



Телеангиоэктазии: проявление на слизистой оболочке рта (клинический случай)

Е.А. Волков*, О.М. Васюкова, Е.С. Слажнева, Э.З. Нажаева, Е.К. Савина, М.В. Хабарина

Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Телеангиоэктазии – образования, состоящие из сети переплетенных тонких кровеносных сосудов, анастомозирующих между собой. Чаще всего телеангиоэктазии обнаруживают на кожных покровах, реже – на слизистых оболочках. Одной из причин развития патологии является радиоактивное воздействие на ткани организма. **Описание клинического случая.** В статье представлен клинический случай телеангиоэктазий в полости рта пациентки как проявление осложнения после лучевой терапии злокачественного новообразования языка. **Заключение.** Знание симптомов первичных и вторичных осложнений после воздействия лучевой терапии дает возможность врачам-стоматологам провести диагностику поражений и выбрать необходимый метод лечения.

Ключевые слова: телеангиоэктазии, слизистая оболочка полости рта, лучевая терапия, красный плоский лишай

Для цитирования: Волков ЕА, Васюкова ОМ, Слажнева ЕС, Нажаева ЭЗ, Савина ЕК, Хабарина МВ. Телеангиоэктазии: проявление на слизистой оболочке рта (клинический случай). *Пародонтология*. 2025;30(3):337-341. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1144>

***Автор, ответственный за связь с редакцией:** Волков Евгений Алексеевич, кафедра терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, 127006, ул. Долгоруковская, д. 4, г. Москва, Российская Федерация. Для переписки: volkov50@inbox.ru

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов

Благодарности: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Индивидуальные благодарности для декларирования отсутствуют.

Telangiectasia of the oral mucosa: a clinical case report

E.A. Volkov*, O.M. Vasyukova, E.S. Slazhneva, E.Z. Nazhaeva, E.K. Savina, M.V. Khabarina

Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Telangiectasia is a vascular malformation characterized by a network of thin, interconnected blood vessels with multiple anastomoses. It occurs most commonly on the skin and less frequently on mucosal surfaces. One of the etiological factors in its development is exposure of tissues to ionizing radiation. **Case presentation.** This article presents a clinical case of oral mucosal telangiectasia in a female patient as a late complication of radiation therapy for a malignant tumor of the tongue. **Conclusion.** Recognizing the manifestations of primary and secondary radiation-induced complications allows dental practitioners to make an accurate diagnosis and choose an appropriate treatment strategy.

Keywords: telangiectasia, oral mucosa, radiation therapy, oral lichen planus

For citation: Volkov E.A., Vasyukova O.M., Slazhneva E.S., Nazhaeva E.Z., Savina E.K., Khabarina M.V. Telangiectasia of the oral mucosa: a clinical case report. *Parodontologiya*. 2025;30(3):337-341. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1144>

***Corresponding author:** Evgeny A. Volkov, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, 4 Dolgorukovskaya Str., Moscow, Russian Federation, 127006. For correspondence: volkov50@inbox.ru

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests

Acknowledgments: The authors declare that there was no external funding for the study. There are no individual acknowledgments to declare.

ВВЕДЕНИЕ

Примерно 50% пациентов с онкологическими заболеваниями в ходе клинического течения болезни подвергаются лечению ионизирующим излучением [1].

Лучевая терапия, один из методов лечения плоскоклеточного рака полости рта, проводится в качестве комбинации с другими методами (резекция, системная цитотоксическая терапия) и обязательно на поздних стадиях заболевания или при рецидиве [2, 3].

Размер поля облучения опухоли значительно превышает границы ее общего объема, рассчитанного на основе клинического обследования и визуализирующих исследований. Включение прилежащих к опухоли здоровых тканей в облучаемое поле имеет клинические последствия, поскольку усиливает вызванную облучением токсичность и воспалительные реакции [4].

Биологическими последствиями лучевой терапии при плоскоклеточном раке рта являются в первую очередь радиомукозит, ксеростомия, остеорадионекроз [2].

Остеорадионекроз (ОРН) является тяжелым осложнением после раннее проведенной лучевой терапии. По данным литературы, частота развития ОРН встречается в пределах 30% [5], чаще данному осложнению подвергается нижняя челюсть [6]. Основным звеном в патогенезе ОРН являются воспаление и облитерации кровеносных сосудов, питающих кость, вызывая некроз с гипоксическими, гиповаскулярными и гипоклеточными поражениями [7, 8]. Среди факторов, которые влияют на развитие ОРН, можно отметить: доза радиации, травма костной ткани (удаление зубов, хроническая травма ортопедической конструкцией), коморбидное состояние (заболевания сердечно-сосудистой системы, иммунодефицит, сахарный диабет и др.). ОРН снижает качество жизни пациентов, нарушая акты жевания, глотания, артикуляцию, что в конечном итоге приводит к социальной дезадаптации. Данное осложнение быстро прогрессирует, длится более года и требует хирургического лечения [9].

