

ПАТОЛОГИЯ КРАСНОЙ КАЙМЫ, СЛИЗИСТОЙ И КОЖИ ГУБ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

С.С.Ткач, Л.М. Яновский

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра стоматологии детского возраста, зав. - д.м.н., проф. В.Г. Васильев)

Резюме. Представлен обзор отечественной литературы, в котором отражены проблемы заболеваний губ рта.

Ключевые слова. Хейлит, хронические рецидивирующие трещины губ, качество жизни.

Единственным местом в организме человека, где покровные ткани, играющие роль барьера для агентов внутренней и внешней среды, соприкасаются друг с другом через переходную ткань (красную кайму) являются губы. Такое характерное устройство губ имеется только у человека, у других высших животных оно слабо выражено.

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР), красной каймы и кожи изучены недостаточно полно по сравнению с другими стоматологическими заболеваниями. Несмотря на многочисленные исследования ряд основных вопросов этиологии, патогенеза, клиники и лечения этой патологии не решен до настоящего времени. В целом, с заболеваниями СОПР связан столь широкий круг вопросов, что среди них часто трудно выделить основные. За последние годы в проблематике патологии СОПР произошли существенные изменения. При некоторых заболеваниях изменились клинические формы проявления, ряд концепций патогенеза устарел и нуждается в новой трактовке на уровне современных представлений о целостности организма. Длительное время заболевания слизистой оболочки полости рта рассматривались как местный патологический процесс, связанный с воздействием местных патогенных факторов и с низкокачественным гигиеническим содержанием органов полости рта. Однако современные методы исследования позволили установить, что СОПР имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с разными системами организма. Рецепторы слизистой оболочки имеют обширную корреляцию с центральной нервной системой, эндокринной, сердечно-сосудистой, мочеполовой системами, органами пищеварения и др. Со СОПР можно вызвать рефлексы на сердце, железах внутренней секреции, органах желудочно-кишечного тракта. Это привело к выводу о том, что большинство заболеваний СОПР обусловлено нарушениями функции определенных систем организма и, в первую очередь, органов желудочно-кишечного тракта. При этом в ряде случаев изменения СОПР являются решающим признаком в диагностике общих инфекционных заболеваний. Вместе с тем заболевания слизистой оболочки полости рта исключительно многообразны по клиническим проявлениям и имеют значительный удельный вес в общей структуре различных болезней человека. К настоящему времени уже известно около тысячи нозологических форм стоматитов и синдромов с поражением слизистых [3].

Поражения слизистой оболочки полости рта условно можно разделить на две группы: заболевания, развивающиеся под влиянием непосредственного воздействия патогенных факторов на слизистую оболочку, и

поражения, являющиеся симптомами нарушения внутренних органов и систем организма. Часто бывает чрезвычайно трудно разграничить этиологические факторы и механизмы патогенеза этих двух групп заболеваний [3].

Красная кайма губ является местом проявления различных заболеваний кожи. Доброкачественные патологические процессы, локализующиеся только на губах, и заболевания, протекающие с преимущественным поражением красной каймы губ, называются хейлитами (лат. — cheilitis — воспаление губы).

Хейлиты описаны многими авторами [1,2,4,6,7,8,20,22,23,29,30,31,32,33,38,39,40]. Все хейлиты разделяются на 2 группы: собственно хейлиты и симптоматические хейлиты. К собственно хейлитам относятся:

- 1.Эксфолиативный: а) сухой; б) экссудативный.
- 2.Гландулярный: а) первичный; б) вторичный.
- 3.Контактный: а) простой; б) аллергический.
- 4.Метеорологический.
- 5.Актинический [20].

