

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

“Затверджено”
на методичній нараді
кафедри стоматології
дитячого віку
завідувач кафедри
Микола ДМІТРІЄВ
«29» серпня 2023 р



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Тема: Аномалії та самостійні хвороби язика і губ

Вінниця 2023

1.Актуальність теми заняття

Хейліт - запалення червоної кайми, СО і шкіри губ. Під цим терміном об'єднують самостійні захворювання губ різної етіології, а також їх ураження як симптом інших захворювань СОПР, шкіри, порушення обміну тощо.

До самостійних хейлітів належать ексфоліативний, glandулярний, алергічний контактний, метеорологічний, актинічний. До симптоматичних хейлітів відносять : атопічний, екзематозний, хейліти, які супроводяться макро-хейлією, та ін.

У даному розділі викладені відомості про хейліти, які найчастіше трапляються в стоматологічній практиці.

2.Навчальні цілі заняття

-Вивчити з лікарями-інтернами причини виникнення, патогенез, особливості клінічного перебігу, основні принципи та методи лікування мікотичних уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей.

-Вивчити класифікацію, клінічні прояви, принципи діагностики та лікування хейлітів та глоситів у дітей.

Частина І.

„Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика,,

3. Зміст теми заняття:

Збудниками грибкової інфекції порожнини рота є гриби роду *Candida* (*Candida albicans*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida tropicalis*). Частіше серед них уражає слизову оболонку *Candida albicans*. Гриби роду *Candida* постійно вегетують у ротовій порожнині. У разі зниження захисних сил організму та бар'єрної функції СОПР і розвитку дисбактеріозу ці гриби стають патогенними. Особливо слід відзначити роль у патогенезі кандидозу антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, кортикостероїдів. Важливою передумовою виникнення кандидозу СОПР є також певний стан ротової порожнини: зволоженість, температура, негігієнічне утримання ротової порожнини, вуглеводний характер харчування, несанована ротова порожнина, наявність каріозних порожнин, пародонтальних кишень та хронічних захворювань СОПР. Клініко-морфологічна класифікація поділяє процес за перебігом на гострий (псевдомембранозний і атрофічний) та хронічний (гіперпластичний і атрофічний). Гострий псевдомембранозний

кандидоз СОПР (пліснявка; *candidosis acuta, soor*) розвивається у немовлят, які ослаблені інфекційними захворюваннями, бронхітом, диспепсіями, а також у недоношених дітей. Збудник пліснявки *Candida albicans*. Зараження може відбуватися через інфіковані пологові шляхи матері, через предмети, що оточують дитину, сосок грудей матері. У трохи старших дітей він спостерігається при рахіті, ексудативному діатезі, гіповітамінозах тощо. Псевдомембранозний кандидоз проявляється утворенням на запаленій слизовій оболонці щік, язика, губ, піднебіння білих плям чи білого сироподібного нальоту, який більшою мірою накопичується в ретенційних зонах у вигляді бляшок чи плівки. Якщо пліснявка викликана *Candida pseudotropicalis*, наліт має пінистий характер. У разі легкого перебігу пліснявки бляшки вільно знімаються, при цьому на їх місці залишається осередок гіперемії. При тяжкому перебігу осередки нашарування нальоту зливаються в суцільні плівчасті поверхні, з часом потовщуються і поширюються на всі ділянки порожнини рота. Відшарувати такий наліт нелегко, після зіскрібання, під ним виявляють еритему і ерозії, що кровоточать. Гострий атрофічний кандидоз (*candidosis acuta atrophica*) розвивається при підвищеній чутливості СОПР до грибів роду *Candida*. Клініка гострого атрофічного кандидозу характеризується ксеростомією, полум'яно-червоним кольором СО і відчуттям її печіння, відсутністю нальоту. Якщо гострий кандидоз не лікувати, то розвивається хронічний кандидоз. Причинами розвитку хронічного кандидозу у дітей є імунodefіцитні стани, або важкий перебіг загальносоматичної патології іншої етіології. Найбільш часто хронічний кандидоз проявляється у дітей дошкільного та шкільного віку в формі ангулярного хейліту (хронічних мікотичних заїд). У пацієнтів з кандидозною заїдою нерідко відмічаються шкідливі звички: смоктання великого пальця, часте закушування і облизування губ. Відкривання рота при ангулярному хейліті утруднене, супроводжується больовими відчуттями і кровоточивістю. Мікотичні заїди локалізуються, як правило, в кутах рота. Вони мають вигляд глибоких тріщин з щільними краями. Шкіра в цих місцях може бути гіперемійована, з проявами мацерації. Хронічний гіперпластичний кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*) порожнини рота у дітей діагностується рідко. Він характеризується виникненням щільного біло-сірого або світло-коричневого нальоту, який локалізується на спинці і боковій поверхні язика. Відмічається сухість слизової оболонки, слина в'язка та піниється. При спробі зняття бляшки хворі відчувають різкий біль, а на слизовій оболонці оголюються ерозії, що кровоточать. Хронічний атрофічний кандидоз (*candidosis chronica atrophica*) у дітей виникає дуже рідко, в основному у формі палатиніту (при довготривалому користуванні ортодонтичними пластинковими апаратами) або хейліту. Слизова оболонка твердого піднебіння при палатиніті кандидозної етіології гіперемійована, набрякла, гладка «лакована». Кандидозний хейліт характеризується набряком, гіперемією, стоншенням, сухістю червоної облямівки, деяким поглибленням поперечно розміщених борозенок, та утворенням і відокремленням з поверхні губ лусочок різної

