

Миронова В.В., Соломатина Н.Н.

Аномалии развития языка и его заболевания



Ульяновск, 2015г.

УДК

ББК

М

Печатается по решению ученого совета ИМЭиФК Ульяновского государственного университета.

Рецензент

Доктор медицинских наук, профессор А.И. Кусельман

В.В. Миронова, Н.Н. Соломатина

М..... Аномалии развития языка и его заболевания. Учебное пособие к практическим занятиям по стоматологии для студентов медицинского факультета (специальности: «лечебное дело», «педиатрия»), интернов, ординаторов, врачей-стоматологов.

Учебное пособие является руководством к самостоятельной подготовке теоретического материала практического занятия по теме «Аномалии развития языка и его заболевания». Представленный иллюстративный материал позволяет осуществить эффективную теоретическую подготовку к приобретению практических навыков у студентов.

© В.В.Миронова, Н.Н. Соломатина, 2015

© Ульяновский государственный университет, 2015

Содержание

1. Введение
2. Аномалии развития языка
3. Аглоссия
4. Микроглоссия
5. Макроглоссия
6. Анкилоглоссия
7. Расщепленный язык
8. Язычные миндалины
9. Ромбовидный язык
10. Складчатый язык
11. Ворсинчатый язык
12. Зоб языка.
 Заболевания языка
13. Острый катаральный глоссит
14. Хронический глоссит
15. Десквамативный глоссит
16. Ромбовидный глоссит
17. Абсцесс языка
18. Поражение слизистой оболочки полости рта, языка, губ
 при различных заболеваниях человека
19. Простудные заболевания
20. Желудочно-кишечные заболевания: гастрит, энтерит,
 колит, гастроуденит
21. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
22. Панкреатит
23. Заболевания коры надпочечников
24. Гиповитаминоз А, В, В2, В6, В12

25. Сердечно сосудистые заболевания
26. Сахарный диабет
27. Анемия, лейкоз
28. Основы врачебной тактики при поражениях слизистой оболочки полости рта, языка, губ
29. Список литературы

Аномалии развития языка и его заболевания

Введение

Языку человека придается особое значение среди органов полости рта. У него развита рецепторная чувствительность к различным воздействиям: механическим, химическим, бактериальным и регенеративная способность.

Состояние слизистой оболочки языка может «сказать» о развитии ряда заболеваний органов и систем организма человека.

Слизистая оболочка языка быстро реагирует на патологические процессы в организме человека. Сосочки слизистой оболочки, играющие значительную роль в процессе пищеварения, при нормальных условиях быстро стираются и регенерируются.

Значительную группу заболеваний слизистой оболочки полости рта составляют поражения языка. Причины возникновения и развития глоссита, характер клинического проявления, довольно разнообразны.

Изменение слизистой оболочки языка часто наблюдаются при системных заболеваниях человека. При одних заболеваниях эти изменения носят спорадический характер, при других – являются обязательным симптомом общего заболевания.

Большую группу представляют поражения, которые развиваются только на языке, не вовлекая в процесс другие отделы слизистой оболочки полости рта: десквамативный глоссит, складчатый язык, ворсинчатый язык, нейрогенные заболевания языка. Одни заболевания языка протекают остро, другие хронически или с чередованием периодов благополучия и рецидивов.

Развитие процесса обусловлено общим состоянием организма, силой и характером воздействия местных и общих факторов.

Заболевания слизистой оболочки языка встречаются в любом возрасте. Однако одни из них наблюдаются у детей, другие – у взрослых. Если их не лечить, они прослеживаются на протяжении всей жизни человека.

Значительное разнообразие причин развития заболеваний слизистой оболочки языка, патологическая особенность в развитии отдельных

заболеваний, накладывает отпечаток на характер клинических проявлений и течения процесса, а также на особенности их профилактики и лечения.

Язык — мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, участвующий в механической переработке пищи, акте глотания, вкусовом восприятии и речеобразовании. С древних времен врачи называли полость рта «маленьким окошечком», а язык и его внешний вид «зеркалом» состояния органов организма человека. Заглядывая в это «зеркало» можно предположить наличие заболевания определенного органа (Сомова К.Т., 2001). Язык – показатель здоровья или болезни человека.

Слизистая оболочка языка здорового человека бледно-розового цвета, по его середине видна ровная складка, выражены сосочки. Основу языка составляют пучки поперечно-полосатой мышечной ткани, расположенные в трех взаимно перпендикулярных направлениях. Между ними находятся прослойки рыхлой волокнистой соединительной ткани с сосудами, нервами и дольки жировой ткани. В нем выделяют тело, кончик и корень. Рельеф и строение слизистой оболочки языка неодинаковы на его разных поверхностях. Слизистая оболочка нижней поверхности языка относится к выстилающей, верхней — к специализированной.

Язык многофункционален. Он воспринимает и реагирует на внешние и внутренние раздражители. По состоянию сосочков языка, цвета налета на нем, по объему, можно определить наличие и развитие заболевания. Педиатры - первые врачи, которые должны особое внимание обратить на изменения слизистой оболочки языка. В



Рис. 1 Сосочки языка (схема)

зависимости от длины уздечки и ее места прикрепления определяется подвижность языка, что влияет на развитие речи ребенка. Слизистая оболочка языка в норме розового цвета, на его спинке видны белесоватые

нитевидные сосочки, между которыми красные грибовидные, а по бокам – листовидные сосочки. На границе между корнем и телом языка располагаются желобоватые сосочки в количестве 6 — 12 штук (рис. 1).

Язык определяет вкус, температуру и консистенцию пищи, механически обрабатывает ее, участвует в акте глотания и формирования речи. Слизистая оболочка языка обладает высокой регенеративной способностью и устойчива к внедрению инфекции.

Поверхность спинки языка занята нитевидными сосочками, которые покрыты частично ороговевающим эпителием. Нитевидные сосочки не имеют вкусовых почек и в основном участвуют в механической обработке пищи. Грибовидные сосочки располагаются среди нитевидных, большее их скопление отмечается в средней части спинки и на кончике языка. В них

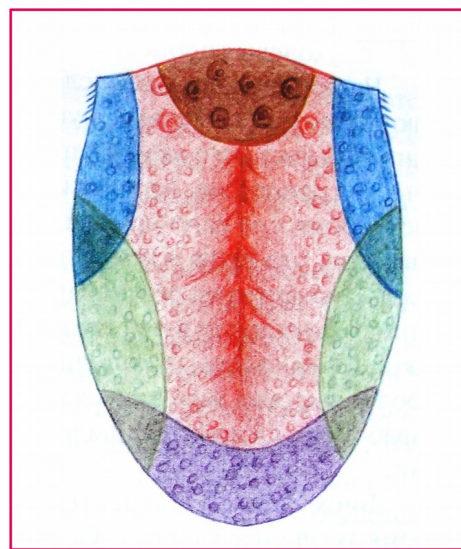


Рис. 2 Вкусовые области языка (схема)

заложены вкусовые и терморцепторы, на границе между корнем и телом языка находятся желобоватые сосочки, которые являются органами вкуса. Листовидные сосочки располагаются на боковой поверхности языка, в них имеются вкусовые луковицы. Кончик языка более чувствителен к сладкому и соленому, его корень – к горькому, боковые поверхности – к кислому и соленому (рис.2). (Белоусов П.В., 2004; Никифоров С.Н., 2007).

Существует мнение о проекции внутренних органов на слизистой оболочке языка человека (Схема 1).

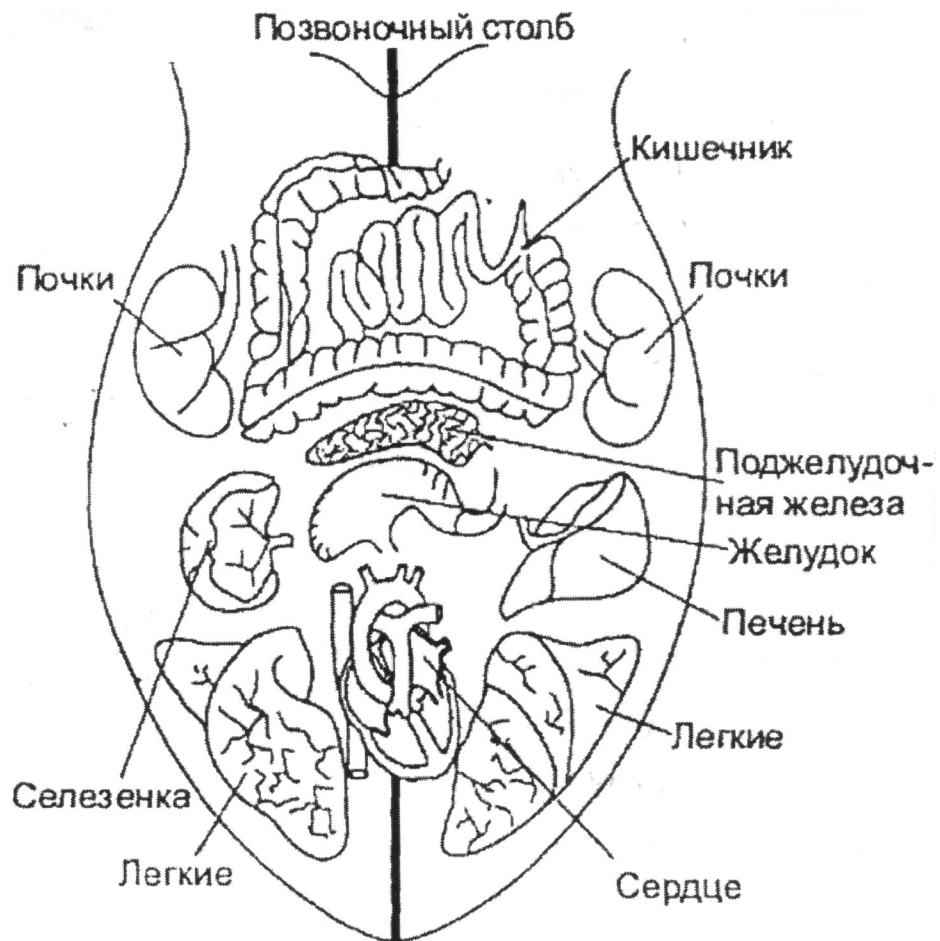


Схема 1. Проекционные зоны внутренних органов на языке (по В. Ладу)

Аномалии развития языка

Прежде всего, врач должен знать аномалии развития языка, которые являются результатом аномалии развития жаберных дуг или нарушения роста языковых зачатков, возможны расстройств срастания (Рыбаков А.И. с соавт., 1978; Шугар Л.Л. с соавт., 1980; Боровский Е.В. с соавт., 1984).

Аглоссия - отсутствие языка. При полном отсутствии языка грудной ребенок не может сосать грудь матери и вскоре после рождения умирает. Это редкое явление.

Микроглоссия – уменьшение размеров языка в результате отсутствия передней его части и появления других аномалий, в частности развития челюстей. Известно, что первичная микроглоссия развивается в результате аномалий эмбрионального развития. Если ребенок достиг трехмесячного возраста, основные функции полости рта не нарушены, это состояние прослеживается на протяжении всей жизни человека.