В группу симптоматических хейлитов включены те состояния красной каймы губ, которые являются симптомами общих заболеваний (экзематозный, атопический, гиповитаминозный хейлит, хейлит при ихтиозе и др.). Контактный аллергический хейлит развивается вследствие повышенной чувствительности красной каймы губ к различным химическим веществам. Наиболее часто причиной развития заболевания являются разнообразные губные помады и контурные карандаши для губ (поэтому эта патология чаще встречается у женщин), а также пластмасса зубных протезов, ароматические вещества, входящие в состав зубных паст и эликсиров. Аллергическую реакцию вызывают следующие химические вещества: красители, консерванты, эссенции, многоатомные спирты, глицерин, масло какао и т.д. Клиническая картина аллергических хейлитов характеризуется покраснением, незначительным шелушением, сухостью красной каймы и кожи губ: при прогрессировании процесса отмечаются поперечные мелкие трещинки и бороздки, а также небольшой зуд и жжение, наличие корочек [23].

Метеорологический хейлит характеризуется воспалением красной каймы губ у лиц, работа которых связана с постоянным воздействием влажного холодного воздуха, высоких или низких температур окружающей среды, запыленностью и т.д. При этом у всех больных отсутствует сенсибилизация к солнечному свету. Предрасполагающим фоном могут быть заболевания, сопровождающиеся повышенной сухостью кожи (себорея, диффузный нейродермит, ихтиоз и др.) Патологический процесс локализуется в основном на нижней губе.

При метеорологических хейлитах больных беспокоит сухость или чувство «стягивания» губы, мелкопластинчатое шелушение. При облизывании губ усиливается испарение влаги, что приводит к утяжелению процесса, появлению инфильтрации и трещин. Заболевание протекает хронически, при отсутствии лечения на его фоне могут развиваться предраковые состояния. Метеорологический хейлит наиболее часто встречается у мужчин. Женщины реже страдают от этого заболевания, т.к. защищают красную кайму губ от неблагоприятных воздействий внешней среды помадой [1,4,7,23].

Заболевание красной каймы губ, связанное с повышенной чувствительностью или сенсibilизацией к УФ лучам, носит название актинического хейлита. Заболевание можно рассматривать как локальный фотодерматоз, начинающийся в весеннее время (с конца февраля – начала марта). При этом состоянии (чаще на нижней губе) отмечается резкая гиперемия, красная кайма покрывается сухими мелкими серебристо-белыми чешуйками. Здесь иногда формируются островки ороговения (гиперкератоз). В отсутствие лечения заболевание переходит в более тяжелую стадию – экссудативную. Клиническая картина аналогична проявлениям острого аллергического контактного дерматита. На фоне отека красной каймы нижней губы возникают мелкие пузырьки, которые, вскрываясь, формируют мокнущие эрозии с серозными корками. Больных беспокоит не только зуд и жжение, но и резкая болезненность губ. Заболевание спонтанно регрессирует в осенне-зимнее время, но длительное многолетнее существование актинического хейлита может привести к хроническим трещинкам и эрозиям, а в дальнейшем – возникновению онкологической патологии [29,30,31,32].

Эксофоллиативный хейлит – хроническое заболевание, при котором поражается только красная кайма губ. Чаще страдают женщины с нарушениями психоэмоциональной сферы по тревожно-депрессивному типу. Больные полностью погружены в свое заболевание и многие часы проводят перед зеркалом, даже ночью рассматривая свой «дефект». Сухая форма заболевания протекает более спокойно. Поражение имеет вид ленты, тянущейся от угла до угла рта и от линии Клейна до середины красной каймы губ. Часть красной каймы, прилегающей к коже, и углы рта остаются неповрежденными. Возникает зона застойной гиперемии, на которой формируются сухие, полупрозрачные чешуйки (наподобие пластинок слюды), центр чешуйки плотно прилегает к красной кайме, а периферия поднимается, образуя шероховатую поверхность неопределенно долгое время. Больные постоянно скусывают или сдирают эти чешуйки, после чего обнажается застойно гиперемизированная поверхность без образования эрозий. Больные жалуются на сухость и чувство «стягивания» губ. При прогрессировании процесса картина болезни меняется, переходя в экссудативную форму. Это более тяжелое состояние. Губы становятся отечными, увеличенными в размерах, рот полуоткрыт, происходит значительное отделение слюны. Красная кайма губ покрывается большим количеством влажных чешуек и корочек, пропитанных клейким экссудатом. При значительной интенсивности выхода чешуйкокорочки образуют сплошную массу желто-медового цвета, свешивающуюся

