

Саркоидоз: проявления в полости рта (клинический случай)

Е.А. Волков, О.М. Васюкова, Ю.В. Блашкова, В.Г. Атрушкевич

Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Саркоидоз – мультисистемное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, которое обычно проявляется двусторонними хиллярными аденопатиями, легочными инфильтратами, поражениями глаз и кожи, десны, слизистой оболочки рта. Данный клинический случай отображает проявление симптомов редкого системного заболевания в полости рта. Гипертрофия десны и мягкотканые новообразования на слизистой оболочке губ стали первыми признаками заболевания. После длительного обследования пациентка проходила лечение у стоматолога и ревматолога, что дало возможность добиться стойкой ремиссии заболевания.

Описание клинического случая. В статье представлен клинический случай проявления саркоидоза в полости рта в виде гипертрофии десны и мягкотканного образования на верхней губе. Как правило, диагноз «саркоидоз» регистрируется у пациентов до появления стоматологических симптомов. Диагностика соматического заболевания с первичной локализацией симптомов в полости рта представляет особую трудность, поскольку врачи-стоматологи не всегда знакомы с клиническими признаками общих заболеваний. При подозрении на саркоидоз необходимо исследовать слизистую оболочку полости рта, а системный саркоидоз должен быть включен в дифференциальную диагностику гранулематозных поражений полости рта.

Заключение. Своевременно начатая терапия может существенно повысить качество и продолжительность жизни пациента.

Ключевые слова: саркоидоз, неказеифицирующиеся гранулемы, гипертрофия десны.

Для цитирования: Волков ЕА, Васюкова ОМ, Блашкова ЮВ, Атрушкевич ВГ. Саркоидоз – проявления в полости рта (клинический случай). *Пародонтология*. 2024;29(3):341-348. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-998>.

Sarcoidosis: oral manifestations (case report)

E.A. Volkov, O.M. Vasyukova, Y.V. Blashkova, V.G. Atrushkevich

Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disease of unknown origin, commonly presenting with bilateral hilar lymphadenopathy, pulmonary infiltrates, and involvement of the eyes, skin, gums, and oral mucosa. This clinical case illustrates the oral manifestations of this rare systemic disease. Gingival hypertrophy and soft tissue lesions on the lip mucosa were the initial signs of the condition. Following an extended diagnostic process, the patient underwent treatment by both a dentist and a rheumatologist, leading to a stable remission of the disease.

Case description. This article presents a clinical case of sarcoidosis manifesting in the mouth as gingival hypertrophy and a soft tissue lesion on the upper lip. In most cases, a diagnosis of sarcoidosis is made before any oral symptoms appear. Diagnosing a systemic disease based on primary oral symptoms poses a unique challenge, as dental professionals may not always be familiar with the oral manifestations of systemic conditions. In cases of suspected sarcoidosis, the oral mucosa should be thoroughly examined, and systemic sarcoidosis should be considered in the differential diagnosis of granulomatous lesions in the mouth.

Conclusion. Early initiation of treatment can significantly improve the patient's quality of life and prognosis.

Keywords: Sarcoidosis, non-caseating granulomas, gingival hypertrophy.