Телеангиоэктазии могут передаваться по наследству (синдром Ослера – Вебера – Рендю), но иногда имеют вторичный характер. Одним из физических факторов, провоцирующих развитие поражения, является облучение [10].

При постановке диагноза «телеангиоэктазии» необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину. Это относится, в первую очередь, к красному плоскому лишая. Ключевыми диагностическими признаками красного плоского лишая являются наличие и формирование сетчатого рисунка, часто на фоне гиперемизированной слизистой оболочки, симметричность поражений, склонность к образованию эрозий и язв [10]. Пациенты могут предъявлять жалобы на жжение, стянутость слизистой оболочки, а при образовании эрозий и язв выражен болевой синдром. У подавляющего большинства пациентов с красным плоским лишаем наблюдаются

периоды ремиссий и рецидивов, для которых характерно нарастание симптоматики [12]. Заболевание редко проходит спонтанно [13]. В качестве стандартной терапии используются кортикостероиды, после прекращения лечения возможны рецидивы и развитие осложнений к кортикостероидной терапии [14].

В отличие от красного плоского лишая телеангиоэктазии – это стойкое расширение сосудов малого калибра между эпидермисом и гиподермой [9], с хаотичной локализацией и минимальными субъективными симптомами, ложной гиперемией при обилии и тесном расположении мелких кровеносных сосудов. Телеангиоэктазии чаще всего локализуются на кожных покровах, реже на слизистых оболочках рта, носа, желудочно-кишечного тракта, дыхательной и мочеполовой систем [9]. Поражение имеет благоприятный прогноз и при отсутствии жалоб на дискомфорт при приеме пищи и косметический дефект не требует лечения.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка Ф., 62 года, 12.03.2025 года обратилась в Российский университет медицины с жалобами на периодические боли в области нижней челюсти справа, боли в языке, усиливающиеся при приеме пищи, ощущение сухости в полости рта. Получено информированное добровольное согласие пациентки на публикацию данных.

Анамнез заболевания

Жалобы на боль в полости рта появились в июле 2020 года. При осмотре хирургом по месту жительства заподозрена опухоль языка. Был поставлен диагноз: плоскоклеточный рак боковой поверхности языка cT2NOMO, стадия II, cT2NOMO, стадия II, II кл. группа (C 02.1). На стационарном лечении пациентка находилась в 2021 году. После КТ-топометрической подготовки проведена конформная лучевая терапия на линейном ускорителе Elekta Synergy Platform в условиях объемного планирования (3D) Pinnacle, с использованием фиксирующих устройств (термопластической маски), с применением визуального контроля рентгенографической системы позиционирования по двум стереотаксическим снимкам Exac Trac Brain Lab, фигурными полями, формируемыми мультилифтным коллиматором AGILITY, энергии фонов 6 MW, методикой VMAT язык и лимфоузлы шеи РОД 2 Гр до СОД 50 Гр, далее лучевая терапия продолжена локально на язык СОД 7Гр.

Со слов пациентки, после облучения и химиотерапии слизистая оболочка рта имела ярко-красный цвет, ощущалась сухость во рту, боль при приеме пищи, даже воды.

В августе 2024 года пациентка обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на жжение в полости рта, усиливающееся при приеме пищи. Врач-стоматолог поставил диагноз: красный плоский лишай (L43.8) и в качестве местного лечения

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	0	0	0	0	0	к	к	к	к	к	к	к	г	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	с/п	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Рис. 1. Зубная формула, где 0 – отсутствующий зуб, к – коронка, г – корень, с – кариес, п – пломба (источник: составлено авторами)

Fig. 1. Dental chart: 0 – missing tooth; k – crown; r – root; c – caries; p – filling (sources: compiled by the author)



Рис. 2. Пациентка Ф. Участок остеорадионекроза в области нижней челюсти (источник: составлено авторами)

Fig. 2. Patient F. Area of osteoradionecrosis in the mandible (sources: compiled by the author)



Рис. 3. Пациентка Ф. Результаты рентгенологического исследования: (а) Мультиспиральная компьютерная томография в аксиальной проекции; (б) 3D-реконструкция черепа (источник: составлено авторами)

Fig. 3. Patient F. Radiological findings: (a) Multislice CT, axial view; (b) 3D skull reconstruction (sources: compiled by the author)



Рис. 4. Пациентка Ф. Клиническая картина телеангиоэктазии на слизистой оболочке щеки справа (источник: составлено авторами)

Fig. 4. Patient F. Clinical appearance of telangiectasia on the right buccal mucosa (sources: compiled by the author)



