

Léze v dutině ústní

MUDr. Martina Bienová, Ph.D., doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.

Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

Dutina ústní je zrcadlem stavu celého organismu a její vyšetření je součástí základního dermatovenerologického vyšetření. V dutině ústní se může manifestovat svými symptomy celá řada chorob a patologických stavů. V přehledu jsou uvedena onemocnění rtů, bukalní sliznice, dásní a jazyka. Při vzniku zánětů ústní sliznice se uplatňuje široké spektrum etiologických agens fyzikální, chemické nebo biologické povahy. Je popsán klinický obraz jednotlivých diagnóz a jsou zmíněny léčebné možnosti. Dále jsou uvedeny kožní choroby postihující sliznici dutiny ústní nebo retní červeň včetně autoimunitních bulózních onemocnění, polékových reakcí nebo onemocnění s poruchou rohovění. Pozornost je věnována i typickým slizničním lézím u syfilis, která se v této lokalitě může manifestovat ve všech třech stádiích. Daná problematika představuje typický mezioborový problém a vždy je nutná úzká spolupráce dermatovenerologa, stomatologa, infektologa a eventuálně otorinolaryngologa.

Klíčová slova: slizniční léze, dutina ústní, příznaky, léčba.

Lesions in the oral cavity

Oral cavity is a mirror of the whole organism, and that is why examination of oral mucous is essential. Symptoms of many diseases and pathological stages occur in the oral cavity. In the overview diseases of the lips, buccal mucous, gingiva and tongue are discussed. Broad-spectrum of etiological agents of physical, chemical or biological nature might cause the inflammation in the oral cavity. Clinical stage and possible treatment are described in individual diagnoses. Further dermatological diseases affecting oral cavity or lips such as autoimmune bullous diseases, erythematous diseases or adverse drug reactions are described. Typical oral mucous lesions in syphilis which can develop in the oral cavity in all three stages are shown. This issue represents a typical interdisciplinary problem, and cooperation among dermatologist, dentist, infectionist and possibly otorhinolaryngologist is required.

Key words: mucosal lesions, oral cavity, symptoms, treatment.

Med. Pro Praxi 2010; 7(11): 439–442

Onemocnění rtů

1. **Cheilitis** – zánět rtu, může být vyvolán různými fyzikálními faktory (sluneční záření, chlad a vítr, traumata), chemickými faktory (iritancia a kontaktní alergen – kosmetické krémy, rtěnky, zubní pasty, potraviny, protézy, náustky apod.) nebo biologickými příčinami – nejčastěji herpetické viry, pyogenní koky, kvasinky (1, 4). Průběh bývá akutní nebo chronický. Projevu se zarudnutím a prosáknutím rtů, olupováním, bolestivými ragádami a mokváním. Léčba spočívá v odstranění vyvolávající příčiny, vhodná je aplikace vysychavých obkladů a promašťování emolienty, u infekčních příčin antimikrobiální léčba (2).

A. **Cheilitis angularis** („ústní koutky“) je vyvolána obvykle smíšenou mykoticko-bakteriální infekcí. Při typickém průběhu jsou v oblasti ústních koutků patrna výrazně zarudlá, bolestivá políčka s centrální ragádou, někdy snadno krvácející i při pouhém otevření úst. Postižení je obvykle oboustranné. Léčebně používáme lokální aplikaci antimykotik v kombinaci s antibiotiky či antiseptiky. Obtížnější je u jedinců s atopickým ekzémem (6).

B. **Cheilitis glandularis** je vývojová odchylka, podmíněná hypertrofií mukózních žláz na vnitřní ploše dolního rtu. Vyskytuje se převážně u mužů. Zbytnění je podmíněno zánětem sekrečních žlázek, které mají vzhled zarudlých papul, které jsou jen málo bolestivé. Infekcí pyogenními bakteriemi se mění v chronickou purulentní formu se zbytněním rtu, bolestivostí, tvorbou krust a abscesů.