For citation: Volkov EA, Vasyukova OM, Blashkova YV, Atrushkevich VG. Sarcoidosis: oral manifestations (case report). *Parodontologiya*. 2024;29(3):341-348 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-998>.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Саркоидоз – это мультисистемное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранул, мультисистемным поражением различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов [1-8]. Этиология остается неизвестной, но преобладающая гипотеза заключается в том, что различные неопознанные, вероятно, плохо разлагаемые «саркоидные антигены» [9] инфекционного или экологического происхождения могут вызывать повышенную иммунную реакцию у генетически восприимчивых хозяев [5]. Из последних данных стало очевидным, что *Propionibacterium acnes* и *Mycobacterium tuberculosis* являются вероятными антигенными агентами, инициирующими саркоидоз [9-11]. Роль генетических факторов подтверждают случаи семейного саркоидоза [12]. В первую очередь саркоидоз поражает легочную ткань [3, 13, 14]. Внутригрудное поражение встречается у 90% пациентов с симметричной двусторонней внутригрудной аденопатией и/или диффузными микроузлами легких, в основном вдоль лимфатических структур, которые являются наиболее пораженной системой [7]. Саркоидоз может поражать любой орган с частотой, варьирующейся в зависимости от этнической принадлежности, пола и возраста [14]. Диагноз саркоидоза не стандартизирован, но основан на трех основных критериях: совместимой клинической и/или рентгенологической картине, гистологических признаках некротизирующего гранулематозного воспаления в одной или нескольких тканях и исключении альтернативных причин гранулематозного заболевания [7]. Саркоидоз называют «великим имитатором» [15]. Неоднородность проявления и течения заболевания может затруднить диагностику и лечение [14]. Соответственно лечить саркоидоз в рамках отдельных медицинских специальностей недопустимо [16].

Пациенты с симптомами, соответствующими саркоидозу, которые наблюдались у стоматолога, встречаются нечасто [1, 3, 6, 13, 17]. В литературе описано всего около 70 случаев [9]. В полости рта заболевание чаще всего проявляется отеком, изъязвлением слизистой оболочки, языка, неба, губ, десен [2, 18, 19]. Как правило, саркоидоз регистрируется у пациента до появления симптомов со стороны полости рта [20]. Однако иногда поражение полости рта может быть первым проявлением основного системного заболевания [3,4]. Описан случай, когда наблюдалось быстро растущее узловатое образование на нижней губе, которое фактически было первым признаком заболевания [12]. В литературе сообщается о единичных случаях, когда при саркоидозе наблюдалась гиперплазия десен [21, 22], а лечение пероральным преднизолоном привело к исчезновению указанного состояния [23]. Поражение десен может быть начальным симпто-

мом, который в конечном итоге приводит к диагнозу «саркоидоз» [8]. Распознать саркоидоз в полости рта может быть сложно, но важно не пропустить бессимптомный саркоидоз легких [3]. Стоматолог может сыграть ключевую роль в раннем распознавании клинических проявлений этого многогранного заболевания и таким образом помочь в диагностике системной патологии [17]. При подозрении на саркоидоз необходимо исследовать слизистую оболочку полости рта, а системный саркоидоз должен быть включен в дифференциальную диагностику гранулематозных поражений полости рта [13].

Цель настоящей работы – демонстрация собственного клинического случая редкого проявления саркоидоза в полости рта

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка Ч., 1949 года рождения, обратилась в Российский университет медицины на кафедру терапевтической стоматологии и пародонтологии 27.10.2023 с целью консультации и лечения, предъявляя жалобы на «увеличение размера десны, наличие образования на губе, кровоточивость и боль десен при приеме пищи и чистке зубов, потерю веса на 8 кг за 2 года».

Anamnesis vitae: Росла и развивалась в соответствии возрасту и полу.

В опросном листе о состоянии здоровья пациентка, в качестве сопутствующих заболеваний, отметила: гастрит, ХОБЛ, эпизодическое повышения АД.

Аллергологический анамнез: аллергия на пыльцу (поллиноз), домашнюю пыль (зуд).

Эпиданамнез: гепатит, сифилис, ВИЧ, туберкулез, малярию, венерические заболевания, укусы клещей – отрицает. Переливание крови в последние 6 месяцев – отрицает.

Анамнез заболевания:

04.12.2021 пациентка обратила внимание на изменение цвета десны на верхней челюсти, увеличение ее размера. Врач-пародонтолог по месту жительства поставил диагноз К 05.1 (гингивит) и назначил лечение, включающее антигистаминные препараты. В связи с отсутствием положительной динамики лечения диагноз был изменен на L.43.0 (красный плоский лишай), назначена соответствующая терапия и консультация дерматовенеролога.