величини. Діагноз кандидозу СОПР встановлюється за даними анамнезу, клінічного перебігу хвороби та результатами лабораторних, мікробіологічних досліджень. Інколи необхідна консультація інших спеціалістів. Важливими у постановці остаточного діагнозу кандидозу є дані цитологічного дослідження нальоту, в якому крім злущених клітин епітелію, лейкоцитів, залишків їжі і різних асоціацій мікроорганізмів виявляють значну кількість псевдоміцелію або клітин гриба. При гострому кандидозі зустрічається значна кількість клітин гриба, що перебувають у стадії поділу, при хронічному – переважають нитки псевдоміцелію. Диференційну діагностику кандидозу проводять з десквамативним глоситом, екзематозним, актинічним, ексfolіативним хейлітом, стрептококовим чи стафілококовим ангулярним хейлітом. Метою лікування кандидозу є ліквідація клінічних ознак захворювання, усунення передумов розвитку грибів та профілактики ускладнень даного захворювання. Досягнення цієї мети передбачає проведення комплексу етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії кандидозу. При лікуванні кандидозу слизової оболонки порожнини рота у дітей грудного віку слід дотримуватись суворого гігієнічного режиму матері і дитини. Усі предмети догляду за дитиною потрібно кип'ятити в 2% розчині натрію гідрокарбонату. Сосок груді матері перед годуванням треба мити кип'яченою водою, обробляти 1% розчином натрію гідрокарбонату, після годування 1-2% водним розчином натрію гідрокарбонату, 10-20% бури в гліцерині. Для місцевого лікування необхідне багаторазове застосування розчинів: 10-20% розчину бури в гліцерині; 0,5- 1% розчин натрію гідрокарбонату. Також можна застосовувати антисептичні препарати, такі як мірамістин, гексорал. Для обробки слизової оболонки можна використовувати препарати йоду: йодинол, або полоскання йодною водою 5-6 раз в день з розрахунку 5-10 крапель йоду на півсклянки води. При лікуванні гострого і хронічного кандидозу у дітей старшого віку використовують препарати наступних груп: - група I - полієнові антибіотики (ністатин, леворин, пімафуцин); - група II - азольні сполуки (клотримазол, нізорал, дектарин); - група III - аліламінові засоби (ламізил); - група IV - змішані засоби (йодинол, хлоргексидин, борна кислота, настоянки (чистотіла, календули, лаврового листя, петрушки). При легкій і середньоважкій формі захворювання, як правило, місцево використовують препарати II, III і IV групи, при важкій формі захворювання з частими рецидивами – крім згаданих вище призначають полієнові антибіотики місцево і внутрішньо (системна терапія). Враховуючи значну імунозалежність хронічних кандидозних інфекцій, до складу комплексної терапії хворих слід включати імуномодулятори (з обов'язковим врахуванням імунограми даного хворого і чутливості до імуномодуляторів *in vitro*). В лікуванні кандидозу важливим є дотримання дієти, призначення вітамінних препаратів (особливо групи B), а також санація вогнищ інфекції в порожнині рота і ЛОР- органах. З раціону харчування слід вилучити рафіновані вуглеводи, мучні вироби, рекомендують кисломолочні продукти, особливо еубіотики. При хронічному кандидозі необхідно обстежити дитину для

виявлення можливих вогнищ кандидозу в організмі і факторів, що підтримують інфекцію.

3.4. Матеріали для самоконтролю лікарів-інтернів на доаудиторному етапі:

A. Теоретичні питання для самоконтролю:

1. Класифікація мікотичних уражень СОПР.
2. Етіологія та патогенез кандидозів.
3. Гострий псевдомембранозний кандидоз. Клініка. Діагностика.
4. Гострий атрофічний кандидоз. Клініка. Діагностика.
5. Хронічні форми кандидозів. Клініка. Діагностика.
6. Основні групи препаратів для місцевого лікування кандидозів у дітей.
7. Групи препаратів для загального лікування кандидозів.
8. Профілактика кандидозів.

