


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

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова
Завідувач кафедри професор ЗВО
 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА
«28» серпня 2023р.
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 47	Захворювання язика Клініка, діагностика, лікування та профілактика.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема 47.

Захворювання язика Клініка, діагностика, лікування та профілактика.

Мета заняття: вивчити клініку, діагностику, диференційну діагностику і лікування захворювань язика та губ.

Завдання на формування і перевірку вихідного рівня знань:

1. Анатомію, гістологічну будову і фізіологічні особливості язика.
2. Елементи ураження слизової оболонки порожнини рота.
3. Особливості іннервації язика.

Контроль вихідного рівня знань.

Питання	Рівень засвоєння	Еталони відповідей
До яких елементів ураження відносяться еритеми?	I	Первинні
До яких елементів ураження відносяться виразки?	I	Вторинні

Питання, які підлягають вивченню:

1. Поняття про захворювання язика та губ.
2. Клініка захворювань язика та губ.
3. Диференційна діагностика захворювань язика та губ.
4. Лікування захворювань язика та губ.

Література:

Основна:

1. Лекції з терапевтичної стоматології.
2. Матеріали лекцій кафедр гістології, фізіології і патологічної анатомії.
3. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахний. – «Медицина», М., 2010. – 640 с.

Додаткова:

1. Цветкова Л. А. Заболевание слизистой оболочки рта и губ : учебное пособие / Арутюнов С. Д., Цветкова Л. А., Петрова Л. В. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
2. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. проф. Г.М. Барера. – «ГЭОТАР-Медиа», М., 2006. – 286 с.
3. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта Медицинская литература, М., 2006. – 288с.

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Діагностика глоситів».

Етапи діагностики	Засоби і умови обстеження	Критерії самоконтролю
1. Анамнез	Історія хвороби. При опитуванні хворого уважно вислухайте скарги, ставте питання.	

1.1. Скарги	Відчуття печіння, свербіння, парестезії.	При десквамативному, складчастому глоситах на фоні несанованої порожнини рота, негігієнічному стані порожнини рота.
1.2. Анамнез захворювання Тривалість захворювання	Опитування	Ромбоподібний і складчастий глосити можуть бути вродженими. Десквамативний глосит, що виникає на тлі патології ШКТ і хронічних системних захворювань, може періодично загострюватись. Чорний «волосатий» язик розвивається повільно, динаміка змін відбувається теж повільно, процес має
1.3. Анамнез життя. Наявність супутніх захворювань внутрішніх органів і систем. Шкідливі звички Дотримання гігієни порожнини рота.	Опитування. Висновки інших фахівців.	Гіпохромна анемія, авітаміноз групи В, В6, В12, захворювання ШКТ, інфекційні захворювання, колагенози, вегетативно-ендокринна патологія, ексудативні діатези, глистяна інвазія. Куріння, алкоголь збільшує тривалість перебігу глоситів. Недостатній догляд за порожниною рота сприяє вторинному інфікуванню
2. Об'єктивне дослідження	Набір для огляду, збільшувальне скло	
	Сухість язика	При чорному «волосатому»язиці.
	Ослаблення смаку	При чорному «волосатому»язиці
	Неприємний запах з роту	При гострих глоситах, при складчастому язичі у разі порушення гігієни порожнини рота, накопичення залишків їжі, клітин злуценого епітелію.
	Радіальні борозни на спинці язика. На дні і бічних поверхнях складок розташовуються сосочки.	При складчастому язичі
	Наявність смуг і червоних плям.	При десквамативному глоситі.
	Вогнища десквамації епітелію, оточені білясто-сірим обідком.	При десквамативному глоситі.
	Зміну кольору язика (буроватий, темно-бурий або майже чорний).	При чорному» волосатому» язичі (за рахунок пігментних речовин різного походження).