29.12.2021 пациентка Ч. обратилась в КМЦ на Долгоруковской, 4, к врачу стоматологу-терапевту для консультации, после чего была направлена в Клинику Сеченовского университета к врачу-дерматовенерологу и инфекционисту для исключения диагнозов КПЛ, «пузырчатка» и «вульгарная волчанка». По результатам исследований предполагаемые диагнозы не подтвердились. Проведенная в мае 2022 года инъекция препарата «Дипроспан» не дала положительных результатов. Симптоматическое лечение

антибактериальными и гормональными препаратами было продолжено.

В августе 2022 года челюстно-лицевым хирургом был поставлен диагноз D10.3 (доброкачественное новообразование других и неуточненных частей рта) (рис. 1, 2). После чего было решено отказаться от проведения дальнейших клинических и лабораторных обследований пациентки, консультаций у специалистов смежных специальностей. Рекомендовано проведение хирургического вмешательства (гингивэктомия).

13.09.2022 пациентке проведена плановая операция «удаление фиброматозных разрастаний десны верхней и нижней челюсти и верхней губы слева с применением CO₂ лазера» с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. По заключению гистолога картина соответствовала плазмоцитоме. Однако через месяц (рис. 3) после проведения операции наблюдался рецидив заболевания, в связи с чем пациентка была направлена в ФБГУ «НМИЦ гематологии» для уточнения диагноза.

В полученном заключении гематолога указывалось: «При прижизненном патолого-анатомическом исследовании биопсионного материала с учетом позитивных обоих Lambda и Карра-цепей установлено, что морфологическая картина и иммунофенотип соответствует плазмноклеточному эпюлису. Дальнейшее патоморфологическое исследование биопсийного материала с учетом результатов иммуногистологического исследования показало, что морфологическую картину необходимо дифференцировать между фиброзным эпюлисом с монотипичным плазмноклеточным компонентом и субстратом экстрамедуллярной плазмоцитомы».

В ФБГУ «НМИЦ гематологии» также были проведены ряд обследований костного мозга. Плазмотарной инфильтрации костного мозга не выявлено. В результате эзофагогастродуоденоскопии был поставлен диагноз «хронический гастрит с единичными эрозиями».

При проведении компьютерной томографии обнаружены диффузные мелкоузловые изменения в легких, пневмофиброз, спайки в легком справа, жировая дистрофия печени. Данных о наличии злокачественных опухолевых заболеваний не получено.

08.12.2022 консультация врача-хирурга: в связи с прогрессированием заболевания (рис. 4, 5) пациентка направлена на консультацию к врачу-онкогематологу.

27.12.2022. Консультация врача-онкогематолога: диагноз D72.9 (нарушение белых кровяных клеток неуточненное) и K06.82 (плазмноклеточный эпюлис с поражением слизистой ротовой полости).

07.01.2023 проведены лабораторные исследования. Биохимический анализ крови выявил повышенный уровень щелочной фосфатазы 132 ед/л (реф. знач. 30-120), гемостатический анализ показал повышенный уровень фибриногена 4,6 г/л (реф.

знач. 1,8-3,5), госпитальный скрининг без отклонений, клинико-гематологический анализ обнаружил повышение ряда показателей: СОЭ 66 мм/час (реф. знач. 1-30), лейкоциты 12,45 x 10⁹/L (реф. знач. 4-9), эритроциты 10*12/L (реф. знач. 3,9-5,2), ширина распределения эритроцитов 15,2% (реф. знач. 11-16), абсолютное число нейтрофилов 8,48 x10⁹/L (реф. знач. 1,8-7,7), hs CRP 23мг/л (реф. знач. 0,01-5), и понижение среднего содержания гемоглобина 25,5 г (реф. знач. 29-31). Следует учитывать, что повышенный уровень щелочной фосфатазы, СОЭ, лейкоцитоз, hsCRP характерны для анализа крови при саркоидозе [1].

23.01.2023. Пациентка обратилась в КЦ ЧЛПХ и С МГМСУ к челюстно-лицевому хирургу. Было проведено рентгенологическое исследование: на ортопантограмме в области зубов 3.5-4.5 отсутствие кортикальной пластинки, снижение высоты межальвеолярных перегородок на 1/3 длины корня (рис. 6).