Развитие вторичной микроглоссии наблюдается при некоторых общих заболеваниях: коллагенозах, специфических инфекциях. Микроглоссия сопровождается атрофией мышечного аппарата языка. Заболевание протекает бессимптомно, иногда наблюдается нарушение речи (Рыбаков А.И. с соавт., 1978; Шугар Л. с соавт., 1980; Боровский Е.В. с соавт., 1981, 1984).

Макроглоссия. Для врожденной макроглоссии присуще чрезмерное разрастание мышечного аппарата языка, а также генерализованная гипертрофия мышц челюстно-лицевой области. При этом, когда увеличена только одна его половина, может наблюдаться асимметрия языка. Врожденная макроглоссия встречается при болезни Дауна, микседеме, кретинизме, акромегалии. Встречается макроглоссия при атипичном системном амилоидозе. В таких случаях язык уплотнен, малоподвижен, объем его увеличивается в 1,5-2 раза по сравнению с нормальным. Причиной макроглоссии могут быть сосудистые новообразования (лимфангиома, гемангиома).

При значительном увеличении языка затруднен прием пищи, нарушена речь, функции дыхания и глотания.

Макроглоссия у детей способствует нарушению формирования зубного ряда, его прикуса и тканей пародонта. Постоянное давление разросшейся мышечной ткани языка приводит к деформации зубных дуг, нарушению окклюзии, передние зубы выдвигаются, развивается открытый прикус. При ярко



Рис. 3 Макроглоссия

выраженной макроглоссии часть языка постоянно выступает за пределы ротовой полости и подвергается раздражению внешними факторами. Слизистая оболочка языка высыхает, покрывается налетом и корочками серовато-грязного цвета. Она легко ранима, нередко кровоточит, могут появиться трещины, затем эрозии и язвы. На боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов. Постоянно открытый рот способствует слюнотечению. Слюна раздражает кожные покровы нижней губы, углов рта, подбородка и вызывает их мацерацию.

Лечебная тактика врача зависит от причин возникновения макроглоссии и степени увеличения языка. Если макроглоссия является симптомом общего заболевания или протекает без выраженных функциональных расстройств, то радикальное лечение не проводят. Если же увеличение языка влияет на его функцию – нарушение речи, затрудненное глотание или язык постоянно травмируется, в этом случае показано хирургическое лечение.

Анкилоглоссия – срастание уздечки с окружающими тканями. Прирастание уздечки может быть к кончику языка, что мешает его движению, речи и приему пищи. Может быть, прирастание уздечки к нижней

губе, дну полости рта, нёбу. Укороченная уздечка языка с широким основанием приводит к анкилоглоссии.

Расщепленный язык – результат несрастания двух боковых зачатков языка. Полное расщепление языка отмечается в том случае, когда две половины его обособлены. Двойной язык необходимо подвергнуть пластической операции в раннем детском возрасте, еще до того, как дети учатся говорить.



Рис. 4 Анкилоглоссия

Неполное расщепление языка – это две половины языка, которые сращены частично. Если функция языка удовлетворительная, хирургического вмешательства не требуется.

Язычные миндалины – это увеличение лимфатических фолликулов корня языка, которые относятся к Вальдеровскому лимфатическому глоточному кольцу. Распределение крупных лимфатических фолликулов разнообразное. В некоторых случаях у перехода корня языка и передней глоточной дуги наблюдается выпячивание величиной с горошину – это небольшая гетеротропная миндалина, которая состоит из лимфатической ткани. При воспалении язычной миндалины часть корня языка увеличена и вызывает боль при глотании.

Ромбовидный язык

Этиология и патогенез ромбовидного языка полностью не выяснены. В настоящее время большинство исследователей предполагают, что ромбовидный язык является врожденной аномалией. Его развитие обусловлено нарушением процессов эмбриогенеза, которые

приводят к сохранению непарного бугорка языка, или образованию дополнительного эпителиального слоя, который постепенно разрастаясь (под влиянием экзогенных раздражителей), приводит к образованию ромбовидного языка.

На задней трети языка строго по средней линии кпереди от желобоватых сосочков располагается уплотненный на ощупь участок слизистой оболочки в виде овала или ромба с четкими границами длиной в 1,5-3 см и шириной в 0,5-1см.

Поверхность ромба гладкая, блестящая, ярко-красная или серовато-красная, синюшная, бороздчатая. Образование четко ограничено от окружающих тканей.

Уплотненная форма ромбовидного языка характеризуется тем, что очаг поражения не приподнят над уровнем слизистой оболочки языка.

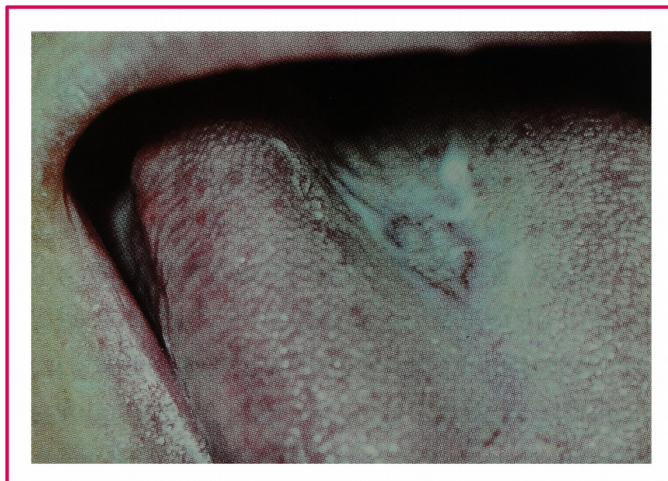


Рис. 5 «Ромбовидный» глоссит (гиперкератолитическая форма).



Рис. 6 «Ромбовидный» глоссит (уплотнённая форма)

Гиперпластическая форма – опухолевидное образование с широким основанием, приподнято над уровнем слизистой оболочки языка. Пациент ощущает этот «ромб» как инородное тело, у него могут появляться боли при его травмировании. Ромбовидный язык чаще наблюдается у мужчин.

Изменения на языке чаще всего не вызывают жалоб у пациентов. Лечение не требуется. Следует соблюдать правила личной гигиены полости рта.

Складчатый язык. Складчатый язык встречается у детей и у взрослых, у детей глубина складок меньше. Складчатый язык является врожденной аномалией формы и размеров языка. Эта аномалия у детей младшего возраста встречается редко, характерна при болезни Дауна. Увеличенный в размерах язык постоянно выдвигается наружу, рот приоткрыт. При этом появляется сухость языка, возникают трещины, или усиливается слюноотделение, что влечет за собой мацерацию окружающих тканей лица.

В препубертатном и пубертатном периодах вместе с ростом всего организма увеличиваются размеры языка за счет разрастания мышечного слоя. На спинке языка появляются симметричные продольные и поперечные складки. Поперечные складки менее глубокие, направлены к основной и более глубокой продольной складке, которая объединяет их в единую систему. Продольная складка располагается строго по средней линии языка. Она начинается от кончика языка и проходит до уровня расположения желобоватых сосочков. При наличии глубокой продольной борозды и сглаженности поперечных складок язык называют щелевидным. На дне отсутствуют сосочки, а на боковых поверхностях складок располагаются сосочки, характерные для нормальной слизистой оболочки языка.

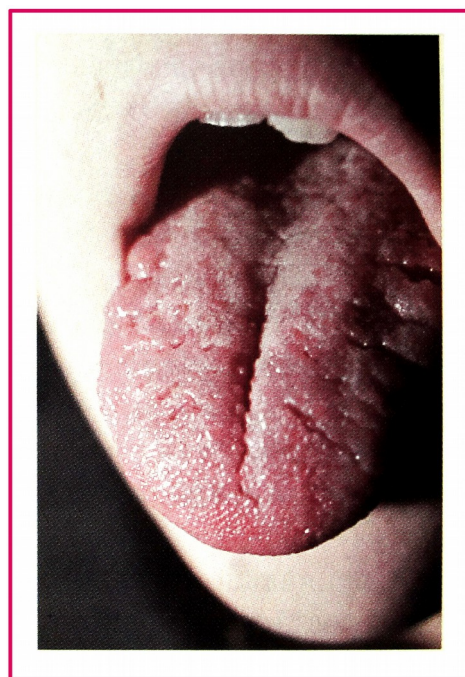


Рис. 7 Щелевидный язык

Подобная анатомно-топографическая аномалия протекает бессимптомно.

Слизистая оболочка складчатого языка более чувствительна к различным раздражителям, ее целостность легко нарушается, на ней размножается микробная флора, особенно *Candida albicans*.

Нередко это приводит к развитию

катарального воспаления или кандидозного глоссита. В этих случаях появляется жжение, боли при действии термических и химических раздражителей. Нарушение гигиены полости рта, скопление остатков пищи и клеток слущенного эпителия приводят к усилению процессов брожения и гниения в складках языка, которые являются причиной неприятного запаха изо рта.

Диагностика складчатого языка трудностей не представляет. Однако следует иметь в виду, что складчатый язык может быть одним из симптомов синдрома Меркельсона-Розенталя. В этом случае он может быть как врожденным, так и приобретенным. Наблюдается некоторое внешнее сходство складчатого языка со склерозирующим глосситом при третичном сифилисе. При этом дольчатое строение языка, обусловленное разрастанием соединенной ткани, сопровождается значительным его уплотнением и уменьшением подвижности.

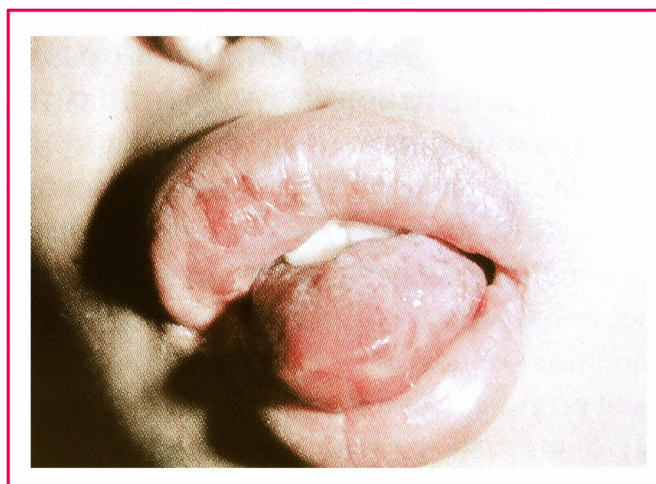


Рис.8 Синдром Россолимо-Мелькерссона-Розенталя (макроглоссия, макрохейлия)

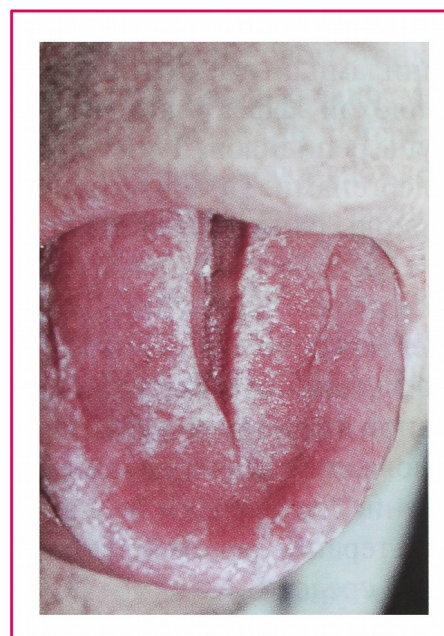


Рис. 9 Гранулематозный глоссит при синдроме Россолимо-Мелькерссона-Розенталя (щелевидный язык).