B. Тестові завдання для самоконтролю репродуктивного рівня теоретичних знань:

1. Мати звернулася зі скаргами на те, що її 3-х місячна дитина неспокійна під час їжі, погано спить. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На спинці язика і слизовій щік визначається наліт білого кольору. Після його зняття залишається яскравочервона поверхня з точковими крововиливами. Яке лікування буде найефективнішим?

- A. Протигрибкове.
- B. Антибактеріальне.
- C. Протівірусне.
- D. Антигістамінне.
- E. Протизапальне.

2. На консультацію до стоматолога принесли 3-х тижневу дитину. Зі слів матері дитина неспокійна, погано спить, плаче. Об'єктивно: на слизовій оболонці губ, щік, язика міститься білий наліт, що нагадує зсіле молоко, дещо підвищується над рівнем гіперемійованої слизової оболонки, погано знімається. Вкажіть діагноз.

- A. Пліснявка.
- B. Хронічний кандидозний стоматит.
- C. Дифтерія.
- D. Гострий герпетичний стоматит.
- E. М'яка лейкоплакія.

3. У хлопчика 6 років на слизовій оболонці щік, язика з'явився білий наліт, який легко знімається. Після зняття нальоту – гіперемійована поверхня

слизової. Температура тіла не підвищена, регіонарні лімфовузли збільшені, не спаяні з оточуючими тканинами. Недавно дитина пройшла курс лікування з приводу пневмонії. Який Ваш діагноз?

- A. Гострий кандидозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Хронічний кандидозний стоматит.
- D. Хронічний афтозний стоматит.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

4. Батьки дитини 5 місяців скаржаться на наявність у неї білого нальоту в порожнині рота. Дитина капризна, погано їсть. Загальний стан задовільний, температура тіла нормальна. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, губ і на язичі відмічається білий сироподібний наліт, що легко знімається. Слизова оболонка під ним гіперемійована, набрякла. Проти якого збудника необхідно призначити лікування?

- A. Гриби роду *Candida*.
- B. Стрептококи.
- C. Паличка Леффлера.
- D. Вірус простого герпесу.
- E. Паличка Борде-Жангу.

5. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність у нього нальоту в порожнині рота. Хлопчик неспокійний, капризує під час їди. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика на тлі гіперемії і набряку спостерігається наліт білого кольору, який нагадує зсіле молоко і легко знімається. Виберіть препарати для етіотропного лікування.

- A. Протигрибкові.
- B. Антигістамінні.
- C. Протівірусні.
- D. Кератопластики.
- E. Антибактеріальні.

6. Батьки 6-місячної дитини скаржаться на відмову дитини від їжі, наявність білуватих нашарувань в порожнині рота. Дитина неспокійна. Об'єктивно: на набряклій, гіперемійованій слизовій оболонці губ, щік, язика сироподібний наліт сірувато-білого кольору, що легко знімається, після його видалення ерозій немає. Виберіть найбільш ймовірний діагноз ?

- A. Гострий кандидозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Червоний плескатий лишай.

- D. М'яка форма лейкоплакії.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

7. Батьки дитини 4 місяців скаржаться на неспокійну поведінку дитини, відмову від їжі та появу в порожнині рота нальоту білого нальоту. Об'єктивно: загальний стан дитини задовільний, температура тіла 37,1 С. На слизовій оболонці щік, губ, твердого піднебіння білий наліт, який легко знімається. Який додатковий метод дослідження підтвердить діагноз?

- A. Мікробіологічний.
- B. Цитологічний.
- C. Імунологічний.
- D. Імунофлюоресцентний.
- E. Вірусологічний.

8. У новонародженої дитини мати помітила білий наліт на слизовій губ. Загальний стан дитини не порушений. Під час огляду на слизовій оболонці губ та язика виявлено наліт білого кольору, нагадує молоко, що згорнулося. Тампоном наліт знімається лише частково. Який найбільш ймовірний діагноз? A. Грибковий стоматит.

- B. Дифтерія.
- C. Медикаментозний стоматит.
- D. Хімічний опік.
- E. Герпетичний стоматит.

9. Дитина у віці 1 року неспокійна, в'яла, температура тіла 37,2 С, відмовляється від їжі. Об'єктивно: слизова оболонка щік, присінку порожнини рота, язик гіперемійовані, вкриті сироподібним нальотом. Які лікарські засоби необхідно призначити в першу чергу?

- A. Протигрибкові.
- B. Антибіотики.
- C. Протівірусні.
- D. Антисептики.
- E. Протиалергічні.

10. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність нальоту в порожнині рота у дитини. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита білим нальотом, що нагадує зсіле молоко, наліт легко знімається. Що є збудником даного захворювання?

- A. *Candida albicans*.
- B. *Herpes simplex*.
- C. *Streptococcus pyogenes*.
- D. *Coxsackievirus*.
- E. *Varicella-zoster virus*.

Частина II.

„Хвороби губ та язика у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування,,

3. Зміст теми заняття

Хейліт—це запальний процес червоної облямівки, слизової оболонки та шкіри губ. У дитячому віці це досить поширена патологія, для діагностики і лікування якої необхідно враховувати морфо-функціональні особливості та зрілість тканин, що утворюють губи. Губа складається з шару м'язів, щільно з'єднаних зі шкірою, червоною облямівкою, слизовою оболонкою. Червона облямівка є по суті перехідною формою між слизівкою та шкірою. Тут епітелій має 4 шари: елеїдиновий, кератогіаліновий, шипуватий, базальний. Власне добре виражений елеїдиновий шар, якого нема у слизовій оболонці ротової порожнини, захищає червону облямівку від негативних зовнішніх впливів та висихання (Л.І.Фалін, 1980). Морфологічна і функціональна зрілість тканин, які утворюють губи, відбувається поступово, триваючи до 12 років. Ось чому реакція на один і той же подразник у різному віці буде неоднакова і визначатиме особливості перебігу патологічного процесу. Так, в 1-3 роки покривні тканини губ багаті клітинними елементами та судинами, сполучнотканинні структури без чіткої орієнтації, реакції імунітету (в т.ч. алергічні) слабкі. Це сприяє гострому перебігу патологічного процесу та його тотальному розповсюдженню. У 4-12 років стовщується епітелій, зменшується кількість кровоносних судин і клітин, слабшає інтенсивність обмінних процесів, чітко вираженою є базальна мембрана. Саме через відмежування покривних тканин патологічні процеси в них відносно незалежні. Дозрівання покривних тканин зумовлює зменшення дифузних реакцій організму. Натомість, через значне збільшення кількості лімфоїдногістіоцитарних елементів та їхню біологічну активність, з'являється схильність до виникнення алергічного процесу. Першочерговою ланкою у патогенетичних механізмах розвитку хейлітів є порушення

архітектоніки, а значить, і фізіології губ. Тому звичайні фактори зовнішнього середовища, діючи на фізіологічно непристосовану до такого впливу слизову оболонку, сприяють появі адаптаційних реакцій (облизування губ, гіперплазія дрібних слинних залоз та ін.) Розуміння патогенезу того чи іншого виду хейліту допоможе правильно обрати тактику лікування. Залежно від етіології хейліти поділяють на: 1.Самостійні: - ексфоліативний - контактний алергічний - метеорологічний - актинічний - гландулярний - мікробний - хронічна тріщина губи 2.Симптоматичні: - атопічний - екзематозний - макрохейліт (синдром Мелькерсона-Розенталя). За перебігом хейліти бувають гострі і хронічні. Ексфоліативний хейліт є захворюванням виключно червоної облямівки губ. Це хронічне захворювання, яке супроводжується постійним злущуванням епітелію внаслідок порушення зроговіння. Більшість авторів вважають, що в основі патологічного процесу лежать нейрогенний та ендокринний механізми (тиреотоксикоз у 80% хворих). Частіше уражається нижня губа від лінії Клейна до середини червоної облямівки. Розрізняють дві форми: - суху—відчуття сухості, стягування, оніміння губ; наявні коричневі лусочки, щільно прикріплені в центрі до червоної облямівки, після видалення яких оголюється суха яскраво-червона поверхня; - ексудативну—білий тягучий ексудат, який, засихаючи, утворює масивні коричневі кірки; після їх зняття оголюється суха яскраво-червона цілісна і гладенька поверхня. Прикладом хейліту, патогенез якого пов'язаний з появою адаптаційної реакції, є гландулярний хейліт. Він розвивається внаслідок гіперфункції, гіперплазії або гетеротопії малих слинних залоз. Зона ураження—місце переходу червоної облямівки у слизову оболонку. Скарги: сухість і болючість губ, лущення, поява тріщин, ерозій, мацерації. Об'єктивно: на поверхні слизової оболонки видно розширені отвори вивідних протоків малих слинних залоз, з яких виділяється світлий секрет («симптом роси»); при мікробному інфікуванні з'являються різкий біль, набряк, гнійний ексудат, можливі підвищення температури тіла та регіонарний лімфаденіт. Прикладами проявів алергічної реакції сповільненого типу є актинічний та контактний алергічний хейліти. Метеорологічні фактори мають значення у випадках хронічної тріщини губи, метеорологічного хейліту. При симптоматичних хейлітах завжди будуть уражені ті чи інші ділянки шкіри. Так, атопічний хейліт розвивається як симптом атопічного дерматиту, загострюється в осінньозимовий період. Алергологічний анамнез такої дитини обтяжений: можливі бронхіальна астма, алергічний риніт, алергічні реакції на ліки та продукти харчування, а також хвороби ШКТ. Клінічно на червоній облямівці і навколишніх ділянках шкіри губ, у кутах рота виявляються чітко обмежена еритема і набряк. Після стихання гострого процесу спостерігається ліхенізація губ. Найчастіше ураженню піддається шкіра щік, чола, ліктьових та підколінних складок. В етіології екзематозного хейліту важливе значення мають мікробні алергени, а також харчові, хімічні, медикаментозні. Розрізняють гостру і хронічну екзему губ. Для її клінічної картини характерний поліморфізм елементів (вузлик, пухирець, кірка, лусочка, тріщина). Для синдрому Мелькерсона- Розенталя

