот период больные могут жаловаться на головную боль, слезотечение, слезотечение из носа, боль в горле, развивается генерализованная артралгия, лимфаденопатия, повышается температура тела, больные худеют. Появляются безболезненные симметричные незудящие высыпания на теле, и вскоре после этого — пятнисто-папулёзная сыпь на ладонях и подошвах. Одновременно на слизистой оболочке полости рта появляются красные овальные пятна, картина фарингита, а также крупные поверхностные безболезненные язвы с эритематозным венчиком, отличающиеся высокой заразностью. Края язв неровные и напоминают snail track. Третичный сифилис развивается у нелеченных больных спустя многие годы после

вторичного сифилиса. Для него характерны перфорация нёба и неврологическая симптоматика. Препаратом выбора при всех стадиях сифилиса продолжает оставаться бензилпенициллин.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД

Синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД) — заразное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и впервые утверждённое Центрами контроля и профилактики заболеваний в 1981 г. ВИЧ — это РНК-содержащий вирус, обнаруживаемый в крови, слёзной жидкости, слюне, грудном молоке и других биологических жидкостях ВИЧ-инфицированных. Он передаётся в основном половым путём, через кровь и её компоненты или от матери ребёнку в перинатальном периоде. Заражение обычно происходит в результате использования инфицированных игл (например, наркоманами), при половых контактах без соблюдения правил безопасного секса, переливании инфицированной крови или её компонентов, случайном попадании инфицированного материала на слизистую оболочку или повреждённую кожу.

В большинстве случаев спустя 2–6 недель после заражения появляется гриппоподобный синдром, постепенно развивается генерализованная лимфаденопатия, которая сменяется бессимптомной фазой. В дальнейшем отмечают похудание, лихорадку, инфекции дыхательных путей, хроническую диарею, усталость, отсутствие кожной чувствительности к аллергенам, кандидозный стоматит, волосатую лейкоплакию, увеличение околоушных слюнных желёз, рецидивирующий герпес. Под СПИДом понимают иммунодефицит, вызванный ВИЧ, характеризующийся снижением количества лимфоцитов CD4 менее 200 в 1 мкл либо развитием одной из 30 известных оппортунистических инфекций или некоторых форм рака. В основе лечения лежит высокоактивная антиретровирусная терапия аналогами нуклеозидов и ингибиторами протеаз, подавляющая репликацию вирусов и их созревание. Такая терапия позволила увеличить жизнь больных СПИДом до 15 лет и более. Поражение полости рта при ВИЧ-инфекции отличается разнообразием, частыми рецидивами и требует лечения у специалиста.

Бактериальная инфекция полости рта (рис. 73.1–73.4). Бактериальная инфекция полости рта у ВИЧ-инфицированных, часто вовлекающая ткани периодонта, проявляется острым язвенно-некротическим гингивитом, линейной эритемой

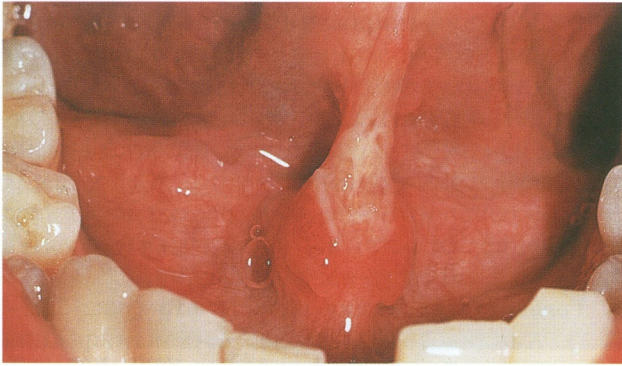


Рис. 72.1. Травматическая язва уздечки языка.

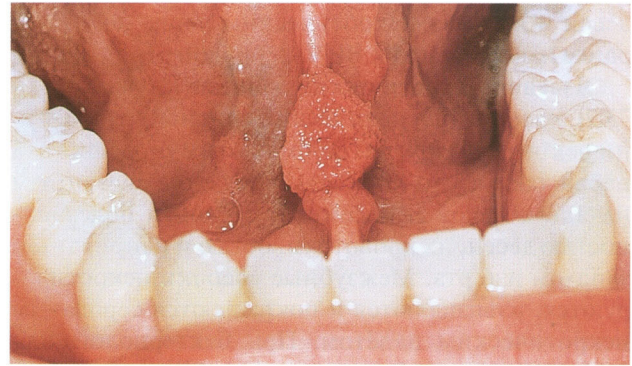


Рис. 72.2. Остроконечная кондилома уздечки языка.

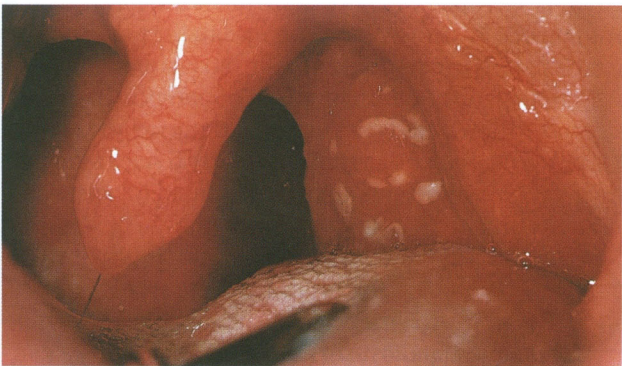


Рис. 72.3. Герпетический фарингит (ВПГ типа 2), связанный с сексуальной активностью*.



Рис. 72.4. Первичная инфекция, вызванная ВПГ типа 2*.



Рис. 72.5. Инфекционный мононуклеоз: петехии на нёбе.

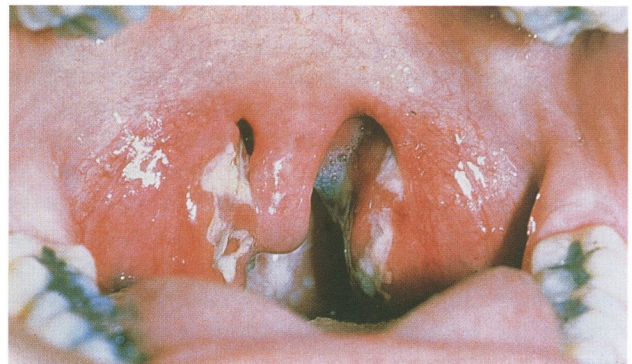


Рис. 72.6. Инфекционный мононуклеоз: экссудативный тонзиллит.

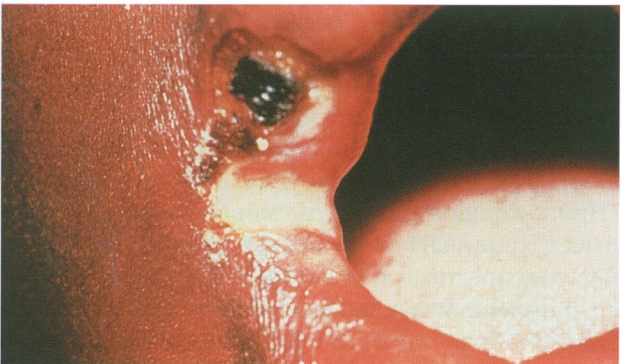


Рис. 72.7. Твёрдый шанкр при первичном сифилисе.



Рис. 72.8. Пятнистый сифилид при вторичном сифилисе.

дёсен и язвенно-некротическим периодонтитом, ранее известным как ВИЧ-периодонтит.

Язвенно-некротический гингивит (рис. 73.1–73.2). Язвенно-некротический гингивит при ВИЧ-инфекции и других формах иммунодефицита наблюдаются часто. Он характеризуется внезапным началом, яркой гиперемией, отёком и болезненностью дёсен, их кровоточивостью и неприятным запахом изо рта. Межзубные сосочки некротизируются, изъязвляются и покрываются сероватым некротическим налётом. При бактериологическом исследовании выявляют фузобактерии и спирохеты. Лечение заключается в тщательном уходе за полостью рта и удалении некротических тканей, а при появлении общих симптомов (повышение температуры тела, недомогание, анорексия и лимфаденопатия) — назначении метронидазола.

Линейная эритема дёсен (рис. 73.3). Линейная эритема дёсен характеризуется хронической их гиперемией при отсутствии явных локальных причин, таких как зубной налёт. Десна верхней и нижней челюсти поражается одинаково часто. В начале заболевания появляются небольшие красные точечные кровоизлияния, не склонные к слиянию, на неподвижной части десны на уровне губ, которые затем образуют линейную полосу вдоль десневого края и неподвижной части десны. Часто наблюдают спонтанные кровотечения из дёсен, обычная терапия неэффективна. В возникновении заболевания играют роль кандидозная инфекция и нарушение функции лейкоцитов.

