УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 12**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема**: Заболевания языка**

#### Время 6 часов

**Витебск 2023**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1.Научиться диагностировать проводить дифференциальную диагностику глоссалгии (стомалгии), выбирать и проводить методы лечения.

2.Научиться диагностировать проводить дифференциальную диагностику, выбирать и проводить методы лечения глоссита.

3. Выполнять принципы врачебной этики и деонтологии в клинике терапевтической стоматологии.

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

-учебная литература

-стоматологический инструментарий

-амбулаторная карта

-методические разработки кафедры

**3. Вопросы, подлежащие изучению на занятии**

1. Классификация глосситов.
2. Лингводиагностика глосситов. Методы исследования слизистой оболочки языка.
3. Десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, складчатый язык, хроническая гиперплазия нитевидных сосочков языка: клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Отражение возрастных периодов на структуре слизистой оболочки дорсальной поверхности языка. Возрастные и половые особенности гистологического строения слизистой оболочки дорсальной поверхности языка.

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1. Анатомическое строение языка.

2. Роль сосочков языка.

3. Особенности иннервации и кровоснабжения языка.

4. Каковы особенности иннервации языка.

5. Что такое атрофия, десквамация. Как эти процессы выглядят на языке?

6. Какие формы лекарственных препаратов применяют для лечения заболеваний слизистой оболочки рта на фоне психоневрогенных расстройств?

7. Назовите способы применения этих препаратов.

8. Значение деонтологии и психотерапии в лечении неврозов

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Классификация глосситов.
2. Лингводиагностика глосситов. Методы исследования слизистой оболочки языка.
3. Десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, складчатый язык, хроническая гиперплазия нитевидных сосочков языка: клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Глоссалгия: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Отражение возрастных периодов на структуре слизистой оболочки дорсальной поверхности языка. Возрастные и половые особенности гистологического строения слизистой оболочки дорсальной поверхности языка.

**ВОПРОС 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛОССИТОВ**

Глоссит — патологическое состояние тканей языка воспалительного характера, представляющее собой чаще симптом общего заболевания организма, реже — протекающее самостоятельно. Термин "глоссит" часто употребляется по отношению ко всем патологическим состояниям языка.

Слизистая оболочка языка, так же как и слизистая оболочка всей полости рта, может вовлекаться в любой патологический процесс, протекающий в организме человека, обусловленный инфекцией (банальной или специфической), травмой, новообразованием и др.

В этой связи мы сочли возможным дать сведения по лингводиагностике и более подробно осветить анатомические особенности языка.

Язык реагирует на самые разные патологические состояния организма чаще всего катаральным воспалением, которое может иметь острое и хроническое течение. Воспалительный процесс может локализоваться в толще языка в виде абсцесса, флегмоны.

Из множества существующих классификаций глоссита наиболее современной является классификация Е.В.Боровского и Н.Ф.Данилевского [1991]:

- десквамативный глоссит (географический язык);

- хроническая гиперплазия нитевидных сосочков языка (черный волосатый язык);

- ромбовидный глоссит;

- складчатый язык (скротальный язык).

**ВОПРОС 2. ЛИНГВОДИАГНОСТИКА ГЛОССИТОВ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯЗЫКА**

Язык, возникший в филогенезе как орган механического действия и осязания, в ходе своей эволюции стал у человека выполнять самые разнообразные функции. Это в определенной степени обусловлено особенностями строения его анатомических структур: слизистой оболочки, желез, мышц, сосудов и нервов. Причем, изменения этих структурных единиц может довольно часто отражать общее состояние организма. Слизистой оболочке языка в диагностических и прогностических целях всегда придавалось большое значение как в европейской, так и в восточной медицине.

Установлено, что только 10% заболеваний слизистой оболочки полости рта возникают под влиянием местных факторов, в основном травм, а 90% патологических изменений обусловлены заболеваниями внутренних органов и нервной системы, поскольку полость рта имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с различными системами организма и прежде всего пищеварительной. Доказано, что нарушение физиологических функций в полости рта наблюдается раньше, чем возникают органические изменения в желудочно-кишечном тракте. Рефлекторные механизмы имеют значение в передаче патологических импульсов с поврежденных органов пищеварительной системы на слизистую оболочку полости рта, в частности на спинку языка.

Чаще всего заболевания внутренних органов человека сопровождаются изменениями как формы, так и рельефа слизистой оболочки его дорсальной поверхности. Влиянием желудка на рецепторный аппарат языка можно объяснить тот факт, что при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта вкусовая чувствительность искажается, меняется даже внешний вид языка.

Язык человека содержит значительное количество нервных элементов, которые представлены нервными сплетениями, нервными волокнами и образуемыми последними эфферентными и афферентными окончаниями, среди которых имеются как вкусовые, так и болевые, температурные и другие рецепторы. Максимальное количество этих рецепторов находится в слизистой оболочке дорсальной и боковых поверхностях языка, которые создают своеобразные рецепторные поля. Существует рефлекс не только с желудка на язык, но и с языка на желудок.

Основным методом изучения слизистой оболочки дорсальной поверхности языка является визуальный осмотр с использованием стоматологического инструментария: зеркала и пародонтального зонда. При осмотре необходимо обращать внимание на форму языка, складчатость, цвет слизистой оболочки, влажность, подвижность, эластичность языка, его размеры, состояние сосочков языка, их количество, степень выраженности, цвет, локализацию и размеры сосочков, характер налета, его цвет и локализацию, наличие патологических элементов. Осмотр языка производится при естественном освещении в расслабленном состоянии, чтобы избежать изменения окраски его вследствие напряжения, связанного с усиленным выдвижением.

Цвет налета имеет существенное диагностическое и прогностическое значение. Различают белый, желтый, серый и черный налет.

Тонкий белый налет является нормальным, тогда как толстый образуется при патологии кишечника. Сухой липкий налет является признаком начальной стадии заболевания. Тонкий желтый налет обычно указывает на поражение легких, в то время как толстый желтый налет свидетельствует о заболевании желудочно-кишечного тракта. Пепельно-серый налет присущ более длительно текущей патологии желудка и кишечника, а также является признаком ацидоза.

Для оценки состояния нитевидных сосочков учитывается степень выраженности соединительнотканной основы и мощность эпителиального покрова. Сосочки нормальной длины, наклоняясь под давлением, упруго возвращаются в исходное положение, увеличенные сосочки это свойство теряют, оставаясь наклоненными, а короткие не изменяют своего положения при дотрагивании до них инструментом. Толщина эпителиального слоя определяется визуально по цвету нитевидного сосочка, чем этот слой мощнее, тем бледнее выглядит сам сосочек, поскольку слой тщательно скрывает окраску богатой сосудами соединительнотканной основы сосочков.

При употреблении термина "гипертрофия" нитевидных сосочков подразумевается увеличение их размеров в высоту за счет утолщения слоя клеток неслущенного эпителия, а "атрофия" - за счет уменьшения или отсутствия его.

Грибовидные сосочки, которые практически не подвержены процессу ороговения, оцениваются по их величине и цвету с учетом их топографо-анатомических особенностей. Они в основном расположены на кончике и боковой поверхности передней трети языка, а также на спинке его, где они крупнее, мощнее и более насыщенного розового цвета. Грибовидные сосочки в диаметре 0,3—0,5 мм считаются нормальными, более 0,5 мм — гипертрофированными, а менее 0,3 мм — атрофированными.

Желобоватые сосочки напоминают грибовидные сосочки, но значительно крупнее их (диаметр 1—4 мм, высота 2,0—2,5 мм). Отклонения от этих параметров в одну или другую сторону расцениваются как патологические.

