

**Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан**

**Ташкентский Государственный Стоматологический
Институт**

**Кафедра Госпитальной терапевтической
стоматологии**

Лекция №3

**Изменения слизистой оболочки полости рта и
красной каймы губ при аллергических
заболеваниях. Хейлиты. Аномалии языка.**

Лектор: проф. Х.П.Комилов

**Текст лекции
предназначен для студентов 5 курса стоматологического факультета
медицинских институтов**

Ташкент — 2016

Тема: Изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при аллергических заболеваниях. Хейлиты. Аномалии языка.

Цель лекции: Ознакомить студентов с изменениями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при аллергических заболеваниях, хейлитах и заболеваниях языка.

Задачи лекции: студент должен знать об изменениях слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при аллергических заболеваниях, хейлитах и заболеваниях языка.

План лекции:

1. Аллергические реакции немедленного типа (отек Квинке, анафилактический шок) в стоматологической практике. Клиника и лечение.
2. Аллергические реакции замедленного типа (аллергический стоматит, хейлит, глоссит, гингивит). Клиника и лечение.
3. Бактериальные аллергии (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, многоформная экссудативная эритема). Клиника и лечение.
4. Хейлиты. Клиника и лечение.
5. Аномалии языка. Клиника и лечение.

В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в Узбекистане, отмечается бурный рост аллергических заболеваний. Значительный рост этих заболеваний и тяжелые их последствия определяют необходимость знания врачом любой специальности основных теоретических и практических аспектов аллергии, умения оказать неотложную помощь при аллергических состояниях.

В стоматологической практике наиболее часто встречается лекарственная аллергия, иммунный механизм которой соответствует общим закономерностям аллергических реакций.

Аллергические реакции немедленного типа (отек Квинке, анафилактический шок) в стоматологической практике. Клиника и лечение.

С повышением эффективности лекарственных препаратов возрастает и возможность возникновения неблагоприятного их влияния на организм человека. Поэтому проблема осложнений от лекарств в настоящее время весьма актуальна и приобретает уже медико - социальное значение, так как экономические потери в связи с лекарственной патологией составляют огромную сумму, превышающую экономические потери от инфекционных заболеваний.

В современных условиях врач - стоматолог вынужден заниматься вопросами профилактики, ранней диагностики и неотложной терапии больных, у

которых возникает немедленная аллергическая реакция на введение лекарств. Применение лекарственных препаратов среди пациентов, к сожалению, не уменьшается, а возрастает. Практически все лекарственные препараты могут быть причиной тяжелых побочных явлений, однако некоторые вещества используются в стоматологии чаще, чем другие и потому на них следует обратить внимание. К таким веществам относятся антибактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды), местноанестезирующие (лидокаин, ультракаин и др.), болеутоляющие (группа противовоспалительных анальгетиков) и некоторые другие лекарственные препараты (витаминные, гормональные, ферментные и т.д.).

Как было сказано выше, что по времени наступления аллергических проявлений принято различать реакции немедленного и замедленного действия.

Аллергические реакции немедленного типа развиваются через 5-20 мин после введения аллергена. А.Д.Адо (1978) считает, что реакция проходит три стадии: первая - иммунологическая (реакция антигена с антителом), вторая - патохимическая (выделение биологически активных веществ в результате антиген - антитело), третья - патофизиологическая (функциональная и дегенеративные расстройства в тканях и органах).

К аллергическим реакциям немедленного типа относятся ангионевротический отек Квинке и анафилактический шок.

Отек Квинке может возникнуть в результате действия пищевых аллергенов, различных медикаментов, применяемых внутрь (сульфаниламиды, антибиотики, ацетилсалициловая кислота и др.), при местном применении (лидокаин, настойка йода, губная помада), а также при наличии очагов хронической инфекции. В течение нескольких минут, иногда медленнее, на различных участках тела развивается значительный отек. Отек может исчезать в течении нескольких часов или дней. Наиболее часто он располагается на верхней губе и веках, реже - на нижней губе, языке и шее. При этом больной отмечает чувство неловкости, увеличение в объеме губы, языка или других частей тела и лица. Большую опасность для жизни представляет отек гортани, который составляет 1/4 всех случаев отека Квинке. Отек развивается быстро, больной беспокоен, ощущает затруднение дыхания, развивается афония, лицо становится синюшным. При отсутствии необходимой помощи больной может погибнуть. В подобных случаях необходима неотложная помощь вплоть до трахеотомии.