Диагноз устанавливают на основании клинической картины, изменение слизистой оболочки необратимы.

При врожденном складчатом языке лечение не требуется. Рекомендуется проводить санацию и соблюдение гигиены полости рта для профилактики осложнений.

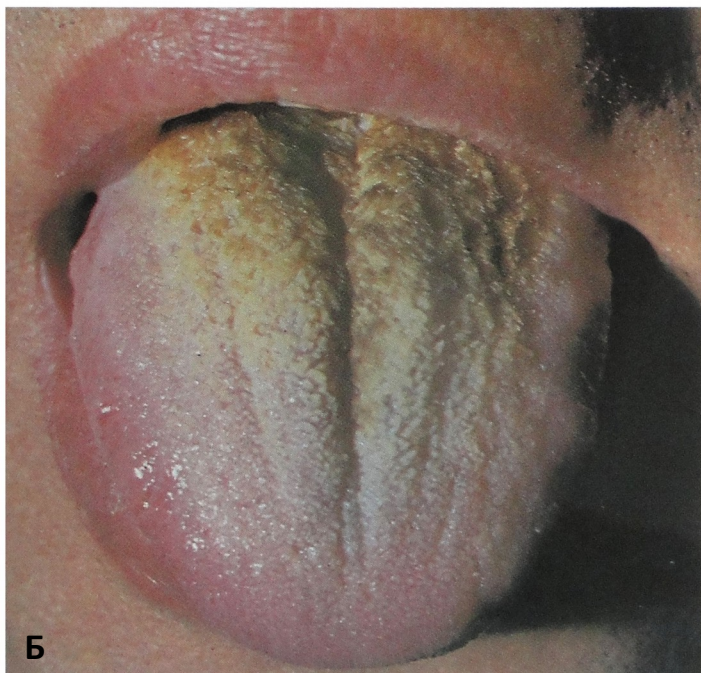
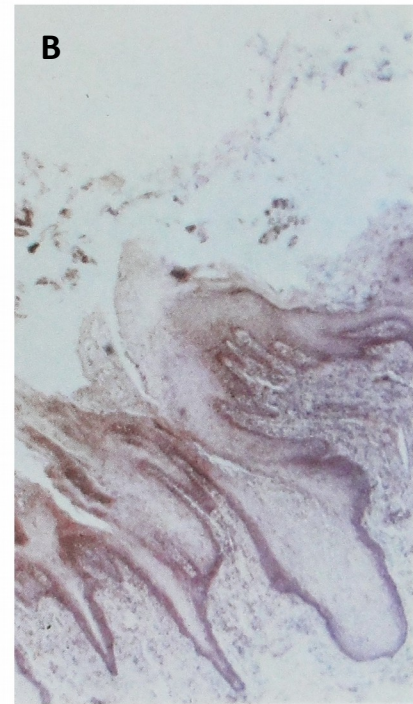
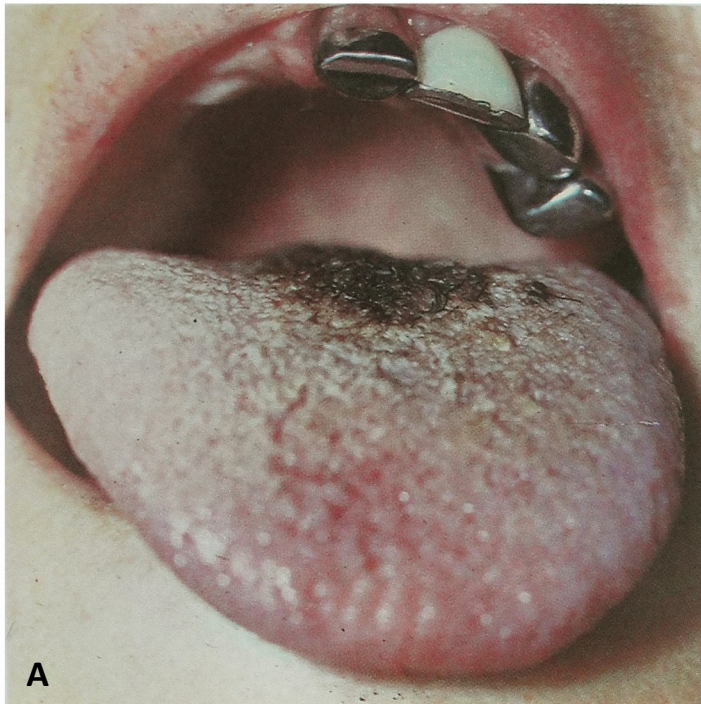


Рис. 10 Черный (волосатый) язык. А – на спинке языка овальной формы участок с удлиненными нитевидными сосочками черного цвета; Б – на спинке языка удлиненные нитевидные сосочки коричневого цвета; В – нитевидные сосочки гиперплазированы, роговой слой значительно утолщен. Микрофото. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 4, ок. 4.

Ворсинчатый (волосатый) язык – редко встречающееся поражение языка, которое характеризуется ороговением разросшихся нитевидных сосочков соломенного, коричневого или черного цвета. Заболевание встречается у взрослых и у детей, развивается незаметно. Исчезновение происходит медленно, характерны рецидивы.

Причины развития ворсинчатого языка полностью не выяснены. Развитие этого заболевания нередко связывают с инфекционными заболеваниями, нарушениями функции желудочно-кишечного тракта и печени. Особенно часто гиперплазия нитевидных сосочков наблюдается у больных хроническим гастритом, колитом, когда среда ротовой полости меняется в щелочную сторону. Волосатый язык появляется при применении антибиотиков, что нарушает микробное равновесие в ротовой полости, способствует развитию кандидозного стоматита. Однако развитие грибковой флоры является вторичным, так как грибковый стоматит обычно появляется на фоне ворсинчатого языка.

Не исключена зависимость от конституционной особенности, которая влияет на трофику, вызывая нарушение обменных процессов в эпителии языка. Ворсинчатый язык часто наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем, курением, вследствие приема лекарственных средств, под действием химических

препаратов, некоторых пищевых продуктов. Иногда воздействие вышеперечисленных факторов может привести к возникновению или рецидиву данного процесса. Возможно, эти вещества приводят к развитию



Рис. 11 «Чёрный волосатый» язык (ложная форма).

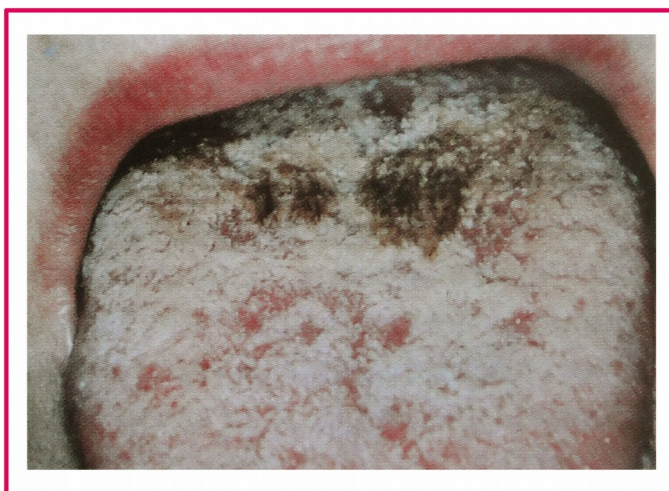


Рис. 12 «Чёрный волосатый» язык (истинная форма).

сенсibilизации, которая проявляется специфическим тканевым отёком с гиперплазией нитевидных сосочков и последующим их ороговением. Эта точка зрения в последние годы становится доминирующей.

Клиника. Гиперплазированные нитевидные сосочки располагаются чаще на задней и средней трети спинки языка. Боковые поверхности и передняя часть имеют нормальный вид. На доросальной поверхности языка нитевидные сосочки утолщаются, удлиняются и ороговевают. Сосочки имеют длину от 0,5 до 3 см. У основания сосочки более толстые и плотные, по направлению к вершинам они постепенно истончаются. Измененные участки слизистой оболочки спинки языка приобретают форму овала или неравномерного треугольника, который вытянут в переднезаднем направлении. Характерным признаком «ворсинчатого» языка является его окраска. У верхушки нитевидные сосочки более темные, чем у основания. Заболевание длится 2-3 недели, но может продолжаться и дольше. Заболевание сопровождается незначительной сухостью слизистой оболочки полости рта, нарушением вкусовой чувствительности. При бактериоскопическом исследовании часто выявляют большое количество лептотрихий.

Диагностика «ворсинчатого» языка не сложная. Изменение окраски слизистой оболочки спинки языка может быть не только при истинном «ворсинчатом» языке, но и при ложном. При этом виден окрашенный налет, который образуется при нарушении гигиенических условий, обострении заболеваний желудочно-кишечного тракта, воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта. При этом отсутствует гиперплазия нитевидных сосочков. Регресс процесса без вмешательств наступает у большинства пациентов в течение 5-10 дней.

Лечение. Прежде всего, следует выяснить причину заболевания и устранить ее. При кандидомикозе назначают противогрибковые препараты, в других случаях витамины группы В для повышения факторов защиты организма. При значительном увеличении нитевидных сосочков языка

некоторые пациенты их сбривают, но это приводит к рецидивам. Необходимо в клинических условиях местно соскоблить поверхностный слой нитевидных сосочков и произвести медикаментозную обработку, а в домашних условиях иметь мягкую зубную щетку для обработки языка.

Зоб языка – редкая аномалия развития корня языка. Зачаток щитовидной железы берет начало от первой-второй жаберных дуг, недалеко от закладки язычных бугорков. В норме тяж клеток будущей щитовидной железы движется в дистальном направлении и отделяется от закладки языка. Если это отделение нарушается, ткань щитовидной железы развивается в толще языка. В таких случаях щитовидная железа на своем обычном месте отсутствует. Эта аномалия развития встречается в 90% случаев у женщин. Язычный зоб чаще является парным выпячиванием в форме полушария величиной от горошины до лесного ореха, расположенным в области слепого отверстия. При этом и в других частях языка могут встречаться «заблудившиеся» зачатки щитовидной железы или остатки язычно–щитовидного протока. Частичное увеличение языка мешает глотанию и речи. Во время беременности зачатки щитовидной железы увеличиваются иногда в такой мере, что необходимо прерывание беременности. В период менструации может периодически увеличиваться часть языка. При удалении ткани щитовидной железы из языка, если щитовидной железы на месте нет, может развиваться микседема.