характерна тріада: макрохейліт, рецидивуючий парез лицевого нерва, складчастий язик. Медикаментозна терапія хейлітів полягає у застосуванні лікарських засобів наступних груп: антигістамінні та десенсибілізуючі, вітаміни (В, А, С), кортикостероїди, антисептики, знеболювальні, кератопластики, седативні, антибіотики, сульфаніламід, імуномодулятори, фотозахисні мазі і креми, протигрибкові тощо. Слід наголосити на важливості санації фокальних вогнищ інфекції, виправленні порушень архітекτονіки губ, усуненні шкідливих звичок. Тут знаходять застосування міогімнастика, дихальні вправи, масаж, фізіотерапія. Часто виникає потреба у співпраці з фахівцями інших спеціальностей (дерматолог, алерголог, ЛОР, невропатолог). Серед фізіотерапевтичних методів використовують лазеротерапію (хр. тріщина губи), електрокоагуляцію (гландулярний хейліт), голкорексфлексотерапію, Буккі-терапію, фонофорез, рентгенотерапію (ексфоліативний хейліт). Прогноз хейлітів зазвичай сприятливий. Однак, щодо деяких видів онкологічна настороженість все ж потрібна. Так, актинічний та гландулярний хейліти є фоновими захворюваннями для розвитку передракових станів червоної облямівки губ. Тривале існування хронічної тріщини губи у 6% випадків закінчується малігнізацією (поява ущільнення країв і основи, зроговіння по краях, дрібні папіломатозні розростання в глибині тріщини). Такі пацієнти потребують активного лікування включно з хірургічним та диспансерного спостереження. Захворювання язика (глосити) складають значну частину патології слизової оболонки порожнини рота. Причини виникнення та розвитку глоситів, характер їх клінічних проявів досить різноманітні. Розрізняють специфічні та неспецифічні ураження язика та зміни його розміру. Специфічні (за класифікацією Боровського Є.В. та Данилевського М.Ф.) : - десквамативний глосит (географічний язик) - ромбовидний глосит - складчастий (борозенчастий) язик - хронічна гіперплазія ниткоподібних сосочків язика (чорний волосатий язик) Неспецифічні : - гострий катаральний глосит - абсцес язика Зміна розміру язика: - мікроглосія - макроглосія. Десквамативний глосит – це запально - дистрофічне захворювання слизової оболонки язика. Причиною захворювання можуть бути хронічні хвороби шлунково–кишкового тракту (гастрит, гастроентерит, холецистит), гельмінтози, ексудативний діатез, колагенози (ревматизм, червоний вовчак). Загальний стан дитини практично не змінюється, в розпал рецидиву захворювання суб'єктивних відчуттів може не бути. Проте, нерідко дитина відчуває біль та печію при вживанні гострих харчових продуктів. Клінічно захворювання проявляється утворенням ділянок десквамації епітелію язика яскраво – червоного кольору. Плями нерівномірні та швидко збільшуються, займаючи нові поверхні. Декілька ділянок десквамації у вигляді овалів, кілець з'єднуються, утворюючи химерний малюнок, нагадуючи географічну карту. У ділянках ураження ниткоподібні сосочки язика зникають, а ділянки десквамації мають мігруючий характер. Загострення захворювання пов'язують з посиленням змін в ШКТ, а також з іншими подібними симптомами в організмі дитини. Диференційну діагностику проводять з

проявами на язиці авітамінозу, системних хвороб, сифілісу, лейкоплакії, червоного плоского лишая. Специфічного лікування десквамативного глоситу немає. Однак, дітям, що хворіють, необхідно провести санацію ротової порожнини, усунути подразнення місцевого характеру, дотримуватись гігієнічних вимог. Для зняття болю та парестезій доцільно використовувати ванночки з водним розчином цитралю (25 крапель 1% спиртового розчину на 100 мл води), 10% суспензію анестезину на рослинній олії. З метою усунення десквамацій призначають упродовж місяця пантотенат кальцію (вітамін B5). Спільно з педіатром необхідно провести обстеження дитини та лікування соматичних хвороб.