C. **Cheilitis granulomatosa** je etiopatogeneticky nejasné recidivující onemocnění se zbytněním rtů, bez výraznější bolestivosti a ústí v chronickou makrocheilii. Histologicky se prokazuje chronický granulomatózní zánět. Může se vyskytnout jako projev ulcerózní kolitidy, Crohnovy choroby, sarkoidózy nebo kontaktní senzibilizace. Někdy bývá součástí Melkerssonova-Rosenthalova syndromu společně s parézou nervi facialis a lingua plicata. Léčba je obtížná, jsou doporučovány kortikoidy intralezionálně, někdy chirurgická úprava (2).

D. **Cheilitis sicca** je typicky přítomna u pacientů s atopickým ekzémem a často bývá sdružena s bolestivými ústními

koutky. Rty jsou výrazně přesušené s deskvamací na povrchu. Léčba je symptomatická.

E. **Cheilitis actinica** vzniká vlivem chronické nadměrné expozice UVB záření, přičemž rizikové fototypy jsou I a II. Klinicky se jedná o neostře ohraničené atrofické a bělavě lesklé plošky s nerovným povrchem, následně dochází ke vzniku erozí, ragád a krust, je patrna indurace ložiska. Riziko progresu ve spinocelulární karcinom je vysoké (obrázek 1). Terapeuticky se uplatňují kryoterapie, excize, kyretáž nebo lokální aplikace imiquimodu. Na prvním místě je nutná důsledná fotoprotekce.

2. **Herpes simplex recidivans** jsou recidivující výsevy oparu způsobeny virem herpes simplex typu 1 (HSV-1) nejčastěji lokalizovány na rtu nebo ve vchodu nosním (ale i jinde na těle) u predisponovaných jedinců. Vyvolávající příčinou recidiv může být oslunění, horečka, menstruace, stres apod. Klinicky se jedná o svědivé ložisko s drobnými puchýřky na erytematózním podkladě, po prasknutí kryty dochází ke vzniku stroupku. Léčebně se používají lokální

antivirotika, pasta s antimikrobiální přísadou (Imazol krémpasta), při horším průběhu se zduřením regionálních lymfatických uzlin je vhodné podat antivirotika celkově (acyklovir), při častých recidivách i profylakticky dlouhodobě (1).

3. Ektopické mazové žlázy (*morbus Fordyce*)

bývají častým náhodným nálezem jako asymptomatické četné papulky velikosti 2–3 mm na slizniční straně rtů. Léčba není nutná.

Onemocnění bukalní sliznice

1. **Stomatitis** – zánět sliznice dutiny ústní, často se vyskytuje společně se zánětem dásní a v tomto případě se označuje jako gingivostomatitis. Etiologicky se mohou uplatňovat mechanické vlivy (tlak protéz, vadný chrup, termické poškození sliznice – opaření), chemické faktory – poleptání sliznice, alergické příčiny (alergeny v potravinách, lécích, protetických materiálech nebo ústních vodách), v neposlední řadě jsou to biologické faktory – viry (herpetické, *Coxsackie*), koky nebo kvasinky.

A. *Stomatitis contacta irritativa* vzniká vlivem působení látek s iritačním potenciálem. Při jejím vzniku se uplatňují zejména chemikálie, kosmetika, potraviny, pochutiny, nápoje a aditiva, dále přípravky k hygieně dutiny ústní nebo látky v rámci stomatologického ošetření, přičemž záleží na koncentraci a délce působení dané látky. Reakce probíhá na neimunologickém podkladě. Na sliznici dutiny ústní může dojít k zarudnutí, prosáknutí a erozím. Subjektivně pacienti pociťují pálení, bolestivost, může se vyskytnout suchost sliznic nebo poruchy chuti. Projevy jsou velmi podobné jako u kontaktní alergické stomatitidy, kterou lze prokázat nebo vyloučit epikutánními testy (3).

