

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Реферат: «Глосситы: клиника, диагностика,
дифференциальная диагностика, лечение, профилактика»**

**Выполнил:
клинический ординатор 1 года:**

Мунгалов И.С.

**Специальность:
Стоматология общей практики**

**Руководитель
ординатуры к.м.н., доцент:**

Тарасова Н.В..

Красноярск 2018 г.

Десквамативный глоссит - воспалительно-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка. Это состояние описано под названием "географический язык", "эксфолиативный глоссит", "доброкачественный мигрирующий глоссит". Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Ряд исследователей считает десквамативный глоссит симптомом различных заболеваний и в первую очередь — желудочно-кишечного тракта. Большое значение в патогенезе заболевания имеет аутоинтоксикация. Десквамативный глоссит встречается чаще у лиц женского пола и преимущественно в детском возрасте.

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. Течение десквамативного глоссита — хроническое, ремиссии

возникают спонтанно и, как правило, кратковременны. Изменения слизистой оболочки обратимы.

Дифференциальная диагностика

— с вторичным рецидивным сифилисом. Решающим фактором при диагнозе является реакция Вассермана, 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 неизменной 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 неизменной слизистой возникают ограниченные, не возвышающиеся бляшки серовато-белого оттенка, при поскабливании шпателем они не снимаются и безболезненны. Наблюдается сглаженность нитевидных сосочков;

— с недостаточностью витамина B12, болезнью Аддисона—Бирмера. Эндогенными факторами могут явиться оперативные вмешательства на желудке, нарушения условий всасывания, повышенное разрушение витамина B12 в кишечнике. Экзогенные формы B12-авитаминоза обусловлены недостаточным поступлением витамина B12 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. — с изменениями при недостаточности витамина B2 (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;

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 обуславливает 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. Экстравазаты, 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.

Лечение. 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 капель в виде ротовых полосканий либо ванночек 4 раза в день в течение 6 дней (как противовоспалительное и анестезирующее средство).

Складчатый (скротальный) язык обычно является следствием аномалии развития и обнаруживается в раннем возрасте. 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 по середине, 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 грибок кандиды. Это приводит к катаральному воспалению или кандидозному глосситу. В этих случаях появляется боль, жжение. Нарушение гигиены полости рта, скопление остатков пищи и клеток спущенного эпителия приводят к усилению процессов брожения и гниения в складках языка, которые являются причиной плохого запаха изо рта.

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.

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.

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.

На спинке языка впереди слепого отверстия нитевидные сосочки удлиняются до 2—3 мм, утолщаются за счет отсутствия слущивания ороговевших клеток, приобретают цвет от слабокоричневого 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.

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, коричневолилового 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 B5) по 0,1—0,2 г 3 раза в день в течение месяца.
5. Поливитамины с микроэлементами (глютамеvit, юникап), олиговит.
6. Нередко черный (волосатый) язык протекает на фоне общей сенсibilизации организма, при подобном развитии процесса назначают десенсибилизирующие средства (фенкарол, тавегил, супрастин, глюконат кальция). 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 хлористый кальций 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. 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 — это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки языка, лишённого сосочков. Brock [1914], впервые описавший это заболевание, предложил рассматривать его как врожденное, обусловленное нарушением эмбриогенеза. Провоцирующие факторы:

- курение;
- грибковая флора — грибок кандиды выявляется почти во всех случаях на поверхности поражения и в глубине эпителия;
- заболевание желудочно-кишечного тракта; — гиповитаминоз витамина С.

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, безболезнен, 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 склонность 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.

Ромбовидный глоссит при дифференциальной диагностике отличают от кандидоза; плоскую форму — от глосситов другой этиологии (десквамативного глоссита, авитаминоза).

Бугристую и папилломатозную формы дифференцируют со злокачественными новообразованиями, специфическими воспалительными процессами (туберкулез, сифилис); диагноз ставят на основании данных осмотра, бактериологического и при необходимости гистологического исследований.

Лечение. Общее:

1. Санация и профессиональная гигиена полости рта.
2. Запрещение курения.
3. При обнаружении гриба кандиды — 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.

Список используемой литературы:

1. Консультант врача. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, - 385 с. - Режим доступа: [http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=&res_id=26350](http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=26350)
2. Николаев, А. И. Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : Медпресс-информ, 2010. - 928 с.
3. Максимовский Ю. М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011- 298 с.
4. Терапевтическая стоматология : учеб. для мед. вузов / ред. Е. В. Боровский. - М. : Мед. информ. агентство, 2011. - 840 с.
5. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]: нац. рук./гл. ред. Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888с.- Режим доступа: [https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=51240](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=51240)
6. Салова А.В., Рехачев В. М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: Практическое руководство. – СПб.: Человек, 2008.- 160 с.
7. Пропедевтическая стоматология: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. Э.А.Базикияна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 768с.
8. Терапевтическая стоматология: учебник. В 3 ч. Ч. 1. Болезни зубов / ред. Е. А. Волков, О. О. Янушевич. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с.
9. Царинский М. М. Терапевтическая стоматология : учебник - РнД : Феникс, 2008. -508 с.
10. Максимовский Ю. М. Кариес зубов : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, Т.В. Ульянова, В. М. Гринин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 377 с.