Рис. 5. Пациента Ф. Клиническая картина телеангиоэктазии на слизистой оболочке щеки слева (источник: составлено авторами)

Fig. 5. Patient F. Clinical appearance of telangiectasia on the left buccal mucosa (sources: compiled by the author)



Рис. 6. Пациентка Ф. Клиническая картина телеангиоэктазии на языке (источник: составлено авторами)

Fig. 6. Patient F. Clinical appearance of telangiectasia on the tongue (sources: compiled by the author)

назначил: ротовые ванночки дексаметазона 1:10 в течение 10 дней; аппликации кератопластиков три раза в день; коррекцию и контроль гигиены полости рта. Тыквеол для приема внутрь. Со слов пациентки лечение проходило курсами по полтора месяца.

В феврале 2025 года при удалении зуба в стоматологической поликлинике по ортопедическим показаниям наблюдалось расхождение швов. После повторного кюретажа лунки положительной динамики не последовало, и пациентка была направлена в Российский университет медицины.

Консультация врача стоматолога-хирурга

В опросном листе о состоянии здоровья пациентка указала: хроническая язва желудка (K25); желчекаменная болезнь (K80); гипертоническая болезнь (I10).

Аллергическая реакция на лидазу, атропин.

Эпидемиологический анамнез: в детстве болезнь Боткина. Сифилис, ВИЧ, туберкулез отрицает.

Вредные привычки: курение (10 шт., ранее 1 пачка в день, около 30 лет).

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожа в цвете не изменена, в складку собирается свободно, открывание рта в полном объеме, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

В области отсутствующего зуба 4.3 определяется участок обнаженной костной ткани, серо-желтого цвета с шероховатой поверхностью, неподвижный и безболезненный при зондировании. Слизистая оболочка рта в области очага поражения гиперемирована и слабо болезненная при пальпации (рис. 2).

На основании проведенного опроса и осмотра врачом стоматологом-хирургом были поставлены предварительные диагнозы:

M86.6 Лучевой остеорадионекроз нижней челюсти справа.

L43.8 Красный плоский лишай.

Для постановки окончательных диагнозов назначены:

1. Рентгенологическое исследование.

2. Консультация врача стоматолога-терапевта.

На приеме у врача стоматолога-терапевта пациентка предъявила жалобы на необычный вид слизистой оболочки рта, сухость во рту, затрудненный прием пищи.

При осмотре слизистая оболочка щек, языка гладкая, блестящая с выраженным сосудистым рисунком, без папулезных элементов поражения, характерных для красного плоского лишая (рис. 4-6). Отмечалась ксеростомия.

На основании результатов обследования поставлены диагнозы: I78.8 телеангиоэктазии; K11.71 ксеростомия.

Рекомендации:

1) Для купирования явлений ксеростомии использовать спрей и ополаскиватель «Дентайд Ксерос».

2) Для увлажнения полости рта при проведении индивидуальной гигиены применять зубную пасту «Биотин».

3) Диета: отказаться от употребления очень соленой, сладкой, горячей и холодной пищи, крепкого чая и кофе.

4) Отказ от курения.

5) Санация полости рта.

На слизистой оболочке щек и языка выраженный сосудистый рисунок (рис. 4-6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знание этиологии и клинических признаков телеангиоэктазии позволило стоматологу-терапевту провести дифференциальную диагностику, исключить красный плоский лишай, не назначить пациентке терапию, способную неблагоприятно сказаться на течение основного заболевания, и избежать осложнений, которые могли бы возникнуть при применении гормональных препаратов и производных аминокислот.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Feller G, Khammissa RAG, Nemutandani MS, Feller L. Biological consequences of cancer radiotherapy in the context of oral squamous cell carcinoma. *Head Face Med.* 2021;17(1):35.

<https://doi.org/10.1186/s13005-021-00286-y>

2. De Felice F, Polimeni A, Valentini V, Brugnoletti O, Cassoni A, Greco A, et al. Radiotherapy controversies and prospective in head and neck Cancer: a literature-based critical review. *Neoplasia.* 2018;20(3):227–32.

<https://doi.org/10.1016/j.neo.2018.01.002>

3. Feller L, Lemmer J. Oral Squamous Cell Carcinoma: Epidemiology, Clinical Presentation and Treatment. *J Cancer Therapy.* 2012;3(4):6.

<https://doi.org/10.4236/jct.2012.34037>

4. Manukian G, Bar-Ad V, Lu B, Argiris A, Johnson JM. Combining radiation and immune checkpoint blockade in the treatment of head and neck squamous cell carcinoma. *Front Oncol.* 2019;9:122.