B. *Stomatitis contacta alergica*. Při diskomfortu v dutině ústní včetně rtů s podezřením na reakci kontaktní přecitlivělosti lze provést epikutánní testování orální screeningovou sadou, která zahrnuje 20 alergenů s nejvyšší zjištěnou frekvencí senzibilizace (3). Kromě bioinertní keramiky prakticky všechny materiály používané při zubním ošetření mohou vyvolat kontaktní alergickou reakci. Nejvyšší senzibilizační potenci vzhledem ke sliznici úst mají kovy a jejich slitiny, které zapříčinily zhruba 2/3 všech pozitivní reakcí – nejčastěji nikl, zlato, paladium, rtuť,

chrom, amalgám a kobalt. Z ostatních substancí byla zaznamenána významná kontaktní přecitlivělost na peruánský balzám (obrázek 2) a směs parfémů v ústní kosmetice. Syntetické pryskyřice (akryláty a epoxidy), které dostávají v ústech postupně přednost před kovovými materiály pro své estetické vlastnosti (bílé plomby), mají rovněž známý senzibilizační potenciál (3, 4) (pozn. pacienti s podezřením na kontaktní alergickou reakci v ústech lze odeslat k vytestování na Kliniku chorob kožních a pohlavních v Olomouci).

C. *Stomatitis aphthosa* představuje recidivující výsevy erozí a vřidků v dutině ústní. Etiologie není zcela jasná, při vzniku erozí mohou hrát roli imunitní poruchy, infekce nebo poruchy výživy. Recidivující afty se vyskytují i bez vztahu k celkovému zdravotnímu stavu a často mají familiární výskyt. Klinicky se aftózní stomatitida projevuje solitárními nebo mnohočetnými silně bolestivými erozemi s fibrinovým povlakem a erytematózním lemem. Léčebně lze použít adstringentní a dezinfekční roztoky s obsahem anestetik, antibiotik event. kortikoidů, celkově pak vitaminy skupiny B. Novější práce doporučují u těžkých recidivujících aftózních projevů kolchicin celkově (5).

D. *Hand, foot and mouth disease* je onemocnění způsobené *Coxsackie* viry. Jedná se o aftózní stomatitis v kombinaci s výsevem disperzních vezikul na prstech rukou a nohou. Vyskytuje se v malých epidemiích a postihuje zejména děti do 10 let věku (7). Léčba je symptomatická.

E. *Gingivostomatitis herpetica* je primoinfekcí virem *Herpes simplex*. Onemocnění vždy začíná prodromálním stadiem s celkovými příznaky (horečka, malátnost, nechutenství, bolesti hlavy, bolesti v krku a zduření submandibulárních krčních uzlin). Za 1–4 dny dojde k výsevu drobných puchýřků na zarudlé ústní sliznici včetně gingivy a tvrdého patra (obrázek 3). Po prasknutí puchýřků vznikají bolestivé eroze. Jazyk je bělavě povleklý, může být přítomný foetor ex ore. Vyskytuje se zejména u malých dětí v imunosupresi, kde hrozí dehydratace. Onemocnění odeznívá za 7–10 dní. Terapie je symptomatická.

Obrázek 1. Spinaliom v terénu cheilitis actinica



Obrázek 2. Kontaktní alergická reakce po balzámu na rty (Peru balzám)



Obrázek 3. Gingivostomatitis herpetica



F. *Orální kandidóza (soor)* je poměrně častou oportunní infekcí ústní sliznice vznikající u disponovaných osob při lokálním či celkovém narušení jejich obranné schopnosti včetně dysmikrobie trávicího traktu po podávání širokospektrých antibiotik (8). Původcem je nejčastěji *Candida albicans*, méně často tzv. non-albicans druhy. Klinicky se setkáváme zejména s pseudomembranózní formou s tvorbou typických bělavých povlaků na zarudlé sliznici. Vzácnější je bezpovlaková erytematózní forma, která je charakterizována jen erytémem, palčivostí ústní sliznice a xerostomií (6). Léčba spočívá dle závažnosti choroby v podávání antiseptik a lokálních nebo celkových azolových antimykotik. Je nutná úprava

ústní hygieny, ošetření chrupu a řádná hygiena snímatelných zubních protéz. U některých nemocných bývá problémem dispozice k častým recidivám kvasinkové infekce (diabetici, onkologičtí pacienti). Nevysvětlitelně recidivující a atypicky probíhající orální kandidóza může být i prvním klinickým projevem HIV positivity.