Далее пациентка направлена в АО «Европейский центр медицины» для проведения ПЭТ КТ-исследования, которое не выявило данных о наличии очагов патологической метаболической активности характерной для 18F-FDG позитивного неопластического процесса. Однако при сравнении с КТ-исследованием от 17.12.2022 отмечается появление полисегментарных перибронхиальных участков консолидации легочной паренхимы. При мультиспиральной КТ были диагностированы: частичная адентия (K08.1), генерализованный пародонтит (K05.3), хронический апикальный периодонтит зубов 17,26 (K04.5), множественный кариес (K02.1). При обследовании также установлена гипертрофия слизистой оболочки обеих верхнечелюстных пазух (слева одонтогенной природы), полости носа и носовых раковин, диффузный остеопороз челюстных костей.

С марта 2023 года пациентка проходила лечение у врача стоматолога-пародонтолога, которое включало удаление зубных отложений, кюретаж, антисептическую обработку раствором 0,05% хлоргексидина, лекарственные аппликации «холисал + трихопол» под фиксирующую пародонтальную повязку «парасепт». После указанной терапии наступала кратковременная ремиссия. Заболевание продолжало прогрессировать и в июне 2023 года пациентка была направлена на консультацию в клинику кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины (РУМ).

27.06.2023. В соответствии с планом лечения пациентка была осмотрена врачом-ревматологом, который поставил предварительный диагноз основного заболевания: D.86.0 (саркоидоз десны), D10.3 (фиброматозные разрастания слизистой оболочки верхней и нижней челюсти). Назначены препараты «Бисептол» 480мг * 2 раза в день, «Линекс форте», «Метипред» 24 мг утром после еды.

11.07.2023. Пациентка Ч, по направлению врача-ревматолога, обследована в институте туберкулеза



Рис. 1. Пациентка Ч. Диагноз, установленный врачом челюстно-лицевым хирургом D10.3 (доброкачественное новообразование других и неуточненных частей рта). Клиническое состояние десны до операции. Август 2022 года

Fig. 1. Patient Ch. Diagnosis by a maxillofacial surgeon – D10.3 (Benign neoplasm of other and unspecified parts of the mouth). Clinical condition of the gingiva prior to surgery. August 2022



Рис. 2. Пациентка Ч. Новообразование на губе верхней челюсти слева до операции. Август 2022 года

Fig. 2. Patient Ch. Soft tissue lesion on the upper lip before surgery. August 2022



Рис. 3. Пациентка Ч. Клиническая картина через 1 месяц после операции
Fig. 3. Patient Ch. Clinical presentation one month post-surgery



Рис. 4. Пациентка Ч. Гипертрофия десны верхней челюсти. Рецидив через 4 месяца после оперативного вмешательства. Декабрь 2022 г.

Fig. 4. Patient Ch. Gingival hypertrophy of the upper jaw. Recurrence four months post-surgery, December 2022



Рис. 5. Пациентка Ч. Гипертрофия десны нижней челюсти. Рецидив через 4 месяца после оперативного лечения. Декабрь 2022 г.

Fig. 5. Patient Ch. Gingival hypertrophy of the lower jaw. Recurrence four months post-surgery, December 2022



Рис. 6. Пациентка Ч. Ортопантомограмма от 23.01.2023

Fig. 6. Patient Ch. Orthopantomogram, January 23, 2023



Рис. 7. Пациентка Ч. Состояние десны при поступлении в клиническое отделение кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии. 26.06.2023

Fig. 7. Patient Ch. Gingival condition upon admission to the clinical department of restorative dentistry and periodontology. June 26, 2023



Рис. 8. Пациентка Ч. Состояние десны в процессе лечения. 30.11.2023

Fig. 8. Patient Ch. Gingival condition during treatment. November 30, 2023



Рис. 9. Пациентка Ч. Состояние десны в процессе лечения. 20.02.2024

Fig. 9. Patient Ch. Gingival condition during treatment. February 20, 2024



Рис. 10. Пациентка Ч. Состояние десны через месяц после начала приема преднизолона. 12.03.2024
Fig. 10. Patient Ch. Gingival condition one month after starting prednisone. March 12, 2024