в виде фартука с красной каймы губ на подбородок. Больных беспокоит не только зуд и жжение, но и резкая болезненность губ, особенно при смыкании, что затрудняет прием пищи и речь. Трансформация сухой формы заболевания в экссудативную подтверждается данными анамнеза. Заболевание не склонно к самоизлечению и стойким ремиссиям. Патология протекает длительно, может продолжаться годами и даже десятилетиями, особенно в сухой форме [33,38,39].

Гландулярный хейлит – заболевание красной каймы и слизистой губ, связанное с врожденной гетеротопией и гиперплазией мелких слюнных желез. Особенно резко выражены изменения в зоне Клейна. Отмечаются мелкие зияющие отверстия желез с постоянным выделением капелек слюны (симптом росы). Постоянное испарение слюны ведет к пересыханию слизистой, вследствие чего отмечается шелушение губ, появляются эрозии, трещины. При длительном течении заболевания может сформироваться узкий ободок лейкоплакии, который, сливаясь с соседними ободками, формирует бляшку лейкоплакии. Вторичный glandулярный хейлит развивается на фоне иной дерматологической патологии (красный плоский лишай, красная волчанка, травмы и др.), поэтому течение его зависит от выраженности основного патологического процесса. При присоединении пиококковой инфекции возникает гнойный glandулярный хейлит. При этом состоянии отверстия гетеротопических слюнных желез зияют, из них выделяются густые капли гноя. Губа становится толстой, отечной, резко болезненной. На поверхности образуются кровянисто-гнойные корки, покрывающие трещины и эрозии, рот полностью не закрывается. При длительном течении заболевания возможно развитие элифантиаза или перерождение в спинно-целлюлярный рак. При простом glandулярном хейлите показана электрокоагуляция волосяным электродом гетеротопических слюнных желез. При множественной патологии рекомендуется хирургическое иссечение патологически измененного участка губы [6,7,8,17,23].

Рак слизистой оболочки полости рта составляет 0,54 и красной каймы губ – 9,15 случаев на 10000 человек. Как правило, раку предшествуют различные изменения слизистой оболочки, обозначаемые как предраковые. Травмирующими факторами в полости рта могут быть острые края зубов, острые края корней зубов, некачественно изготовленные несъемные и съемные зубные протезы, твердые отложения на зубах, зубы, находящиеся вне зубной дуги, повторные термические воздействия, злоупотребление алкоголем, курением, горячей, острой пищей, гальванические микротоки [34]. Хроническая микротравма слизистой оболочки считается одним из наиболее частых предрасполагающих факторов, которые ведут к нарушению целостности ткани, что способствует созданию условий для развития хронического воспаления и возникновения на этом фоне предраковых состояний. Однако хроническое течение заболеваний может привести к озлокачествлению. К.М. Мардалейшвили (1980) из 18 больных раком слизистой оболочки щеки, находившихся на лечении в ОНЦ АМН СССР с 1965 по 1975 годы, в анамнезе у 5 человек выявил хроническую травму этой области острыми краями кариозных зубов и зубными протезами.