G. *Pyostomatitis vegetans* provází v některých případech morbus Crohn a ulcerózní kolitidu. Je charakterizována erytémem a edémem sliznice s tvorbou četných splývajících pustul a vřídků. Je považována za ústní formu pyoderma gangrenosum (10).

H. *Stomatitis nicotinic*a se projevuje žlutavými nebo bělavými ložisky lokalizovanými zejména na patře a rtech u silných kuřáků. Mizí odvyknutím kouření (10).

2. **Behcetův syndrom** je chronické systémové onemocnění s recidivujícími ulceracemi postihujícími sliznici úst a genitálu. Předpokládá se autoimunitní etiologie. Na kůži může být provázeno nodózním erytémem a diseminovanými pustulami (1). Současně bývá přítomno oční postižení (iridocyklitida, uveitida nebo hypopyon), polyartritida, mohou být i známky zánětlivého onemocnění střev nebo postižení CNS. Diferenciálně diagnosticky se musí odlišovat prosté recidivující afty, případně projevy bulózních chorob. Léčba je symptomatická. Celkově se podávají kortikosteroidy a imunosupresiva (1).

3. **Leukoplakie** představují klinický náález infiltrovaných bělavých ložisek s keratotickými vrstvami na povrchu, které mohou mít různý maligní potenciál. Predilekčními místy leukoplakií jsou bukální sliznice, dásně, oblouky patrové a hřbet jazyka. Idiopatické leukoplakie, např. prosté keratózy v interdentální řase sliznice tváří nenesou rizika. Symptomatické leukoplakie jsou buď příznakem lichen planus, lupus erythematoses, glossitis granulomatosa nebo AIDS, nebo vznikají jako důsledky mechanické traumatizace (kariézním chrupem a protézou), tepelné a chemické traumatizace (kouření, alkohol). Po odstranění příčiny leukoplakie obvykle mizí a tyto projevy jsou označovány za prekancerózy fakultativní (v širším slova smyslu, histologicky se jedná o prosté hyperplazie). Jako obligatorní prekancerózy (v užším slova smyslu) se označují leukoplakie, které na potlačení nox nereagují a vykazují buněčné atypie a dysplazie v histologickém vyšetření.

Tyto mohou dále přecházet v carcinoma in situ. Léčebně přichází v úvahu excize, kryodestrukce, laserová ablace. Je nutná dispenzarizace pacientů (7).

4. **Xerostomie** – suchost ústní sliznice, může být symptomem řady onemocnění a bývá často přítomna spolu s poruchami žvýkání, polykání a artikulace, oschlostí a ragádami rtů a s vyhlazením jazyka. Vzniká např. ve stresových situacích, vlivem léků (anti-depresiva, atropin, antihistaminika, diuretika) nebo při dehydrataci. Může být příznakem uremie, hypertenze, progresivní sklerodermie nebo avitaminózy A, rovněž se vyskytuje v rámci Sjögrenova syndromu.

5. **Sjögrenův syndrom** je autoimunitně podmíněné systémové onemocnění žláz s exokrinní sekrecí charakterizované suchostí sliznic úst (xerostomie), spojivek (keratoconjunctivitis sicca) a polyartritidou. Bývá i zvýšená suchost kůže. Může být primární nebo sekundární v rámci jiného autoimunitního onemocnění, zejména systémového lupus erythematoses. Terapeuticky přichází v úvahu umělé slzy, u systémového postižení kortikoidy a imunosupresiva (10).