Ангионевротический отек следует отличать от отека губы при синдроме Мелькерссона - Розенталя, трофедеме Мейжа и других махроейлн-тов.

Лечение. Важно прекратить контакт с аллергеном. При отеке губ, век и другой локализации (кроме отека гортани) принимают антигистаминные препараты внутрь (димедрол, тавегил и др.), 10% раствор хлорида кальция, аскорутин в таблетках 3-4 раза в день. Местная терапия не требуется.

Лекарственный анафилактический шок развивается через 5-20 мин после введения аллергена в сенсibilизированный организм. По характеру клинического течения анафилактический шок делится на легкую форму, средней тяжести и тяжёлую. Легкая степень представляет собой небольшие

проявления сосудистой дистопии: головокружение, зуд, неприятные ощущения в различных частях тела, гиперемия кожных покровов. Объективно отмечается быстро проходящая гиперемия кожи, гипотония, тахикардия без потери сознания. Продолжается от нескольких минут до нескольких часов. При средней тяжести шока у больного развивается резкая слабость, головокружение, потемнение перед глазами, ухудшение слуха, кашель, рвота. Наблюдается быстрая смена гиперемии кожи бледностью, холодный пот, падение артериального давления, тахикардия, возможны приступы удушья, обморочное состояние. Тяжелый анафилактический шок развивается быстро, молниеносно: коллапс и коматозное состояние, сопровождается потерей сознания, прострацией, нарушением ритма дыхания, непроизвольной дефекацией и мочеиспусканием. Смерть наступает в течение 5-40 мин. На тяжелую степень приходится 10-15% случаев смерти от анафилактического шока.

Лечение. Медицинская помощь должна быть неотложной. Прежде всего больного следует уложить, согреть, уменьшить поступления аллергена в кровь. Внутримышечно в место инъекции вводят 0.5 мл 0.1% раствора адреналина, процедуру нужно повторить через 10-15 мин. Дополнительными средствами борьбы с коллапсом является кордиамин, кофеин, камфора. При выраженной картине бронхоспазма дополнительно медленно, в течение, 4-5 мин, внутренне вводят 10 мл 2.4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% раствора глюкозы. Кроме того, также внутривенно вводят гидрокартизон или преднизалон, 1% раствор димедрола внутримышечно, 10% раствор хлорида кальция внутривенно.

Аллергические реакции замедленного типа (аллергический стоматит, хейлит, глоссит, гингивит).

Клиника и лечение

Применение различных лекарственных средств нередко вызывает побочные реакции на слизистой оболочке полости рта. Они в зависимости от локализации обозначают как хейлит (изолированное поражение губ), глоссит (поражение языка), стоматит (поражение различных отделов слизистой оболочки полости рта). По степени выраженности воспалительной реакции различают: катаральный; эрозийный; язвенно - некротический стоматит (хейлит, глоссит); гипертрофический гингивит.

Катаральный стоматит (хейлит, глоссит). Является наиболее легкой формой медикаментозного поражения. Больные испытывают зуд, жжение, небольшую боль при употреблении горячей, острой пищи. Обычно указанные явления наступают после приема того или иного лекарственного препарата. Слизистая оболочка полости рта насыщенно красного цвета, отечна. Если патологические изменения локализованы на языке, спинка его приобретает ярко-красную окраску. Такой вид языка описан под названием "пенициллиновый глоссит".

Катаральный стоматит (хейлит, глоссит) медикаментозного происхождения следует "дифференцировать от сходных изменений при гиповита-минозах, инфекционных, желудочно-кишечных заболеваниях, грибковых поражениях.

Лечение заключается в отмене лекарственного вещества или замене его другим, назначение антигистаминных препаратов, витаминов С и группы В. Местная терапия не требуется, за исключением применения обезболивающих средств.