Осложнением хейлитов могут быть хронические рецидивирующие трещины губ (ХРТГ) — одно из часто встречающихся заболеваний в клинике терапевтической стоматологии [5,6]. Причины и механизмы развития ХРТГ неясны, однако большинство авторов склонны считать, что в основе патологии лежат сосудистотканевые и нейрогенные механизмы, нередко в сочетании с нарушениями психоэмоциональной сферы [18]. Экспериментальное исследование показало, что двусторонняя перерезка нижнеальвеолярных нервов у кроликов приводит к образованию на губе язвы. В зоне повреждения обнаруживаются сосуды с дистрофически изменёнными стенками, происходит деструкция нервных волокон и фрагментация отдельных осевых цилиндров. Пересечение нижнеальвеолярных нервов у кроликов, произведённое одновременно с удалением лоскута нижней губы, сопровождается значительным усилением дистрофических процессов в ткани [12]. ХРТГ относят к предраковым заболеваниям [6,14]. ХРТГ озлокачествляются в 6,2% случаев [26,35]. Из факторов, способствующих возникновению трещин, имеют значение — сухость губ, хроническая травма зубами, неблагоприятные метеорологические условия, курение, неврогенный фон и вредные привычки (облизывание, покусывание, частое протирание губ рукой или рукавом верхней одежды), анатомические особенности нижней губы, её архитектоника (наличие мощной центральной уздечки, мелкое преддверие полости рта), сопутствующие заболевания — диабет и другие. Проведённые морфологические исследования трещин губ выявили дефект ткани, разрушающий базальную мембрану эпителия и проникающий в подлежащую ткань с прорастанием эпителия [21,26]. В окружающих трещину тканях как сами клетки, так и их ядра, подвержены вакуольной дистрофии. В эпителии по краям трещины отмечаются явления акантоза, паракератоза, реже — гиперкератоза. Рецидивируют хронические трещины в большинстве случаев на одном и том же месте. Это связано с местными нарушениями иннервации и кровообращения [21]. Исследования нервных волокон в области ХРТГ выявили их дистрофию и даже деструкцию. Сосудистая трофика при этом также нарушена, поскольку определяются утолщения стенок как мелких, так и крупных сосудов, изменение их проницаемости. Морфологические, нейродистрофические и обменные нарушения, обнаруженные в области трещины, затрудняют её заживление и способствуют рецидивам. У различных больных трещины губ отличаются неодинаковым клиническим течением. Иногда они быстро заживают под воздействием применяемых лекарственных средств, в других случаях отмечается их устойчивость к лечебным мероприятиям и частые рецидивы [9].

Причинами перерождения ХРТГ являются длительное течение, позднее обращение больных к врачу, а также длительное безуспешное консервативное их лечение и применение прижигающих средств. В настоящее время нет эффективных методов лечения ХРТГ. Консервативная терапия с применением противовоспалительных мазей и кератопластиков затягивает лечение до 7-9 недель и не гарантирует от рецидива [16]. В.А. Епишев и Л.Р. Епишева (1982) успешно использовали гелий-неоновый лазер для лечения ХРТГ, но заживление наступало только к 12-му сеансу, а у 10% больных лечение

было неэффективным. Иссечение трещины имеет ряд недостатков, так как его невозможно проводить при наличии нескольких трещин, кроме того, этот метод травматичен, требует послеоперационного ведения больных, а зачастую и последующей длительной физиотерапии рубца, а также уменьшает количество тканей. Эти же недостатки характерны и для криодеструкции. Большое значение имеет разработка простых и малотравматичных методов лечения, так как изменения при наличии трещины ограничены как по площади, так и по глубине. Высокий процент заживления ХРТГ даёт новокаиновая блокада, с редкими рецидивами [9,10]. Новокаиновая блокада, влияя на отдельные звенья иннервации, устраняет спазм сосудов, снимает боль, улучшает нервную трофику. Она успешно применяется в других областях медицины: при почечной колике, панкреатите, парезах, невралгиях, хронических трещинах прямой кишки. Для упорно незаживающих (в течение 2,5-3 недель) хронических трещин губ следует выбирать радикальные хирургические вмешательства [36]. Поскольку ХРТГ доставляют значительные субъективные и эстетические неудобства больным (в то же время более 6% ХРТГ малигнизируются), то и поиск эффективных методов и средств их лечения, профилактика этой группы заболеваний СОПР остаётся актуальной задачей и стоматологии и онкологии [9].