	<p>Зміни в дистальній третині язика:</p> <p>а) зона ураження відполірована, гладенька, червона, не виступає над навколишньою слизовою оболонкою. Сосочки відсутні, пальпаторно ділянка ущільнена.</p> <p>б) ромбоподібна, кругла або овальна ділянка ураження складається з окремих горбиків, відокремлених складками, які, як і самі горбики, позбавлені сосочків.</p> <p>в) папіломатозні розростання, які значно виступають над спинкою</p>	<p>При плоскій формі ромбоподібного язика.</p> <p>При горбистій формі ромбоподібної язика.</p> <p>При папіломатозній формі ромбоподібного язика.</p>
3. Для уточнення діагнозу проведіть додаткове обстеження.		
3.1. дослідження мазків мазків - відбитків	Кокова флора	При гострому катаральному глоситі.
3.2. Гістологічне дослідження ділянки ураження.	Стоншення епітелію на ділянках десквамації, потовщення сосочків, пара - і гіперкератоз, в навколишніх ділянках - стоншення епітелію. Інфільтрація власне слизової оболонки виражена мало.	При десквамативному глоситі.
	Помірне потовщення епітелію, в незначному підепітеліальному інфільтраті - лімфоцити, гістіоцити.	При ромбоподібному глоситі.
	Акантоз, гіперкератоз, інфільтрат містить клітинні елементи, характерні для хронічного запалення.	Горбова і папіломатозна форма ромбоподібного глоситу.
3.3. Серологічні реакції	Позитивні	При сифілісі
3.4. Клінічний аналіз крові	лейкоцитоз тромбоцитопенія, лімфоцитоз.	При алергічних станах.
3.5.Бактеріологічне дослідження	Лептотрихії	При чорному «волосатому»язиці.

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ЛІКУВАННЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОСИТУ»

Етапи лікування	Засоби лікування	Способи використання	Мета використання	Механізм дії

Санація порожнини рота. Корекція гігієни порожнини рота, видалення зубних відкладень, лікування карієсу і його ускладнень	Зубні щітка, паста, нитка. Екскаватори, ручні скейлери, кюрети, ультразвуковий скейлер. Пломбувальні матеріали	Загальноприйняті способи	Видалення мікробного зубного нальоту. Усунення механічної травми слизової оболонки рота і осередків інфекції	Ліквідація інфекційного чинника, що сприяє запаленню. Усунення травмуючих чинників, що сприяють появі суб'єктивних відчуттів
Місцеве лікування за відсутності скарг не проводиться, за наявності болю і палінні: антисептичні препарати	0,06% розчин Хлоргексидину корсадил 1 % розчин перекису водню, розчин перманганату калія 1:5000, відвари ромашки, шавлії, календули, льодяники «Стрепсіс», таб. «Сєбідин»	Ротові ванночки 2 рази на день протягом 7-10 днів Полоскання Для розсмоктування по 1 шт. 4 - 5 разів на день	Усунути або ослабити дію вторинної мікрофлори Теж	Бактерицидна дія на мікрофлору, денатурація білка бактерійної клітини, дезодоруюча дія Теж Легкий протизапальний і антисептичний ефекти
Кератопластичні засоби	Масляний розчин вітаміну А, обліпихова олія, олія шипшини, аевіт, тиквеол з додаванням порошку анестезину	Аплікації 2-3 рази на день протягом 1 - 1,5 міс.	Нормалізація процесів зроговіння епітелію язика; знеболення	Насичення уражених ділянок слизової оболонки язика вітамінами А, Е. Вітамін А нормалізує кератинізацію епітелію. Вітамін Е підвищує ефективність вітаміну А оскільки гальмує його
Загальне лікування Вітамініотерапія	Вітамін В5 (пантотенат кальцію) Вітаміни В, В3(РР)	По 0,1-0,2 грамів 3 рази на день впродовж 3-4 тиж. Вітамін В, по 0,01 г/д впродовж 1 міс. Вітамін РР по 0,05 г/сут. впродовж 1 міс.	Створення умов для активізації обмінних процесів в тканинах	Вітамін В5 знижує запальну реакцію шкіри і слизових оболонок. Стимулює окисно-відновні процеси, нормалізує тонус симпатичної нервової системи. Вітаміни В, РР регулюють окисно-відновні процеси в тканинах, активують основний обмін, ма-