Язвенно-некротический периодонтит (рис. 73.4). Язвенно-некротический периодонтит — чрезвычайно редкое заболевание, характеризующееся быстрой деструкцией периодонтальных тканей. Вначале поражаются ткани передней части периодонта, затем деструкция распространяется на заднюю часть. Процесс распространяется в основном на область резцов и моляров. Язвенно-некротический периодонтит представляет собой бактериальную инфекцию (вызываемую типичными и атипичными патогенными бактериями), развивающуюся на фоне выраженной иммуносупрессии. Заболевание клинически проявляется болью, спонтанными кровотечениями из дёсен, некрозом межзубных сосочков с образованием кратерообразных язв, отёком и яркой гиперемией дёсен, быстрой их рецессией, быстро наступающей деструкцией кости, распространением процесса на соседние участки слизистой оболочки и медленным заживлением. Лечение включает назначение антибиотиков и интенсивные меры, направленные на заживление тканей периодонта.

У ВИЧ-инфицированных при бактериологическом исследовании могут быть выявлены необычные для полости рта возбудители. Наиболее часто обнаруживают патогенные бактерии, характерные для дыхательных путей, *Escherichia coli* и другие бактерии кишечной группы, *Klebsiella spp.* Эти микроорганизмы часто вызывают диффузное воспаление слизистой оболочки языка (глоссит) в виде отёка, гиперемии и изъязвлений.

Грибковая инфекция полости рта (рис. 73.5–73.8). Кандидоз — наиболее частая инфекция слизистой оболочки полости рта у больных СПИДом и часто служит первым проявлением её поражения. Течение кандидоза обычно хроническое. Клинически он проявляется белыми или красными поражениями, возвышающимися над поверхностью слизистой оболочки или расположенными вровень с ней, а также узелками. Поражение может затронуть любую часть полости рта, но чаще локализуется на нёбе, языке и щеках. Больные обычно жалуются на жжение и нарушение вкуса. Клинические формы кандидоза были рассмотрены в разделе IX, некоторые из них обсуждаются ниже.

Псевдомембранозный кандидоз. Эта форма кандидоза характеризуется образованием белых мягких бляшек, при соскабливании которых открывается ярко-красная кровоточащая поверхность слизистой оболочки. При исследовании препаратов, обработанных гидроксидом калия, или культуры гриба выявляют характерные для *C. albicans* нити псевдомицелия. **Эритематозная (атрофическая)** форма кандидоза проявляется диффузной гиперемией спинки языка. Обычно при этом утрачиваются нитевидные сосочки. Такое поражение получило название **срединного ромбовидного глоссита**. Нередко на нёбе можно выявить участок диффузной гиперемии, соответствующий по форме и размерам поражённому участку спинки языка и образующийся в результате непосредственного контакта с ним. **Хронический гиперпластический кандидоз** — поздняя стадия кандидоза, она проявляется диффузными белыми кератотическими бляшками на слизистой оболочке щёк. Отделить бляшки от слизистой оболочки не удаётся. ВИЧ-инфицированные пациенты нуждаются в системной противогрибковой терапии (Приложение II). Псевдомембранозный кандидоз имеет хроническое рецидивирующее течение и нередко предшествует кандидозу пищевода.

Вирусные инфекции полости рта (рис. 74.1–74.6). Герпесвирусы человека (ВПГ типа 1 и 2, *varicella-zoster*, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр, герпесвирусы типа 6, 7 и 8) — частая причи-



Рис. 73.1. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический гингивит.



Рис. 73.2. ВИЧ-ассоциированный язвенно-некротический гингивит.



Рис. 73.3. Линейная эритема дёсен: поражение верхнего десневого края.



Рис. 73.4. Язвенно-некротический периодонтит: снимки сделаны с интервалом 6 мес.



Рис. 73.5. Срединный ромбовидный глоссит*.



Рис. 73.6. Атрофический кандидоз: контактное поражение на нёбе*.

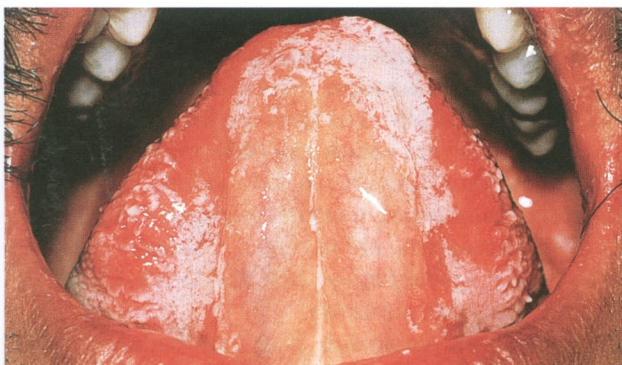


Рис. 73.7. Острый псевдомембранозный кандидоз у больного СПИДом.‡



Рис. 73.8. Острый псевдомембранозный кандидоз.‡

на поражения слизистой оболочки полости рта у больных СПИДом. **Простой герпес** обычно поражает губу (лабиальный герпес) или кератинизированный эпителий слизистой оболочки полости рта. Рецидивы инфекции проявляются мелкими везикулами, которые быстро вскрываются, оставляя поверхностные язвы, покрытые жёлтым налётом и окаймлённые красным венчиком. Близкорасположенные мелкие язвы нередко сливаются в более крупные. В отличие от больных без серьёзных нарушений иммунитета, герпетическая инфекция у больных СПИДом часто проявляется в виде афтозного стоматита с поражением слизистой оболочки языка и щёк. Рецидивы при иммунодефиците характеризуются большей частотой, более тяжёлым течением и большей длительностью.

Опоясывающий лишай. Опоясывающий лишай у ВИЧ-инфицированных обостряется чаще, чем у пациентов с нормальным иммунитетом. Клинические проявления инфекции схожи в обеих группах, но прогноз при иммунодефиците гораздо серьёзнее. Опоясывающий лишай проявляется высыпанием множественных везикул на одной половине туловища или лица, которые обычно самостоятельно проходят. Локализация высыпаний соответствует зоне иннервации поражённой ветви тройничного нерва со стороны полости рта или на лице. Характерно слияние язвочек в более крупные язвы, образование пустул, корочек. Заболевание начинается со жгучей боли в области будущей сыпи, после исчезновения которой боль нередко сохраняется в виде постгерпетической невралгии. Для ускорения заживления и уменьшения клинических проявлений назначают противовирусные препараты.

Цитомегаловирусная инфекция. Цитомегаловирусную инфекцию наблюдают почти у 100% ВИЧ-инфицированных гомосексуалистов и примерно у 10% детей, больных СПИДом. Вирус обладает тропностью к слюнным железам и, подобно ВПГ, может быть выделен из слюны ВИЧ-инфицированных пациентов. К клиническим проявлениям инфекции относят одно- или двусторонний отёк околоушной железы и ксеростомию. Изъязвления слизистой оболочки полости рта, вызванные цитомегаловирусом, напоминают афты и могут локализоваться как на подвижной слизистой оболочке, так и связанной с подлежащей костью.

Вирус папилломы человека. Разрастания слизистой оболочки, вызванные ВПЧ, часто наблюдают у ВИЧ-инфицированных пациентов. К настоящему времени идентифицировано более 85 серотипов ВПЧ. К поражениям, которые они

вызывают, относят чешуйчато-клеточную папиллomu, обыкновенную бородавку, очаговую эпителиальную гиперплазию, или болезнь Хека, и остроконечную кондилому. Они были рассмотрены в разделе X и обсуждаются также далее.

Остроконечная кондилома. Остроконечная кондилома, или венерическая бородавка, — медленно растущее доброкачественное разрастание слизистой оболочки полости рта, вызываемое ВПЧ. Она имеет вид небольшой мягкой папулы розового или грязно-серого цвета, напоминающей цветную капусту. Папул обычно бывает несколько. Они склонны к слиянию в более крупное разрастание на широком основании. Остроконечные кондиломы могут образоваться в любой части полости рта, но наиболее часто поражают слизистую оболочку нижней поверхности языка, десны, нёба. Передача ВПЧ происходит путём 1) прямого контакта с анальной или генитальной областью и 2) аутоинокуляции. Лечат остроконечные кондиломы путём хирургического иссечения с одновременным удалением их у полового партнёра.

Волосатая лейкоплакия. Волосатую лейкоплакию относят к белым поражениям, она выступает над слизистой оболочкой, имеет рифлёную поверхность, нечёткие границы и локализуется на крае языка. Развитию заболевания способствует иммунодефицит. При электронной микроскопии препарата выявляют частицы вируса Эпштейна—Барр. Вначале поражение имеет вид отдельных белых, вертикально направленных бляшек на обоих краях языка. Зрелая лейкоплакия может занимать весь край и верхнюю поверхность языка и располагаться также на слизистой оболочке щеки и нёба. Волосатая лейкоплакия безболезненна, не отделяется от слизистой оболочки и может вызвать косметический дефект. При гистологическом исследовании обнаруживают гиперкератотические отростки, койлоцитоз, слабовыраженные признаки воспаления и грибы *C. albicans*. Лечение проводят противовирусными препаратами.