Листовидные сосочки, имеющие постоянное представительство на боковой поверхности задней половины спинки языка, могут иметь как различную форму, так и окраску в зависимости от функционального состояния языка.

**ВОПРОС 3.** **ДЕСКВАМАТИВНЫЙ ГЛОССИТ,** **РОМБОВИДНЫЙ ГЛОССИТ,** **СКЛАДЧАТЫЙ ЯЗЫК,** **ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ НИТЕВИДНЫХ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

**Десквамативный глоссит** — воспалительно-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка. Это состояние описано под названием "географический язык", "эксфолиативный глоссит", "доброкачественный мигрирующий глоссит". Впервые такую картину языка (glossitis desquamativa) описал Rayer [1831]. Понятие "географический язык" может применяться как более узкое и обозначать изменения языка при каком-то определенном патологическом процессе или заболевании.

Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Ряд исследователей считает Десквамативный глоссит симптомом различных заболеваний и в первую очередь — желудочно-кишечного тракта. В.В.Платонов относил, десквамативный глоссит к нейродистрофическим процессам. Десквамативный процесс на слизистой оболочке языка развивается при заболеваниях кроветворных органов, эндокринной системы, при нарушении витаминного баланса. Другие авторы возникновение этого заболевания связывают с аллергическими состояниями. Большое значение в патогенезе заболевания имеет аутоинтоксикация. Десквамативный глоссит встречается чаще у лиц женского пола и преимущественно в детском возрасте.

***Клиническая картина***. Десквамативный глоссит обычно не сопровождается жалобами, однако иногда могут быть ощущения легкого покалывания, особенно при локализации очагов десквамации на кончике и боковых поверхностях языка и при употреблении раздражающей пищи. Клинически процесс начинается с появления на каком-либо участке языка небольшой зоны беловато-серого цвета, что обусловлено постепенным отторжением поверхностных слоев эпителия. Вскоре эпителий полностью отторгается, обнажается ярко-красного цвета подлежащая ткань, участок десквамации окружен серым ободком из нитевидных сосочков, покрытых неотторгнувшимися слоями эпителия. В центральной зоне нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохраняются. Постепенно на периферии участка происходит дальнейшее отслоение, а центральная зона начинает покрываться регенерирующим слоем эпителия, процесс распространяется на значительной поверхности языка. Чередование участков, лишенных эпителия, и участков, не вовлеченных в патологический процесс, создает картину, напоминающую географическую карту, откуда и произошло одно из названий — "географический язык". При этом деэпителизация участка сменяется быстрой, в течение 1—3 дней, эпителизацией, однако могут наблюдаться единичные очаги десквамации. Иногда десквамативные явления на языке развиваются при наличии складчатого языка. По краям очагов поражения возникает слабо выраженная воспалительная реакция. Однако в основании очагов десквамации пальпаторно не улавливается выраженной инфильтрации тканей. А.И.Рыбаков, Г.В.Банченко [1978] клинически различают несколько форм этого заболевания.

1. Поверхностная форма. Ей свойственно появление четко ограниченных ярко-красных полос и пятен, пятна окружены слизистой нормальной окраски, при слущивании эпителия поверхность языка становится гладкой, блестящей, субъективно больные отмечают зуд и жжение языка.

2. Гиперпластическая форма. Происходит очаговое уплотнение нитевидных сосочков языка, в зоне их гипертрофии - очаги белого, желтого, серого цветов.

3. Лихеноидная форма. Наблюдаются участки десквамации эпителия различных очертаний и величин, на которых увеличены грибовидные сосочки; субъективно больные ощущают жжение. Эта форма глоссита встречается при гиперчувствительности слизистой оболочки языка к разным металлам, используемым в протезировании, а также у больных, страдающих нейроэндокринными расстройствами.

П.Н.Спиридонов [1971] на основании клинико-морфологического исследования предлагает различать мигрирующую и фиксированную формы десквамативного глоссита, выделяя в первой из них поверхностный и эрозивно-язвенный вариант. Наиболее часто встречается поверхностная мигрирующая форма, протекающая с маловыраженным болевым симптомом, быстрым формированием патологических элементов, с коротким сроком эпителизации.

*Течение десквамативного глоссита* — хроническое, ремиссии возникают спонтанно и, как правило, кратковременны. Изменения слизистой оболочки обратимы.

*Гистологическая картина*: происходит истончение эпителия, местами его отсутствие, в собственном слое слизистой оболочки имеются воспалительные инфильтраты смешанного типа, состоящие из лимфоцитов, происходит расширение кровеносных и лимфатических сосудов, в центральной части очага наблюдается инфильтрат, который приводит к отслойке эпителия, эластические волокна исчезают.

Диагноз ставят на основании визуальных признаков и характера течения.

***Дифференциальная диагностика***. Десквамативный глоссит дифференцируют:

— с вторичным рецидивным сифилисом. Решающим фактором при диагнозе является реакция Вас-сермана, обнаружение бледных трепонем в очагах поражения, инфильтрация в основании (папулы покрыты беловатым налетом), в центре папул в результате травм и мацерации образуется глубокая эрозия или язва, покрытая гнойно-кровянистым налетом;

— с типичной формой красного плоского лишая, которой присущи мелкие папулезные высыпания беловато-перламутрового цвета, формирующие характерный кружевной рисунок на неизмененной слизистой, в основном, на боковой поверхности, в задней трети языка. Нитевидные сосочки сохранены, отсутствует десквамация эпителия. Поражения на слизистой полости рта сочетаются с поражением кожных покровов. Субъективные ощущения либо отсутствуют, либо беспокоят сухость и стянутость слизистой оболочки полости рта;

— с плоской формой лейкоплакии. На неизмененной слизистой возникают ограниченные, не возвышающиеся бляшки серовато-белого оттенка, при поскабливании шпателем они не

снимаются и безболезненны. Наблюдается сглаженность нитевидных сосочков;

— с недостаточностью витамина В12 болезнью Аддисона— Бирмера. Эндогенными факторами могут явиться оперативные вмешательства на желудке, нарушения условий всасывания, повышенное разрушение витамина В12 в кишечнике. Экзогенные формы В12-авитаминоза обусловлены недостаточным поступлением витамина В12 извне. Часто начальными признаками заболевания считаются боли и жжение в языке. Классическим симптомом является глоссит Гюнтера—Миллера — "лакированный" язык. Происходит атрофия нитевидных сосочков, участки десквамации эпителия могут захватывать всю поверхность языка или располагаться в виде вкраплений, нередко напоминающих латинские буквы V или U. Характерно отсутствие налетов. Десквамация эпителия может возникнуть и на других участках слизистой оболочки, исключение — слизистая десны. Нередко обнаруживается множественный кариес;

— с изменениями при недостаточности витамина В2 арибофлавинозе. Поражается слизистая оболочка полости рта, губ, глаз. С поражением губ (вертикальные трещины) одновременно появляются изменения на языке — в начале заболевания происходит гиперплазия грибовидных сосочков, может происходить гипертрофия листовидных сосочков, видны отпечатки зубов на языке, однако в дальнейшем все сосочки атрофируются, поверхность языка становится гладкой, блестящей, ярко-красного цвета. Нередко на слизистой оболочке полости рта развиваются афтоподобные образования;

— с изменениями в языке при системной склеродермии — изменения в области языка наблюдаются у всех без исключения больных. В основном это десквамативный глоссит (мигрирующая форма), который рассматривается как частное проявление общего патологического процесса с поражением сосудов микроциркуляторного русла, ведущим к генерализованной дезорганизации соединительной ткани и вторичным изменениям в различных органах и тканях.