Чорний волосатий язик – це захворювання, що характеризується зроговінням та гіперплазією сосочків язика, які можуть подовжуватись більш ніж на 1 см, і виникає внаслідок порушення фізіологічних процесів десквамації. В анамнезі мають місце хвороби шлунково – кишкового тракту з порушенням секреторної функції, тривале лікування антибіотиками. Діти скаржаться на незвичний колір язика, відчуття на ньому стороннього тіла, неприємний запах з ротової порожнини, відчуття свербіння на піднебінні, блювотний рефлекс при розмові, погіршення апетиту, диспептичні розлади. При об'єктивному обстеженні – гіперплазовані ниткоподібні сосочки розміщуються переважно на задній та середній третині спинки язика. Довжина сосочків інколи досягає до 2 см в довжину та 2 мм по діаметру, зовнішньо нагадуючи волосся. Характерною ознакою чорного волосатого язика є його колір (від слабо коричневого до чорного), що визначається діяльністю хроматогенних бактерій. У багатьох випадках можливе виникнення супутнього кандидозу. Зміни на язиці зникають через 2 – 3 тижні після нормалізації функцій органів шлунково- кишкового тракту, але іноді залишаються на більш тривалий час. Диференційну діагностику проводять зі змінами язика при пігментно – папілярній дистрофії. При місцевому лікуванні проводять санацію ротової порожнини, дають рекомендації щодо дотримання правил гігієнічного догляду, використовують кератопластичні засоби (аплікації або змазування спинки язика 2-3 рази в день 1% розчином резорцину, 1% розчином саліцилової кислоти). Ефективним є результати використання кріодеструкції протягом 15-30 сек. При рецидивах захворювання як загальний метод лікування призначають курс гіпосенсибілізуючих засобів, вітамінів С, D, А. При виникненні грибового глоситу проводять специфічне лікування.

Борозенчастий (складчастий) язик розцінюється як аномалія форми та розміру. Виявляється у дітей з хворобою Дауна, при макроглосії, органічних хворобах центральної нервової системи. Для захворювання характерні збільшення загальної поверхні язика, виникнення численних рівчаків, що утворюють подовжені та поперечні складки з нормальною структурою слизової оболонки та сосочками на їхньому дні та бічних поверхнях. Суб'єктивних розладів, як правило, немає, але затримка в глибині складок залишків їжі супроводжується печією та болем, неприємним запахом з ротової порожнини. Диференційну діагностику борозенчастого глоситу проводять із синдромом Мелькерсона-Розенталя. Специфічного лікування не

потрібно. Рекомендується санація ротової порожнини, дотримання гігієнічних вимог. Гострий катаральний глосит виникає, як правило, у зв'язку з проникненням через пошкоджений епітелій тканин язика інфекції (в основному кокової). Причиною запалення слугують різні механічні фактори – гострі краї каріозних зубів, дефекти пломб, затруднене прорізування зубів, зубні відкладення, відсутність гігієнічного догляду за порожниною рота. Захворювання починається з появи болю в язиці. Біль виникає чи посилюється при розмові, прийомі їжі, особливо гострої чи твердої. Поверхня язика гіперемійована, набрякла, зі слідами відбитків зубів. Через 2-3 дні від початку захворювання язик покривається великою кількістю нальоту (як наслідок відсутності гігієни, накопичення десквамативних клітин епітелію та випоту ексудату). Язик дещо збільшений, спостерігається помірна салівація, грибоподібні сосочки збільшені та чітко виділяються на фоні обкладеної нальотом слизової оболонки. Лікування полягає у ліквідації причин захворювання, механічних та хімічних подразників. Місцево призначають часті (6-8 разів на день) полоскання антисептичними розчинами рослинного походження (шалфей, ромашка, календула). З метою зняття болю призначають знеболюючі засоби у вигляді аплікацій 3% розчину новокаїну на мікроциді, 10% розчин анестезину, розчин цитралю. Для зняття нальоту – 1-2 % розчин гідрокарбонату натрію. Мікроглосія – це стан язика, що супроводжується його зменшенням. Буває первинним (вродженим) та вторинним (набутим). Вважають, що первинна мікроглосія виникає як наслідок аномалії ембріонального розвитку. Вторинна мікроглосія спостерігається при деяких загальних захворюваннях - колагенозах, специфічних інфекціях. Захворювання супроводжується атрофією м'язового апарату язика, має безсимптомний перебіг, інколи виникає порушення мови. Макроглосія обумовлена надмірним розвитком м'язового апарату язика, що супроводжує генералізовану гіпертрофію м'язів щелепно-лищевої ділянки. Вроджена макроглосія спостерігається при хворобі Дауна, мікседемі, кретинізмі, при акромегалії. Скарги на утруднений прийом їжі, порушення мови, функцій дихання та ковтання. Об'єктивно спостерігається асиметрія язика, деформація зубних рядів, порушення оклюзії, розвивається відкритий прикус. Лікувальна тактика залежить від причин виникнення макроглосії та ступеня збільшення язика. Якщо макроглосія є симптомом загального захворювання та протікає без виражених функціональних порушень, то радикальне лікування не проводиться. Якщо ж збільшення язика впливає на його функцію, порушується мова, затруднюється ковтання або язик постійно травмується, то необхідне хірургічне втручання.