Рис. 11. Пациентка Ч. Состояние десны после 3 месяцев приема преднизолона. 21.05.2024
Fig. 11. Patient Ch. Gingival condition after three months of prednisone treatment. May 21, 2024



Рис. 12. Пациентка Ч. Состояние десны после совместной терапии пародонтолога и ревматолога. 27.09.2024
Fig. 12. Patient Ch. Gingival condition following joint therapy by a periodontist and rheumatologist. September 27, 2024

для исключения диагноза «туберкулез». При компьютерной томографии легких были обнаружены очаговые изменения в обоих легких на фоне хронического бронхита с бронхоэктазами, что может соответствовать поствоспалительным изменениям. Также были обнаружены плевропульмональные спайки в правом легком.

27.07.2023. Пациентка Ч. была направлена на консультацию к врачу-пульмонологу. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, отмечена положительная рентгенологическая динамика в виде рассасывания участка инфильтрации в легких, появление мягкотканого очага неправильной формы. Данных об активном туберкулезе органов дыхания ротовой полости не получено. Поставлен диагноз «плазмоцитомы с поражением десен, фиброматозные разрастания слизистой оболочки верхней и нижней челюсти» (D10.3), «хронический бронхит с бронхоэктазами в стадии ремиссии, поствоспалительные изменения легких».

26.10.2023. Клиническое отделение кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии РУМ (рис. 7).

Внешний осмотр

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Открывание рта свободное. На слизистой верхней губы обнаружено узловатое образование.

Осмотр полости рта

Слизистая оболочка рта вне очагов поражения розового цвета, умеренно увлажнена. На верхней и нижней челюсти во фронтальном отделе с вестибулярной поверхности десна гипертрофирована, кровоточит при пальпации и зондировании. Десневые сосочки и прикрепленная десна увеличены в размере до 2/3 длины коронки. Патологические изменения четко ограничены областью кератинизированной десны. Глубина зондирования до 7 мм, обильные мягкие и минерализованные зубные отложения, пигментированный налет.

При оценке твердых тканей зубов – множественный кариес зубов, пломбы с нарушенным краевым прилеганием.

Предварительный диагноз: К 05.6 (болезнь пародонта неуточненная), D.86.0 (саркоидоз десны).

Лечение

После проведенного консилиума, сбора анамнеза, осмотра и фотопротокола составлен план лечения:

- коррекция индивидуальной гигиены полости рта, мотивация пациента;
- профессиональная гигиена полости рта;
- санация полости рта;
- микробиологический анализ на чувствительность микробиоты полости рта к антибиотикам;
- клинический и биохимический анализ крови;
- консультация ревматолога;
- проведение капилляроскопии десны.

С ноября 2023 года пациентка ежемесячно посещала врача-пародонтолога (рис. 8-12). Проведена профессиональная гигиена, мотивация пациента и коррекция индивидуальной гигиены. Проведено лечение кариозных полостей, удаление корней зуба 1.7 и 1.8, пародонтологическое лечение (scaling, root planning с медикаментозной обработкой Sol. Chlorhexidine 0,05%, аппликацией топическим стероидом – мазью «Лоринден С»).

По результатам микробиологического исследования, проведенного 29.12.2023, выявлены представители пародонтопатогенной флоры из группы

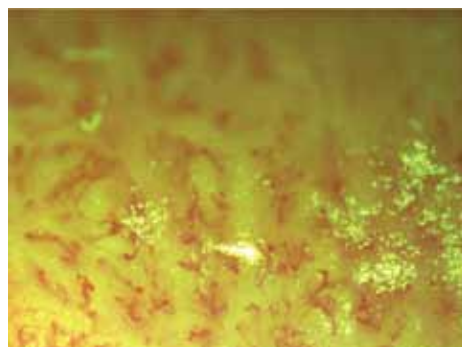


Рис. 13. Пациентка Ч. Капилляроскопия десны верхней челюсти. 07.05.2024

Fig. 13. Patient Ch. Capillaroscopy of the upper jaw gingiva, May 7, 2024

бактероидов. Грибы рода *Candida* не обнаружены. Назначено лечение препаратом «Амоксиклав» 500 мг + 125 мг 1 т. 2 раза в день, 7 дней.