Эрозивно-язвенный стоматит является более тяжелой формой медикаментозного поражения. Больных беспокоит боль, затруднены приём пищи, речь. Степень выраженности болевых ощущений зависит от распространенности патологических изменений, локализаций эрозий и язв. Определенной локализацией элементов обычно нет. Поражается слизистая оболочка щек, губ, языка и др. Отмечается повышение температуры тела (37.5-38.5 С), общая слабость, понижение аппетита.

Дифференциальную диагностику этого заболевания следует проводить с многоформной экссудативной эритемой, пузырчаткой, острым герпетическим стоматитом, опоясывающим лишаем, ящуром, а также изменениями слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях.

Лечение медикаментозного стоматита начинается с отмены назначения новых лекарственных средств, учитывая, что они могут вызвать аллергическую реакцию. Местно назначают обезболивающие препараты, стимулирующие эпителизацию. В комплексе лечебных мероприятий важное значение отводят диете. Пища должна быть протертой, прием дробный (4-5 раз

в день). Необходимо назначить повышенное количество витаминов С и Р (отвар шиповника и др.), витамины группы А и В, а также препаратов кальция и фосфора.

Бактериальные аллергии (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, многоформная экссудативная эритема).

Клиника и лечение

Развитие этого вида аллергии связано с наличием очагов хронической инфекции в организме: в миндалинах, придаточных пазухах носа, зубах с некротизированной пульпой, периодонте или внутренних органах. По современным взглядам, сенсбилизация организма имеет определенное значение в развитии и течении хронического рецидивирующего афтозного стоматита и многоформной экссудативной эритемы.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит чаще развивается у больных, страдающих желудочно - кишечными заболеваниями и выраженной сенсбилизацией к микробным аллергенам на фоне нарушения клеточного иммунитета. У большинства больных этот стоматит характеризуется появлением единичных (1-3) афт округлой или овальной формы диаметром от 2 до 8 мм, покрытых фиброзным или некротическим налетом. Афты болезненны, затрудняют прием пищи, локализуются в основном на слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностях языка. Существуют не более 10-14 сут. Дифференцируют от травматических эрозий, вторичного сифилиса, хронического рецидивирующего герпеса.

Лечение. Для целенаправленного лечения больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом необходимо провести:

1. обследование желудочно - кишечного тракта на выявление воспалительных процессов, дисбактериоза, гельминтозов;
2. исследование функционального состояния печени;
3. выявление очагов хронического воспаления, в том числе одонтогенных;
4. аллергическое обследование (внутрикожные пробы с микробным аллергеном, реакция лейкоцитоза с микробными аллергенами);
5. иммунологическое обследование.

Лечение направлено в первую очередь на ликвидацию сопутствующих заболеваний, санацию очагов хронической инфекции полости рта. При выявлении повышенной чувствительности к микробным аллергенам назначают курс специфической гипосенсибилизации.

Неспецифическая гипосенсибилизация состоит в подкожном введении гистаглобулина (по 1 мл через 3 дня, всего 8-10 инъекций), внутривенном введении 30% раствора натрия тиосульфата (по 10 мл через день, всего 10 инъекций).

При показаниях (снижение резистентности организма, нарушение клеточного иммунитета) назначают пентоксил и натрия нуклеинат в таблетках, продипюзан внутримышечно по индивидуальной схеме (в условиях стационара), лизоцим внутримышечно по 75 мкг 2 раза в день, аутогемотерапию, гипербарическую оксигенацию, витаминотерапию.

Местное лечение начинают с обезболивания (аппликации, ванночки), удаление некротического налета, воздействие на афту или язву антисептиками и кератопластическими средствами. Некротический налет можно удалить с помощью протеолитических ферментов (химопсин, химотрипсин). Хороший эффект оказывают облучение афт или язв излучением гелий -неонового лазера, местное ультрафиолетовое облучение с использованием тубуса ОН-7 или ОКУФ-5М. В период высыпания афт необходимо исключить курение, кислую и соленую пищу, алкоголь.