Микробиологические исследования хронических язв в эксперименте и клинике показали, что под воздействием даже самых низких температур (-196°C) грамположительные микроорганизмы, преобладающие при данной патологии, не погибают и сохраняют все присущие им морфологические, культуральные, биохимические и патогенные свойства [11].

Микрофлора полости рта является высокочувствительной индикаторной системой, реагирующей качественными и количественными сдвигами на изменения в состоянии различных органов и систем организма [37]. В норме она представляет собой относительную «константу» конкретных микроорганизмов, в частности стафилококков, стрептококков, лактобактерий, грибов и т.д., которая при определённых условиях меняется, вызывая патологическое состояние, определяемое как дисбактериоз. Дисбактериоз — это бактериологическое понятие, которое характеризуется изменением соотношения представителей нормальной микрофлоры, снижением числа или исчезновением некоторых видов микроорганизмов за счёт увеличения количества других и появления микробов, которые обычно встречаются в незначительном количестве или совсем не определяются [15]. Микробиологический статус больных с патологией слизистой оболочки полости рта имеет конкретное влияние на течение, исход и прогноз основного заболевания. Коррекция микробиологических нарушений — обязательный элемент в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта [28].

С использованием гистохимических методик изучены мазки-отпечатки с ороговевающих и неороговевающих в норме зон СОПР человека. Выявлен ряд различий цитохимического спектра биополимеров, входящих в состав безъядерных чешуек и ядродержащих клеток. Представляют интерес обнаруженные в эксфолиативных эпителиальных клетках катионные белки, кислая фосфатаза и неспецифическая эстераза. Установле-

но, что эксфолиативные клетки эпителия СОПР играют важную барьерную роль и формируют её защитные реакции [13].

В литературе совершенно не освещены вопросы изменения качества жизни в связи с возникновением патологии слизистой оболочки, красной каймы и кожи губ. Естественно, что заболевания этой области приводят как к физическим страданиям, так и к психоэмоциональным комплексам, что значительно снижает качество жизни. Качество жизни, являясь интегральным показателем, при исследовании и сравнении различных состояний человека может служить индикатором для

оценки этих состояний. В исследованиях, посвященных поиску оптимальной стратегии лечения, особенно хронических заболеваний, качество жизни широко применяется как надежный индикатор при оценке результатов терапии. Даже в случаях, когда используются радикальные методы лечения и болезнь удается устранить, важным итогом лечения является собственная оценка больным комфортности своего состояния, которая может изменяться в широком диапазоне в зависимости от побочных эффектов вмешательств. В связи с этим качество жизни приобретает значение одного из основных критериев успешного лечения [19,24,25,27].

THE STUDYING CONDITION OF RED BRIM, MUCOSA AND LIPS SKIN PATHOLOGY

S.S.Tkach, L.M.Janovsky
(Irkutsk State Medical University)