Злокачественные опухоли полости рта (рис. 74.7 и 74.8). **Саркома Капоши** — наиболее частая злокачественная опухоль, связанная с ВИЧ-инфекцией. Она представляет собой пролиферирующий эндотелий сосудов слизистой оболочки. Этиологию опухоли связывают с герпесвирусом типа 8, способным вызывать ангиогенез. Саркому Капоши встречают примерно у 20% больных СПИДом, чаще у гомосексуалистов.

В течении саркомы Капоши выделяют три стадии. В начальной стадии это бессимптомное красное пятно, которое затем увеличивается,



Рис. 74.1. Рецидивирующий лабиальный герпес у больного СПИДом.

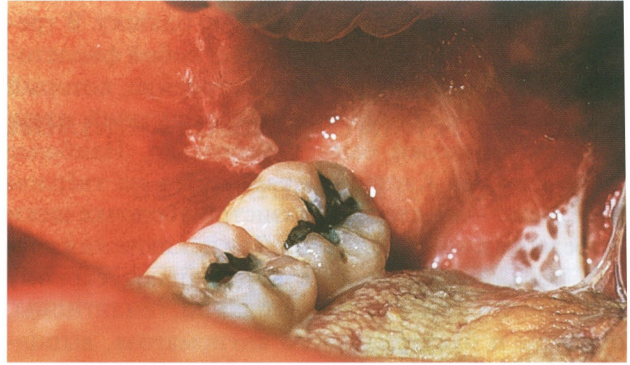


Рис. 74.2. ВИЧ-ассоциированный рецидивирующий простой герпес.

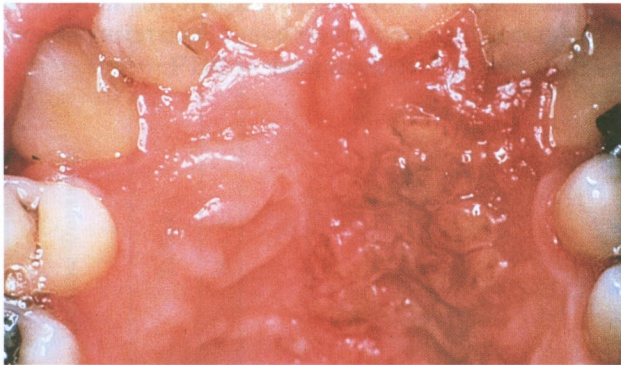


Рис. 74.3. ВИЧ-ассоциированный опоясывающий лишай: поражение распространяется до срединной линии.



Рис. 74.4. ВИЧ-ассоциированные остроконечные кондиломы.



Рис. 74.5. Изъязвление десны, вызванное цитомегаловирусом.



Рис. 74.6. ВИЧ-ассоциированная волосатая лейкоплакия, локализующаяся на крае языка.



Рис. 74.7. ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши: багровое пятно.

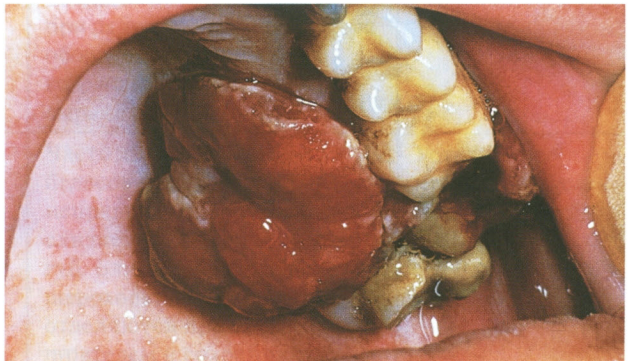


Рис. 74.8. ВИЧ-ассоциированная неходжкинская лимфома.

превращаясь в синюшно-красную бляшку. В третьей стадии опухоль представляет собой фиолетовый узел, имеющий дольчатое строение, который распадается с образованием болезненной язвы. Нередко опухолей бывает несколько. Наиболее часто саркома Капоши локализуется на твёрдом нёбе, реже — на десне и слизистой оболочке щеки и обезображивает больного. Для исключения других поражений, которые напоминают саркому Капоши, в частности эритроплакии, гемангиомы, пурпуры и бактериального ангиоматоза, выполняют биопсию. Лучевая терапия, введение в опухоль химио- (винбластин) или склерозирующих препаратов дают положительный эффект.

Неходжкинская В-клеточная лимфома и плоскоклеточный рак Связь неходжкинской лимфомы и плоскоклеточного рака с ВИЧ-инфекцией, по-

видимому, обусловлена контролем вирусом программируемой гибели клетки нарушением иммунологического надзора. Часто неходжкинская лимфома — диффузное быстро пролиферирующее образование с фиолетовым оттенком, локализующееся в области нёбно-ретромоллярного комплекса. Плоскоклеточный рак обычно имеет вид красновато-белёсого образования, которое локализуется на крае задней части языка. Несмотря на то что у ВИЧ-инфицированных со злокачественной опухолью полости рта отсутствуют такие способствующие факторы, как пожилой возраст, злоупотребление алкоголем, недостаточный уход за полостью рта, при неходжкинской лимфоме часто изолируют вирус Эпштейна—Барр, а при плоскоклеточном раке — ВПЧ.

Приложение I

Основные принципы диагностики и лечения заболеваний полости рта

БЕЛЫЕ ПОРАЖЕНИЯ							
Заболевание	Возраст		Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
	Любой	М и ж					
Гранулы Фордайса	Любой	М и ж		Отсутствует	Эктопические сальные железы	Белесовато-жёлтые гранулы, сгруппированные в бляшки на слизистой оболочке губы, ретромолярного нижнечелюстного пространства, неподвижной части десны, на языке и его уздечке. Гранулы имеют двустороннюю локализацию, безболезненны, выступают над слизистой оболочкой и не отделяются от неё. Появляются в постпубертатном периоде и сохраняются в течение всей жизни	Не требуется
Белая линия щеки	Любой	М и ж		Отсутствует	Частое трение слизистой оболочки щёк (фрикционный кератоз), присасывание её к плоскости прикуса	Белая волнистая линия различной длины на слизистой оболочке обеих щёк. Линия безболезненная, гладкая, не отделяется от слизистой оболочки. Сохраняется, пока существует привычка присасывать щеку к зубам	Устранение бруксизма, привычки стискивать зубы, присасывать щеку к зубам
Лейкедема	Любой	М и ж		Лица с тёмным цветом кожи (меланодермия)	Не ясна	Серовато-белые пятна разной величины на слизистой оболочке щёк, губ, мягкого нёба, имеющие двустороннюю локализацию. Пятна гладкие, безболезненные, исчезают при разглаживании слизистой оболочки. Лейкедема с возрастом становится более выраженной	Не требуется
Прикусывание или жевание слизистой оболочки щеки	Любой	М и ж		Отсутствует	Хроническое раздражение, обусловленное прикусыванием слизистой оболочки	Часто двусторонние белесоватые бляшки неправильной формы на слизистой оболочке щёк и губ. Бляшки безболезненные, шероховатые, легко отделяются при трении шпателем и сохраняются, пока существует привычка кусать щеку	Устранение привычки кусать или жевать губы

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Белый губчатый некус	Любой	М и ж	Отсутствует	Наследование по аутосомно-доминантному типу (мутация в гене, регулирующем синтез кератина 4 или 13); нарушение созревания эпителия и его эксфолиация	Одиночные или сливающиеся бляшки, выступающие над поверхностью слизистой оболочки и локализующиеся на щеке, губе, альвеолярном отростке, дне полости рта или мягком нёбе. Бляшки безболезненны, не отделяются при трении шпателем, обнаруживаются при рождении и сохраняются на протяжении всей жизни	Не требуется
Травматические белые повреждения	Любой	М и ж	Отсутствует	Острое механическое или химическое повреждение, приводящее к отслойке эпителия	Белый поверхностный струп, обычно локализующийся на альвеолярной слизистой оболочке, эпителий которой менее склонен к ороговению. Поражение болезненно, струп при трении отделяется, оставляя красную кровоточащую поверхность. Заживление происходит в течение 1–2 недель	Устранение травмирующего фактора. Назначение обезболивающих и местных анестетиков
Лейкоплакия	45–65 лет	М и ж (2:1)	Отсутствует	Связь с курением и злоупотреблением алкоголем	Белёсое пятно различной величины, с гладкой или шероховатой поверхностью, наиболее часто локализующееся на дне полости рта, нижней поверхности языка и его краях, мягком нёбе и нёбном язычке. Пятно безболезненно, не отделяется от слизистой оболочки и сохраняется на всё время контакта с вредным фактором	Биопсия и гистологическое исследование. Длительное наблюдение
Кератоз курильщиков	Пожилые люди	М	Отсутствует	Высокая температура и дым при курении папирос	Белёдые округлые пятна на верхней и нижней губе («целующиеся») поражения. Кератотическое пятно плотное, безболезненное и не отделяется при трении шпателем. Появление кератоза связано с курением	Использование сигарет с фильтром или, что лучше, прекращение курения. При изменении цвета пятна, изъязвлении или индурации его показана биопсия