Onemocnění dásní

1. **Gingivitis** – zánět dásní, nejčastější jsou chronické formy způsobené vadným chrupem, zubním plakem při nedostatečné hygieně dutiny ústní nebo protetickými vadami. Dásně jsou prosáklé, zarudlé a snadno krvácí. Tyto projevy mohou vyústit v zánětlivou degenerativně atrofickou formu parodontopatie.

A. *Gingivitis hyperplastica* může mít řadu příčin. Vzniká u těhotných v důsledku hormonálních změn, dále po léčích (fenytoin, kombinace cyklosporinu a nifedipinu nebo diltiazemu), symptomaticky při Crohnově chorobě, hemoblastózách, adenoma sebaceum nebo diabetes mellitus. Popisována je i idiopatická forma. Typický je chronický zánět se zarudnutím a zduřením dásní.

B. *Gingivitis ulcerosa acuta* je akutní zánět dásní fuzospirochetové etiologie. Dásně jsou zarudlé, zduřelé, tvoří se ulcerace na povrchu mezizubních papil a na okrajích dásní. Typicky bývají postiženi mladí jedinci. Může se rovněž vyskytnout u pacientů s leukémií, agranulocytózou nebo infekční mononukleózou. Je provázena celkovými příznaky, jako jsou febrilie a malátnost (8).

Onemocnění jazyka

1. **Glossitis** – zánět jazyka, který je často sdružený se zánětem ostatních sliznic dutiny ústní. V akutní fázi dochází k zarudnutí a zduření jazyka, vzniku erozí až ulcerací, papily jsou hypertrofické. Subjektivními příznaky jsou pálení a bolestivost (*glossodynia*). V chronické fázi přetrvává zarudnutí, ale dochází k vyhlazení papil (*atrofická glossitis*), subjektivní potíže jsou stejné jako u akutní fáze.

A. *Hunterova glossitis* je symptomem perniciózní anémie (z nedostatku vitamínu B₁₂ a kyseliny listové). Při akutní formě této karenci glossitidy dochází k zarudnutí, zduření jazyka s hypertrofií papil, někdy i se vznikem erozí až ulcerací. Subjektivně pacienti pociťují pálení a parestzie jazyka, mohou se vyskytnout i poruchy chuti nebo intolerance zubních protéz. Při chronické formě dominuje atrofie papil, jazyk je hladký a zarudlý.

B. *Glossitis rhombica mediana* je vzácná vývojová anomálie, souvisí s perzistencí, tzv. tuberculum impar. Někteří autoři uvádí i souvislost kvasinkové infekce při vzniku této afekce (9). V zadní třetině jazyka se nachází hladké nebo verukózní ložisko tvaru kosočtverce, typické je chybění papil. Sliznice je v tomto místě citlivá, palčivá až bolestivá (6).

2. **Lingua plicata** je vrozená anomálie nebo bývá součástí syndromu Melkersson-Rosenthal. Povrch jazyka je rozbrázděn hlubokými rýhami. V diferenciální diagnóze je třeba myslet na *lingua lobata* u terciární syphilis.

3. **Lingua geographica** se vyskytuje jako benigní zánětlivá porucha nejasné etiologie, poměrně často viditelná u dětí. Na povrchu jazyka jsou patrná ostře ohraničená, červená, mapovitá ložiska měnící svůj tvar. Tyto projevy se často vyskytují u pacientů s psoriázou, atopickou dermatitidou nebo juvenilním diabetem. Nevýžadují léčbu.

4. **Lingua villosa nigra** je charakterizována náhlým vznikem hypertrofie nitkovitých papil hnědé až černé barvy v zadní třetině jazyka. Etiologicky jsou zvažovány kvasinková infekce, porucha mikrobiální flory po léčbě širokospektrými antibiotiky nebo dlouhodobá neuvážená aplikace antiseptik s oksylichovadly do dutiny ústní (6). Léčebně jsou doporučeny vitaminy skupiny B, vysazení dráždivel a eventuálně abraze ostrou lžičkou.