У больных с системной склеродермией жалобы на наличие белого налета на языке, особенно по утрам, притупление и извращение вкусовой чувствительности и чувство жжения, которое усиливается при приеме пищи. Участки десквамации бледнее, их миграция протекает медленнее на фоне уплотненной (склерозированной) мышечной ткани и сопровождается сухостью во рту. При хроническом течении заболевания поражения носят фиксированный характер. Подвижность языка, его выведение из полости рта и движение в стороны ограничены и затруднены. При неоднократном максимальном приподнимании языка наблюдается характерный диагностический симптом — побеление кончика языка, характеризующий вазомоторные ишемические нарушения, лежащие в патогенезе изменений языка при системной склеродермии;

— с изменениями в языке при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:

а) у больных, страдающих хроническими колитами и энтероколитами, постоянные симптомы: глоссит, афтозный стоматит и заеды, протекают на фоне значительного дефицита витаминов РР и В2 [Сайдакбарова Х.И., 1967]. М.А.Малыгина [1966] при обследовании детей, страдающих дизентерией, отметила развитие десквамативного глоссита на 7—14-е сутки заболевания;

б) при хроническом гастрите наблюдается десквамативный глоссит с атрофией и сглаженностью сосочков языка, что встречается при секреторной недостаточности желудка. При обострении заболевания чаще наблюдается фиксированная форма десквамативного глоссита. Субъективные жалобы заключаются в ощущении жжения, болезненности, особенно при приеме раздражающей пищи. Длительность существования подобных очагов десквамации варьирует от 3—5 дней до 2—3 недель;

в) при язвенной болезни желудка — мигрирующая форма десквамативного глоссита. На дорсальной поверхности можно видеть очаги десквамации эпителия от мелкоточечных до 0,5—1,5 см. Локализация их постоянно меняется, отмечается перемещение очагов по поверхности языка, что обусловливает миграцию болевых ощущений. Возможны спонтанные исчезновения очагов, что отличает эту форму десквамативного глоссита от "географического" языка;

г) при заболеваниях печени и желчного пузыря, циррозе печени, эпидемическом или вирусном гепатите (болезни Боткина) отмечается десквамация эпителия языка на дорсальной его поверхности, атрофия грибовидных сосочков;

- с изменениями в полости рта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Отмечается десквамация нитевидных сосочков. Язык становится гладким и блестящим ("полированный язык"). Больные жалуются на жжение. При инфаркте миокарда, особенно в первые дни заболевания, отмечают наибольшие изменения в языке, десквамальный глоссит, глубокие заеды в углах рта. Важным диагностическим признаком при заболеваниях сердца являются кровоизлияния в сосочках и межсосочковых структурах языка. Экстраватазы, отмечаемые на спинке языка — следствие нарушения гемодинамики в капиллярном русле;

— с патологическими явлениями в языке у лиц, подвергшихся ионизирующей радиации. Атрофический и десквамативный глоссит наблюдается у 68% больных с атрофическим гастритом, подвергшихся ионизирующей радиации. Наиболее радиочувствительные участки слизистой оболочки полости рта - это боковая поверхность и кончик языка, дно полости рта, мягкое нёбо, щеки, десневой край и десневые сосочки. Воспалительные процессы на слизистой оболочке протекают ареактивно (бледность, отечность, выраженная пастозность), а дистрофические процессы в пародонте отличаются прогрессирующей резорбцией костной ткани.

***Лечение***. Лечение складывается из общих и местных мероприятий.

Общее лечение:

1. Рекомендуется нормализовать функцию органов пищеварения, показано лечение соматических заболеваний.

2. Санация полости рта, профессиональная гигиена полости рта.

3. В случаях канцерофобии — психотерапия.

4. Седативные средства — препараты валерианы, пустырника, различные комбинированные препараты: микстура Бехтерева, корвалол, валокордин.

5. Десенсибилизирующая терапия: тавегил, пипольфен, супрастин, фенкарол.

6. Пантотенат Са (витамин В5) по 0,1 -0,2 г 3 раза в день в течение месяца.

7. Поливитамины с микроэлементами: эссенциале, юникап, супрадин.

8. Раствор даларгина по 1 мг 2 раза в день, в/м 10 дней, оказывает выраженное анальгетическое действие и стимулирует процесс эпителизации слизистой оболочки полости рта.

9. Биотрит-С по 1 т под язык 3 раза в день после еды 20 дней (осень, зима, весна) — биостимулятор широкого спектра действия.

10. Сосудистые препараты — танакан, трентал, кавинтон, стугерон в течение 3—4 нед.

Местное лечение:

1. При выраженной болезненности целесообразно назначать местные обезболивающие средства:

- пиромекаин в растворе 0,5%, 1%, 2%;

- мазь пиромекаиновую 5%;

- 2% анестезин на персиковом масле;

- 2% анестезин на глицерине.

2. При появлении чувства жжения — ирригации и ротовые ванночки с раствором цитраля (25—30 капель 1% спиртового раствора цитраля на полстакана воды).

3. Аппликация с кератопластиками: витамин А в масле, масло шиповника, каротолин, солкосерил дентальная адгезивная паста, мундизал гель в виде аппликаций 3—5 раз в день, по 20 мин.

4. Положительный эффект дает применение новокаиновых блокад в области язычного нерва (на курс — 10 инъекций).

5. Эйконол — концентрированный рыбий жир. Хороший эффект дают сочетание эйконола в терапевтических дозах и кератопластиков на очаги поражения, по 20 мин, 3 раза в день.

6. Тантум Верде — нестероидный противовоспалительный препарат: по 15 кап. в виде ротовых полосканий либо ванночек 4 раза в день в течение 6 дней (как симптоматическое средство, противовоспалительное и анестезирующее).

7. Зубной эликсир "Бальзам Виктория" и бальзам "Биорит". В виде орошений, ванночек и полосканий, 2 раза в день во время чистки зубов.

8. Физиолечение: фонофорез анальгина. Смесь 50% раствора анальгина 2 мл и 20 г вазелинового масла наносят на язык, воздействие ультразвука проводят в течение 3—4 мин, интенсивность 0,1—0,2 Вт/см2 в импульсном режиме. Курс 12 процедур.

**Хроническая гиперплазия нитевидных сосочков языка: этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение**

Хроническую гиперплазию нитевидных сосочков (черный волосатый язык) — изменение языка, выражающееся в разрастании и ороговении нитевидных сосочков средней и задней третей языка, впервые описал G.F.Rayer в 1835 г.

***Этиология*** не ясна. Найти специфический возбудитель не удалось, в соскобах с языка при бактериологическом исследовании в большинстве случаев обнаруживается банальная флора — сапрофиты. А.М.Ариевич наблюдал значительное количество лептотрихий.

Предрасполагающие факторы: трофический (нарушение обменных процессов эпителия языка); физико-химический (алкоголь, табак, лекарственные вещества, изменение кислотности ротовой жидкости); заболевания желудочно-кишечного тракта; инфекционные заболевания; гипо- и авитаминозы.

Встречается преимущественно у мужчин, чаще в среднем и пожилом возрасте. Субъективных ощущений может и не быть. Иногда беспокоит необычный вид языка, ощущение инородного тела на спинке языка, появление рвотного рефлекса при разговоре и глотании, иногда чувство зуда, неловкости в языке, либо чувство инородного тела на нёбе.