3.3 Список рекомендованої літератури

- 1.Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для

- підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книгаплюс», 2018.- 448 с.
2. Моделювання анатомічної форми зубів: підручник / П.С. Фліс, Т.М. Банних, А.М. Бібік, С.Б. Костенко. -2019, 352 с.
 3. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
 4. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
 5. Рожко М.М., Попович В.Д., Куроедова В.Д. Стоматологія: у 2 книгах. «Медицина», 2018 р., 992 с.
 6. Ілько А.А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія: навчальний посібник (ВНЗ I-III р.а.). 2е вид. -2018. – 256 с.
 7. Малик С.В. Хірургія для стоматологічних факультетів. -Нова книга.-2020. -440 с.
 8. Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. — Х.: Факт, 2019. — 392 с.: іл. ISBN 978-966-637-697-1.
 9. Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
 10. Казакова Р.В., Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології : навч. посіб. / під ред. проф. Р.В. Казакової. – Ужгород : Говерла, 2018. – 128 с.
 11. Обстеження дітей із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний посібник для студентів, лікарів-інтернів стоматологічного факультету україномовної форми навчання вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівня акредитації, щелепно-лицевих хірургів, хірургів-стоматологів, логопедів та лікарів-ортодонтів (протокол № 13 від 18 червня 2021 року) Автор: Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П. 2022р.
 12. Борисенко А. В., Коленко Ю. Г., М'яківський К. О. Мікробна екологія пародонту в осіб молодого віку //Сучасна стоматологія. – 2018. – №. 5. – С. 28-31.9

Додаткова література:

1. Мочалов Ю.О. Перспективи подальшого вдосконалення стоматологічних фотокомпозитних пломбувальних матеріалів. Медична наука та практика: виклики та сьогодення. Зб. тез міжнар.наук.-практ.конф. (м. Львів, 22-23 серпня 2019 р.). - 2019. - С. 39-41.
2. Ашаренкова О.В. Особливості своєчасної діагностики пухлиноподібних новоутворень на альвеолярних паростках щелеп (клінічний випадок) / О.В. Ашаренкова // Науково-практичний журнал Вісник стоматології. - 2020. – Т. 38. - № 4 (113). – С. 60-63.
3. Biloklytska Galyna F. Resources to improve the effectiveness of periodontal treatment in patients with diabetes mellitus / Galyna F. Biloklytska, Svitlana Yu. Viala // Wiadomości Lekarskie. – 2021. - – LXXIV. - ISSUE - 3. – Part – 2.– P. 702 – 708.
4. Kopchak Oksana Improvement of treatment guidelines for patients with gingival fibromatosis considering interdisciplinary approach / Oksana

**Б. Тестові завдання для самоконтролю репродуктивного рівня
теоретичних знань:**

1.Хлопчик 7 років скаржиться на біль в кутах рота під час розмови і прийому їжі, який турбує впродовж місяця. Хворіє ГРВІ 5-6 разів на рік. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6°C. У кутах рота тріщини, вкриті білуватим нальотом, краї гіперемійовані, інфільтровані. Тонус колового м'язу рота дещо знижений, кути рота опущені. Слизова оболонка без видимих патологічних змін. Які препарати слід обрати для етіотропного лікування?

- А. Антигрибкові.
- В. Протівірусні.
- С. Кератопластичні.
- Д. Вітаміни.
- Е. Антигістамінні.

2.Дитина 13 років скаржиться на сухість і лущення губ, які непокоять впродовж 1,5 року. По допомогу звернулася вперше. Об'єктивно: на межі червоної облямівки і слизової оболонки губ є численні сухі напівпрозорі лусочки, трохи припідняті по краях. Після їх усунення оголюється яскраво-червона гладенька поверхня. Шкіра і кути рота не пошкоджені. Поставте діагноз.