<i>Гіпосенсибілізуюча терапія</i>	Тавегіл 0,001г піпольфен 0,025г Задитен 0, 001 г Супрастин 0, 025г Димедрол 0, 05г	По 1 таб 2 рази на день впродовж 10-12 тиж. По 1 пігулці 3 рази на день впродовж 10-12дней	Антигістамінна дія	Усувають вплив гістаміну, зменшують проникність капілярів, набряк. Задитен гальмує вивільнення гістаміну і інших медіаторів з тучних клі-
	Кларітін 0,01 г	По 1 пігулці 1 раз на день		Кларітін блокую Н1-гістаміноорецептори, інгібує вивільнення гістаміну і лейкотрієну з тучних клітин
<i>Седативная терапія і психотерапія при канцерофобії</i>	Стоматолог, психотерапевт	Бесіди, сеанси психотерапії	Зняти відчуття напруженості, страх фіксації на захворюванні	Усунення психоемоційних розладів
<i>Лікування виявлених супутніх захворювань</i>	Лікар-фахівець		Курс лікування супутнього захворювання	Дія на окремі ланки патогенетичного ланцюга

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ЛІКУВАННЯ РОМБОВИДНОГО ГЛОСИТУ»

<i>Етапи лікування</i>	<i>Засоби лікування</i>	<i>Спосіб використання</i>	<i>Мета використання</i>	<i>Механізм дії</i>
<i>Санация порожни рота. Корекція гігієни порожнини рота, видалення зубних відкладень, лікування карієсу і його ускладнень.</i>	Зубні щітка, паста, нитка. Екскаватори, ручні скейлери, кюрети, ультразвуковий скейлер. Пломбувальні матеріали	Загальноприйняті способи	Видалення мікробного зубного нальоту. Усунення механічної травми слизової оболонки і осередків інфекції	Усунення інфекційного чинника, що сприяє запаленню. Усунення травмуючих чинників, що сприяють появі суб'єктивних відчуттів
<i>Загальне лікування Противірикові препарати (у разі виявлення великої кількості грибка Candida в зіскобі із спинки язика)</i>	Ністатин 500000 ОД леворин 500000ОД Нізорал, ламізил Діфлюкан 50 міліграм	Добова доза 6-8 млн. ОД впродовж 14-18 днів всередину. По 1 таб. 1 раз на день впродовж 2-3 нед. По 1 капсулі 1-2 рази на день впродовж 14-30 днів.	Дія на гриби <i>Candida</i> Дія на грибки <i>Candida</i> при тривалому перебігу патологічних процесів, неефективності ністатину	Фунгіцидна дія Гальмують біосинтез ергостабілу, тригліцеридів і фосфоліпідів, необхідних для синтезу клітинної стінки гриба <i>Candida</i> , унаслідок чого гриби не здатні утворювати колонії

<i>Хірургічне лікування</i>	Скальпель	Видалення тканини в межах ділянки ураження з подальшою біопсією при горбковій і папіломатозній формах	Видалити тканину, яка розрослася з метою профілактики її переродження	
<i>Кріодеструкція</i>	Рідкий азот	Дія струменем рідкого азоту на осередки ураження	Теж	Промержання і відторгнення папіломатозних розростань
<i>Припинення паління</i>			Усунення суб'єктивних відчуттів в порожнині рота	Тютюновий дим подразнює слизову оболонку порожнини рота

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: ЛІКУВАННЯ ЧОРНОГО «ВОЛОСАТОГО» ЯЗИКА

<i>Етапи лікування</i>	<i>Засоби лікування</i>	<i>Спосіб використання</i>	<i>Мета використання</i>	<i>Механізм дії</i>
<i>Санація порожнини рота. Корекція гігієни порожнини рота, видалення зубних відкладень, лікування карієсу і його ускладнень, раціональне протезування</i>	Зубні щітка, паста, нитка. Екскаватори, ручні скейлери, кюрети, ультразвуковий скейлер. Пломбувальні матеріали. Знімні і незнімні протези	Загальноприйняті способи чищення зубів і догляду за порожниною рота. Прийняті у загальних рисах способи видалення зубних відкладень, пломбування зубів	Видалення мікробного зубного нальоту і камення. Усунення механічної травми	Незадовільна гігієна порожнини рота, хронічна травма сприяють розвитку чорного «волосатого» язика
<i>Місцеве лікування Антисептичні препарати</i>	0,06 розчин хлоргексидину, корсаділ		Дія на патогенну мікрофлору порожнини рота	Бактерицидна дія на мікрофлору, денатурація білка бактеріальної клітини, дезодоруюча дія
	1% розчин перекису водню, р-н перманганату калія 1:5000	Полоскання	Теж	
	Відвар ромашки, шавлії, календули			Легкий протизапальний і антисептичний ефекти
<i>Кератопластичні препарати</i>	5-10% розчин саліцилового спирту, 5% розчин резорцину	Нанесення на спинку язика 2-3 рази на день	Видалення рогових мас з поверхні ниткоподібних сосочків, усунення гіперплазії ниткопо-	Ріст зроговіваючих клітин епітелію ниткоподібних сосочків, зменшують гіперплазію