Острый катаральный глоссит. Острое катаральное воспаление слизистой оболочки, которое локализуется только в области языка, диагностируется как острый катаральный глоссит.

Оно развивается преимущественно в связи с проникновением инфекции (чаще кокковой) через поврежденный эпителий в



Рис. 13 Катаральный глоссит кончика языка

подлежащие ткани языка. Причиной воспаления могут служить различные механические факторы: острые края кариозных зубов, некачественные одиночные металлические коронки или протезы, а также затрудненное прорезывание зубов, зубные отложения, отсутствие ухода за полостью рта.

При инфекционной природе глоссита воспалительный процесс обычно определяется на спинке или боковых поверхностях языка ближе к его краю. На этих участках для развития воспаления существует наиболее благоприятные анатомно-физиологические условия. Богатая сеть кровеносных и лимфатических сосудов, наличие слизистых желез, фолликулов, создают благоприятные условия для внедрения микроорганизмов в ткани языка, быстрого развития и распространения воспаления.

Клиника. Заболевание начинается с появления болей в языке. Боли возникают и усиливаются во время разговора, при приеме пищи, особенно грубой или острой. Поверхность слизистой оболочки языка гиперемирована, ткань отечна, на боковых поверхностях языка видны отпечатки зубов. На 2-3-й день развития воспалительного процесса спинка языка покрывается налетом вследствие нарушения гигиенических условий, скопления десквамативных клеток эпителия и выпота экссудата. Язык



Рис. 14 Катаральный глоссит (вентральная поверхность).

несколько увеличен, слегка уплотнен, грибовидные сосочки несколько увеличены и четко видны на фоне обложенной налетом слизистой оболочки, наблюдается умеренная гиперсоливатация.

Диагностика затруднений не вызывает.

Лечение: устранение причины развития заболевания – механических и химических факторов. Назначают частые (6-8 раз в день) полоскания и ванночки теплых растворов слабых антисептиков, преимущественно растительного происхождения (шалфей, ромашка, календула и др.). При налете на слизистой оболочке языка рекомендуется полоскание 1-2% раствором гидрокарбоната натрия (питьевая сода). Для купирования болей назначают обезболивающие средства в виде аппликаций 3% раствора новокаина на микроциде, 10% раствора анестезина, раствора цитраля и др.

Прогноз благоприятный.

Хронический глоссит

Воспалительный процесс начинается с гибели нитевидных сосочков на спинке языка в виде ярко-красных пятен неправильной формы с резкими контурами. Позже пятна сливаются, грибовидные сосочки погибают. Вся спина языка становится зеркально гладкой, блестящей. Она может быть ярко-красной (эритематозный глоссит) или бледно-розовой. Гладкая, истонченная слизистая оболочка языка склонна к образованию трещин. В результате длительных или повторяющихся воспалений может развиваться *Lingua Assurata*. На атрофированной слизистой оболочке языка под действием травм легко возникают эрозии и язвы.

Ряд авторов отмечают, что хронический глоссит, который наблюдается в пожилом возрасте, имеет и другие симптомы. При этом наблюдается гипертрофия мускулатуры языка, гиперкератоз нитевидных сосочков, уменьшение слюноотделения, а также жалобы на извращение вкуса.

Хроническое воспаление слизистой оболочки языка сопряжено с чувством жжения, боли, которая может быть постоянной или появляться периодически, приступами. Поверхность слизистой оболочки языка очень чувствительная к внешним раздражениям. Так, горячая, соленая, пряная пища вызывает сильную боль, что мешает еде. Остальные симптомы довольно изменчивы. Ощущение вкуса может быть нормальным или

наблюдается его расстройство. Слюноотделение снижается. Частой жалобой является отсутствие аппетита и затруднение речи.

Этиология. Хронический глоссит может возникнуть при расстройствах кроветворения, при авитаминозе В, при заболеваниях пищеварительной системы, при кандидомикозе, диабете, лишае слизистой оболочки в качестве сопутствующего симптома, а также при синдроме Шегрена.

Клиника. Помимо перечисленных объективных и субъективных симптомов одним из наиболее постоянных и очень ранних симптомов пернициозной анемии является глоссит Меллера-Хантера, который связан с возникновением характерного зеркального языка. Язык ярко-красный, контрастом чему служит бледный, даже бледно-желтый цвет остальных участков слизистой оболочки полости рта.

Хронический глоссит наблюдается при микроцитарной железодефицитной анемии как частое явление синдрома Пламмера-Винсона. В таких случаях цвет депапиллированной слизистой оболочки языка может быть красным или очень бледным, как и слизистой оболочки остальных участков полости рта. На анемически-атрофической слизистой оболочке языка очень часто возникают эрозии, лейкоплакия. В некоторых странах, где это заболевание часто встречается, например, в Скандинавии, такой процесс расценивается как преканцерозное состояние. Изменения слизистой оболочки языка часто предшествуют изменениям картины крови и наблюдаются одновременно с понижением кислотности желудочного сока. Подобные изменения возникают при синдроме Шегрена.

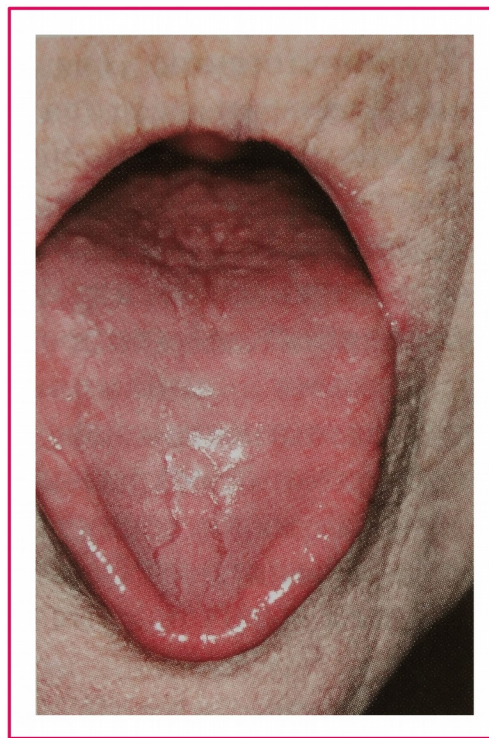


Рис. 15 Поражение языка при болезни Шёгрена (атрофический глоссит).

Десквамативный глоссит. Воспалительно-дистрофическое заболевание слизистой оболочки языка, на поверхности которого появляются различные по величине, резко ограниченные бледно-красные пятна с неровными краями, окаймленные белыми полосами. Поверхность языка напоминает географическую карту. Это заболевание называют еще блуждающей эритемой, блуждающим глосситом, так как пятна часто меняют расположение и форму. Пятна чаще располагаются на спинке и боковых поверхностях языка.

Десквамативный глоссит часто наблюдается у детей в возрасте от одного года до четырех лет. Это заболевание может наблюдаться и у грудных детей в 2-4-х недельном возрасте. Десквамативный глоссит встречается как в юношеском, так и в пожилом возрасте. В период менопаузы может быть обострение процесса. Приблизительно в 40% случаев десквамативный глоссит встречается на складчатом языке.

Этиология и патогенез заболевания окончательно не выяснены. Наиболее часто десквамативный глоссит наблюдается при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта и кроветворной системы. Причиной его развития могут быть также вегетативно-эндокринные расстройства, острые инфекционные заболевания, коллагеноз. Существует мнение, что это заболевание является одним из проявлений эксудативного диатеза. Частота десквамативного глоссита у детей, страдающих эксудативным диатезом, составляет 65%. Существенная роль принадлежит также глистной инвазии. Предполагают, что в развитии заболевания большое значение имеет вирусная инфекция, гиперергическое состояние организма, наследственные факторы, авитаминоз, грибковые инфекции, гормональные расстройства. Местные раздражающие факторы могут усугублять это состояние.

Клиника. Клинически выделяют: поверхностную, гиперпластическую, лихеноидную формы заболевания.

Поверхностная форма десквамативного глоссита характеризуется появлением хорошо ограниченных красных полос и пятен на дорсальной поверхности и краях языка. Пятна, увеличиваясь в размерах, медленно распространяются к средней линии и кончику языка. С его поверхности отторгается



Рис. 16 Десквамативный глоссит (поверхностная форма).

утолщенный эпителий сосочков, возникает характерная клиническая картина. На спинке языка видны одно или 2-3 красных пятна. У краев пятен имеется немного выдающаяся серовато-белая зигзагообразная полоса с резкими краями шириной в 1-3 мм. Эти полосы состоят из набухших, слипшихся от фибринового экссудата нитевидных сосочков. Воспаленная область слизистой оболочки по сравнению с окружающими участками немного впавшая, нитевидные сосочки на ней уплощены, сглажены. Грибовидные сосочки кажутся большими и выглядят как красные выпячивания величиной с булавочную головку. Процесс может распространяться на большую или меньшую часть спинки языка, а также на нижнюю его поверхность. Красные пятна в большинстве случаев круглые, но встречаются и в форме полукруга или $\frac{3}{4}$ круга. Воспаленные участки, увеличиваясь у краев, сливаются между собой, образуется гирляндобразный рисунок. Пятна исчезают через более-менее продолжительный срок, но часто они рецидивируют, появляются на других участках языка, а могут возникать на одном и том же месте. В результате рецидивов заболевания слизистая оболочка языка атрофируется, сосочки исчезают, остаются депапиллированные участки разных размеров. Поверхность языка становится гладкой и блестящей. У большинства больных, особенно у детей, изменения на слизистой оболочке языка не вызывают каких-либо ощущений. Лишь

некоторые больные жалуются на покалывания, чувство жжения или парестезии в языке. Такие ощущения обычно наблюдаются у тех больных, которые не соблюдают правила гигиены полости рта, а также при несанированной полости рта. Нередко такие жалобы появляются у лиц, когда десквамативный глоссит развивается на фоне складчатого языка. По данным ряда авторов около 50% лиц со складчатым языком имеют десквамативный глоссит. Анатомические особенности строения, характерные для складчатого языка, создают благоприятные условия для размножения микрофлоры в складках языка, особенно грибов, которые могут быть причиной появления подобных ощущений.

Гиперпластическая форма десквамативного глоссита характеризуется очаговым утолщением нитевидных сосочков языка. Вокруг десквамированных зон появляется незначительный кератоз. Участки кератоза образуют узкие извитые «нити» и «полосы» беловатого цвета, которые окружают участки десквамации. Нередко эти участки, увеличиваясь, сливаются между собой, охватывая значительную часть спинки языка и его боковых поверхностей. Перманентно в эпителизированных зонах или на прилегающих к ним участках происходит десквамация, которая в течение нескольких дней исчезает. Таким образом, на протяжении многих лет возникают очаги десквамации, образуя при этом все новые и новые рисунки, которые по своей форме напоминают географическую карту.



Рис. 17 Десквамативный глоссит (гиперпластическая форма).