Многоформная экссудативная эритема. Это заболевание носит рецидивирующий характер, отмечается выраженная сезонность (чаще весной и осенью). В начале болезни наблюдаются лихорадочное состояние, общее недомогание, боли в мышцах и суставах, головные боли. Затем появляются высыпания на коже и слизистых оболочках. Первыми проявлениями на слизистой оболочке полости рта являются отек и эритема, на фоне которых возникают субэпителиальные пузыри. Оболочка пузырей быстро разрывается, обнажая очень болезненные, легко кровоточащие эрозии. Эрозии могут сливаться, образуя обширные участки поражения, покрытые фибриозным налетом. На красной кайме губ и в углах рта эрозии покрываются корками. Локализация эрозии на слизистой оболочке рта может быть самой различной: губы, щеки, язык, мягкое небо, дно полости рта. Десневой край и десневые сосочки остаются лишь слегка гиперемизированными; очень редко поражается твердое небо.

На коже кистей, предплечий и голеней образуются синюшно - красные пятна с западанием в центре (кокарды), иногда пузыри, окруженные гиперемией.

Генерализованные поражения кожи и всех слизистых оболочек (глаза, нос, желудочно - кишечный тракт, мочеполовая система) описаны в литературе под названием синдрома Стивенсена - Джонсона. Этот синдром сопровождается выраженной интоксикацией, высокой температурой, иногда летальным исходом.

Диагностика многоформной экссудативной эритемы не представляет затруднений. В случае локализации элементов поражения только на слизистой оболочке рта дифференцировать заболевание следует от острого герпетического стоматита, лекарственной аллергии, истинной пузырчатки.

Лечение. В острый период проводится симптоматическое лечение. Назначают противовоспалительные средства, внутривенно 8-10 инъекций 30% раствора натрия тиосульфата по 10 мл, антигистаминные препараты внутримышечно, препараты кальция, аскорбиновую кислоту, витамины группы В. В тяжелых случаях показаны антибиотики широкого спектра, кортикостероиды, капельно внутривенно - реополиглюкины, гемодез и др.

Местное лечение направлено на ликвидацию воспаления, отека, ускорение эпителизации эрозий. Для ванночек и полосканий с этой целью можно применять различные антисептические и противовоспалительные средства (хлорамин, хлоргексидин, фурацилин, риванол, аэрозоли - оксм-корт и оксиклозол), 5% метилурациоловую мазь, линимент алоэ, масло шиповника или облепихи.

Хейлиты. Клиника и лечение

Воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ принято называть хейлитом.

Он встречается как самостоятельное заболевание и как симптом при различных заболеваниях слизистой рта.

Различают эксфолиативный, glandулярный, экзематозный, ангулярный хейлиты, хронические трещины губ. Сюда же можно отнести абразивный преанцерозный хейлит Манганотти и макрохейлит Мелькерсона- Розенталя, но они будут рассмотрены в разделе «Предраковые заболевания полости рта».

Эксфолиативный хейлит. Различают две формы эксфолиативного хейлита- сухую и экссудативную.

При сухой форме хейлита больных беспокоят сухость губ, иногда жжение, зуд, постоянное шелушение.

В переходной зоне губ т. е. на границе слизистой оболочки губ и красной каймы губ, приблизительно до ее середины, возникает полоса

застойной гиперемии, покрытая тонкими прозрачными, довольно плотно прикрепленными чешуйками. После снятия чешуйки обнажается ярко-красная поверхность, иногда с очень небольшими и неглубокими эрозиями.

При экссудативной форме хейлита губы увеличены, гиперемированы, отекают, рот приоткрыт из-за резкой болезненности при смыкании. Характерно

образование массивных корок, состоящих из пластов сохшегося экссудата и чешуек, легко снимающихся пинцетом, под которым обнаруживается гладкая или зернистая ярко-красная поверхность\

Гландулярный хейлит - это воспаление мелких слюнных желез губ. Различают простой Гландулярный хейлит и гнойный.

Простая форма характеризуется увеличением количества и гетеротонией в зону Клейна серозно-слизистых губных желез или их протоков, их гиперфункции и гиперплазии. Из зияющих выводных протоков желез обильно выделяется секрет в виде капель росы. Вследствие инфицирования и длительного раздражения выделениями из гипертрофированных слюнных желез развивается мацерация и воспаление.