С февраля 2024 года в схему пародонтологического лечения включена обработка пародонтальных карманов раствором «Ваготил». К средствам индивидуальной гигиены добавлен ирригатор.

29.02.2024. Плановый осмотр врача-ревматолога.

Назначено лечение: Дапсон 50 мг, Преднизолон 10 мг утром после еды, Линекс-форте, Рутин, Витамин Д 10к, Кальций-Д3-никомед 500мг * 2 раза в день.

07.05.2024 по направлению врача-пародонтолога была проведена капилляроскопия десны, по результатам которой было выявлено: в исследуемой области под увеличением $\times 150$ наблюдаются капилляры в виде извилистого дерева кровенаполненные, особенно в верхней его части, с резкими очертаниями, неправильной формы, местами резко расширенные. Также наблюдаются капилляры без резкого очертания в виде светло-красных пятен рядом с видимыми капиллярами (рис. 13).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В литературе сообщается о единичных случаях гипертрофии десны при саркоидозе [20, 21], а лечение пероральным преднизолоном приводило к исчезновению указанного состояния [22]. Описан случай, когда наблюдалось быстро растущее узловатое образование на нижней губе, которое фактически было первым признаком саркоидоза [12]. Поражение десны может быть начальным симптомом, который в конечном итоге приводит к диагностике саркоидоза [7].

В результате взаимодействия врачей пародонтолога и ревматолога у пациентки четко наблюдалась положительная динамика лечения. Отмечено улуч-

шение гигиенического состояния полости рта, значительное снижение гиперемии и гипертрофии десны, уменьшение глубины зондирования с 7 до 4 мм. Лабораторные показатели крови (СОЭ – 12 мм/ч, hs CRP – 2,2мг/л) в пределах нормы. Пациентка отмечает улучшение общего состояния, качества жизни, постепенный набор веса. В большинстве случаев именно клиническая картина является главным симптомом, на основании которой врач-стоматолог выстраивает предварительный диагноз. При подозрении на саркоидоз врач-стоматолог должен направить пациента к ревматологу для дальнейшего обследования и выявления характерных для данного заболевания гранулематозных очагов в других органах (верхние дыхательные пути, легкие, почки и др.). Стоматолог может сыграть ключевую роль в раннем распознавании клинических проявлений саркоидоза и таким образом помочь в диагностике системного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай описывает проявление в полости рта ранних симптомов системного заболевания «саркоидоз». Клиническая картина позволяет поставить предварительный диагноз и направить пациента к специалисту – ревматологу для обследования и лечения. Такая тактика врача-стоматолога может существенно повысить качество лечения и продолжительность жизни пациента. Привлечение к диагностике и лечению врача-ревматолога обеспечивает оптимальное лечение заболевания, в том числе при поражении десны и слизистой оболочки полости рта. Пациентам с проявлениями заболеваний пародонта неясной этиологии до установления точного клинического диагноза проведение хирургического вмешательства нецелесообразно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Чучалин АГ, Авдеев СН, Айсанов ЗР, Баранова ОП, Борисов СЕ, Геппе НА, и др. Саркоидоз: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Пульмонология*. 2022;32(6):806-833.

doi: 10.18093/0869-0189-2022-32-6-806-833

Chuchalin AG, Avdeev SN, Aisanov ZR, Baranova OP, Borisov SE, Geppe NA, et al. Sarcoidosis: federal clinical guidelines for diagnosis and treatment. *Pulmonologiya*. 2022;32(6):806-833 (In Russ.).