***Клиническая картина***. На спинке языка впереди слепого отверстия нитевидные сосочки удлиняются до 2—3 мм, утолщаются за счет отсутствия слущивания ороговевших клеток, приобретают цвет от слабо-коричневого до черного. Измененный участок обычно имеет овальную (реже треугольную) форму и располагается по средней линии. Боковая поверхность и кончик языка свободны от разрастаний. Предполагают, что пигмент образуется из соединений железа, находящегося в пище; на окраску сосочков может оказывать влияние и микрофлора (хромогенные грибы и другие виды). На верхушках сосочки более темные, у основания они толстые и плотные, по направлениям к вершинам они истончаются, внешне напоминают волосы. Этот очаг без лечения сохраняется неопределенно долго, иногда спонтанно исчезает.

*Гистологически* выражена гиперплазия сосочков, эпителий в стадии значительного ороговения, подлежащая ткань не изменена.

***Дифференциальная диагностика***. Черный (волосатый) язык следует отличать:

* от сходных состояний, возникающих при применении некоторых лекарственных веществ: полоскании раствором перманганата калия, хлорамина, приеме внутрь антибиотиков, кортикостероидов, пищевых продуктов, содержащих красящие вещества; облегчает дифференциальную диагностику сбор анамнеза. Нитевидные сосочки не достигают большой длины, отсутствует их гипертрофия, окраска возникает на всей спинке языка; после отмены лекарственного средства происходит нормализация окраски в течение нескольких дней;
* от измененного языка при пигментно-папиллярной дистрофии (гемосидероз печени, бронзовый цирроз печени);
* от изменений языка при аддисоновой болезни слизистая и кожа приобретают специфическую пигментацию, в полости рта, на губах, по краю языка, десен, слизистой щек и нёба возникают пятна или полосы синеватого, серовато-черного, коричнево-лилового цветов;
* от изменений языка при заболеваниях щитовидной железы — характерно увеличение языка, он не помещается в полости рта. Является ранним и постоянным признаком. Язык утолщен, плотный, на его дорсальной поверхности имеются складки, гиперплазия сосочков, по боковой поверхности - отпечатки зубов;
* от изменений языка при акромегалии, вызываемой избыточной продукцией гормона роста. При акромегалии язык увеличен, его сосочки гипертрофированы, он с трудом помещается во рту, речь затруднена, произношение звуков невнятное. На языке появляются складки и бороздки;
* гиперплазия нитевидных и грибовидных сосочков обнаруживается при инфаркте миокарда;
* от изменений языка при заболеваниях пищеварительного тракта. При эрозивном гастрите слизистая оболочка полости рта отечна, анемична, язык увеличен в размере. На слизистой боковой поверхности и кончике языка — гипертрофированные нитевидные и грибовидные сосочки, покрытые плотным, серовато-белого цвета налетом. При атрофическом гастрите у 18% больных - "черный волосатый язык".

***Лечение***. Общее:

1. Показано лечение соматических заболеваний.

2. Профессиональная гигиена и санация полости рта.

3. Транквилизаторы, седативные средства (валериана, пустырник), психотерапия.

4. Пантотенат Са (витамин В5) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.

5. Поливитамины с микроэлементами (глютамевит, юникап), олиговит.

6. Нередко черный (волосатый) язык протекает на фоне общей сенсибилизации организма, при подобном развитии процесса назначают десенсибилизирующие средства (фенкарол, тавегил, супрастин, глюконат кальция).

7. Если сопутствует кандидоз, применяют антигрибковую терапию (нистатин, декамин, леворин и др.). Местное:

1. Применение кератолитических средств: смазывать язык 3—5% раствором резорцина 2—3 раза в день, 5—10% раствором салицилового спирта.

2. С.М.Базарнова и П.М.Рощина рекомендуют вводить под очаг поражения 0,25% раствор СаС12 0,5—1 мл с 0,5 мл 1—2% раствора новокаина 2 раза в неделю, на курс 3—5 инъекций. Затем блокады трентала, на курс 3—5 инъекций.

3. Эффективна криодеструкция — орошение разросшихся сосочков жидким азотом 15—30 с, что приводит к отторжению гиперплазированных сосочков.

4. Строго запрещается курение.

5. Аппликации кератопластиков (масло шиповника, витамин А либо Е в масле, облепиховое масло, КФ, мазь Унна и пр.) по 20 мин, 3—4 раза в день.

6. Гигиена языка 2 раза в день.

**Ромбовидный глоссит: клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение**

Ромбовидный глоссит — это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки языка, лишенного сосочков. Brock [1914], впервые описавший это заболевание, предложил рассматривать его как врожденное, обусловленное нарушением эмбриогенеза. Провоцирующие факторы:

- курение;

- грибковая флора — гриб кандида выявляется почти во всех случаях на поверхности поражения и в глубине эпителия;

- заболевания желудочно-кишечного тракта;

- гиповитаминоз витамина С.

***Клиническая картина***. По средней линии языка впереди желобоватых сосочков обнаруживается очаг ромбовидной или овальной формы шириной 0,5—2 см, длиной 1,5—5 см; очаг единичный (очень редко их 2—3), расположен вдоль средней линии языка.

Различают три формы:

- гладкую (или плоскую);

- бугристую (или бугорковую);

- папилломатозную (или гиперпластическую).

При гладкой форме ромбовидного глоссита поражение поверхности обычно небольших размеров, розового или красного цвета, четко отграничено от остальных участков, не выступает над окружающей слизистой оболочкой, сосочки эпителия отсутствуют, пальпаторно участок поражения уплотнен, безболезненен, подчелюстные лимфатические узлы при плоской и других формах ромбовидного глоссита не прощупываются. Жалоб может и не быть. Иногда может быть жжение, пощипывание, усиливающееся при приеме пищи, чувство инородного тела на нёбе.

При бугристой форме ромбовидный, круглый или овальный участок поражения состоит из хорошо определяемых бугорков различных размеров, отделенных друг от друга четко выраженными складками, которые, как и сами бугорки, лишены сосочков. Такое расположение бугорков напоминает мостовую, выложенную из гранита. Окраска этой области красная, часто с цианотичным оттенком, нередко наблюдается ороговение покровного эпителия, участок поражения не увеличивается, он постоянно сохраняет свою форму и размеры.

При гиперпластической форме характерны папилломатозные разрастания, значительно выступающие над спинкой языка. Они имеют широкое основание, уплощенные вершины, беловато-розовый цвет; в результате их формируется приподнятый, бугристый, довольно плотный, изредка воспаляющийся очаг. У больного появляется ощущение присутствия инородного тела во рту.

Ромбовидный глоссит имеет доброкачественное течение, лишь при неблагоприятных условиях (постоянное хроническое раздражение, снижение защитных сил организма) бугристая и папилломатозная формы глоссита проявляют наклонность к прогрессированию и озлокачествлению. Такие больные должны находиться под диспансерным наблюдением, подлежат периодическим осмотрам не реже одного раза в течение 3—6 мес. Гистологическая картина: при плоской форме наблюдается умеренное утолщение эпителия за счет шиповатых клеток, в подэпителиальном слое — незначительный инфильтрат, который состоит в основном из лимфоцитов, акантоз выражен слабо. При бугристой и папилломатозной формах выражен акантоз, воспалительный инфильтрат.

***Дифференциальная диагностика***. Ромбовидный глоссит при дифференциальной диагностике отличают от кандидоза; плоскую форму — от глосситов другой этиологии (десквамативного глоссита, авитаминоза). Бугристую и папилломатозную формы дифференцируют со злокачественными новообразования-ми, специфическими воспалительными процессами (туберкулез, сифилис); диагноз ставят на основании данных осмотра, бактериологичекого и при необходимости гистологического исследований.

***Лечение.*** Комплексное.

Общее:

1. Санация и профессиональная гигиена полости рта.