- А. Ексfolіативний хейліт, суха форма.
- В. Гландулярний хейліт.
- С. Ексfolіативний хейліт, ексудативна форма.
- Д. Актинічний хейліт.
- Е. Екзематозний хейліт.

3. Дитина 6 років скаржиться на болючість і сухість губ, які виникли після тривалого перебування на відкритому повітрі. Під час огляду виявлені сухість, незначні набряк, гіперемія та інфільтрація губ. На червоній облямівці багато лусочок. Який попередній діагноз?

- А. Метеорологічний хейліт.
- В. Контактний алергічний хейліт.
- С. Екзематозний хейліт.
- Д. Актинічний хейліт.
- Е. Атопічний хейліт.

4. Дитина 8 років скаржиться на біль і відчуття печії в кутах рота, що утруднює його відкривання. Об'єктивно: у кутах рота є тріщини та ерозії з інфільтрованими краями, вкриті сірувато-білим нальотом, а також гіперемія та мацерація шкіри. Прикус глибокий. В анамнезі дисбактеріоз кишечника. Поставте попередній діагноз.

- A. Мікробний хейліт.
- B. Ексфоліативний хейліт.
- C. Актинічний хейліт.
- D. Екзематозний хейліт.
- E. Алергічний хейліт.

5. Для якого з хейлітів характерна тріада: макрохейліт, борозенчастий язик, парез лицевого нерва?

- A. Синдром Мелькерсона-Розенталя.
- B. Алергічний хейліт.
- C. Атопічний хейліт.
- D. Екзематозний хейліт.
- E. Актинічний хейліт.

6. Дівчинка 10 років скаржиться на біль під час вживання їжі. Об'єктивно: на набряклій та гіперемійованій червоній облямівці нижньої губи в зоні Клейна – кірочки коричневого кольору на всьому протязі аж до кутів рота. Після зняття кірочок оголюється яскраво-червона гладка поверхня. Слизова оболонка порожнини рота без патологічних змін. Підщелепові лімфатичні вузли дещо збільшені, рухомі, неболючі при пальпації. Ваш діагноз.

- A. Ексфоліативний хейліт, ексудативна форма.
- B. Метеорологічний хейліт.
- C. Контактний алергічний хейліт.
- D. Гландулярний хейліт.
- E. Ексфоліативний хейліт, суха форма.

7. Дівчинка 13 років скаржиться на почервоніння, сухість і відчуття печії губ, утворення на них кірочок. В анамнезі – шкідлива звичка облизувати і прикушувати нижню губу. Подібний стан спостерігається впродовж 2 років у зимовий період. Об'єктивно: на гіперемійованій і сухій червоній облямівці губ виявляються прозорі лусочки сіруватого кольору; шкіра і слизова оболонка губ без патологічних змін; підщелепові лімфатичні вузли не пальпуються. Поставте діагноз.

- A. Метеорологічний хейліт.

- В. Гландулярний хейліт.
- С. Контактний алергічний хейліт.
- Д. Актинічний хейліт.
- Е. Мікробний хейліт.

8. Дитина 14 років скаржиться на сухість і лущення губ, особливо в осінньо-зимовий період. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, інфільтрована, вкрита численними лусочками. Шкіра губ ущільнена, пігментована, визначається посилення її малюнка, лущення, радіальні тріщини. Окрім того, є сухість, ліхенізація та екскоріація шкіри обличчя. Поставте попередній діагноз.

- А. Атопічний хейліт.
- В. Ексфоліативний хейліт.
- С. Актинічний хейліт.
- Д. Метеорологічний хейліт.
- Е. Контактний алергічний хейліт.

9. Підліток 15 років скаржиться на періодичне потовщення нижньої губи, яке утримується кілька днів. Об'єктивно: нижня губа майже вдвічі збільшена в об'ємі, її червона облямівка суха і вкрита лусочками; шкіра в ураженій ділянці бліда; пальпаторно виявляється м'яка консистенція. Який попередній діагноз? А. Макрохейліт.

- В. Контактний алергічний хейліт.
- С. Метеорологічний хейліт.
- Д. Гландулярний хейліт.
- Е. Атопічний хейліт.

10. Дівчинка 11 років скаржиться на відчуття сухості і стягування губ, які вона постійно облизує. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, інфільтрована, гіперемійована, вкрита численними тонкими лусочками. Шкіра губ не ушкоджена. Визначте попередній діагноз.

- А. Метеорологічний хейліт.
- В. Атопічний хейліт.
- С. Ексфоліативний хейліт.
- Д. Актинічний хейліт.
- Е. Контактний алергічний хейліт.