Лихеноидная форма десквамативного глоссита характеризуется появлением участков десквамации эпителия слизистой оболочки языка различной формы и величины за счет перераспределения нитевидных сосочков и их группировки в окружении обнаженных участков. На участках десквамации грибовидные сосочки увеличены. Картина изменений поверхности языка не носит постоянного характера. Очаги десквамации могут перемещаться по поверхности языка. Субъективные ощущения могут

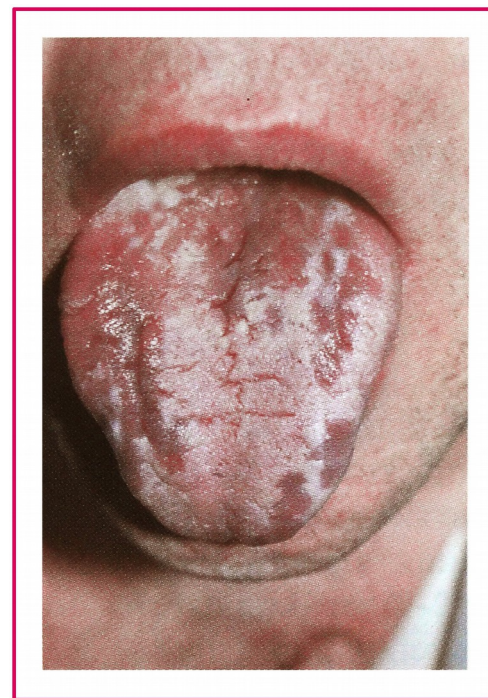


Рис. 18 Десквамативный глоссит (лихеноидная форма).

сопровождаться чувством жжения. Эта форма глоссита встречается при гиперчувствительности слизистой оболочки языка к различным металлам, используемым в протезировании, а также у больных, страдающих нейроэндокринными расстройствами.

Десквамативный глоссит развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта и других системных заболеваний. У больных соматическими заболеваниями обострение процесса сопровождается повышением интенсивности десквамации эпителия слизистой оболочки языка.

Гистология. В начале заболевания определяется истончение эпителия, местами его отсутствие. В собственном слое слизистой оболочки языка имеются воспалительные инфильтраты смешанного типа. При электронной микроскопии отмечается фрагментация сосочков языка в окружении десквамированных участков эпителия. В последующем умеренный паракератоз и гиперкератоз.

Диагностика заболевания трудностей не представляет. В ее основе лежат характерные изменения слизистой оболочки дорсальной и боковой

поверхностей языка и склонность этих изменений постоянно менять свои границы. Прогноз заболевания благоприятный.

Следует дифференцировать десквамативный глоссит с красным плоским лишаем, лейкоплакией, вторичным рецидивным сифилисом, десквамацией на слизистой оболочке языка при авитаминозе В₂, В₆, В₁₂, аллергическими состояниями, вирусной инфекцией, с ромбовидным глосситом и др.

Лечение. Специфического лечения нет: Целесообразно проводить санацию полости рта, устранение различных раздражителей, рациональный уход за полостью рта, слабощелочные полоскания, ванночки. При появлении чувства жжения необходима ирригация и ванночки с раствором цитраля (25-30 капель 1% раствора цитраля на пол стакана воды), аппликации 5-10% взвеси анестезина в масляном растворе витамина Е. Хорошее действие оказывает пантотенат кальция (витамин В₅), который назначают внутрь по 0,1 – 0,2 , 3-4 раза в день в течение 3-4 недель. Следует проводить лечение соматических заболеваний и гипосенсибилизирующую терапию. В случае субъективных жалоб следует сделать анализ крови. Если у больного обнаружена анемия, назначают препараты железа и В₁₂. При дескваматическом глоссите в состоянии менопаузы назначают седативные препараты и препараты группы В. Положительный эффект наблюдается при проведении новокаиновых блокад в области язычного нерва (на курс лечения - 10 инъекций). При выраженной болезненности целесообразно назначать местные обезболивающие средства. Обязательно выявление сопутствующих заболеваний. При кандидомикозе больному назначают противогрибковые средства. Рекомендуется избегать местных раздражающих факторов (пряных блюд, курения).

Следует помнить, что при развитии и особенно длительном течении десквамативного глоссита у лиц пожилого возраста нередко развивается канцерофобия. В предупреждении развития таких состояний существенную роль играют индивидуальные беседы и правильная деонтологическая

тактика. Больного надо успокоить, сообщив ему, что заболевание языка доброкачественное. Прогноз для жизни благоприятный.

Ромбовидный глоссит

Ряд авторов считает, что ромбовидный язык своеобразная патология его развития – нарушение процессов эмбриогенеза.

Этиология и патогенез ромбовидного языка полностью не выяснены. В настоящее время большинство исследователей предполагают, что его развитие обусловлено нарушением процессов эмбриогенеза, которые приводят к сохранению парного бугорка языка. Нарушение эмбриогенеза связано с образованием дополнительного эпителиального слоя, который постепенно разрастаясь под влиянием различных экзогенных раздражителей, приводит к развитию ромбовидного глоссита.



Рис. 19 «Ромбовидный» глоссит (гиперпластическая форма).

Ромбовидный глоссит – хроническое заболевание, длится годами, обычно не прогрессирует. При ромбовидном глоссите на задней трети языка строго по средней линии кпереди от желобоватых сосочков располагается уплотненный на ощупь участок слизистой оболочки. Размеры очага поражения у отдельных больных не постоянны и колеблются от 0,5 до 2,5 см. По форме такое образование чаще всего напоминает ромб. Иногда ромб незначительно выступает над поверхностью слизистой оболочки языка. В таких случаях эта зона довольно четко отграничена от окружающей ее слизистой оболочки. Иногда возвышения бывают значительными. Измененная зона отличается от обычной слизистой оболочки своей окраской. Она иногда красная, ярко-красная, в других случаях поверхность ромба

приобретает синюшный или опалесцирующий оттенок, который свидетельствует о наклонности слизистой оболочки к ороговению.

Клиника. Разнообразие клинического течения ромбовидного глоссита позволило выделить три формы заболевания: плоскую или гладкую, бугорковую или бугристую, папилломатозную или гиперпластическую.

При плоской форме поверхность языка в зоне поражения гладкая, полированная, не выступает над окружающей слизистой оболочкой. Сосочки отсутствуют, окраска красная, иногда у пожилых людей она с цианотичным оттенком. Участок поражения уплотнен, болезнен. Подчелюстные лимфатические узлы при плоской и других формах ромбовидного глоссита не определяются.

При бугорковой форме ромбовидный, круглый или овальный участок поражения состоит из бугорков различных размеров, отделенных друг от друга, четко выраженными складками, которые, как 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, тогда он приобретает молочно-белую окраску и слегка опалесцирует. Участок поражения на протяжении всей жизни не увеличивается. Он постоянно сохраняет форму и размеры.

При папилломатозной форме ромбовидного глоссита наблюдаются наиболее выраженные изменения. Эта форма характеризуется папилломатозными разрастаниями, которые значительно выступают над спинкой языка. Они имеют широкое основание, уплощенные вершины, беловато-розовый цвет. Образование нередко достигает 3-5 см в диаметре. В результате папилломатозных разрастаний формируется приподнятый, бугристый, довольно плотный, изредка воспаляющийся очаг. В таких случаях у больных появляется ощущение присутствия инородного тела во рту, из-за того, что участок легко травмируется, пациенты часто отмечают болезненность.

Гистологические изменения при плоской форме ограничиваются умеренным утолщением эпителия за счет шиповидных клеток. В соединительной ткани определяется незначительный инфильтрат, который состоит в основном из лимфоцитов и небольшого количества клеток гистиоцитарного ряда. Акантоз и фиброз выражены слабо.

При папилломатозной и бугорковой формах имеется значительное увеличение эпителиальных слоев (акантоз) и гиперкератоз. Инфильтрат собственно слизистого слоя содержит клеточные элементы, характерные для хронического воспаления. Степень пролиферации соединительной ткани отражает тот или иной характер клинического проявления бугорковой и папилломатозной форм ромбовидного глоссита.

Все три разновидности ромбовидного глоссита, а прежде всего, плоская могут протекать без каких-либо ощущений.

Большинство больных, если не обратить их внимания на изменения, обычно не знают о существовании у них подобных изменений. Лишь некоторые отмечают сухость во рту, шероховатость спинки языка, чувство жжения, а иногда и боль. Такие жалобы появляются чаще в тех случаях, когда развивается воспаление.

Ромбовидный глоссит обычно имеет доброкачественное течение. Клиническая и морфологическая картина остается без изменений на протяжении многих лет. Лишь при неблагоприятных условиях (постоянное раздражение, снижение защитных сил организма) бугорковая и папилломатозная формы глоссита проявляют склонность к прогрессированию процесса. Эта группа больных должна находиться на



Рис. 20 «Ромбовидный» глоссит (папилломатозная форма).

диспансерном учете. Такие больные в связи с возможным озлакачиванием ромбовидного глоссита, подлежат периодическим осмотрам не реже одного раза в течение 3-6 месяцев.

Лечение. Тактика врача зависит от формы ромбовидного глоссита. При плоской форме лечения не проводят. Бугорковая и папилломатозная формы при склонности к разрастанию ткани подлежат хирургическому лечению. Рекомендуется иссечение разросшейся ткани в пределах ромбовидного участка. При папилломатозных разрастаниях эффективна криотерапия.

Абсцесс языка

Абсцесс развивается при проникновении инфекции в ткани языка при его травмировании. Различают

поверхностный абсцесс, расположенный непосредственно под слизистой оболочкой и глубокий, который развивается в мышечном слое языка.

Поверхностный абсцесс локализуется преимущественно в области спинки языка.

Воспалительный процесс

развивается быстро и, как правило, быстро отграничивается. При осмотре определяют отек языка и возвышающийся гиперемизированный участок слизистой оболочки, соответствующий очагу воспаления. При пальпации языка этот участок уплотнен, характерна резкая боль. Функция языка частично нарушена, подвижность его ограничена. Позднее на участке расположения абсцесса появляется выраженная флюктуация. Вследствие истончения слизистой оболочки, покрывающей абсцесс, он может вскрыться и затем разрешиться самопроизвольно через несколько дней.

При локализации абсцесса в толще языка заболевание протекает более тяжело. Воспалительный процесс сопровождается повышением температуры



Рис. 21 Абсцесс кончика языка.

тела, недомоганием, ускоряется СОЭ, развивается лейкоцитоз. Язык резко отечен. Иногда он увеличивается настолько, что не помещается в полости рта. При таком состоянии мягкое небо смещается кверху. Воспалительный процесс распространяется на корень языка, надгортанник. В процесс вовлекается дно полости рта,

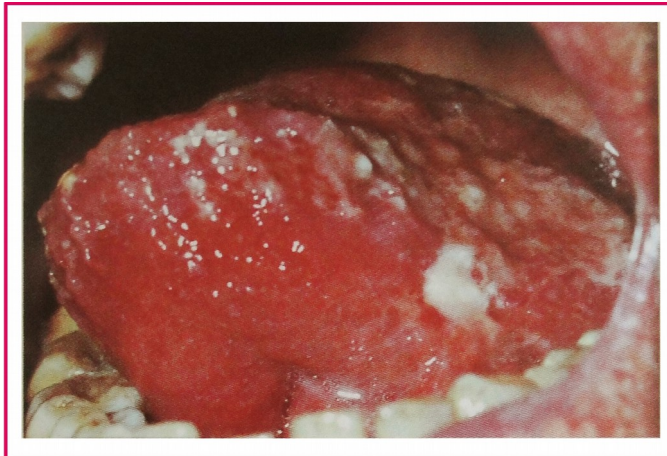


Рис. 22 Флегмона языка.