Загальне лікування <i>гіпосенсибілізуючі препарати</i>	Тавегіл 0,001г піпольфен 0,025г задитен 0,001 г супрастин 0,025 г, димедрол 0,05 г кларитин 0, 01 г	По 1 таб. 2 рази на день впродовж 10-12 днів По 1 таб. 3 рази на день впродовж 10-12 днів По 1 таб. 1 раз на день	Антигістамінна дія	Пригнічують дію гістаміну, зменшують проникність капілярів, набряк. Задитен гальмує звільнення гістаміну і інших медіаторів тучних клітин. Кларитін блокує гістамінові H1-рецептори, інгібує звільнення гістаміну і лейкотрієну C4 з тучних клітин
			дібних сосочків	
<i>засоби, які впливають на тканинний обмін</i>	0,25% розчин хлориду кальцію в комбінації новокаїном	Ін'єкції під осередки ураження	Зменшити гіперплазію ниткоподібних сосочків	Зменшує проникність судин, протиалергічна дія. При місцевому введенні препарат подразнює навколишні тканини і може викликати некроз цих тканин
<i>Протипухлинне лікування</i>	Третіноїн	Аплікації на ділянки ураження	Теж	При зовнішньому нанесенні абсорбція складає від 1 до 31%. Індукує диференціювання і гальмує проліферацію промієлоцитів
<i>Кріодеструкція</i>	Рідкий азот (дія низьких температур)	Дія струменем рідкого азоту на вогнище ураження	Видалення гіперплазираних ниткоподібних сосочків	Струмін рідкого азоту впродовж 15-30с викликає промерзання і відторгнення сосочків

Вітамінотерапія	Вітамін А	Всередину по 8-10 крапель 3 рази на день впродовж 1-1,5 міс.	Нормалізувати процеси зроговіння епітелію	Вітамін А нормалізує процеси зроговіння епітелію, будучи стабілізатором клітинних мембран.
	Вітамін Е	По 1 таб. 3 рази на день впродовж 1 - 1,5 міс.	Підвищення резистентності організму, активізація обмінних процесів	Вітамін Е підсилює дію вітаміну А, оскільки гальмує окислення вітаміну А і каротину. Бере участь в регенерації епітелію, окисно-відновних процесах, нормалізує проникність капілярів, бере участь в синтезі ко-
	Вітамін В ₂ 0,01 г	По 1 таб. 2 рази в день впродовж 1 - 1,5 міс.	Насичення організму вітаміном В ₂ , оскільки є відомості про те, що гіпорібофлавіноз є фоновим захворюванням при розвитку чорного «волоса-	Бере участь в процесах вуглеводного, білкового і жирового обміну, в регулюванні окисно-відновних процесів
Противірибкові препарати (при великій кількості гриба <i>Candida</i> в зіскобі із спинки язика)	Ністатин 500 000 ОД леворин 500 000 ОД	Добова доза 6 – 8 млн. ОД впродовж 14-18 днів	Дія на гриб <i>Candida</i>	Володіють фуніцидною активністю
	Нізорал, ламізіл	По 1 пігулці 1 раз на день протягом 2-3 тиж.	Дія на гриби <i>Candida</i> при тривало протікаючих патологічних процесах, при неефективності ністатину	Гальмують біосинтез ергостабілу, триглицеридів і фосфоліпідів, необхідних для синтезу клітинної стінки грибків <i>Candida</i> в результаті чого гриби не здатні утворювати колонії
	Діфлюкан 50 міліграм	По 1 капсулі 1-2 рази на день впродовж 14-30 днів	Теж	Теж

Лікування виявлених супутніх захворювань	Лікар-фахівець	Курс лікування супутніх захворювань		Вплив на окремі ланки патогенезу
--	----------------	-------------------------------------	--	----------------------------------

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «Діагностика невралгії трійчастого нерву».