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Никотиновый стоматит	40–70 лет	М	Отсутствует	Реакция эпителия на курение табака или высокую температуру	Белёлые папулы с зернистой поверхностью на твёрдом нёбе, кроме передней трети. Папулы имеют красную центральную часть, безболезненны, не отделяются при трении шпателем. Поражение выражено тем больше, чем интенсивнее курение, и сохраняется длительное время	Отказ от курения трубки или сигар или от курения вообще
Кератоз от употребления табака	Молодые люди и взрослые	М	Отсутствует	Хроническое раздражение жевательным табаком	Белесовато-жёлтое пятно с рифлёной поверхностью, локализующееся на переходной складке преддверия полости рта и более выраженное на одной стороне. Пятно безболезненно и не отделяется от слизистой оболочки шпателем и появляется после длительного употребления жевательного табака	Прекращение употребления табака. При изменении цвета пятна или его индурации показана биопсия
Бородавчатый рак	Старше 60 лет	М	Отсутствует	Длительное курение, употребление жевательного и нюхательного табака, ВПЧ	Папулонодулярное белесовато-красное образование на слизистой оболочке щеки или альвеолярного отростка, плотной консистенции, с шероховатой поверхностью, не отделяющееся при трении шпателем и характеризующееся медленным неуклонно прогрессирующим ростом. Развитию опухоли способствует длительное курение. В 30% случаев в ткани опухоли выявляют ВПЧ	Для подтверждения диагноза выполняют биопсию. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕ ПОКАЗАНА
Плоскоклеточный рак (см. «Красные и красные-белые поражения»)						

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
КРАСНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ						
Пурпура	Любой	М и ж	Отсутствует	Разрыв сосудов в результате травмы или поражения сосудистой стенки	Мелкие или крупные красные пятна, представляющие собой кровоизлияния и появляющиеся вскоре после травмы. Пятна при диаскопии не бледнеют. В зависимости от размеров различают петехии, экхимозы, гематомы. Петехии часто локализуются на мягком нёбе, реже на слизистой оболочке щёк или губ. Постепенно бледнеют и исчезают	Лечение фонового заболевания, устранение причины
Варикозное расширение вен	Старше 55 лет	Ж	Отсутствует	Расширение вен в результате утраты стенкой эластичности	Красновато-фиолетовые папулы или узелки, локализующиеся на нижней поверхности языка или губ. Узелки безболезненны, при диаскопии не бледнеют. С возрастом увеличиваются в размере и количестве и не исчезают	Не требуется. Иногда расширенные вены удаляют по эстетическим соображениям
Тромбоз	Старше 30 лет	М и ж	Отсутствует	Застой крови или изменение биохимических свойств крови	Красные или сине-фиолетовые узелки на слизистой оболочке губ или языка. Узелки могут быть плотными и болезненными. Появляются после кровотечения, вызванного травмой, при диаскопии не бледнеют, иногда спонтанно рассасываются	Тромбы, которые не рассасываются и беспокоят пациента, удаляют хирургическим путём и исследуют гистологически
Гемангиома	Дети, подростки	Ж	Отсутствует	Расценивается как гамартия (аномалия развития), локализующаяся в мягких тканях или кости	Красное или фиолетовое дольчатое образование с гладкой поверхностью, мягкой консистенции, локализующееся на спинке языка, щеке или десне. При диаскопии бледнеет. Появляется в раннем детском возрасте. Изредка наблюдают спонтанную регрессию	Если гемангиома имеется с детства, не беспокоит пациента, не изменяется в цвете, размере или форме, то лечение не требуется. В противном случае показано хирургическое удаление с гистологическим исследованием

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Наследственная геморрагическая телеангиэктазия	Постпубертатный период	М и ж	Отсутствует	Заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу и связано с расширением концевых капилляров в результате дефекта трансмембранного белка эндоглина — компонента рецептора ТФР-β	Множественные красные пятна на ладонях, пальцах, ногтевых ложах, конъюнктиве, перегородке носа, губах, языке, твёрдом нёбе и десне. Поражение имеется с рождения, становится более выраженным в период полового созревания; с возрастом количество телеангиэктазий увеличивается. Пульсация центральной части отсутствует, при диаскопии бледнеют. При повреждении наблюдают обильное кровотечение	Следует избегать повреждения повреждения телеангиэктазий, по возможности не прибегать к интубации трахеи. При повреждении следует остановить кровотечение. Периодически исследовать кровь на содержание гемоглобина
Синдром Стерджа—Вебера—Краббе	Врождённое заболевание	М и ж	Отсутствует	Ненаследственное врождённое заболевание, проявляющееся множественными венозными ангиомами разной локализации	Синдром характеризуется эпилептическими припадками, умственной отсталостью, обызвествлением извилин мозга и наличием красных или фиолетовых гемангиом на лице. Локализация сосудистых поражений (губы, слизистая оболочка щёк, дёсны) соответствует зоне иннервации ветвей тройничного нерва. Поражения достигают срединной линии, не переходя на противоположную сторону лица. Возможна гипертрофия дёсен, обусловленная приёмом препаратов	Лечение не требуется. В отдельных случаях по косметическим показаниям прибегают к хирургическому лечению
Саркома Капоши	20—45 лет и старше 60 лет	М	Уроженцы стран Средиземноморья, ВИЧ-инфицированные	Герпесвирус человека типа 8, вызывающий ангиогенез	Безболезненные красные пятна на слизистой оболочке, которые постепенно увеличиваются, выступают над уровнем слизистой оболочки и становятся более тёмными. В поздних стадиях саркома Капоши имеет вид красновато-синюшного изъязвленного болезненного узла. Наиболее часто локализуется на твёрдом нёбе, дёснах, слизистой оболочке щёк	Лечение паллиативное и включает лучевую, лазерную или химиотерапию, введение в опухоль склерозирующих препаратов, а также сочетание этих методов

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Эритроплакия	Старше 50 лет	М и ж	Отсутствует	Повышенная васкуляризация, связанная с воспалительными и гиперпластическими изменениями эпителия, вызываемыми канцерогенными факторами	Красное пятно различной величины, которое может локализоваться в любой части слизистой оболочки, но чаще на дне полости рта, мягком нёбе и ретромолярном треугольнике, а также крае языка. Эритроплакия не отделяется при трении шпателем, обычно безболезненна, развивается после длительного контакта с канцерогенами и ВПЧ. Обратное развитие наблюдают редко	Гистологическое исследование биопсийного материала, длительное наблюдение

КРАСНЫЕ И КРАСНО-БЕЛЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Эритролейкоплакия и пятнистая эритроплакия	Старше 50 лет	М и ж	Отсутствует	Повышенная васкуляризация, связанная с воспалительными и гиперпластическими изменениями эпителия, вызываемыми канцерогенными факторами и <i>C. albicans</i>	Красное безболезненное пятно с множественными вкраплениями белёсых очагов, не отделяется при трении шпателем и инфицировано <i>C. albicans</i> . Обычно локализуется на крае языка, слизистой оболочке щеки, мягкого нёба и на дне полости рта. Развивается после длительного контакта с канцерогенными факторами или ВПЧ. Регрессию, даже при устранении способствующих факторов, практически не наблюдают	Гистологическое исследование и посев (<i>C. albicans</i>) биопсийного материала. Длительное наблюдение
Плоскоклеточный рак	Старше 50 лет	М и ж (2:1)	Отсутствует	Длительный контакт с канцерогенными факторами (табак, алкоголь, ВПЧ), ослабление функции иммунного надзора	Красное или красно-белое поражение либо язва, локализующиеся обычно на крае или нижней поверхности языка, в ротоглотке, на дне полости рта, десне, слизистой оболочке щеки или губы. При увеличении размеров, появлении индурации и изъязвления опухоль становится болезненной. Появлению опухоли предшествует длительный контакт с канцерогенными факторами. В поздних стадиях метастазирует в регионарные лимфатические узлы, которые превращаются в плотный безболезненный конгломерат, спаянный с окружающими тканями	Гистологическое исследование биопсийного материала. Хирургическое иссечение опухоли, лучевая, химио- и фотодинамическая терапия. Длительное наблюдение