присоединяется отек голосовой щели, затрудняется дыхание. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, не спаяны с подлежащими тканями. Запоздавая диагностика и выжидательная тактика лечения могут привести к развитию флегмонозного глоссита. При этом процесс распространяется на подбородочную область и шею. Возможно развитие такого грозного осложнения как медиастенит.

Лечение. В начале заболевания применяют частые полоскания антисептическими средствами и назначают антибиотики, что нередко позволяет избежать образования абсцесса. При развитии абсцесса предусмотрено хирургическое лечение – вскрытие. После оттока гнойного содержимого полость обрабатывают раствором протеолитических ферментов с антибиотиками. Рану дренируют. Назначают антибиотики, поливитамины. После оперативного вмешательства рекомендуют проводить частые орошения ротовой полости антисептическими растворами.



Рис. 23 Миозит языка.

Организм человека – сложное, динамически управляемое образование, стабильность которого обусловлена одновременным функционированием целого ряда органов и систем.

Один из важных и сложных разделов практической медицины являются заболевания слизистой оболочки полости рта, языка и губ.

Существующие взаимосвязи между поражениями слизистой оболочки полости рта, языка, губ и системной патологией должны настораживать как пациентов, так и врачей стоматологического и соматического профилей.

При многих системных заболеваниях слизистая оболочка полости рта, губ и языка реагируют появлением различного рода нарушений: расстройствами трофики тканей, кровоточивостью, отечностью, дискератозом. Некоторые проявления патологии на слизистой полости рта, губ и языка четко указывают на тот или иной вид органного или системного нарушения и имеют большое диагностическое значение. Однако в большинстве случаев, несмотря на разную этиологию и патогенез, проявление системных заболеваний на слизистой оболочке полости рта не носит специфического характера. Имеются сходные, порой внешне идентичные клинические признаки, что создает сложности в диагностике.

Так как изменения слизистой оболочки рта, языка, губ могут проявляться раньше других клинических симптомов системных заболеваний или одновременно с ними, пациенты нередко обращаются к врачу стоматологу. В свою очередь гастроэнтерологи, эндокринологи, кардиологи, гематологи могут привлечь стоматолога для консультации и совместной курации пациентов с поражением слизистой оболочки рта, языка и губ.

Наиболее часто поражение слизистой оболочки полости рта, языка и губ, наблюдается при патологии различных органов и систем организма, нарушениях обмена веществ.

При простудных заболеваниях у детей повышается температура, слизистая оболочка полости рта и языка отечна, гиперемирована с синюшным оттенком. Спинка языка покрыта налетом. Увеличиваются

грибовидные сосочки. В период выздоровления слюноотделение усиливается и налет исчезает. Если на стенке языка остается налет, значит, имеется осложнение.

Заболевание желудочно-кишечного тракта часто вызывает изменение слизистой оболочки языка. Появление вертикальных бороздок по краям языка тому подтверждение.

У детей с повышенной кислотообразующей функцией желудка наблюдается усиление слюноотделения, язык отекает, покрыт серым налетом, на его боковых поверхностях видны отпечатки зубов (Сомова К.Т., 2001).

При остром гастрите язык отекает, налет толстый, серый, покрывает всю поверхность языка, кроме боковой поверхности и его кончика. Больной отмечает сухость языка, привкус горького, кислого, иногда язык покрыт слизью, появляется неприятный запах изо рта.

При хроническом гастрите, энтерите, колите налет на языке беловато-серого цвета, иногда темный, не занимает всей его поверхности. На боковой поверхности языка отпечатки зубов. На спинке языка гиперпластически измененные сосочки. Больной отмечает нарушение вкусовой чувствительности, парестезии.

При хроническом гастродуодените нередко наблюдается гиперкератоз нитевидных сосочков, гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков, гиперемия слизистой оболочки языка, налет беловато-серый, присутствует клейкая слизь. При этом наблюдаются множественные поражения зубов. Заболевания кишечника способствует появлению множественных трещин афт, эрозий, налета на языке. При этом нередко наблюдаются поражение зубов, носоглотки. У пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки язык отекает, налет сероватого цвета, который трудно снимается, клейкая слизь. При желудочных кровотечениях появляются сухость и бледность языка. Налетом покрыта вся его поверхность, при раке желудка. В налете присутствуют эпителиальные клетки, слизь, микрофлора, лейкоциты. При карциноматозной кахексии

появляется бледность языка, иногда трещины. Острое воспаление брюшины характеризуется появлением трещин, налета, язв. Заболевание склонно к рецидивам. (Банченко Г.В. с соавт., 2000; Краснова Н.В., 2000; Сомова К.Т., 2001; Бабий И.Л. с соавт., 2010; Острижная И., 2010; Романенко Е.Г., 2011).

Для острого панкреатита характерна сухость языка, увеличение числа нитевидных сосочков, гиперплазия грибовидных сосочков, язык утолщён, обложен налетом. На спинке языка очаговая десквамация эпителия. При хронических заболеваниях печени на поверхности языка видны геморрагии. Язык отечен, нижняя его поверхность цианотична. Нитевидные сосочки атрофированы, дорзальная поверхность может быть красной.

При гипофункции щитовидной железы наблюдается сухость языка и губ, а при гиперфункции – тремор языка, снижение вкусовой чувствительности (Фабрикант М.Б., 2006; Бабий И.Л. с соавт., 2010).

Нарушение функции гипофиза сопровождается увеличением количества нитевидных сосочков, утолщением языка, образованием на нем складок (Фабрикант М.Б., 2006).

При хронической недостаточности коры надпочечников появляются коричневые пятна различной формы без признаков воспаления на слизистой оболочке рта и боковых поверхностях языка.

При гиперфункции коры надпочечников на спинке языка появляются участки гиперкератоза, афты, кандидамикоз (Банченко Г.В. с соавт. 2000).

При недостатке **витамина А** характерна сухость слизистой оболочки полости рта, языка.

При дефиците **витамина В₁** наблюдается гиперплазия грибовидных сосочков языка, парестезия и аллергические реакции слизистой оболочки полости рта.

Гиповитаминоз В₂

способствует развитию ангулярного стоматита, при котором изменяется слизистая оболочка языка, губ. В углах рта определяется мокнутие и мацерация эпителия. Диагностируется поверхностная форма десквамативного глоссита.



Рис. 24 Гиповитаминоз В₂. На фоне сухой и гиперемированной красной каймы и слизистой оболочки губ мелкие вертикальные трещины.

При гиповитаминозе В₆ наблюдаются симптомы расстройства нервной системы, желудочно-кишечного тракта, ангулярный стоматит. При заболеваниях нервной системы наблюдается потеря вкусовой и тактильной чувствительности языка, может быть паралич и атрофия, которые зависят от повреждения нервных элементов. Частым признаком является глоссалгия невралгия язычного нерва.

Недостатка в организме витамина В₁₂ сопровождается развитием десквамации эпителия слизистой оболочки языка. Развивается десквамативный глоссит (Банченко Г.В. с соавт., 2000; Фабрикант М.Б., 2006; Острижная И., 2010). Гиповитаминоз В₁₂ – дефицитная анемия, которая сопровождается невротическими нарушениями и изменениями кроветворения. При этом у больных появляется боль, онемение, жжение языка. На его поверхности появляются ярко-красные участки с повышенной чувствительностью к кислой пище. Очаги поражения покрывают чаще края и кончик языка, но могут располагаться на всей его спинке. Такой процесс называют глоссит Хантера-Миллера. На языке определяют эрозии, язвы, в углах рта появляются трещины. В воспалительный процесс может вовлекаться вся слизистая оболочка полости рта, иногда глотки и пищевода.

После лечения воспалительный процесс купируется, сосочки языка атрофируются, спинка его становится гладкой. Рецидивы этого заболевания способствуют развитию гиперплазии сосочков у корня языка, кератоза.

У больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы нередко наблюдается отек, цианоз слизистой оболочки полости рта, языка, губ. На спинке языка трещины, эрозии, язвы. Такие симптомы в полости рта появляются при болезнях кроветворной системы.

Полицитемия. Кожа лица темно-красная, особенно нос, уши, губы, язык. Такого же цвета и слизистая оболочка полости рта. На коже и слизистой оболочке полости рта видны расширенные сосуды, телеангиэктазии.

Больные жалуются на головную боль, головокружение, на кровоточивость десен. Наблюдаются спонтанные кровотечения из носа и горла, склонность к тромбозу.

Часто развивается глоссит, язык бороздчатый, на его поверхности отсутствие нитевидных и грибовидных сосочков, слизистая оболочка атрофирована. При этом отмечается отек межзубных сосочков, поражение тканей пародонта, подвижность зубов. Частые осложнения: лейкоз, кровотечения и тромбоз. Картина характерна для инфаркта миокарда.

Пузырно-сосудистый синдром чаще бывает у женщин старшего возраста, которые страдают артериальной гипертензией. У больных появляются плотные пузыри, после вскрытия которых образуются эрозии, геморрагии на слизистой оболочке мягкого неба, боковых поверхностей языка, щек.

При порталной гипертензии наблюдается расширение подъязычных вен, которые при травмировании кровоточат. У таких больных нередко наблюдается расширение вен нижних конечностей.

При сахарном диабете наблюдается воспалительный процесс слизистой оболочки полости рта. Вначале развития заболевания определяется налет на спинке языка, гиперкератоз нитевидных и гиперплазия грибовидных сосочков, которые возвышаются в виде красных точек. Часто видна

складчатость языка, который увеличен в размере, сухость слизистой оболочки. На боковой поверхности языка отпечатки зубов.

При декомпенсации диабета возможно появляются декубитальные язвы и изменения губ: сухость слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с трещинами, заедами, корками, гиперемией в зоне Клейна. Развивается ангулярный хейлит. В фазе компенсации диабета все проявления исчезают. Изменения слизистой оболочки языка носят более стабильный характер. Слизистая оболочка языка истончена, появляется его сухость парестезии (Банченко Г.В. с соавт., 2000).

При болезнях крови у больных часто наблюдаются первые симптомы заболевания на слизистой оболочки полости рта.

Анемия

При этом заболевании число эритроцитов и гемоглобина уменьшается. Помимо общих симптомов отмечается сухость кожи, воспаление слизистой оболочки полости рта и спинки языка, на которой нитевидные сосочки быстро стираются и в дальнейшем атрофируются, появляются сухость языка, трещины, эрозии, язвы, развивается ангулярный стоматит. Эти симптомы характерны для начала общего заболевания.