The article presents the review of native literature reflecting problems of lips and oral cavity diseases.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ (клиника, диагностика). — СПб.: МЕДИ издательство, 2005. — 92 с.
2. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 304 с.
3. Банченко Г.В. Проблемы заболеваний слизистой оболочки полости рта // Зубоврачебный вестник. — 1993. — № 1. — С.13-19.
4. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи. Атлас. — М., 1994. — 156 с.
5. Бойченко Т.Е., Корчак Л.Ф., Лепорская Л.Б. и др. Изменения в полости рта у детей при общесоматических заболеваниях: Метод. рекомендации. — М., 1982. — 33 с.
6. Боровский Е.В., Майкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. — М., 2001. — 320 с.
7. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта. — М.: Медицина, 1991. — 317 с.
8. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология. — М.: Медицина, 2001. — 736 с.
9. Брусенина Н.Д. Клиника и лечение хронических трещин губ // Стоматология. — 1991. — № 2. — С.37-39.
10. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Хронические рецидивирующие трещины губ: клиника, диагностика, методы лечения / Под ред. Г.М. Барера. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. — 31 с.
11. Высеканцев И.П., Тоциловская Р.В., Григорьева К.В., Стогний В.И. Влияние низких температур на микрофлору хронических неспецифических язв, эрозий, трещин слизистой оболочки полости рта // Кробиология и криомедицина. — 1982. — № 10. — С.67-69.
12. Воложин А.И., Брусенина Н.Д., Гемонов В.В. и др. Механизмы нарушения заживления раны губы после двусторонней перерезки нижнелазеального нерва и обоснование методов коррекции в эксперименте // Стоматология. — 2003. — № 2. — С.4-9.
13. Гелионов В.В., Могильный М.Л. Защитные свойства поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта // Стоматология. — 1996. — № 3. — С.4-6.
14. Глатко С.Б. и др. // Научно-практ. конф. онкологов: Тезисы. — Омск, 1986. — С.89-91.
15. Кондрашева З.Н., Голиков В.Ф., Козлов А.П. и др. Микробиология и иммунология полости рта: Метод. пособие. — Екатеринбург, 1996. — 60 с.
16. Кунин А.А. Диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта и губ // Стоматология. — 1986. — № 2. — С.29-32.
17. Куракина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. — М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2004. — 744 с.
18. Кутин С.А. Клиника, патогенез и лечение эксфолиативного хейлита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1971. — 20 с.
19. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология. — 2000. — № 5. — С.10-13.
20. Луцкая И.К., Артюшкевич А.С. Руководство по стоматологии. — Ростов-н/Д., 2000. — 512 с.
21. Макаров В.Н. Актуальные вопросы практического здравоохранения. — Ставрополь, 1984. — 244 с.
22. Муравьянникова Ж.Г. Болезни зубов и полости рта. — Ростов-н/Д.: «Феникс», 2003. — 416 с.
23. Некрасова Л.В. Хейлиты // Вестник последипломного медицинского образования. — 2002. — № 3. — С.53-55.
24. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. — 140 с.
25. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клини. медицина. — 2000. — № 2. — С.10-13.
26. Онощенко Н.В., Немецкий М.А. Дифференциальная диагностика опухолей и предраковых процессов нижней губы: Учеб. метод. пособие. — Краснодар, 1981. — 35 с.
27. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. — Волгоград: Издатель, 2001. — 96 с.
28. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. и др. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки полости рта // Стоматология. — 2002. — № 5. — С.48-50.
29. Рыбаков А.И., Епишев В.А., Мамедова Ф.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Атлас. — Ташкент: Медицина, 1976. — 96 с.
30. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина, 1978. — 232 с.
31. Справочник по детской стоматологии / Пер с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 288 с.
32. Справочник по стоматологии / Под ред. А.И. Рыбакова. — М.: Медицина, 1993. — 576 с.
33. Стоматология детского возраста / Под ред. Т.Ф. Виноградовой. — М.: Медицина, 1987. — 528 с.
34. Терешкина Л.В., Карпухина Л.И., Лебедева Г.В. и др. Хроническая травма слизистой оболочки полости рта как предрасполагающий фактор возникновения злокачественных опухолей ее // Диагностика, лечение и реабилитация больных с повреждениями челюстно-лицевой области. Сб. науч. трудов. — Смоленск, 1981. — Т. 64. — С.107-110.
35. Тоциловская Р.В. Криолечение неспецифических эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта и губ // Стоматология. — 1981. — № 1. — С.24-26.
36. Урбанович Л.И., Иванов И.С., Райда А.И. и др. Нейрогистологическое и гистохимическое исследование трещин губ // Врачебное дело. — 1984. — № 12. — С.22-25.
37. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Микрофлора полости рта и её значение в развитии стоматологических заболеваний // Стоматология для всех. — 1998. — № 3. — С.22-26.
38. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В. и др. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 208 с.
39. Шугар Л., Баноци И., Рац И. и др. Заболевания полости рта. — Будапешт, 1980. — 383 с.
40. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П. и др. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. — Минск, 1994. — 494 с.