doi: 10.18093/0869-0189-2022-32-6-806-833

2. Визель ИЮ, Визель АА. VIII Международная конференция всемирной ассоциации по саркоидозу и другим гранулематозным заболеваниям легких: современное понимание саркоидоза. *Consilium medicum*. 2016;18(11):19-24. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=28804347>

Vizel IYu, Vizel AA. VIII International conference of the world association of sarcoidosis and other granu-

lomatous lung diseases: current understanding of sarcoidosis. *Consilium medicum*. 2016;18(11):19-24 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=28804347>

3. Sharma A, Subramaniam P, Shah K. Orofacial granulomatosis associated with gingival enlargement: a case report. *J Clin Pediatr Dent*. 2022;46(6):50-53.

doi: 10.22514/jocpd.2022.026

4. Скакодуб АА, Адмакин ОИ, Геппе НА. Тактика врача-стоматолога при поражении слизистой оболочки полости рта у детей с болезнью Бехчета. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2020;20(4):288-295

doi:10.33925/16833031-2020-20-4-288-295

Skakodub AA, Admakin OI, Geppe NA. Dentist's approach to management of oral mucosa lesions in children with Behcet's disease. *Pediatric dentistry and dental prophylaxis*. 2020;20(4):288-295. (In Russ.)

doi:10.33925/16833031-2020-20-4-288-295

5. Yee AM. Sarcoidosis: Rheumatology perspective. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(2):334-356. doi: 10.1016/j.berh.2016.07.001
6. Besnard, V, Calender, A, Bouvry D, Pacheco Y, Chapelon-Abric C, Jeny F, et al. G908R NOD2 variant in a family with sarcoidosis. *Respiratory Research*. 2018;19(1):44. doi: 10.1186/s12931-018-0748-5
7. Armstrong C, Napier S, Linden GJ. Sarcoidosis with gingival involvement: a case report. *J Periodontol*. 2004;75(4):608-12. doi: 10.1902/jop.2004.75.4.608
8. Gulseren D, Elçin G. Images of the month: Demonstrative oral mucosal sarcoidosis in a patient with pulmonary disease. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(4):e127-e128. doi: 10.7861/clinmed.2020-0257.
9. Nunes H, Bouvry D, Soler P, Valeyre D. Sarcoidosis. *Orphanet J Rare Dis*. 2007;2:46. doi: 10.1186/1750-1172-2-46
10. Marcoval J, Mañá J. Specific (granulomatous) oral lesions of sarcoidosis: report of two cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(3):e456-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20038910/#:~:text=We%20present%20%20patients%20with%20systemic%20sarcoidosis%20who>
11. Blasi A, Olivieri D, Pezza A. Sarcoidosis and other granulomatous diseases of the lung: clinical aspects and problems of differential diagnosis. *Ann N Y Acad Sci*. 1976;278:528-31. doi: 10.1111/j.1749-6632.1976.tb47066.x
12. Ho KC, Blair FM. Sarcoidosis of the gingiva – a case report. *Dent Update*. 2003;30(5):264-8. doi: 10.12968/denu.2003.30.5.264
13. Suresh L, Radfar L. Oral sarcoidosis: a review of literature. *Oral Dis*. 2005;11(3):138-45. doi: 10.1111/j.1601-0825.2005.01014.x
14. Rossides M, Darlington P, Kullberg S, Arkema EV. Sarcoidosis: Epidemiology and clinical insights. *J Intern Med*. 2023;293(6):668-680. doi: 10.1111/joim.13629. Epub 2023 Mar 14
15. Motswaledi MH, Khammissa RA, Jadwat Y, Lemmer J, Feller L. Oral sarcoidosis: a case report and review of the literature. *Aust Dent J*. 2014;59(3):389-94. doi: 10.1111/adj.12196. Epub 2014 Jul 30.
16. Sève P, Pacheco Y, Durupt F, Jamilloux Y, Gerfaud-Valentin M, Isaac S, et al. Sarcoidosis: A Clinical Overview from Symptoms to Diagnosis. *Cells*. 2021;31;10(4):766. doi: 10.3390/cells10040766
17. Sloan PJ, O'Neil TC, Smith CJ, Holdsworth CD. Multisystem sarcoid presenting with gingival hyperplasia. *Br J Oral Surg*. 1983;21(1):31-5. doi: 10.1016/0007-117x(83)90028-8.
18. Tripathi P, Aggarwal J, Chopra D, Bagga S, Sethi K. Sarcoidosis presenting as isolated gingival enlargement: a rare case entity. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(11):ZD25-6. doi: 10.7860/JCDR/2014/9888.5194. Epub 2014 Nov 20
19. Livada R, Shiloah J. Gummy smile: could it be genetic? Hereditary gingival fibromatosis. *J Tenn Dent Assoc*. 2012;92(1):23-26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22870549/#:~:text=In%20rare%20cases%20the%20cause%20for%20the%20enlargement>
20. Kadiwala SA, Dixit MB. Gingival enlargement unveiling sarcoidosis: Report of a rare case. *Contemp Clin Dent*. 2013;4(4):551-5. doi: 10.4103/0976-237X.123087.
21. Bagchi S, Shah N, Sheikh MA, Chatterjee RP. Oral sarcoidosis aiding in diagnosis of underlying systemic disease. *BMJ Case Rep*. 2019;12(11). doi: 10.1136/bcr-2019-232093
22. van Dee L, Stehouwer M, van Bommel T. Systemic Sarcoidosis Associated with Exposure to *Borrelia burgdorferi* in a 21-Year-Old Man. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2018;24;5(10):000942. doi: 10.12890/2018_000942
23. Zhao MM, Du SS, Li QH, Chen T, Qiu H, Wu Q, et al. High throughput 16SrRNA gene sequencing reveals the correlation between *Propionibacterium acnes* and sarcoidosis. *Respir. Res*. 2017;18(1):28. doi: 10.1186/s12931-017-0515-z