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Красный плоский лишай	Старше 40 лет	Ж	Отсутствует	T-клеточная инфильтрация эпителия, изменения вызванные цитокинами. Этиология окончательно не установлена	Фиолетовые, многоугольные зудящие папулы на сгиба-тельной поверхности кожи, иногда дистрофическое поражение ногтей. Поражение слизистой оболочки полости рта часто болезненно и включает в себя белые линейные папулы, красноватые пятна и язвы и часто бывает двусторонним. Изменения обычно локализуются на слизистой оболочке щёк, языка, губ, нёба, дёсен и дна полости рта. Течение длительное с периодами обострения и ремиссии. Обострению способствуют стресс, нарушение функции печени	Покой, анксиолитики, местно — глюкокортикоиды. Исследование функции печени. При эрозивной форме необходимо длительное наблюдение в связи с повышенным риском злокачественной трансформации
Белые поражения, вызванные раздражением электрическим током	Старше 30 лет	Ж	Отсутствует	Металлы и другие вещества, содержащиеся в зубных пломбах, обладая антигенными свойствами, вызывают аллергическую реакцию замедленного типа, опосредуемую T-лимфоцитами	Красновато-белые пятна, напоминающие пятна при красном плоском лишае и локализующиеся вблизи металлической пломбы. Пятна не отделяются шпателем и обычно болезненны или вызывают ощущения жжения. Они могут появиться через несколько недель или даже лет после установления пломбы и сохраняются, пока не удалят пломбу	Заменяют металлическую пломбу или кламмер протеза, которые стали причиной аллергической реакции
СКВ	Старше 35 лет	Ж	Отсутствует	Образование аутоантител (антинуклеарные антитела), которые разрушают нормальные клетки и вызывают периваскулярное воспаление	Эритематозная сыпь на носу и щеках, образующая фигуру бабочки. Пятнисто-папулёзная сыпь, для элементов которых характерны гиперкератотическая периферическая часть и атрофичная центральная. Поражение слизистой оболочки полости рта проявляется бляшками, которые обычно локализуются на нижней губе, щеках, языке и нёбе. От периферии бляшек отходят в радиальном направлении чередующиеся красные и белые кератотические линии. Бляшки не отделяются шпателем, но болезненны, часто появляются после инсоляции и сохраняются длительное время	Местное и системное применение глюкокортикоидов; противомаларийные препараты, симптоматическое лечение

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Лихеноидная лекарственная сыпь и лекарственная волчанка	Взрослые	М и ж	Отсутствует	Молекулы препаратов действуют как аллергены или гаптены, вызывая аллергическую реакцию	Красно-белые пятна, напоминающие красный плоский лишай и СКВ. Центральная часть пятен атрофична или изъязвлена. Наиболее часто сыпь локализуется на слизистой оболочке щёк и может появиться спустя несколько недель, иногда несколько лет после начала лечения. Прекращение приёма препарата приводит к исчезновению сыпи	Отмена препарата, вызвавшего аллергическую реакцию, или замена его другим
Кандидоз	Новорождённые, взрослые	М и ж	Отсутствует	Опportunистическая инфекция, вызываемая грибами <i>Candida spp.</i> , преимущественно <i>C. albicans</i>	Клинические проявления variabelны (белые бляшки, красные пятна, белые пятна с эритематозными краями). Поражение может затрагивать любой участок слизистой оболочки полости рта, но дёсны вовлекаются редко. Начало заболевания обычно бывает спровоцировано нейтропенией или иммуносупрессией. Проявления кандидоза исчезают лишь при назначении противогрибковой терапии	Противогрибковая терапия. Исключение из диеты продуктов, содержащих сахарозу. Коррекция сахарного диабета, эндокринопатий и иммунитета

ПИГМЕНТИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Меланоплакия	Любой	М и ж	Лица с тёмным цветом кожи (меланодермия)	Отложение меланина в клетках базального слоя и собственной пластинки слизистой оболочки	Генерализованное стойкое тёмное пятно на неподвижной части слизистой оболочки десны и щёк. Пятно диффузное, имеет цвет от светло-коричневого до тёмно-коричневого, не вызывает болезненных ощущений, не отделяется при трении шпательом. Меланоплакию отмечают с рождения, она не исчезает на протяжении всей жизни	Не требуется
Татуировка	Молодые люди и взрослые	М и ж	Отсутствует	Внедрение краски или металла в слизистую оболочку	Татуировка амальгамой — наиболее частый вид татуировок в полости рта. Она имеет вид иссиня-чёрного пятна на слизистой оболочке десны, беззубого участка альвеолярной дуги, преддверия полости рта, щёк. Татуировке на рентгенограммах может соответствовать затемнение. Татуировка амальгамой не вызывает болезненных ощущений, не бледнеет при надавливании и не исчезает	Не требуется

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Веснушки	Любой	М и ж	Лица со светлой кожей	Отложение меланина в эпителии под действием солнечного света	Светлые или тёмные коричневые пятна на коже лица, конечностей или губ, появляющиеся при длительном пребывании на солнце. Веснушки вначале бывают мелкими, но могут увеличиваться и сливаться. Болезненных ощущений не вызывают, при диаскопии не бледнеют и не отделяются при трении	Не требуется
Меланоз курильщиков	Взрослые	М и ж	Отсутствует	Увеличение количества меланоцитов и содержания меланина в них, связанное с курением	Диффузные коричневые пятна диаметром до нескольких сантиметров, обычно появляющиеся на задней части слизистой оболочки щёк и на мягком нёбе. В анамнезе интенсивное курение. Пятна безболезненные, не пальпируются, после прекращения курения бледнеют	Прекращение курения
Меланотическое пятно	24–45 лет	Несколько чаще у мужчин	Отсутствует	Очаговое отложение меланина вдоль базального слоя, обычно связанное с травмой	Бессимптомное коричневое или чёрное пятно, которое обычно располагается посередине нижней губы, но может появиться и на нёбе, слизистой оболочке щёк и дёсен. Появление пятна связано с воспалительным процессом	Гистологическое исследование биопсийного материала для исключения других пигментированных поражений, имеющих более серьёзное клиническое значение
Неvus	Любой	Ж	Отсутствует	Скопление невусных клеток, обусловленное генетическими факторами	Клиническое проявление невусов отличается разнообразием. Они могут быть розовыми, голубыми, коричневыми или чёрными и не бледнеют при диаскопии. Обычно имеют вид папулы голубоватого или коричневатого цвета, с гладкой поверхностью, локализующейся на нёбе, несколько реже — на слизистой оболочке щеки, коже лица, шеи и туловища. Многие невусы удаётся выявить при рождении. С возрастом они увеличиваются в размере и количестве	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Меланома	25–60 лет	М	Представители белой расы, особенно лица со светлой кожей	Злокачественная опухоль из меланоцитов, развитию которой способствует инсоляция. Этиология меланомы полости рта неизвестна	Безболезненная, слегка возвышающаяся бляшка или пятно, иногда окрашенные в несколько цветов (в частности, коричневый, чёрный, серый или красный), имеющие неровные края, иногда — сателлитные бляшки или пятна и окружённые воспалительным пояском. Обычно локализуется на альвеолярном отростке верхней челюсти, нёбе, передней части десны и губе. В 30% случаев меланомы образуются из пигментированных поражений. Особенно должны настораживать врача изменение формы, размера и цвета меланомы	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием, последующее тщательное обследование для исключения метастазов
Синдром Пейгца—Егерса	Дети, молодые люди	М и ж	Отсутствует	Заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу и, по-видимому, обусловленное мутацией гена LKB1 (19p13.3)	Множественные безболезненные меланотические пятна овальной формы, локализующиеся на коже ладоней и подошв, вокруг глаз, носа, рта, губ, а также в промежности. В полости рта меланотические пятна локализируются на слизистой оболочке щёк, губ, дёсен и обычно не увеличиваются в размере, но пятна, расположенные на коже с возрастом часто бледнеют. Пятна, локализующиеся на слизистых оболочках сохраняются в течение всей жизни. Нередко пациенты жалуются на коликообразные боли в животе	Пятна, локализующиеся на слизистой оболочке полости рта, лечения не требуют. Большим с этим синдромом необходимы генетическое консультирование и регулярное обследование ЖКТ
Болезнь Аддисона	Взрослые	М и ж	Отсутствует	Гипофункция надпочечников	Диффузные меланотические пятна в сочетании с бронзовым цветом кожи, особенно в области суставов пальцев, локтей, ладонных складок. Пятна безболезненные, не возвышаются над уровнем кожи или слизистой оболочки, различаются по форме. Наиболее часто пятна локализируются на слизистой оболочке щёк и дёсен. Начало заболевания постепенное. У больных нередко отмечают повышенную утомляемость и желудочно-кишечные расстройства	Системная терапия глюкокортикоидами

Заблевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Пигментация, обусловленная тяжёлыми металлами	Взрослые	М и ж	Отсутствует	Длительный контакт (вдыхание паров или поступление в ЖКТ) с соединениями тяжёлых металлов, таких как мышьяк, висмут, ртуть, серебро, свинец	Иссиня-чёрная полоса пигментации вдоль десневого края, особенно выраженная в передней части десны. На слизистой оболочке щёк могут появиться серые пятна. Отмечают неврологические расстройства в виде головной боли, усиленного слюноотделения. При аргирии отмечают голубовато-серую пигментацию, особенно на открытых частях тела	Устранение контакта с тяжёлым металлом. Обследование. Пигментация слизистой оболочки полости рта, несмотря на лечение, может сохраниться
ПАПУЛЫ И УЗЕЛКИ						
Позадиклыкковой сосочек	Дети, молодые люди	М и ж	Отсутствует	Аномальное соединительнотканное образование	Папула с гладко поверхностью, диаметром 1–4 мм, расположенная на язычной поверхности десны апикальнее десневого края на уровне нижнего клыка. Позадиклыкковые сосочки обычно имеют двустороннюю локализацию, выявляются в раннем детстве и постепенно регрессируют с возрастом. Сосочки безболезненны, плотны на ощупь и не кровоточат	Лечение не требуется
Лимфоэпителиальная киста	Дети, молодые люди	М и ж	Отсутствует	Остатки эпителия в лимфоидной ткани, подвергшиеся кистозной трансформации	Мягкое, флюктуирующее безболезненное образование желтоватого цвета, с чёткими границами, диаметром от нескольких миллиметров до 1 см. Наиболее частая локализация — боковая поверхность шеи кпереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы, дно полости рта, нижняя поверхность и уздечка языка. Киста появляется в детском возрасте или в подростковом периоде и сохраняется, пока её не удалят	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Валики, экзостозы, остеома	Взрослые	Ж	Отсутствует	Неизвестные генетические факторы	Плотные дольчатые образования, локализующиеся на язычной поверхности альвеолярной дуги и на твёрдом нёбе по средней линии. Экзостозы — костные выросты на щёчной или язычной поверхности альвеолярной дуги. Остеома — опухолевое разрастание костной ткани, часто заключённое в мягкие ткани. Валики, экзостозы и остеома характеризуются медленным ростом и обычно не беспокоят пациентов, лишь при травмировании они становятся болезненными. Наибольшим потенциалом роста обладает остеома	Валики и экзостозы подлежат удалению лишь в том случае, если беспокоят пациентов. При остеоме следует исследовать ЖКТ для исключения синдрома Гарднера. При подтверждении диагноза показаны генетическое консультирование и колэктомия
Фиброма	Взрослые	М и ж	Отсутствует	Реактивная гиперплазия соединительной ткани, вызванная хроническим раздражением	Фиброма от раздражения представляет собой розовую папулу или узелок плотной консистенции, с гладкой поверхностью, локализующиеся на слизистой оболочке щеки, губы или языка. Десна — излюбленная локализация периферической одонтогенной фибромы. Оба типа фибромы имеют широкое основание, безболезненны и не кровоточат	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием
Липома	Старше 30 лет	М и ж	Отсутствует	Неустановленная мутация генов-регуляторов структуры и функции хроматина	Полусферический узелок от желтоватого до розового цвета, с чёткими границами, гладкой поверхностью, обычно локализующийся на слизистой оболочке губы, языка, дна полости рта, мягкого нёба или переходной складке преддверия полости рта. Узелок имеет несколько тестоватую консистенцию и медленно растёт	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием
Липофиброма	Старше 30 лет	М и ж	Отсутствует	Неустановленные генетические мутации	Полусферический узелок, с чёткими границами, гладкой поверхностью, розового цвета, локализующийся обычно на слизистой оболочке щеки или губы. Узелок безболезненный, подвижный и довольно плотный, характеризуется медленным ростом	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Травматическая неврома	Старше 25 лет	М и ж	Отсутствует	Патологическая регенерация нерва после его повреждения; проведение по нерву нарушено	Небольшая плотная болезненная, слегка возвышающаяся папула, обычно локализующаяся на переходной складке слизистой оболочки преддверия полости рта вблизи подбородочного отверстия на уровне резцов, на язычной поверхности ретромолярной области и на нижней поверхности языка. Выявить неврому трудно, если слизистая оболочка над ней не изменена. Пальпация её вызывает ощущения удара электрическим током. Развитие невромы связано с травмой. Не регрессирует	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием; при рецидиве невромы часто эффективны инъекции глюкокортикоидов
Нейрофиброма	Дети	М и ж	Отсутствует	Мутации генов, приводящие к неконтрольному росту периферических нервов и их оболочек	Плотные розовые, часто глубоко расположенные узелки на коже, в костях, а также на слизистой оболочке щёк и губ. Узелки безболезненны, подвижны. Непрекращающийся рост узелков может вызывать деформации. Множественные нейрофибромы в сочетании с пигментированными пятнами характерны для нейрофиброматоза (болезнь Реклингхаузена)	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием; при болезни Реклингхаузена нейрофибромы могут малигнизироваться, поэтому больные нуждаются в длительном наблюдении
Папиллома	20–40 лет	М	Отсутствует	Разрастание эпителия, вызванное хронической инфекцией ВПЧ (типы 6 и 11)	Мелкие розовые папулы с зернистой поверхностью, характеризующиеся медленным ростом, которые обычно локализируются на слизистой оболочке мягкого нёба, языка и его уздечки, губ, щёк и дёсен. Папиллома имеет ножку, чёткие границы и шероховатую поверхность	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием
Обыкновенные бородавки	Дети, молодые люди	М и ж	Отсутствует	Разрастание эпителиальной ткани, обусловленное типами 2 и 4 ВПЧ	Белесовато-розовая папула, расположенная на коже кистей и вокруг губ, а также на слизистой оболочке губ, щёк и неподвижной части десны. Бородавка имеет широкое основание, медленно растёт, может распространяться на соседние участки кожи или слизистой оболочки; иногда спонтанно регрессирует	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Остроконечная кондилома	20–45 лет	М	Отсутствует	Разрастание эпителиальной ткани, обусловленное типами 6 и 11 ВПЧ	Небольшая папула от розового до грязно-серого цвета, с сосочковой поверхностью, напоминающей цветную капусту. Имеет широкое основание, чёткие, возвышающиеся края. Остроконечных кондилом часто бывает несколько, они образуются в результате инфицирования ВПЧ при половых контактах. Наиболее часто локализуются на половых органах, слизистой оболочке губ, в области спаек губ, на неподвижной части дёсен, мягком нёбе. Остроконечные кондиломы могут сливаться в крупные образования	Эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием
Лимфангиома	Дети, подростки	М и ж	Отсутствует	Врождённая гамартома лимфатических протоков	Мягкое розовато-белёсое образование, которое может располагаться как поверхностно, так и относительно глубоко. При поверхностном расположении напоминает папилломы, глубоко расположенные лимфангиомы вызывают лишь диффузную припухлость. Располагаются на шее (кистозная гигрома), спинке языка и его краях, губах. При длительном существовании возможны осложнения, а также спонтанное обратное развитие	Хирургическое иссечение; в некоторых случаях локализация и размеры лимфангиомы требуют удаления под общим обезболиванием

ВЕЗИКУЛОБУЛЛЁЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Первичный герпетический гингивостоматит	Дети, в том числе грудные, и молодые люди	М и ж	Отсутствует	Первичная герпетическая инфекция полости рта, вызванная ВПГ типа 1, реже типа 2	Множественные везикулы, склонные к слиянию, на слизистой оболочке губ, щёк, дёсен, нёба и языка, которые, вскрываясь, образуют болезненные язвы с жёлтым дном и воспалёнными краями. Заболевание начинается внезапно, через несколько дней после контакта с носителем вируса. Язвы заживают в течение 12–20 дней	Обильное питье, противовирусные препараты, жаропонижающие, обезболивающие, антибиотики для профилактики вторичной инфекции, полоскания полости рта растворами местных анестетиков
---	---	-------	-------------	---	--	---