Гнойная форма встречается редко и развивается в результате проникновения в расширенные протоки слюнных желез патогенной микрофлоры. Характеризуется болезненностью, отеком губы, из протоков выделяется слюна с примесью крови. Иногда устья выводных протоков желез могут быть закупорены уплотнившимся гнойным экссудатом. Возможно множественное и одиночное абсцедирование.

Экзематозный хейлит. В зависимости от причин возникновения различают хейлит:

1. вызванный себорейной экземой;
2. микробной экземой;
3. контактный экзематозный.

Первая форма выражается гиперемией красной каймы губы, появлением чешуек, которые легко отделяются.

Кожа губ, красная кайма сухая, появляются трещины, корочки.

Вторая форма развивается на фоне себорейной экземы, вследствие пиококковой инфекции из трещин губ и другой локализации. Клинические проявления соответствуют микробной экземе.

Третья форма развивается как результат аллергической реакции на губную помаду, зубную пасту и др. Появляется отек губ, яркая гиперемия, пузырьковые высыпания с последующим образованием корок.

Актинический хейлит. Различают две формы актинического хейлита: экссудативную и ксерозную.

При экссудативной форме больных беспокоят, боль, увеличение губы, наблюдается отек, покраснение губы с последующим появлением везикулярных заболеваний, образованием эрозий, корочек, трещин, шелушением.

При ксерозной форме появляются жжение, сухость губы и боль. Отмечается гиперемия красной каймы губ, образование беловато-серых чешуек, шелушение.

Ангулярный хейлит - это хроническое заболевание рецидивирующего характера. Вызывается стрептостафилококковой инфекцией и грибами. При этом больные жалуются на боли при открывании рта. В начале заболевания в углах рта появляются поверхностные эрозии или трещины, которые быстро

инфицируются. Экзематозные явления могут распространяться на кожу губ и подбородка, прилегающую к углу рта.

Хронические трещины губ могут возникать как на верхней челюсти, так и на нижней. Часто локализуются в средней части губы, иногда в углах рта.

Впервые возникающие трещины представляют собой щелевидные дефекты эпителия слизистой оболочки, окруженные гиперемированной красной каймой и кровянистыми корочками. Иногда они эпителизируются на короткий срок и снова появляются. Частые рецидивы приводят к развитию в очаге трещины участка рубцовой атрофии, плотного на ощупь с белесоватым оттенком.

Лечение хейлитов. Хейлиты трудно поддаются лечению. Применяют гормональные мази, антибактериальные и кератопластические средства. При glandулярном хейлите, если не эффективна противовоспалительная терапия, проводят электрокоагуляцию желез или их иссечение. При экзематозном хейлите дополнительно назначают седативные и десенсибилизирующие средства.

Аномалии языка. Клиника и лечение

На языке могут встречаться поражения при травмах, инфекционных заболеваниях, аллергических состояниях, авитаминозах, дерматозах и т.д.

Однако мы приводим данные о складчатом языке и самостоятельных глосситах, т.е. таких процессах, которые встречаются почти исключительно на языке. К ним относят десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, чёрный (волосатый) язык, складчатый язык.

Десквамативный глоссит. Глоссит-это воспаление слизистой оболочки языка.

Десквамативный (географический) глоссит характеризуется появлением участков десквамации эпителия нитевидных сосочков, по периферии которых имеются полосы ороговевшего эпителия. Очаги десквамации обычно множественные, чаще располагаются на кончике и боковой поверхности языка. Вслед за десквамацией происходит ороговение эпителия нитевидных сосочков, а в участках ороговения, наоборот, десквамация. В результате этого участки десквамации и ороговения эпителия нитевидных сосочков языка, сменяя друг друга, мигрируют по поверхности языка и, сливаясь, образуют фигуры, которые напоминают географическую карту.

Субъективно могут появляться боль, чувство жжения, усиливающиеся при употреблении острой, солёной и кислой пищи.