<i>Етапи діагнос-</i>	<i>Засоби і умови обстеження</i>	<i>Критерії самоконтролю</i>
<i>1. Анамнез</i>	Історія хвороби. При опитуванні хворого уважно вислухайте скарги, ставте питан-	
<i>1.1. Скарги</i>	Напади нестерпного болю до 1,5 хв. Напади дуже гострі нагадують удар ножем, електричним струмом. Біль виникає мимовільно, іноді провокується дотиком, холодом тощо. Локалізація болю – в зоні іннервації верхньощелепного та нижньощелепного нервів.	Хворіють частіше жінки віком від 40 до 60 років. Перевагу надають судинному фактору, порушення якого призводить до патологічних змін в ядрах трійчастого нерва.
<i>1.2. Анамнез захворювання Тривалість захворювання</i>	Опитування	Хворіють роками. З часом у пацієнтів виникають передвісники нападу – відчуття жару, свербіжу в ділянці поширення болю.
<i>1.3. Анамнез життя. Наявність супутніх захворювань внутрішніх органів і систем. Шкідливі звички Дотримання гігієни порожнини рота.</i>	Опитування. Висновки інших фахівців.	Захворювання ендокринної системи (зокрема цукровий діабет), артеріальна та венозна гіпертензія, інтоксикації, атеросклеротичні зміни судин мікроциркуляторного русла. Одонтогенні чинники : пульпіти, періодонтити, радікулярні кісти, генералізований пародонтит, травматичні оперативні втручання на ЩЛД. Недостатній догляд за порожниною рота сприяє вторинному інфіку-
<i>2. Об'єктивне дослідження</i>	Набір для огляду, збільшувальне скло	
<i>2.1 .Огляд хворого</i>	СОПР без наявних патологічних змін, дотик до куркових зон викликає напад болю.	Напад болю супроводжується почервонінням, слизотечею, слиновиділенням.
	Вода низької температури провокує гострий напад болю у ділянці іннервації верхньощелепного та нижньощелепного	.

Лікування:	Препарати: 1. Антikonвульсанти (фін- лепсин, тигретол)	Впливають на ядра трійчастого не- рва, справляють протисудомну дію.
	2. Призначають вітаміни гру- пи В (В ₁ , В ₁₂), препарати нікотинової кислоти (нікотинамід, теонікол, ком- плагін)	Відновлюють функцію уражених нервів
	3. Цінарізін, кавінтон, трентал.	Покращують циркуляцію нервово- го стовбура.
	4. АТФ, дібазол, вітамін В ₁₅	Поліпшують процеси обміну
	5. Еуфілін, трентал 6. Спазмолітин, анальгетики, вазоактивні засо- би(еуфілін). 7. Броміди 8. Алоє, склисте тіло 9. УФО – опромінення, УВЧ- терапія, електрофорез зне- болювальних засобів на ді- лянку ураження, діатермію шийних симпатичних вуз-	Покращують стан судинних стінок Антиневротична дія Седативні дія Біостимулятори

Короткий зміст теми:

Симптоми десквамативного глоситу:

Процес починається з появи біловатосірого ділянки помутніння епітелію діаметром кілька міліметрів. Потім в центрі ураження ниткоподібні сосочки десквамуються, оголюючи яскравочервону ділянку округлої форми, що виділяється на тлі помутніння навколишнього епітелію. Ділянка десквамації швидко збільшується, зберігаючи рівні круглі обриси, але інтенсивність десквамації зменшується. Зона десквамації епітелію може бути різної форми і величини і являє собою плями червонуватого кольору. Іноді ділянки десквамації мають форму кілець або напівкілець. В області десквамації добре видно грибоподібні сосочки у вигляді яскраво-червоних точок. Коли вогнище десквамації досягає значних розмірів, межі його розпливаються в навколишній слизовій оболонці, а в центрі слідом за десквамацією починає відновлюватися нормальне зроговіння ниткоподібних сосочків, в ділянках зроговіння, навпаки, настає десквамація.