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Рецидивирующий простой герпес	Молодые люди	М и ж	Отсутствует	Реактивация ВПГ, находящегося в чувствительных нейронах. Проявления инфекции ограничиваются областью лица и полостью рта. Провоцирующие факторы — травма, стресс	Множественные мелкие везикулы, после вскрытия которых образуются язвы. Поражение локализуется на одном и том же месте, обычно на губе, твёрдом нёбе и неподвижной части десны. Начало инфекции быстрое, ему обычно предшествует жжение или покалывание на месте будущей сыпи. Язвы заживают в течение 5–12 дней	Противовирусные препараты (ацикловир, фамцикловир, валацикловир), биофлавоноиды, фотозащитные средства, лизин
Герпетическая ангина	Дети, молодые люди	М и ж	Отсутствует	Вирусы Коксаки А1–6, А8, А10, А22, В3	Сероватые везикулы, после вскрытия которых образуются поверхностные язвочки, окружённые эритематозным пояском. Поражение локализуется на передних нёбных дужках, мягком нёбе, нёбном язычке и нёбных миндалинах и часто сопровождается фарингитом, головной болью, повышением температуры тела, лимфаденитом. Язвы заживают спонтанно в течение 1–2 недель	Лечение паллиативное; везикулы и язвы заживают спонтанно
Ветряная оспа	Дети	М и ж	Отсутствует	Вирус varicella-zoster		Лечение паллиативное; везикулы и язвы заживают спонтанно. Следует избегать расчёсов во избежание образования рубцов
Опоясывающий лишай	Старше 55 лет; ВИЧ-инфицированные старше 35 лет	М и ж	Отсутствует	Реактивация вируса varicella-zoster в чувствительных нейронах	Односторонняя везикулёзно-пустулёзная сыпь, появляющаяся в течение 1–3 дней. Локализация сыпи соответствует поражённому дерматому или ветви тройничного нерва. Язвы, образующиеся после вскрытия везикул, резко болезненны и обычно локализируются на слизистой оболочке губ, языка и щёк и распространяются до срединной линии. После заживления возможна невралгия	Лечение паллиативное. Язвы заживают спонтанно. При тяжёлом течении, а также больным с иммунодефицитом назначают фамцикловир
Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей	Дети, молодые люди	М и ж	Любая	Вирусы Коксаки А5, А9, А10, В2, В5	Множество мелких желтоватых язвочек на ладонях и подошвах, а также на слизистой оболочке языка, нёба, щёк, губ. Общее количество язвочек может достигать 100. Заживление происходит спонтанно в течение 10 дней	Лечение паллиативное; язвы заживают спонтанно

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Аллергические реакции немедленного типа	Любой	М и ж	Отсутствует	Аллергическая реакция, опосредуемая IgE и сопровождающаяся высвобождением гистамина из тучных клеток	Отёк, гиперемия или волдыри вокруг ротовой щели или на слизистой оболочке губ, щёк, дёсен и языка, появляющиеся через несколько минут или часов после контакта с аллергеном. Жалобы на ощущение тепла, напряжения кожи, зуд. После элиминации аллергена или устранения контакта с ним описанные изменения проходят	Устранение контакта с аллергеном; антигистаминные препараты
Аллергические реакции замедленного типа	Любой	М и ж	Отсутствует	Аллергическая реакция, проявляющаяся через 24–48 ч после контакта с аллергеном и представляющая собой цитотоксическую реакцию с участием Т-лимфоцитов	Зудящие эритематозные папулы или везикулы, которые могут появиться на любом участке кожи или слизистых оболочек. В полости рта обычно поражается слизистая оболочка губ, дёсен, языка и нёба. Эритема развивается медленно, в течение 24–48 ч. Возможно образование изъязвлений и трещин	Устранение контакта с аллергеном; глюкокортикоидная терапия
Полиморфная эксудативная эритема	Молодые люди	М	Отсутствует	Цитопатическая реакция, провоцируемая микробными или лекарственными аллергенами и опосредуемая лейкоцитами и системой комплемента	Кожа — мишеневидные поражения. Полость рта: геморрагические корочки на губах, болезненные изъязвления на языке, слизистой оболочке щёк, нёба. Неподвижная часть слизистой оболочки десны поражается редко. Местным проявлениям часто предшествуют головная боль, субфебрильная температура и инфекция дыхательных путей	Местные анестетики, жаропонижающие, обильное питье, глюкокортикоиды, антибиотики для профилактики вторичной инфекции
Синдром Стивенса—Джонсона	Дети, молодые люди	Незначит. превалирование мужчин	Отсутствует	Цитопатическая реакция, провоцируемая микробными или лекарственными аллергенами и опосредуемая лейкоцитами и системой комплемента	Кожа — мишеневидные поражения. Половые органы — баланит. Полость рта: геморрагические корочки на губах, болезненные изъязвления и мокнущие пузырьки на слизистой оболочке языка и щёк. Неподвижная часть слизистой оболочки дёсен поражается редко. Синдром Стивенса—Джонсона — молниеносная форма полиморфной эксудативной эритемы. Глотание часто нарушено	Местное применение обезболивающих, жаропонижающих, обильное питье, глюкокортикоиды, антибиотики для профилактики вторичной инфекции; госпитализация

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Токсический эпидермальный некролиз	Лица зрелого возраста	Ж	Отсутствует	Тяжёлая цитопатическая реакция, вызываемая лекарственными препаратами и опосредуемая лейкоцитами и системой комплемента	Крупные сливающиеся пузыри	Госпитализация, внутривенное введение жидкостей, глюкокортикоидная терапия
Вулгарная пузырчатка	40—60 лет	Ж и м (2:1)	Лица со светлой кожей, уроженцы стран Средиземноморья	Аутоантитела к десмоглеину (компонент десмосом)	Множественные пузыри на коже и слизистых оболочках, по вскрытии которых образуются эрозии, корочки. Пузыри склонны появляться на одних и тех же участках, имеют округлые или серпигиновые очертания и склонны распространяться на соседние участки. Отмечается симптом Никольского. Спавшиеся некротические пузыри имеют неприятный запах. При обширном поражении возможна дегидратация	Госпитализация, консультация офтальмолога. Системная и местная глюкокортикоидная терапия, иммунодепрессанты
Буллёзный и рубцующийся лемфгонд	Старше 50 лет	Ж и м (2:1)	Отсутствует	Аутоантитела к антигенам базальной мембраны (ламинин 5 и BP180)	При буллёзном типе образуются пузыри и язвы на кожных складках (паховой, живота). При рубцующем типе образуются пузыри и язвы на конъюнктиве, слизистой оболочке полости рта и половых органов. Заживление язв сопровождается образованием рубцов. Пузыри часто содержат геморрагическую жидкость и вскрываются через несколько дней. В полости рта они образуются на дёснах, нёбе, щеках, болезненны и затрудняют соблюдение гигиены	Местное применение глюкокортикоидов, в том числе под окклюзионную повязку, дапсон или тетрациклин и ниацинамид. При тяжёлом течении — госпитализация и системная глюкокортикоидная терапия. Следует исключить поражение роговицы и злокачественную опухоль
ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ						
Травматическая язва	Любой	М и ж	Отсутствует	Механическое повреждение эпителия и подлежащих тканей	Болезненная язва округлой формы, покрытая желтовато-серым налётом, размеры которой зависят от травмирующего фактора. Язва окружена пояском гиперемии и обычно локализуется на слизистой оболочке губы, щеки, крае языка и твёрдом нёбе. Заживление длится 1—2 недели	Лечение симптоматическое; устранение травмирующего фактора

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Рецидивирующий афтозный стоматит	Молодые люди	Ж	Отсутствует	Провоцирующий фактор часто неизвестен. В патогенез играют роль недостаточность Т-лимфоцитарной реакции, стресс, травма	Небольшие овальные язвочки с желтоватым дном, красными краями, локализующиеся на подвижной слизистой оболочке, эпителий которой не склонен к ороговению (губы, щёки, дно полости рта, язык, иногда мягкое нёбо). Язвы болезненны, появляются быстро и заживают в течение 10–14 дней без образования рубцов. Возможен регионарный лимфаденит	Язвы заживают спонтанно в течение 10–14 дней. При выраженной остроте процесса или рецидивах назначают местные анестетики, коагулирующие препараты, глюкокортикоиды
Ложные афты	25–50 лет	Ж	Отсутствует	Неустановленный иммунологический дефект, связанный с недостаточностью фолиевой кислоты, железа или витамина В12; неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, глютеновая энтеропатия	Округлые или овальные язвы, покрытые желтоватым налётом, на подвижной слизистой оболочке, эпителий которой не склонен к ороговению (губы, щеки, дно полости рта, язык, иногда нёбо). Возможна атрофия сосочков языка. Язвы болезненные, при назначении заместительной терапии заживают в течение 20 дней	При выявлении недостаточности перечисленных факторов назначают заместительную терапию (например, цианкобаламин, фолаты, железо). При необходимости — безглютеновая диета
Большие афты	Молодые люди	Ж	Отсутствует	Провоцирующий фактор часто неизвестен; недостаточность Т-лимфоцитарной реакции	Односторонние чрезвычайно болезненные язвы неправильной формы с некротической центральной частью, окружённой пояском гиперемии. Локализуются на мягком нёбе, нёбных дужках, слизистой оболочке губы, щеки и языка и может распространяться на неподвижную часть десны. Начало заболевания быстрое. Язвы заживают в течение 15–30 дней с образованием рубца. Характерны рецидивы	Заживление спонтанное, часто с образованием рубца. Местное применение анестетиков, глюкокортикоидов, устранение стресса, выявление аллергена и устранение контакта с ним
Герпетические афты	20–30 лет	М	Отсутствует	Разновидность рецидивирующего афтозного стоматита; причина не установлена	Множественные мелкие язвы величиной с булавочную головку, покрытые жёлтым налётом, локализующиеся на подвижной слизистой оболочке, эпителий которой не склонен к ороговению (верхушка языка, губы, дно полости рта). Везикулы не образуются. Язвы болезненные, появляются быстро, заживают в течение 10–14 дней и могут сопровождаться регионарным лимфаденитом	Полоскание полости рта раствором тетрациклина