Железодефицитная анемия – содержание гемоглобина в эритроцитах ниже нормы, наблюдается при дефиците витаминов группы В и железа.

Клиника. Больные жалуются на слабость, головную боль, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, отдышку, отсутствие аппетита. При этом у больных появляется жжение языка, извращение вкусовой чувствительности,



Рис. 25 Стафилококковый ангулярный хейлит. Желтые корки на красной кайме губ и прилегающей коже.

парестезии, боли, затрудненное глотание сухой и твердой пищи, ощущение в горле «кома», трещины губ и в углах рта. Спинка языка бледная и сухая из-за атрофии нитевидных и грибовидных сосочков. Язык гладкий полированный. Развивается ангулярный хейлит.

Пернициозная анемия

Клиника. У данных больных лицо бледное, кожа желтоватого оттенка, тонкая, атрофичная, волосы седые. Жалобы на утомляемость, слабость. Первые жалобы появляются со стороны работы желудка, большого беспокоят поносы и запоры, понижается чувствительность конечностей, их мышечная слабость. Частая жалоба на чувство жжения языка, который ярко-красного цвета, а остальная слизистая оболочка полости рта бледно-желтая. Это симптомы глоссита Хантера. Нитевидные и грибовидные сосочки атрофируются, спинка языка становится гладкой воскового блеска. Затем атрофируется и вся слизистая оболочка полости рта. Она выглядит тонкой, морщинистой, на ней появляются трещины, эрозии и язвы. Тот же процесс виден на красной кайме губ и в углах рта, снижается слюноотделение, появляется сухость во рту, затрудненное глотание пищи.

При гемофилии наблюдаются кровотечения десен, при прикусывании языка.

Лейкоз – злокачественное заболевание органов кроветворения. В одних случаях при общем удовлетворительном состоянии человека появляются внезапно жалобы, а через 1-2 недели полная картина заболевания. В других случаях начало болезни неопределенное: слабость, плохое самочувствие, незначительное повышение температуры тела, боль в горле, суставные боли. Известно, что у 90,9 % больных острым лейкозом наблюдается поражение слизистой оболочки полости рта и поэтому больные нередко обращаются к стоматологу.

Диагностика часто затруднена. Следует обратить особое внимание на общие симптомы: слабость, быстрая утомляемость, кишечные, маточные, носовые кровотечения. У больных кожа лица и тела бледная, слизистая

оболочка полости рта, языка и мягкого неба легко ранима, видны кровоизлияния. Слизистая оболочка альвеолярных отростков пастозная, десна рыхлая, кровоточит, в дальнейшем появляются эрозии, язвы покрытые некротической пленкой и коркой. Такое состояние вызывает у больного боль при еде и разговоре.

В углах рта развиваются «лейкемические» заеды. Таким образом, при остром лейкозе развивается язвенно-некротический стоматит, геморрагические проявления. Язык покрыт темно-бурым налетом, изъязвление его стенки и боковых участков (язвенный глоссит), зубы подвижные удаление зубов чревато кровотечением, долгое время не заживают мягкие ткани десны.

В дальнейшем у больного уменьшается слюноотделение и появляется зловонный запах изо рта. Лимфатические узлы при остром лейкозе несколько увеличены, безболезненны.

Для постановки диагноза острого лейкоза необходимо обязательно провести исследование крови и костного мозга.

Основы врачебной тактики при поражениях слизистой оболочки полости рта, языка, губ:

1. Для рационального лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, языка, губ требуется тщательное обследование пациента и контакт терапевта-стоматолога с другими специалистами, в первую очередь с терапевтом, а также узкими специалистами: гастроэнтерологом, гематологом, кардиологом;

2. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта необходимо рассматривать с позиций состояния целостного организма. Поэтому в большинстве случаев нельзя ограничиваться только местными воздействиями на очаги поражения слизистой оболочки, осуществляемыми стоматологом. Лечение должно начинаться только после установления предварительного диагноза и отвечать следующим требованиям:

- быть комплексным;

- обеспечивать патогенетический подход;
- не нарушать анатомно-физиологических свойств слизистой оболочки полости рта;
- устранять болевой фактор;
- способствовать оптимизации эпителизации очагов поражения;
- предусматривать активное привлечение больного к выполнению лечебных процедур в домашних условиях.

3. Аксиомой для стоматолога должна быть устранение всех неблагоприятных раздражающих факторов в полости рта, которые могут поддержать и провоцировать развитие патологического процесса. Нельзя применять прижигающие средства и длительно использовать для полоскания рта одних и тех же средств.

Таким образом, при некоторых заболеваниях изменения цвета и общего вида слизистой оболочки полости рта, поверхности языка самостоятельного, диагностического значения не имеют. Однако в сочетании с другими симптомами вид губ, языка слизистой оболочки полости рта может помочь в уточнении диагноза. Прогностическое значение изменения органов и тканей полости рта велико. На врача-стоматолога ложится ответственность за диагностику ранних проявлений общих заболеваний, при проведении тщательного обследования больного. Своевременная и правильная оценка описанных состояний в практике врачей других специальностей весьма необходима и целесообразна для постановки диагноза и выбора метода лечения.

Светотерапия

XX век – век технического прогресса способствовал бурному развитию нового метода воздействия электромагнитных волн оптического диапазона на организм человека с лечебной целью.

Человек постоянно находится в электромагнитном поле и сам является частью этого поля (Породенко О.Н., с соавт., 2002).

Созданы устройства низкочастотного лазера с длиной волны 632,8 нм. Известно, что световая энергия в импульсивном режиме излучения физиологически ближе к внутренней системе организма и приводит к ярко выраженной генерализованной реакции.

В последние десятилетия в медицине используют когерентное лазерное и некогерентное светоизлучение красного спектра свечения в диагностике, лечении различных заболеваний и профилактике осложнений.

Известно, что лазерный луч, проникая через кожу и другие ткани, не сохраняет когерентность и поляризацию. Излучение от лазерного источника действует подобно неполяризованному и некогерентному свету в соответствующей спектральной области (Синяков В.С. с соавт., 1983; Никитина В.М., 2005).

Для получения качественно новых результатов лечения различных заболеваний проведены научные поиски новых методов диагностики и лечения. Ряд авторов изучали воздействие когерентного лазерного и некогерентного излучения на различные ткани человека (Янтарева Л.И. с соавт., 1996; Карандашов В.И. с соавт., 1998; Куликова Т.К. с соавт., 1999; Столбовская О.В. с соавт., 1999; 2002; Калачева Л.Д., 2002).

При использовании когерентного лазерного и некогерентного излучения отмечали во всех случаях ускорение кровотока, стимуляцию обменных процессов, активизацию иммунных реакций, что способствовало купированию воспалительного процесса, обезболиванию и ускорению регенерации тканей (Куликова Т.К. с соавт., 1999; Столбовская О.В. с соавт., 2000; Дерябин Е.М. с соавт., 2001; Шураева Н.Ю., 2001; Соколова Т.В. с соавт., 2001; Калачева Л.Д., 2002; Allendorf J.D. et al., 1997; Yan L. Et al., 2001; Siposan D.S. et al., 2001).

Красное излучение с длиной волны 640нм активизирует синтез кислорода, обладает эффективным мягким биологическим и клиническим действием. Электромагнитная энергия переходит в тепловую и вызывает возбуждение тканей, которое является пусковым моментом

физикохимических и биологических реакций, что и формирует терапевтический эффект. При этом снимается спазм сосудов, они расширяются, ускоряется кровоток, повышается проницаемость и электропроводимость тканей, обмен веществ, отмечается адаптация организма на клеточном и тканевом уровне (Мостовникова Г.Р. с соавт., 1990).

Экспериментальные исследования воздействия когерентного и некогерентного излучения на лекарственные препараты показали, что происходит перенос последних через полупроницаемую мембрану за счет повышения тканевой проницаемости и усиления тканевого кровотока. Лекарственные препараты, получая световую энергию, становятся более активными. Наблюдается эффект «депонирования» лекарственного препарата в биотканях в течение длительного времени. При этом сокращаются дозы вводимых препаратов на курс лечения, исключаются побочные действия лекарственных препаратов на ткани, органы в целом, что способствует значительному экономическому эффекту (Шевченко А.И., 1990; Клебанов Г.И., 1999; Миронова В.В. с соавт., 1999; Прикулс В.Ф. 2000; Купеев В.Г., 2000; Воропаева М.И. с соавт., 2001; Породенко О.Н. с соавт., 2002; Кравченко В.В., 2007).

В настоящее время широко используется чрезкожное облучение крови когерентным и некогерентным излучением при различных заболеваниях человека. Облучение осуществляется на крупных сосудах: наружной сонной артерии, в кубитальных, подключечевых и коленных областях. Чрезкожное облучение крови оказывает сосудорасширяющее, противовоспалительное, обезболивающее и иммунокорректирующее действие (Комарина Т.А., 1999; Карандашов В.И. с соавт., 2001; Грабовщинер А.Я. с соавт., 2002; Булкина Н.В. с соавт., 2003).

Были выявлены противопоказания для применения лазерного облучения крови:

- заболевание крови с синдромом кровоточивости;

- тромбоцитопения ниже 60 тыс.;
- острые лихорадочные состояния;
- коматозные состояния;
- туберкулез в активной стадии;
- гипотония;
- декомпенсированные состояния сердечно-сосудистой, выделительной, дыхательной и эндокринной систем;
- абсолютное противопоказание – наличие зон локализации злокачественного процесса.

Применяют контактную и дистантную, стабильную и лабильную методики светотерапии. При контактном воздействии достигается наибольшая глубина проникновения препарата, которая увеличивается при сдавлении тканей. Если нарушена целостность кожных покровов или слизистых оболочек, проводят дистантное воздействие.

Известно, что при светоизлучении живые клетки взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, происходит активизация физико-химических и биологических реакций организма человека (Грабовщинер А.Я. с соавт., 2001, 2002; Породенко О.Н. с соавт., 2002).

Центральная нервная система человека является связующим звеном, организующим рефлекторные взаимодействия тканей и функциональными системами организма.

Физиотерапия в ряде случаев заменяет применение лекарственных препаратов, улучшая качество жизни человека (Bieglio C. Et. Al., 1987; Kniazeva L.S. et. al., 1997).

В настоящее время созданы современные физиотерапевтические аппараты для светотерапии. Разработана полезная модель для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, языка и губ (Патент РФ на полезную модель № 145178, 2014г.).