Вогнища десквамації можуть бути поодинокими; але частіше вони множинні і в результаті постійно змінюваних процесів зроговіння і десквамації нашаровуються один на одного. На тлі старих вогнищ утворюються нові, внаслідок чого форма ділянок десквамації та колір постійно змінюються, що надає поверхні язика вигляд, що нагадує географічну карту. Це і послужило обґрунтуванням для назв "географічний язик", "мігруючий глосит". Характерна швидка зміна обрисів вогнищ десквамації, картина змінюється навіть при огляді на наступний день. Вогнища десквамації локалізуються на спинці і бічних поверхнях язика. У бі-

льшості хворих, особливо у дітей, ця форма глоситу протікає без суб'єктивних відчуттів і виявляється випадково, під час огляду порожнини рота. Лише деякі хворі скаржаться на печіння, поколювання, парестезії, болю від подразнюючої їжі. Пацієнтів також турбує дивний вигляд язика; може розвинутися канцерофобія. Часті стреси сприяють більш тяжкому перебігу процесу. Десквамативний глосит, що виникає на тлі патології шлунково-кишкового тракту та інших системних захворювань, може періодично загострюватися, що часто обумовлено загостренням соматичних захворювань. Загострення десквамативного глоситу супроводжується підвищенням інтенсивності десквамації епітелію слизової оболонки язика.

Десквамативний глосит приблизно в 50% випадків поєднується із складчастим язиком. Захворювання триває невизначено довго, не заподіюючи занепокоєння хворим, іноді зникає на тривалий термін, потім знову з'являється на тих самих або інших місцях. Зустрічаються випадки, коли десквамації виникають переважно на одному і тому ж місці.

Діагностика десквамативний глоситу:

Розпізнавання захворювання особливих труднощів не становить, оскільки клінічна симптоматика його вельми характерна. Десквамативний глосит слід диференціювати від:

- червоного плоского лишаю;
- лейкоплакії;
- бляшок при вторинному сифілісі;
- гіповітамінозів В₂, В₆;
- алергічних стоматитів;
- кандидозу.

Гістологічні зміни характеризуються стоншуванням епітелію і уплощенням ниткоподібних сосочків на ділянках десквамації, паракератоз з помірним гіперкератозом в епітелії оточуючих вогнище ділянках. У власне слизовому шарі - слабкий набряк і запальний інфільтрат.

Лікування Десквамативний глоситу:

У разі відсутності скарг і неприємних відчуттів лікування не проводять. При появі печії, болях рекомендується санація і раціональна гігієна порожнини рота, усунення різних подразників. Особливо актуальні гігієнічні рекомендації у разі поєднання десквамативного глоситу із складчастим язиком, при якому анатомічні особливості будови створюють сприятливі умови для розмноження мікрофлори в складках, що може служити причиною запалення, що викликає больові відчуття. За наявності почуття печіння, болю доцільні легкі антисептичні полоскання, іригації і ротові ванночки з розчином цитралю (25-30 крапель 1% розчину на півсклянки води), аплікації 5-10% суспензії анестезину в олійному розчині вітаміну Е, аплікації кератопластичних засобів (масляний розчин вітаміну А, масло шипшини, каротолін та ін.) Хороші результати дає лікування кальцію пантотенатом (по 0,1-0,2 г 3 рази на день всередину протягом місяця). У деяких хворих позитивний ефект відзначається від застосування новокаїнових блокад в область язичного нерва (на курс 10 ін'єкцій). При вираженій хворобливості доцільно призначати місцеві знеболюючі препарати. Обов'язкові виявлення і лікування супутніх захворювань. Зазначене лікування є симптоматичним, воно спрямоване на усунення або зменшення хворобливих відчуттів, зниження частоти рецидивів. Проте до цих пір не існує засобів повного усунення рецидивів захворювання, особливо в літньому віці. Нерідко розвивається канцерофобія. Профілактикою таких станів можуть бути індивідуальні бесіди з хворими і правильна деонтологічна тактика.

Прогноз захворювання для життя сприятливий, можливість малігнізації десквамативного глоситу виключається.

Ромбовидний (ромбічний) глосит (glossitis mediana rhombica) - Хронічне запальне захворювання мови характерного вигляду і локалізації.

Що провокує ромбовидний глосит: Етіологія і патогенез повністю нез'ясовані. В даний час більшість дослідників припускають, що ромбоподібний глосит є вродженим захворюванням і його розвиток обумовлений порушеннями процесів ембріогенезу. Інші автори вказують на роль мікробного фактора в етіології ромбовидного глоситу, оскільки в осередку ураження переважає умовно патогенна мікрофлора (*Candida* і *Actinomyces*). Захворювання зустрічається переважно у чоловіків.