Заболевание	Возраст	Пол	Расовая и этническая предрасположенность	Причина	Клиническая картина	Лечение
Синдром Бехчета	20–30 лет	М и ж (3:1)	Уроженцы Азии, стран Средиземноморья и Великобритании	Аллергическая реакция замедленного типа и васкулит, развивающиеся при контакте со средовыми антигенами (вирусные и бактериальные, химические вещества, в том числе соединения тяжёлых металлов); у больных с повышенной частотой выявляют HLA-B51	Глаза: конъюнктивит, ирит. Половые органы — язвы. Полость рта — болезненные афтозные язвы на слизистой оболочке губ и щёк. Кожа — пятнисто-папулёзная и нодулярная сыпь. Заболевание часто начинается с появления афт в полости рта. Возможны артрит и желудочно-кишечные расстройства. Течение хроническое с периодами обострений и ремиссий	Местная и системная глюкокортикоидная терапия
Гранулематозная язва (при туберкулезе и гистоплазмозе)	Лица зрелого возраста	М и ж	Отсутствует	Инфекция, вызванная <i>Mycobacterium tuberculosis</i> или <i>Histoplasmosis capsulatum</i>	Безболезненная язва с зернистой поверхностью, напоминающей «бульжную мостовую», располагающаяся на спинке языка или в области спайки губ. Часто наблюдают симптомы поражения дыхательных путей и шейный лимфаденит. Язва во рту появляется через несколько недель или месяцев после первичной лёгочной инфекции. У нелеченых больных язва может сохраняться в течение многих месяцев и даже лет	Гистологическое исследование биопсийного материала. Туберкулёз: сочетанная терапия изониазидом, рифампицином, этамбутолом, стрептомицином и пиразинамидом

ГИСТОПЛАЗМОЗ: АМФОТЕРИЦИН В

Плоскоклеточный рак	Старше 50 лет	М и ж (2:1)	Отсутствует	Мутации, затрагивающие гены-регуляторы клеточного роста и апоптоза и обусловленные действием канцерогенов (табак, алкоголь, ВПЧ)	Безболезненная язва с желтоватым дном, плотными краями, обычно локализующаяся на задней трети края или на нижней поверхности языка, на губах или дне полости рта. Характерны также онемения, лейкоплакия, эритроплакия, индурация тканей в области язвы; возможны грибовидное разрастание, поражение шейных лимфатических узлов. Плоскоклеточный рак развивается исподволь и обнаруживается по достижении крупных размеров	Хирургическое иссечение, лучевая или химиотерапия; прекращение курения и употребления алкоголя
Химиотерапевтическая язва	15–30 лет и старше	М и ж	Отсутствует	Подавление роста быстроразмножающихся клеток химиопрепаратами	Изъязвления слизистой оболочки губ, щёк, языка и нёба неправильной формы. Воспалительный процесс вокруг язв часто отсутствует. При глубоких язвах возможно кровотечение. Язвы чрезвычайно болезненны и нарушают жевание и глотание. Появляются на второй неделе после начала химиотерапии и могут осложниться вторичной инфекцией	Полоскания полости рта растворами антисептиков для профилактики вторичной инфекции. Местные анестетики, внутривенные инфузии жидкостей

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. (Рис. 75.1) Мужчина 66 лет обратился к стоматологу по поводу боли, связанной с поражением языка. Со слов пациента, язвы появились за ночь, болезненны и затрудняют глотание. И хотя в прошлом у пациента наблюдались изъязвления на слизистой оболочке полости рта, такая локализация отмечается впервые. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Рецидивирующий простой герпес.
- Б. Афтозный стоматит.
- В. Травматическая язва.
- Г. Герпетическая ангина.
- Д. Пемфигоид.

2. (Рис. 75.2) Эта язва образовалась 8 дней назад у 31-летнего гомосексуалиста после отпуска, проведенного на Карибском море. Со слов пациента, вначале образовалась везикула, которая постепенно увеличилась, превратившись в довольно болезненную язву. Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения болезненны. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Травматическая язва.
- Б. Рецидивная афта.
- В. Рецидивирующий простой герпес.
- Г. Сифилитическая язва.
- Д. Гранулематозная язва.

3. (Рис. 75.3) Через два месяца после лечения пациента, чьи данные приведены на рис. 64.2, он вновь обратился к хирургу-стоматологу. При осмотре были выявлены рассеянные белёсые бляшки на крае языка и стойкое увеличение передних и задних шейных лимфатических узлов. У пациента субфебрильная температура. Какое из заболеваний наиболее соответствует клинической картине, выявленной у пациента?

- А. Красный плоский лишай.
- Б. СКВ.
- В. Инфекционный мононуклеоз.
- Г. Сифилис.
- Д. ВИЧ-инфекция.

4. (Рис. 75.3) Наиболее вероятным поражением языка у этого пациента является.

- А. Обложенный язык.
- Б. «Волосатый» язык.
- В. Волосатая лейкоплакия.
- Г. Лейкоплакия.
- Д. Эритролейкоплакия.

5. Практически здоровый 9-летний мальчик обратился к стоматологу с мягким опухолевидным образованием, которое появилось 3 недели назад и постепенно увеличилось. Мальчик жалуеться на кровотечение из образования при чистке зубов, поэтому он воздерживается от прикосновения щёткой к этой области в течение последних нескольких дней. Соседние зубы безболезненные, жизнеспособные. На рентгенограммах область верхушек зубов в области поражения не изменена. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Фиброма от раздражения.
- Б. Периферическая одонтогенная фиброма.
- В. Периферическая гигантоклеточная гранулёма.
- Г. Периферическая фиброма с оссификацией.
- Д. Пиогенная гранулёма.

6. (Рис. 75.5) Женщина 28 лет обратилась к стоматологу с жалобами на «ощущение жжения в полости рта и горле». При расспросе выяснилось, что у неё отсутствует сухость во рту, незадолго до появления описанных жалоб перенесла острую респираторную инфекцию, по поводу которой принимала в течение 14 дней амоксициллин. При осмотре на слизистой оболочке щёк, мягкого нёба и задней стенки глотки выявлены множественные крупные болезненные красные пятна. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Красный плоский лишай.
- Б. Пемфигоид.
- В. Пузырчатка.
- Г. Острый атрофический кандидоз.
- Д. Хронический атрофический кандидоз.

7. (Рис. 75.6) Эти двусторонние белые линейные бляшки выявлены у женщины 50 лет при очередном профилактическом осмотре полости рта. В анамнезе частые стрессовые ситуации в последнее время, связанные с семейными неурядицами. Бляшки безболезненны, не отделяются при трении шпателем. Наиболее вероятный диагноз.

- А. СКВ.
- Б. Красный плоский лишай.
- В. Кандидоз.
- Г. Фрикционный кератоз.
- Д. Ни один из этих диагнозов.

8. (Рис. 75.7) Это безболезненное красно-белое крапчатое пятно на языке выявлено у мужчины средних лет, заядлого курильщика, злоупотребляющего алкоголем. Пациент знал о существовании этого пятна, но не мог сказать, когда оно появилось. Пятно плотное на ощупь. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Опухоль добавочной слюнной железы.
- Б. Травматическая эритема.
- В. Кандидоз.
- Г. Плоскоклеточный рак.
- Д. Красный плоский лишай.

9. (Рис. 75.8) Женщина 53 лет обратилась к стоматологу с жалобами на ощущение жжения в дёснах и их болезненность. Выполнена инцизионная биопсия, и во время разреза отмечено отслоение слизистой оболочки десны. При гистологическом исследовании оказалось, что отслойка эпителия произошла под базальным слоем клеток. Наиболее вероятный диагноз.

- А. Пузырчатка.
- Б. Пемфигоид.
- В. Красный плоский лишай.
- Г. СКВ.
- Д. Полиморфная эксудативная эритема.

Ответы:

- 1. Б
- 2. В
- 3. Д
- 4. В
- 5. Д
- 6. Г
- 7. Б
- 8. Г
- 9. Б