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Волков Евгений Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Васюкова Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Блашкова Юлия Валерьевна, аспирант кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: blashkova.j@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0206-0026>

Атрушкевич Виктория Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Evgeny A. Volkov, DMD, Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: volkov50@inbox.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-0969>

Olga M. Vasyukova, DMD, PhD, Docent, Assistant Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontics, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: vasyukova7@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3678-6503>

Corresponding author:

Yulia V. Blashkova, DMD, PhD student, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: blashkova.j@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0206-0026>

Victoria G. Atrushkevich, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Vice-President of RPA Moscow, Russian Federation

For correspondence: atrushkevichv@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-1370>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие

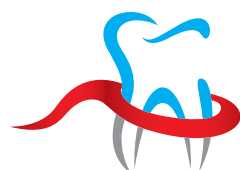
конфликта интересов / Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 01.10.2024

Поступила после рецензирования / Revised 07.07.2024

Принята к публикации / Accepted 28.06.2024



РОССИЙСКАЯ
ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ

Российская Пародонтологическая Ассоциация (РПА)

реализует различные проекты, направленные на развитие отечественной научной и практической пародонтологии, а именно:

Организует и проводит региональные, всероссийские и международные мероприятия, направленные на распространение информации о новейших достижениях в области клинической пародонтологии;

Занимается созданием российских клинических рекомендаций;

Участвует в разработке и внедрении методов обучения в области пародонтологии, а также стандартов и порядков оказания пародонтологической помощи населению РФ;

Организует, координирует и проводит научные исследования и разработки;

Участвует в развитии системы непрерывного медицинского обучения врачей;

Реализует социальные проекты, в том числе направленные на распространение знаний о снижении заболеваемости и распространенности заболеваний тканей пародонта для населения РФ;

Ознакомиться с деятельностью Ассоциации и узнать информацию о вступлении можно на сайте

www.rsparo.ru

Президент ПА «РПА» – д.м.н., профессор Людмила Юрьевна Орехова (prof_orekhova@mail.ru)

Элект-президент ПА «РПА» – д.м.н., профессор Виктория Геннадьевна Атрушкевич (atrushkevichv@mail.ru)