2. Запрещение курения.

3. При обнаружении гриба кандида — противогрибковое лечение.

4. В случае канцерофобии — психотерапия, седативные препараты и транквилизаторы.

5. Пантотенат Са (витамин В5) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.

Местное:

1. При плоской форме лечения не проводится.

2. При значительных папилломатозных разрастаниях иссекают очаг поражения с последующим гистологическим исследованием или проводят криодеструкцию.

**Складчатый язык: клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение**

Складчатый (скротальный) язык обычно является следствием аномалии развития и обнаруживается в раннем возрасте. Название "скротальный язык" связано с определенным внешним сходством поверхности языка с кожей мошонки. Складчатый язык у взрослых в связи с увеличением размеров оказывается более рельефным. Складчатость часто сопровождается умеренным увеличением всего языка — макроглоссией. Характерно наличие многочисленных борозд на его поверхности. Продольная складка обычно располагается строго посередине, беря свое начало от кончика языка и нередко достигая уровня расположения желобоватых сосочков, от нее отходят поперечные складки (в виде жилок листа).

При наличии глубокой продольной борозды и сглаженности поперечных складок язык называют щелевидным. На дне и боковых поверхностях складок располагаются сосочки, характерные для нормальной слизистой оболочки языка. Язык мягкий. Складчатость и увеличение языка как аномалия развития может захватывать только переднюю треть языка.

Складчатый язык в 30—50% случаев сочетается с десквамативным глосситом. У лиц со значительными соматическими расстройствами, перенесших острые инфекции, слизистая оболочка более чувствительна к различным разрастаниям, легко нарушается ее целостность, на ней хорошо размножается микробная флора, особенно гриб кандида. Это приводит к катаральному воспалению или кандидозному глосситу. В этих случаях появляется боль, жжение. Нарушение гигиены полости рта, скопление остатков пищи и клеток слущенного эпителия приводят к усилению процессов брожения и гниения в складках языка, которые являются причиной плохого запаха изо рта.

***Диагностика***. Складчатый язык может быть одним из симптомов синдрома Мелькерссона—Розенталя, в этом случае он может быть как врожденным, так и приобретенным. Может наблюдаться некоторое внешнее сходство складчатого языка со склерозирующим глосситом, возникающим при третичном сифилисе. Но при сифилисе дольчатое строение языка, обусловленное разрастанием соединительной ткани, сопровождается значительным его уплотнением и уменьшением подвижности. Скротальный же язык обычно имеет мягкую консистенцию и хорошо подвижен. В пожилом возрасте у большинства людей уменьшение тургора слизистой оболочки приводит к возникновению, а затем прогрессированию мягкой складчатости языка и щек, что не следует трактовать как врожденный складчатый язык. У лиц, подвергшихся ионизирующей радиации, в 25% случаев наблюдается складчатость языка, что также не следует трактовать как врожденный складчатый язык.

***Лечение***. Специального лечения при складчатом языке не требуется. Рекомендуют санацию и соблюдение гигиены ротовой полости для профилактики осложнений. При возникновении же осложнений проводят соответствующее лечение.

**ВОПРОС 4. ГЛОССАЛГИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Глоссалгия — хронически протекающее заболевание, характеризующееся жгучими болями и парестезиями в различных участках слизистой оболочки языка, губ, задней стенки глотки, без видимых местных изменений, сопровождающееся снижением трудоспособности, угнетением психики, депрессивным состоянием больных. Глоссалгия является одним из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний, причем ее распространенность в настоящее время не уменьшается. Длительное упорное течение заболевания, часто приводящее к личностной дезорганизации больных среднего и пожилого возраста, делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

У женщин эта патология встречается в 6 раз чаще, чем у мужчин. Возрастная группа, в которой заболеваемость максимальна (от 35 до 50 лет), составляет 62%, заболевшие в молодом возрасте (от 22 до 35 лет) — 20%, в возрасте старше 50 лет — 18%

Распространенность глоссалгии среди пациентов с болевыми синдромами в области лица, по данным различных авторов, составляет от 14% до 26% . 60% из общего числа больных с неврогенными заболеваниями слизистой оболочки полости рта страдают глоссалгией. Частота встречаемости этого заболевания не снижается, а наоборот, увеличивается. Это, вероятно, связано с возрастанием значимости психотравмирующих факторов как одной из причин развития глоссалгии. Впервые упоминание о заболевании, сходном по симптоматике, встречается у Buisson. В последующие годы, из-за полиморфизма клинических проявлений глоссалгии, данная патология встречается под разными названиями: стомалгия, глоссодиния, глоссопиризис, парестезии языка, вегетоз, невроз языка и другие. Наиболее часто в отечественной литературе это заболевание описано как глоссалгия (боль в языке) и стомалгия (боль в полости рта). В зарубежной литературе данная патология встречается как синдром жжения полости рта — "burning mouth syndrome".

***ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ***

В возникновении и развитии глоссалгии различают местные и общие факторы. К местным факторам относят раздражение слизистой оболочки полости рта острыми краями дефектных зубов, некачественно изготовленными протезами, обильными отложениями зубного камня, гальваноз при разноименных металлических включениях, аллергические реакции на протезы из акриловой пластмассы, снижение окклюзионной высоты у больных с патологической стираемостью зубов, полной или частичной адентией.

По мнению большого числа исследователей, во многих случаях глоссалгия вызывается соматическими факторами - заболеваниями пищеварительной системы (гепатохолецистит, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический колит), эндокринными нарушениями (диабет, климакс), обменно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника, сосудистыми нарушениями (атеросклероз, гипертоническая болезнь), заболеваниями нервной системы инфекционного, травматического и сосудистого характера, аллергией.

Под воздействием различных факторов (заболевания органов пищеварения, сердечно-сосудистой и нервной систем) по афферентным волокнам блуждающего, тройничного, языкоглоточного и шейных нервов (CI—CIV) патологическая соматовисцеральная информация поступает на нейрональную систему стволовых, таламических и корковых структур головного мозга, в которых осуществляется интеграция афференгов соматической и висцеральной чувствительности. При длительном возбуждении нейрональных церебральных образований могут формироваться очаги патологической импульсации — генераторы патологического возбуждения. При локализации такого очага патологической соматовисцеральной импульсации в ядрах тригеминального и солитарного тракта, имеющих непосредственное отношение к афферентной иннервации языка, меняется его сенсорная возбудимость.

В передаче афферентных сигналов во все важнейшие структуры мозга (гипоталамус, субталамус, таламус, лимбическая система, кора) ведущая роль принадлежит ретикулярной формации. Полученные данные при электроэнцефалографическом (ЭЭГ) обследовании больных с глоссалгией свидетельствуют о наличии выраженной дисфункции неспецифических структур мозга.

Воздействие стрессорных факторов является "пусковым", провоцирующим алгопарестетические ощущения. Моменту возникновения болей всегда предшествует ситуация нервных перегрузок, личностно-значимых конфликтов, нередко в сочетании с физическим переутомлением (уход за тяжело больным близким человеком, роды, уход за новорожденным в конфликтной семье и др.). Любые обострения заболевания, как правило, и в дальнейшем провоцируются психогенными факторами.

С другой стороны, выделяется группа больных, у которых глоссалгия развивалась только на фоне психической травмы сугубо специфического характера. В анализе жизни всех этих больных имела место смерть близкого человека от злокачественного новообразования языка. При наличии канцерофобии у всех больных с глоссалгией безусловно подтверждается психогенный характер заболевания.