<https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00122>

5. Chronopoulos A, Zarra T, Ehrenfeld M, Otto S. Osteoradionecrosis of the jaws: definition, epidemiology, staging and clinical and radiological findings. A concise review. *Int Dent J.* 2018;68(1):22–30

<https://doi.org/10.1111/idj.12318>

6. Lang K, Held T, Meixner E, Tonndorf-Martini E, Ristow O, Moratin J, et al. Frequency of osteoradionecrosis of the lower jaw after radiotherapy of oral cancer patients correlated with dosimetric parameters and other risk factors. *Head Face Med.* 2022;18(1):7.

<https://doi.org/10.1186/s13005-022-00311-8>

7. Rice N, Polyzois I, Ekanayake K, Omer O, Stassen LF. The management of osteoradionecrosis of the jaws – a review. *Surgeon.* 2015;13(2):101–109.

<https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.07.003>

8. Rivero JA, Shamji O, Kolokythas A. Osteoradionecrosis: a review of pathophysiology, prevention and

pharmacologic management using pentoxifylline, α -tocopherol, and clodronate. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;124(5):464–471.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.08.004>

9. Lončar Brzak B, Horvat Aleksijević L, Vindiš E, Kordić I, Granić M, Vidović Juras D, Andabak Rogulj A. Osteonecrosis of the Jaw. *Dent J (Basel).* 2023;11(1):23.

<https://doi.org/10.3390/dj11010023>

10. Ливановский ЮА, Павлова ОЮ. Телеангиоэктазии. *Клиническая дерматология и венерология.* 2010;8(5):6–15. Режим доступа:

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2010/5/031997-2849201051>

Livandovskii Yu.A., Pavlova O.Yu. Telangiectasia. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.* 2010;8(5):6–15 (In Russ.). Available from:

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2010/5/031997-2849201051>

11. Rotaru DI, Sofineti D, Bolboacă SD, Bulboacă AE. Diagnostic Criteria of Oral Lichen Planus: A Narrative Review. *Acta Clin Croat.* 2020;59(3):513–522.

<https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.03.16>

12. Nogueira PA, Carneiro S, Ramos-e-Silva M. Oral lichen planus: an update on its pathogenesis. *Int J Dermatol.* 2015;54(9):1005–1010.

<https://doi.org/10.1111/ijd.12918>

13. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci.* 2007;49(2):89–106.

<https://doi.org/10.2334/josnusd.49.89>

14. Yang H, Wu Y, Ma H, Jiang L, Zeng X, Dan H et al. Possible alternative therapies for oral lichen planus cases refractory to steroid therapies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016;121(5):496–509.

<https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.02.002>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

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>

Слажнева Екатерина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

Нажаева Элина Зауровна, старший лаборант кафедры челюстно-лицевой и пластической хирур-

гии, Врач челюстно-лицевой хирург консультативно-диагностического отделения клиники «Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Научно-образовательного института стоматологии А. И. Евдокимова Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: dr.elnazhaeva@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8029-535X>

Савина Елена Константиновна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: esavinams@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5534-2040>

Хабарина Мария Владиславовна, ординатор 2 года кафедры терапевтической стоматологии и пародонтологии Российского университета медицины, Москва, Российская Федерация

Для переписки: Mariahabarina@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8088-0556>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

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 Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: vasyukova7@mail.ru

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

Ekaterina S. Slazhneva, DMD, PhD, Associate Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: katushkor@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4527-7471>

Elina Z. Nazhaeva, DDS, Department of the Maxillofacial Surgery, Consulting and Diagnostic Department,

Center of Dentistry and Maxillofacial Surgery, A.I. Evdokimov Scientific and Educational Institute of Dentistry, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: dr.elnazhaeva@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8029-535X>

Elena K. Savina, DMD, PhD, Assistant Professor, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: esavinams@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5534-2040>

Maria V. Khabarina, DMD, 2nd year resident, Department of the Restorative Dentistry and Periodontology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

For correspondence: Mariahabarina@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8088-0556>

Поступила / Article received 30.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised 08.10.2025

Принята к публикации / Accepted 09.10.2025

Вклад авторов в работу. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы. Волков Е. А. – проведение исследования, редактирование и рецензирование рукописи, научное руководство; Васюкова О. М. – проведение исследования, подготовка черновика рукописи; Слажнева Е. С. – визуализация; Нажаева Э. З. – проведение исследования, визуализация; Савина Е. К. – подготовка черновика рукописи; Хабарина М. В. – подготовка черновика рукописи.

Authors' contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICME criteria and agree to be accountable for all aspects of the work). Volkov E. A. – investigation, writing –review and editing, supervision; Vasyukova O. M. – investigation, writing – original draft preparation; Slazhneva E. S. – visualization; Nazhaeva E. Z. – investigation, visualization; Savina E. K. – writing – original draft preparation; Khabarina M. V. – writing – original draft preparation.