5. **Vlasatá leukoplakie jazyka** (hairy leukoplakia) se vyskytuje u HIV pozitivních jedinců. V lézích jsou přítomny antigeny viru Epstein-Baarové (2).
6. **Zubní imprese** jsou otisky od zubů na okraji jazyka. V etiologii se uplatňují ostré okraje zubů, tlak zubů nebo patologická velikost jazyka (depozita amyloidu, edém, zánětlivé nebo nádorové procesy). K vyloučení karcinomu je vhodná biopsie, jinak je možné zabroušení ostrých hran zubů.

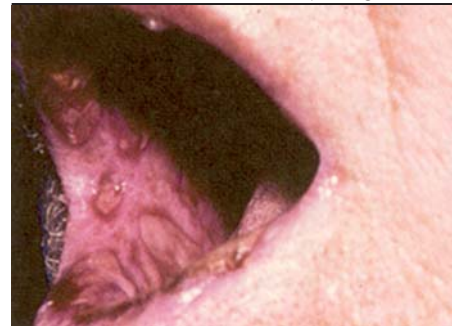
Ostatní kožní choroby postihující sliznici dutiny ústní nebo retní červeně

1. Autoimunitní bulózní onemocnění

- A. *Pemphigus vulgaris* začíná asi v polovině případů tvorbou puchýřků v dutině ústní, zvláště na bukalní sliznici a měkkém patře. Krytba puchýřků se rychle strhává a tvoří se bolestivé nehojící se eroze s hnědavě povleklou spodinou (obrázek 4). Na rtech jsou patrné hemoragické a žlutohnědavé krusty a eroze. Sliznice jsou celkově prosáklé a bolestivé, se sklonem ke krvácení (2).
- B. *Pemphigus vegetans* je forma pemfigu se slizničními projevy. Eroze se objevují v ústních koutcích a na červení rtů, postupně vznikají hrboilaté a páchnoucí vegetace a valy s puchýři v okrajích (2).
- C. *Pemphigoid cicatricans* (benigní jizvící pemfigoid) postihuje primárně sliznice lidí středního a vyššího věku, vyskytuje se i jako paraneoplazie. Nejčastěji bývá postižena ústní sliznice a konjunktivy, dále sliznice nazofaryngu, ezofagu, genitální a anální oblasti. V dutině ústní vznikají puchýře s následnými bolestivými erozemi a jizevnatým svrštěním. Intaktní puchýře se podaří zastihnout jen vzácně, nejcharakterističtější jsou sekundární jizevnaté změny (7).
- D. *Erythema exsudativum multiforme* je reaktivní kožní afekce s multifaktoriální etiologií. Častá je koincidence s infekcemi (*Herpes simplex*, *Mycoplasma pneumoniae*, chlamydie, streptokoky), vyskytuje se i jako poléková reakce, paraneoplazie nebo symptom autoimunitních chorob. Na kůži se projevuje typickými terčovitými lézemi, někdy s centrálním puchýřkem, na sliznicích vznikají bolestivé hemoragické eroze a ulcerace s nepravidelnými okraji (7). Léčba je dle vyvolávající příčiny.