У всех больных отмечаются выраженные астенические нарушения, повышенная раздражительность, склонность к расстройствам тревожного ряда, легкость возникновения субдепрессивных и депрессивных состояний, ипохондрические проявления, фобии. Обычно выявляются расстройства сна в период обострения заболевания или имеющих постоянный характер. Во многих случаях наблюдаются вегетативно-сосудистые расстройства.

В начальной стадии заболевания часты фобические реакции, нередко ярко выраженные. На смену им приходят снижение настроения, постоянная фиксация на болевых или парестетических ощущениях, патологическая интерпретация заболевания. При изучении мотивационной сферы больных также обнаруживаются сужение интересов, уход в болезнь, изменение жизненных установок и группировка их вокруг заболевания, социальная отгороженность.

***КЛИНИКА***

Больные жалуются на неприятные ощущения, боли в парестезии (саднение, жжение, распирание, покалывание) в различных участках полости рта — кончик языка, боковая поверхность, десны, иногда твердое нёбо и глотка. Выраженность отмеченных ощущений различна — от очень слабых до нестерпимо мучительных. По мере прогрессирования болезни зона парестетических и болевых ощущений расширяется вплоть до того, что захватывает всю слизистую оболочку полости рта, иногда глотку и пищевод, кожу лица.

В течение суток выраженность парестезии и болевых ощущений меняется. Как правило, они причиняют максимальное беспокойство во второй половине дня, вынуждая больных резко ограничивать речевую нагрузку. Патогномоничным для глоссалгии симптомом является снижение или полное исчезновение всех неприятных ощущений во время еды. По данным ряда исследователей, у 81% больных глоссалгией возникают жалобы на расстройство слюноотделения, сухость или повышенное слюноотделение, обнаруженные при объективном исследовании. У некоторых больных выявляются расстройства чувствительности, чаще в виде гипо- или гиперестезии, а также их сочетаний. Нередко нарушается вкусовая чувствительность.

У большинства больных глоссалгия сопровождается трофическими расстройствами разной степени выраженности, которые чаще локализуются в языке, реже захватывают слизистую оболочку десен и щек.

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА***

Дифференцировать глоссалгию необходимо с такими заболеваниями, как невралгия тройничного и языкоглоточного нервов, неврит, травматическое поражение язычного нерва и зубных веточек, с органическими заболеваниями языка, гальваническим синдромом, глосситом, кандидозом, лептотрихозом, аллергическими реакциями, артритом, артрозом височно-нижнечелюстного сустава.

При невралгиях, в отличие от глоссалгии, характер болей острый, пароксизмальный, имеются "курковые зоны". Боли могут провоцироваться разговором, едой. При глоссалгии неприятные ощущения проходят во время еды. При невралгии боли чаще односторонние, локализуются в зоне, соответствующей иннервации определенной ветви тройничного или языкоглоточного нерва. Вне приступа боли обычно нет. Болям зачастую сопутствуют вазомоторные нарушения, судорожные подергивания мышц лица. Нередко в анамнезе больные с невралгией тройничного нерва отмечают сильное переохлаждение.

Для неврита характерна локализация боли, строго соответствующая пораженному нерву, и одновременно выпадение чувствительности в этой зоне. Так, при неврите язычного нерва боль односторонняя и локализуется в передних 2/3 языка. В этой же области частично или полностью выпадает поверхностная чувствительность, что проявляется в чувстве онемения и парестезии, иногда снижения или извращения вкуса. Боли при неврите усиливаются во время движения языка и приема пищи. Для острой или хронической травмы языка (часто микротравмы) характерна боль и жжение, локализирующиеся в одном месте и усиливающиеся при еде и разговоре. Во время осмотра выявляется травмирующий фактор (острый край зуба, протеза), а также участок гиперемии, либо эрозия, а иногда и язва на слизистой оболочке языка соответственно травмирующему агенту. Боли исчезают с устранением травмирующего фактора и заживление наступает после проведения соответствующей терапии.

Для гальванического синдрома, возникающего в полости рта при наличии разнородных металлов, характерны неприятные ощущения во время еды, привкус металла, соли, горечи, кислоты, усиливающиеся при прикосновении металлической ложкой к протезам. Парестезии могут сопровождаться головными болями, нарушением сна, аллергическими реакциями со стороны слизистой оболочки полости рта. В некоторых случаях имеется отек, гиперемия, гиперкератоз, эрозии слизистой оболочки в местах соприкосновения с протезами, может быть потемнение металлических протезов или места спайки. При этом отмечается увеличение микротоков в полости рта. Допустимой величиной разности потенциалов в полости рта при наличии металлических конструкций является 10 мкА. Увеличение этого показателя — показание для замены протезов.

Для кандидоза и лептотрихоза характерными жалобами является сухость и жжение в полости рта, невозможность приема острой пищи. С данными заболеваниями обращаются пациенты, в анамнезе которых имеет место прием антибиотиков или других противомикробных препаратов, а также кортикостероидов и других медикаментов. Кроме того, эта патология встречается у пожилых лиц с ослабленным местным иммунитетом полости рта и пользующихся частичными или полными пластиночными протезами, не соблюдая должный гигиенический уход за ними. При осмотре слизистая оболочка полости рта гиперемирована, недостаточно увлажнена, имеется более или менее обильный налет на языке белого цвета. При бактериоскопии выявляется обилие гриба Candida, мицелий, бластоспоры или лептотрихии.

Аллергическая реакция в полости рта может возникнуть при непереносимости акриловой пластмассы. При этом пациентов беспокоят чувство жжения и сухости, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, на ней могут быть кровоизлияния, эрозии. Кожные и аллергические пробы на пластмассу положительны. Удаление протеза из полости рта, как правило, приводит к значительному улучшению состояния.

Для десквамативного глоссита имеет значение то, что боли и жжение в языке усиливаются при приеме раздражающей пищи, а при глоссалгии во время еды все симптомы проходят или уменьшаются. Кроме этого, при осмотре выявляются четкие очаги десквамации сосочков языка, имеющие тенденцию к миграции.

Глоссит при В12-фолиеводефицитной анемии возникает на фоне ахилического гастрита. При осмотре "лакированный" малинового цвета язык, малиновые пятна и полосы на слизистой оболочке щек, резкие боли при приеме раздражающей пищи. При парентеральном введении витамина В12 наступает быстрый лечебный эффект.

При опухоли или абсцессе языка отмечается нечеткая речь, так как больной щадит язык. Подобный симптом "щажения" языка наблюдается и при глоссалгии. Однако при объективном осмотре пациента с объемным процессом в мышцах языка обнаруживается следующая картина: язык обложен толстым слоем налета из-за малоподвижности, при пальпации выявляется утолщение части языка, плотность, болезненность. Может быть увеличение регионарных лимфатических узлов.

Необходимо также выделять глоссалгию как проявление синдрома патологического прикуса (синдром Костена) и шейного остеохондроза, деформирующего спондилеза шейного отдела позвоночника.

При заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и снижении прикуса смещение суставной головки приводит к травме сместившегося кзади и кверху участка слизистой оболочки, расположенного у заднего полюса суставного диска, к недостаточному питанию окружающих тканей. Соответственно, в первую очередь, следует исключить первоначальные причины.

***ЛЕЧЕНИЕ***

- санация полости рта

- сошлифовывание острых краев зубов

- протезирование однородными металлами и бесцветной пластмассой

- восстановление окклюзионной высоты.

- профессиональная гигиена

- лечение заболеваний органов системы пищеварения, эндокринной, нервной и сердечно-сосудистой систем под наблюдением соответствующих специалистов, амбулаторно или в условиях терапевтического стационара.