При отсутствии субъективных ощущений лечение не требуется. При болях и жжении рекомендуются, помимо санации полости рта, полоскания антисептическими растворами, аппликации кератопластических средств.

Ромбовидный глоссит - хроническое заболевание, когда на снимке языка, ближе к корню по средней линии, появляется овальный ромбовидный участок, лишенный сосочков. Различают три формы глоссита: гладкую, бугристую и папилломатозную.

При гладкой форме ромбовидного глоссита поверхность поражения имеет небольшие размеры, розовый или красный цвет, четко ограничена от других участков.

В случае бугристой или папилломатозной формы в центре изменённого участка есть разрастания, возвышающиеся над уровнем эпителия. Иногда возникают жжение, пощипывание, усиливающиеся при приёме пищи.

Лечение состоит в санации полости рта, прекращении курения. При значительных папилломатозных разрастаниях их иссекают с последующим патогистологическим исследованием. При отсутствии жалоб лечения не требуется.

Чёрный (волосатый) язык. Волосатый язык выражается в разрастании и ороговении нитевидных сосочков средней и задней трети языка. Пациенты отмечают необычный вид языка, иногда ощущение инородного тела на нём или рвотный рефлекс, чувство зуда.

На снимке языка спереди от желобоватых сосочков нитевидные сосочки удлиняются и приобретают светло-коричневый или чёрный цвет. Длина сосочков иногда достигает 2 см., диаметр 2 мм., внешне они напоминают волосы.

Лечение заключается в санации полости рта. Местное применение кератолитических средств (3% раствор резорцина) даст кратковременный эффект. Лучшие результаты дают при проведении криотерапии.

Складчатый язык - врождённая аномалия формы и размеров языков, выражающаяся в наличии глубоких борозд (складок), проходящих в различных направлениях. Складки располагаются преимущественно симметрично. Наиболее глубокая продольная складка обычно проходит по срединной борозде. Наличие глубоких складок благоприятствует вегетации грибковой микрофлоры. При недостаточном уходе за полостью рта может развиться воспалительный процесс, возникают жжение и боль.

Местное лечение при складчатом языке не проводится. Необходим тщательный уход за полостью рта, своевременная санация.

Литература:

Основная:

1. Jean M. Bruch Nathaniel S. Treister. Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer International Publishing, 2016 2-е издание. Соединенные Штаты Америки (США), 2016.
2. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник - М, 1989.
3. Абдуллаходжаева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта. 1983
4. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.- Москва «Медицина» 1981.
5. Боровский Е.В. Данилевский Н.Ф. АТЛАС заболеваний слизистой оболочки полости рта. – Москва «Медицина»1991.- 320 с.
6. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова Д.У. ва бошк. Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликлари: Учебник - Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.

Дополнительная:

1. Банченко Г.В., Максимов ЮМ. Язык - «зеркало» организма. М. Бизнес-центр «Стоматология» 2000. (библиотека кафедры)
2. Боровский Е.В. « Биология полости рта», М. 2001. (электронный)
3. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «ГЭОТАР-Медиа» 2005. (электронный)
4. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. и соавт. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва «Стоматология», 2001. (библиотека кафедры)
5. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. Минск. «Вышэйшая школа» 1998. (электронный)
6. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва. МИА. 2006. (библиотека кафедры)
7. Пачишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов. ГалДент. 2004. (электронный)
8. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Москва. «МЕДпресс-информ» 2003. (библиотека кафедры)
9. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва. «МЕДпресс-информ». 2006. (библиотека кафедры)
10. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. Клиника. Диагностика. Москва. «МЕДИ издательство» 2005. (библиотека кафедры)
11. Стефан Т.Сонис. Секреты стоматологии. 2002. (библиотека кафедры)
12. Трошин В.Д., Жулев Е.Н. Болевые синдромы в практике стоматолога. Нижний Новгород «НГМА». 2002. (электронный)
13. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
14. [www. medline. ru](http://www.medline.ru)
15. [www. med.ru](http://www.med.ru)
16. [www. stom.ru](http://www.stom.ru)
17. [www. stomatologya.ru](http://www.stomatologya.ru)