- E. *Stevensův-Johnsonův syndrom (SJS)* vzniká nejčastěji jako poléková reakce (např. sulfonamidy, antiepileptika), méně často je parainfekční etiologie. Jsou přítomny celkové příznaky (subfebrilie, artralgie, myalgie) a na sliznicích úst, oka a genitálu vznikají četné bolestivé eroze, ulcerace a krusty (obrázek 5). Léčba je symptomatická – dle závažnosti antiseptika a kortikoidy lokálně i celkově.
 - F. *Toxická epidermální nekrolýza (TEN)* je život ohrožující varianta SJS většinou lékové etiologie (sulfonamidy, antiepileptika). Pacient je v celkově těžkém stavu s horečkou, v některých případech i s poruchou vědomí. Na sliznicích i kůži se tvoří rozsáhlé erodované bolestivé plochy, může být přítomna i alopecie a onycholýza. Je nutná léčba na JIP, mortalita je vysoká (7).
2. **Lichen planus** postihuje kromě kůže dutinu ústní asi v 50 % případů, někdy i samostatně. Typicky vytváří bělavé a šedavé plošky síťovité konfigurace nejčastěji na bukalní sliznici. Na jazyku mohou vznikat bělavé lehce vyvýšené plošky, na rtech namodralá ložiska, ze kterých vyzařují bělavé léze, popř. bělavá síťovitá ložiska. Dásně postiženy nebývají. Vzácná je forma erozivní až ulcerózní, u které vznikají špatně se hojící defekty. Projevy připomínají slizniční pemfigus, diskoidní erytematodes a leukoplakie. Přínosné je histologické vyšetření. Tyto formy je nutno sledovat a dispenzarizovat, mohou být prekancerózní. Zvrat do vysoce maligního karcinomu se udává v 1–5 % (2).
 3. **Projevy syfilis v dutině ústní** se mohou vyskytnout ve všech třech stádiích. Lékem volby je penicilin v parenterální formě.
 - A. *Primární stadium – ulcus durum*, jde o extragenitálně lokalizovaný, nebolestivý vřed na sliznici rtu nebo jazyka, je infekční a k jeho vyhojení dochází po 6–8 týdnech.
 - B. *Sekundární stadium – condylomata lata* se vyskytují jako mukózní ploché, někdy infiltrované, bělavé projevy s hyperemickým lemem, které jsou vysoce infekční. V dutině ústní může být rovněž přítomen enantém s erozemi až ulceracemi.
 - C. *Terciární stadium – gummata* vznikají nejčastěji na měkkém i tvrdém patře, které mohou perforovat. V tomto stadiu může být přítomna i syfilitická makrocheilie horního rtu (1).

Obrázek 4. Slizniční ulcerace u pemfigu



Obrázek 5. Stevensův-Johnsonův syndrom po Biseptolu



Závěr

Vyšetření dutiny ústní je nezbytnou součástí komplexního vyšetření pacientů. Znalost projevů na sliznici úst včetně rtů může přispět ke včasné diagnostice řady onemocnění a zahájení adekvátní terapie.

Literatura

1. Burgdorf W, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Braun-Falco's Dermatology. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. 3rd ed. 2009: 1081–1107.
2. Ditrichová D, a spol. Repetitorium dermatovenerologie. Olomouc: Epava, 2002: 195–199.
3. Ditrichová D, Kaprálová S. Kontaktní přecitlivělost a dutina ústní. Dermatol. praxi 2009; 3: 168–173.
4. Dobešová J, Ditrichová D, Kaprálová S, et al. Kontaktní alergická cheilitida. Derma 2007; 7: 12–16.
5. Hapa A, Aksoy B, Polat M, et al. Does recurrent aphthous stomatitis affect quality of life? A prospective study with 128 patients evaluating different treatments modalities. J Dermatol Treat. 2010; 21: 281–286.
6. Ivančáková R, Slezák R. Infekce ústní sliznice. Med. Pro praxi 2006; 288–290.
7. Machovcová A. Diferenciální diagnostika projevů na rtech. Dermatol praxi 2010; 4: 15–20.
8. Slezák R, a spol. Současný pohled na ulcerózní gingivitidu (nekrotizující chorobu parodontu). LKS 2005; 15: 10–15.
9. Stanford TW, Rivera-Hidalgo F. Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms II. Fungi and parasites. Periodontology 2000; 21: 125–144.
10. Štokr J, a spol. Dermatovenerologie. Praha: Galén, 2008: 303–308.

MUDr. Martina Bienová, Ph.D.

Klinika chorob kožních
a pohlavních LF UP a FN
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
martina.bienova@fnol.cz