- психофармакологические транквилизаторы: хлордиазепоксид (элениум). В зависимости от выраженности психопатологического синдрома (астено-невротического или депрессивного) назначают транквилизаторы или антидепрессанты (амитриптилин, азофен и др.).

- психотерапевтические методы лечения.

В период обострения заболевания или при упорных длительно текущих формах глоссалгии, когда выявляются значительные личностные изменения и нарушения сна, назначают курс реланиума, нитрозепама, нейролептиков (галоперидола), дозы подбираются индивидуально. Лечение проводится с учетом сопутствующих заболеваний и возраста больных.

- нормализация тонуса вегетативной нервной системы. Для регуляции тонуса применяют резерпин (рауседил) или мелипрамин в комбинации с тазепамом.

- для улучшения местной микроциркуляции, обосновано применение сосудистых препаратов, обладающих миотропным и антигипоксическим действием — циннаризин, кавинтон, стугерон, трентал. Курс лечения составляет 1,5—2 месяца, дозы подбираются индивидуально.

- иглорефлексотерапия

- гелий-неоновый лазера (ИГНЛ) в местном лечении глоссалгии. ИГНЛ оказывает анальгетическое действие за счет снижения потока афферентной импульсации в нейтральную нервную систему из полости рта, стимулирует микроциркуляцию, обладает противоотечным действием.

Для уменьшения сухости в полости рта с целью стимуляции функции слюнных желез применяются гиперсаливанты в виде отваров мать-и-мачехи, тысячелистника, термопсиса и стимуляция функции желез с помощью аппаратов "Мирабель" и "Нейрон".

При резкой болезненности в языке проводятся блокады по типу Huneke-test в место наибольшего дискомфорта (вводится теплый анестетик), или (в модификации кафедры терапевтической стоматологии НГМА). Назначаются также ротовые ванночки с 2% раствором любого анестетика и аппликации на язык с кератопластиками.

**ВОПРОС 5. ОТРАЖЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ НА СТРУКТУРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДОРСАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА**

Общеизвестным является тот факт, что с возрастом меняются размеры языка, однако выраженным изменениям подвержена его дорсальная поверхность.

При визуальном осмотре язык в возрасте 5—6 лет мягкий, влажный, эластичный, подвижный, рисунок четко контурирован, особенно хорошо выражены грибовидные и желобоватые сосочки. У 25% лиц имеется срединная борозда, которая незначительно обозначена и делит поверхность языка на две относительно равные части. На спинке языка отмечаются следы тонкого белесоватого налета, что является естественным физиологическим процессом слущивания поверхностных слоев эпителия.

Нитевидные сосочки, которые располагаются на всей дорсальной поверхности языка, приобретают коническую форму за счет усиления процессов ороговения, о чем свидетельствует незначительное изменение окраски сосочков в более светлые тона (1 балл), благодаря увеличению слоя эпителиальных клеток. В этот возрастной период нитевидные сосочки незначительно наклонены в сторону терминальной борозды. Покровный эпителий на некоторых вершинах становится ворсинчатым, особенно это четко выражено в области сосочков спинки языка.

Грибовидные сосочки разбросаны по всей дорсальной поверхности слизистой оболочки языка с преимущественной локализацией их в области кончика, спинки и краев языка. В 5—6 лет они различаются, прежде всего, размерами. Крупные грибовидные сосочки, диаметр которых достигает 0,3 мм, расположены в области, граничащей с терминальной линией языка и имеют ярко обозначенную окраску (2 балла). Причем они наклонены по направлению к средней линии языка. Количество грибовидных сосочков не постоянно. При этом симметричность расположения не выдерживается, и количество их по обе стороны от продольной борозды, проходящей по средней линии языка, не одинаково. Грибовидные сосочки имеют четкие границы, вершины их в большинстве своем конической формы, значительно возвышаются над уровнем нитевидных сосочков, что придает дорсальной поверхности языка определенную рельефность.

Желобоватые сосочки располагаются практически на границе между телом и корнем языка, вдоль терминальной борозды, под углом друг к другу. Однако не всегда эта закономерность прослеживается, у 18% случаев наблюдаются другие варианты расположения: желобоватые сосочки вытянуты в опальную линию, приближающуюся к прямой, не соблюдая параллельности с терминальной бороздой; размеры желобоватых сосочков в этом возрасте в пределах 2,5—3,5 мм с ободком, а высота 2,0 мм, что приближается к размерам сосочков взрослого человека, окраска их насыщенно розового цвета (2 балла).

Желобоватые сосочки имеют различную форму, но чаще всего это округлая и овальная. В основном конфигурация желобка определяется формой ободка. Вершины сосочков уплощены и покрыты бугорками (неровностями), центр вершины несколько вогнут. Количество их слева от 3 до 12, а справа - от 2 до 11. Всего — от 5 до 23 сосочков.

К 5—6 годам листовидные сосочки являются вполне сформированными. Они встречаются чаще всего в виде складок, параллельно расположенных друг к другу в области боковой поверхности языка на уровне перехода тела дорсальной его поверхности в корень. Причем размеры этих складок не одинаковы. По направлению к кончику языка они становятся меньше в длину и высоту. Количество их также различно с обеих сторон, принцип симметрии нарушен. Количество их варьирует от 2 до 12 у мужчин, у женщин от 3 до 10, высота 0,1 /10 0,5 см, диаметр от 0,1 до 0,4 см. Цвет слизистой, покрывающей их, соответствует 1—2 баллам. Угол терминальной борозды равен от 70,0 до 129,3 у мужчин, у женщин от 73,5 до 117,2.

При изучении дорсальной поверхности языка у детей следующего возрастного периода (12—15 лет) обращает на себя то, что вместе с изменениями размеров языка происходит увеличение размеров нитевидных сосочков как в ширину, так и в высоту. Однако рост в высоту превалирует. Несколько меняется рельеф слизистой оболочки языка. В основном эти изменения касаются его дорсальной поверхности.

Во-первых, вершины нитевидных сосочков изменяют свою конфигурацию, вместо острых конических образований они приобретают более закругленную поверхность, наклоненную к корню языка. В высоту они достигают 1,6— 1,8 мм. Чаще всего в области спинки языка образуется рисунок, который расположен вдоль терминальной борозды, в области средней части тела и кончика он нарушается.

Грибовидные сосочки вкрапливаются в рисунок, образованный нитевидными сосочками, которые очень плотно расположены на кончике языка. Грибовидные сосочки хотя и возвышаются над уровнем нитевидных сосочков, изменения в их размере незначительны. Поскольку нитевидные сосочки увеличиваются в высоту, то создается впечатление, что грибовидные сосочки остаются без изменений, диаметр их достигает 0,1—0,2 мм. Одни из них внешне напоминают форму "просяного зерна" бледно-розового цвета (1 балл), другие имеют ярко-красную окраску (2—3 балла). Желобоватые сосочки увеличиваются, диаметр их становится таким, как у взрослых -0,3—0,4 мм без ободка, высота — 2 мм, превалирует округлая и овальная формы. Количество желобоватых сосочков справа от 2 до 11, слева — от 3 до 12 штук. Складчатость практически отсутствует, но имеется незначительный след от срединной борозды. Листовидные сосочки в этом возрасте хорошо развиты, длина их достигает 3,5—4 мм, а высота 2—3 мм. Сосочки расположены с небольшим наклоном по направлению к кончику языка, где постепенно, уменьшаясь в размерах, они переходят в рудиментарные складки.

Листовидных сосочков у женщин насчитывается справа 3—12, слева 2—1, у мужчин — 2—13, 2—18, соответственно.