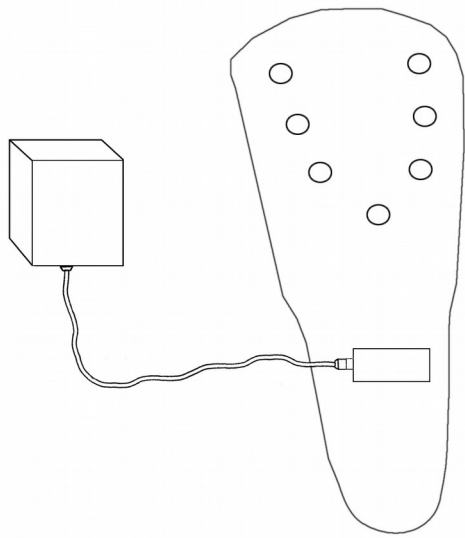


Схема 2 Светодиодное устройство для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ

Список литературы

1. Адамкин О.И., Мамедов А.А., Ласалова А.И., Иванова В.И. Состояние слизистой оболочки языка у детей и подростков с патологией органов пищеварения.// Стоматология детского возраста. Профилактика – 2008. - № (27). – с. 29-33.
2. Бабий И.Л., Калашникова Е.А. Аллергические поражения и изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях органов и систем у детей. Часть III // Здоровые ребята – 2010. – №2 (23). – с. 97-99.
3. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – «Зеркало» организма – клиническое руководство для врачей. – М. ЗАО «Бизнес Центр «Стоматология», 2000. – 408с.
4. Белоусов П.В. Теоретические основы китайской медицины. – Алматы. 2004. – 160с.
5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология // Медицинское информационное агентство. – М., 2003. – 797 с., с 733-736.
6. Булкина, Н. В. Применение чрескожной биостимуляции крови в комплексной предоперационной подготовке больных пародонтитом / Н. В. Булкина, В. А. Булкин // Материалы X и XI Всерос. науч.-практ. конф. Тр. VIII съезда Стоматологической Ассоциации России.-М., 2003.-С. 69-71.
7. Воропаева, М. И. Применение лазерофореза при заболеваниях твердых тканей зубов у женщин в климактерический период. /М. И. Воропаева, В. В. Коржова // Межд. конф. «Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века». Науч.- практ. конф. Северо-Западного региона РФ. - СПб., 2001.-Т.1.- С. 279-280.
8. Грабовщинер, А. Я. Квантовая терапия в онкологии. Экспериментальные и клинические исследования: методические рекомендации для врачей / А.Я. Грабовщинер, Л. И. Гусев, С. А. Балакирев, О. А. Усеинов, Б. А. Пашков.-М., 2002.-94 с.

9. Дерябин, Е. И. Некогерентная инфракрасная терапия при лечении воспалительных заболеваний челюстей / Е. И. Дерябин, А. Г. Дерябина, О. М. Тюрикова // *Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.*-М., 2001.- № 3. - С. 39-40.
10. Елизарова В.М., Страхова С.Ю., Колодинская Е.Е. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, вызванные герпетической инфекцией у детей// *Московский государственный стоматологический университет, Научный центр здоровья детей. – РАМН – М., 2000, - 7с.*
11. Калачева, Л. Д. Регенерация слизистой оболочки языка после контактного ожога под влиянием когерентного и некогерентного излучения красного спектра (экспериментально-морфологическое исследование): автореф. дис. ... канд. биол. наук / Л. Д. Калачева. - Саранск, 2002. -19 с.
12. Карандашов, В. И. Изменение агрегационной активности тромбоцитов при облучении гелий-неоновым лазером и красными светодиодами. / В. И. Карандашов, Е. Б. Петухов, В. С. Зродников // *Бюл. экспериментальной биологии и медицины.*-1998.-Т.126.-№ 2. - С. 645-648.
13. Карандашов, В. И. Фототерапия: Руководство для врачей. / В. И. Карандашов, Е. Б. Петухов, В. С. Зродников; под ред. Н. Р. Палеева.-М.: Медицина, 2001.- 66 с.
14. Клебанов, Г. И. Молекулярно-клеточные механизмы лазеротерапии / Г. И. Клебанов // *Междунар. конгр. «Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века». Науч.-практ. конф. Северо-Западного региона РФ.*- СПб., 2001.- С. 544-545.
15. Комарина, Т. А. Влияние чрескожной лазерной биостимуляции крови в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита. / Т. А. Комарина // *Республ. науч. конф. студентов и молодых ученых медицинских вузов России. - Самара, 1999. - С.112.*
16. Кравченко, В. В. Применение сочетанных методов фотофармакотерапии для коррекции микроциркуляторных расстройств при воспалительных заболеваниях полости рта / В. В. Кравченко // *Актуальные*

вопросы стоматологической практики: сб. науч. работ, посвящ. 40-летию стоматологического фак-та. - Самара, 2007. - С. 253-255.

17. Краснова Н.В. Язык – зеркало организма // Здоровье Вологодчины. – 2000, № 2. – www.e-lat.ru

18. Куликова, Т. К. Фототерапия сопутствующих заболеваний у больных мерцательной аритмией. / Т. К. Куликова, С. В. Булярский, В. К. Островский, [и др.] // Лазер и здоровье -9 9: Материалы Междунар. конгр. - М., 1999.- С. 336-337.

19. Купеев, В. Г. Лечение больных методом лазерофореза с экстрактами лекарственных растений / В. Г. Купеев // Фитотерапия, лазеротерапия, биологически активные вещества естественного происхождения (БАВП) в XX веке: сб. науч. конф. – Черноголовка, 2000. - С. 68-72.

20. Миронова, В.В., Булярский С.В. Квантовая терапия в стоматологии. – Ульяновск – 2013. 135с. Монография, 2-е издание переработанное и дополненное.

21. Миронова В.В., Соломатина Н.Н., Воробьева Ю.Б., Щепочкин В.И. Светодиодное устройство для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ. Патент РФ на полезную модель №145178, выдано 2014г.

22. Мостовникова, Г. Р. О роли молекулярного кислорода в механизме фотофизических процессов, определяющих терапевтическую и биологическую активность лазерного излучения / Г. Р. Мостовникова, В. А. Мостовников, В. Ю. Плавский // Новое в лазерной медицине и хирургии: тез. Междунар. конф. - Переяславль-Залесский, 1990. - Ч. 2.-С. 61-62.

23. Нагорная Н.В., Дудчак А.П., Четверик Н.А., Усенко Н.А. Язык как зеркало здоровья // ж. Здоровье ребенка. – 2012, №2 (37). – с.91 – 95

24. Никитина М.В. Принцип посеребрения и аппаратная реализация оптикоэлектронных устройств на основе некогерентных источников излучения для медицины: дисс.канд.техн.наук /М.В.Никитина.-М., 2005.- 212 с.

25. Никифоров С.Н. Нетрадиционный подход к диагностике ряда заболеваний // Новости медицины и фармации. – 2007. - №21-22 (230-231)
<http://novosti.mif-ua.com>
26. Острижня И. Язык. Что мы о нем знаем. // Здоровье. – 2010.
www.stomotolog.ru
27. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова – Стоматология детского возраста. // 5 издание, переработанное и дополненное. – М. «Медицина», 2006. – 639с.
28. Породенко, О. Н. Аппарат квантовой терапии «РИКТА»: методическое пособие для врачей по лечению детского церебрального паралича / О. Н. Породенко, О. Ф. Пугачева. - М., 2002. - 49 с.
29. Прикулс, В. Ф. Фотофорез оксолиновой мази в комплексном лечении больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / В. Ф. Прикулс // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. -М.: Медицина, 2000.- № 6. - С. 39-42.
30. Романенко Е.Г. Клинико-патогенетические параллели заболеваний полости рта и верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2011. - №3. – С. 121
31. Соколова, Т. В. Использование квантового излучения красного диапазона в клинической медицине. / Т. В. Соколова, В. В. Миронова, О. В. Столбовская [и др.] // Междунар. конф. «Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века». Науч.- практ. конф. Северо-западного региона РФ. - СПб., 2001.- С. 389-390.
32. Сомова К.Т. Язык и здоровье ребенка // Педиатрия. 2001. - №2. – С.98-100
33. Столбовская, О. В. Изучение влияния светодиодного излучения красного диапазона на активность фагоцитоза нейтрофилов периферической крови у экспериментальных животных / О. В. Столбовская, Л. А. Сафонова, В. Ф. Сыч, [и др.] // Лазер и здоровье-99: Материалы Междунар. конгр. - М., 1999.- С 483-484.

34. Столбовская, О. В. Особенности фагоцитоза нейтрофилов периферической крови под воздействием светодиодного излучения красного диапазона в ходе репаративной регенерации кожи / О. В. Столбовская, В. Ф. Сыч, Л. А. Сафонова // Учен. зап. УлГУ. Сер. Биология и медицина.- Ульяновск: УлГУ, 2000.-Вып. 1(4).-С.50-54.
35. Фабрикант М.Б. Полость рта как источник сигнализатор ранней диагностики общих заболеваний // Медицина неотложных состояний. – 2006. - №1(2) - <http://urgent.mif-ua.com>
36. Шевченко, А. И. Процессы микроциркуляции и депонирование лекарственного вещества под воздействием лазерного излучения. / А. И. Шевченко // Лазеры в клинике и эксперименте: сб. науч. тр.-Куйбышев,1990.- С. 21-27.
37. Шугар Л., Баноци И., Рау И., Шаллаи К. Заболевания полости рта // Издательство Академии Наук Венгрии. Будапешт 1980. – 383 с. Приложение (с. 171-181).
38. Щураева, Н. Ю. Влияние когерентного и некогерентного излучения на функциональную активность лейкоцитов / Н. Ю. Щураева, Г. И. Клебанов, Ю. Д. Голяев // Междунар. конф. «Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века». Науч.- практ. конф. Северо-Западного региона РФ. - СПб., 2001.-Т.1.-С. 568-569.
39. Янтарева, Л. И. Сравнительное изучение влияний лазерного и светодиодного излучения красного диапазона на клиническое течение заболеваний пародонта и процессы микроциркуляции в эксперименте / Л. И. Янтарева, Л. А. Еромолаева, Л. И. Воробьева [и др.] // Материалы 3 съезда Всерос. стоматологической ассоциации. Спец. вып. - М.: Стоматология, 1996. - С. 95-96.
40. Allendorf J.D., Bessler M., Huang J., Kauton M.L. et al. Helium-neon laser irradiation at fluences of 1,2 and 4 j/cm² failed to accelerate wound healing as assesged by both wound contracture rate and tensile strength // Lasers Surg. Med.- 1997.-V.20, - №3. - P. 340-345.

41. Bieglio C., de Bisschop C. Low Laser Action in Humans on Nerve Fiders and Monosynaptic Reflex Arc. // *Lasers in Surg. and Med.*-1987.-V.7, №1.-P. 76.
42. Gan L., Hamberg-Nistrom H., Fagerholm P., Van Setten G. Cellular proliferation and leukocyte infiltration in the rabbit cornea after photorefractive keratectomy // *Acta Ophthalmol Scand.* - 2001. - V.79, №5. - P. 488-492.
43. Kniazeva L.J., Konoplia A.J., Goriainov J.J. Magnetic laser correction of secondary immunodeficiency of acute pancreatitisand burn trauma. // *Patol Fiziol Exsp.Ter.* - 1997. - №3. - P. 29-31.
44. Siposan D.J., Lukacs A. Relative variation to received dose of some erythrocytic and leukocytic indices of human blood as a result of lowlevel laser radiation: an in vitro study // *J.Clin. Laser Surg.* - 2001.-V.19, № 2.- P.89-103.