У взрослого человека в возрасте 35—44 лет нитевидные сосочки занимают практически всю дорсальную поверхность языка. Они имеют преимущественно коническую форму и напоминают собой выступы слизистой оболочки. В области кончика языка они расположены гуще, образуя сплошные массивы, где на определенном расстоянии друг от друга рассредоточены грибовидные сосочки. Нитевидные сосочки в основном разбросаны беспорядочно, но в области спинки языка они расположены рядами. Основания сосочков округлой формы, приблизительно цельно 0,4—0,6 мм в диаметре, вершины их слегка заострены. Однако мы наблюдали нитевидные сосочки с уплощенными вершинами, напоминающими прямоугольник, овал и даже треугольник. Они покрыты большим количеством неслущенного эпителия белесоватого цвета, который образует неровности в несколько рядов на их поверхности. Кроме того, нитевидные сосочки в центральной части языка более выражены, имеют большие размеры в высоту, чем на его боковых участках.

Нитевидные сосочки, лежащие впереди от терминальной борозды, имеют длину около 2,1—2,5 мм. Желобоватые сосочки расположены так же вдоль нее, количество их не постоянно. В большинстве случаев они расположены поровну на каждой половине языка, а в углу, образованные терминальной линией, имеется одиночный сосочек, практически всегда меньших размеров, чем остальные. Иногда он может состоять из двух-трех сосочков, окруженных общим валиком слизистой оболочки. Иногда валик приобретает вытянутую форму и в виде цифры "8" объединяет вместе два сосочка. В зрелом возрасте желобоватые сосочки четко выражены, размеры их в диаметре 2—4 мм, в высоту они достигают около 2,1—2,5 мм. Практически они находятся на одном уровне с нитевидными сосочками.

Желобоватые сосочки у одного и того же индивидуума могут иметь различную форму и размеры. У взрослого человека по краям задней половины спинки языка, доходя до уровня желобоватых сосочков и заходя на ею боковые поверхности, располагаются поперечно идущей складке. Их количество с каждой стороны различно, достигает 12—17 складок. По мере приближения к корню языка высота складок увеличивается. Наиболее высокими являются последние 4—5, это и есть листовидные сосочки. Борозды между отдельными листовидными сосочками глубокие и часто переходят в борозды спинки языка. Размеры сосочков следующие: длина 4—7 мм, высота — 2—3 мм, толщина 0,9—2,1 мм.

В возрастной период старше 65 лет происходят изменения рисунка спинки языка: рельеф его тускнеет, грибовидные сосочки становятся бледно-розового цвета, нитевидные сосочки атрофируются, желобоватые сосочки теряют свои очертания. Становятся расплывчатыми.

Таким образом, ранее перечисленные данные могут служить важным диагностическим признаком при определении уровня здоровья не только в стоматологии, но и в терапии, и позволяют дифференцированно подходить к постановке диагноза с учетом возрастных и индивидуальных признаков.

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**Тестовые вопросы**

1. Синдром Мелькерсона-Розенталя:

1. макрохейлит, неврит лицевого нерва, складчатый язык
2. складчатость щек, складчатый язык, ромбовидный глоссит

2. Местное лечение складчатого языка:

1. противовирусные препараты
2. антибактериальная терапия
3. антигистаминные препараты
4. не требуется

3. Клиническая картина черного «волосатого» языка:

1. нитевидные сосочки сплачиваются
2. нитевидные сосочки утолщаются и удлиняются
3. нитевидные сосочки утончаются и укорачиваются

4. Очаг поражения при черном «волосатом» языке располагается:

1. на средней линии, не захватывая кончик и боковые поверхности языка
2. в средней трети языка с переходом на боковые поверхности языка

5. Очаги поражения при десквамативном глоссите располагаются:

1. на спинке и боковых поверхностях языка
2. на корне языка
3. на нижней поверхности языка

6. «Волосатый» язык дифференцируют:

1. со складчатым языком
2. с медикаментозной окраской языка
3. с ромбовидным глосситом

7. Постоянным признаком анемии Адиссона-Бирмера является:

1. жжение языка, глоссит Гунтера
2. кровоточивость десны
3. десквамативный глоссит

8. Сосочки языка при гипохромной анемии:

1. атрофированы
2. гипертрофированы
3. не изменены

9. Возможно ли озлокачествление ромбовидного глоссита

1. да
2. нет

10. Этиология десквамативного глоссита:

1. инфекционная
2. аллергическая
3. не выяснена окончательно.

11. Глоссалгия всегда сопровождается:

1. атрофией сосочков языка
2. гипертрофией сосочков языка
3. изменений в языке может не быть

12. Физиолечение глоссалгии:

1. диатермия
2. УФО и КУФ
3. гальванический воротник по Щербаку

13. Боли в языке при глоссалгии возникают:

1. при действии температурных раздражителей
2. от химических раздражителей
3. самопроизвольно

14. Возникновение глоссалгии обусловлено:

1. только действием местных раздражителей
2. только общесоматической патологией
3. заболевание полиэтиологично

15. Боль при глоссалгии локализуется:

1. в области корня языка
2. в области боковых поверхностей языка
3. в передней трети языка
4. локализация боли может изменяться

16. Чаще болеют глоссалгией:

1. мужчины
2. женщины
3. дети

17. При глоссалгии саливация чаще:

1. снижается
2. повышается
3. не изменяется

18. Глоссалгию необходимо дифференцировать:

1. с невралгией
2. с невритом
3. с лейкопенией

19. Местное лечение глоссалгии:

1. санация полости рта
2. препараты брома
3. гальванизация верхних шейных узлов

20. Общее лечение глоссалгии:

1. трудотерапия
2. малые транквилизаторы
3. новокаиновые блокады

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Больной 68 лет жалуется на периодически возникающее жжение в языке. При осмотре обнаружено: неглубокие складки-борозды на спинке языка, щеках; язык мягкий в размерах не увеличен. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

2. Больной 30 лет обратился с жалобами на чувство пощипывания покалывания в языке. После обследования пациента выставлен диагноз: ромбовидный глоссит. Назначены антисептические полоскания, легкие обезболивающие средства. Какое обследование и лечение следует назначить?

3. Больному поставлен диагноз: черный «волосатый» язык. Лечение: аппликации 5%-го раствора резорцина. Эффект от лечения был кратковременным. Какое лечение необходимо дополнительно провести?

4. Больная 58 лет перенесла грипп, принимала антибиотики широкого спектра действия. Тревожна, плохо спит, выраженная канцерофобия. После выздоровления почувствовала жжение языка, особенно сильное в кончике языка, сухость в полости рта. Все неприятные ощущение исчезают во время еды. При осмотре язык умеренно обложен белым налетом, кончик языка гиперемирован. На язычной поверхности зубов 32, 11, 23 множественные отложения, острые края. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для постановки диагноза? Поставьте и обоснуйте диагноз. Какую связь носит заболевание языка с перенесенным гриппом?

5. У больной 28 лет после мандибулярной анестезии и сложного удаления 8 появились боли в левой половине языка, усиливающиеся во время еды, разговора; потеря чувствительности соответствующей половины языка. Поставлен диагноз глоссалгия. Согласны ли Вы с этим диагнозом?

**Литература**

1. Лукиных, Л.М. Заболевание слизистой оболочки полости / Л.М.Лукиных. - Н.Новгород.: НГМА, 2000. – С. 80-99.
2. Луцкая, И.В. Заболевание слизистой оболочки полости / И.К. Луцкая. – М.: Мед. лит., 2006. – 288 с.
3. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский. – М.: Медицина, 1991. – 317 с.

Доцент кафедры Сахарук Н.А.