Симптоми ромбовидного глоситу:

Клінічно ромбоподібний глосит проявляється вогнищем ромбовидної або овальної форми сплющеного або піднятого над рівнем слизової оболонки, злегка ущільненим на дотик, розташованим строго по середній лінії попереду від желобоватих сосочків. Розміри цього осередку ураження у різних хворих коливаються від 15 до 5 мм в довжину і від 0,5 до 2,5 мм в ширину. За формою це утворення нагадує ромб, у зв'язку з чим воно і отримало назву "ромбоподібний глосит". Вогнище ураження поодиноким, дуже рідко спостерігається декілька ділянок ураження. Поверхня вогнища позбавлена сосочків.

Ромбовидний глосит - хронічне захворювання, що триває роками, зазвичай воно не прогресує. Різноманітність клінічного перебігу ромбовидного глоситу дозволило виділити три форми захворювання: плоску (або гладку), горбисту і папіломатозну. При плоскій формі поверхня язика в зоні ураження гладка, полірована, не виступає над навколишньою слизовою оболонкою, рожевого або червоного кольору, іноді (в основному у літніх людей) з ціанотичним відтінком, сосочки в ділянці ураження відсутні. При пальпації можна виявити, що ділянка ураження злегка ущільнена, безболісна. Піднижньощелепні лімфатичні вузли при плоскій та інших формах ромбовидного глоситу не пальпуються. У випадку горбистої форми ромбоподібного глоситу, кругла або овальна ділянка ураження складається з горбків різних розмірів, відокремлених один від одного чітко вираженими складками. Таке розташування горбків нагадує бруківку, викладену гранітом. Поверхня горбків і складок червона з ціанотичним відтінком, позбавлена сосочків. Найбільш виражені зміни спостерігаються при папіломатозній формі ромбовидного глоситу. Осередок ураження представляє собою горбисте пухлиноподібне розростання, що виступає над поверхнею язика. Осередок ураження нерідко досягає 3-5 см в діаметрі. При пальпації ущільнення не визначається або воно незначне. При горбистій і папіломатозній формі центральна частина поверхні вогнища може зроговівати, тоді вона набуває молочнобілого забарвлення. Вогнище ураження протягом усього життя хворого не збільшується, постійно зберігають свою форму та розміри. Всі три клінічні форми ромбовидного глоситу можуть перебігати без суб'єктивних відчуттів. Скарги на печіння, шорсткість, відчуття стороннього тіла спинки язика, біль з'являються лише в тих випадках, коли розвивається запалення. Патогістологічно виявляють акантоз, зникнення сосочків в області ураження, підепітеліальну інфільтрацію.

Перебіг ромбовидного глоситу зазвичай доброякісний. Клінічна та морфологічна картина залишається без змін протягом багатьох років. Лише при несприятливих умовах (постійне хронічне подразнення, зниження імунітету) горбиста і папіломатозна форми глоситу проявляють схильність до прогресування процесу. Описані поодинокі випадки виникнення злоякісної пухлини ромбовидного глоситу.

Діагностика ромбовидного глоситу:

Ромбовидний глосит диференціюють від:

- десквамативного глоситу,
- авітамінозів,
- пухлин язика,
- кандидозу.

Лікування ромбовидного глоситу:

Проводять санацію порожнини рота для виключення місцевих травмуючих чинників, рекомендують припинити шкідливі звички. При виявленні гриба роду *Candida* здійснюють протівокандидозне лікування. Як правило, перерахованих лікувальних заходів буває достатньо для ліквідації запалення при плоскій, горбистій і папілломатозній формах. При виявленні схильності до розростання горбистої і папілломатозної форм, вони підлягають висіченню в межах осередку ураження. Ефективна кріотерапія.

Складчастий язык

Складчастим языком називають вроджене захворювання даного органу, що супроводжується різними порушеннями його розміру і форми. Дану патологію також називають скротальним языком.

Складчастий або скротальний язык виникає не залежно від віку людини, дане захворювання зустрічається як у дітей, так і у дорослих. Тільки на відміну від дорослих у дітей глибина складок на поверхні языка менша. Так як складчастий язык розвивається у людини з моменту його народження, то у більшості дослідників прийнято розглядати його як вроджену аномалію. Розвиток даної вродженої аномалії супроводжується збільшенням языка, в деяких випадках майже вдвічі.

Симптоми складчастого языка

Головною особливістю складчастого языка є наявність на його поверхні борозен (складок) різної глибини (найчастіше борозни мають велику глибину). Борозни розташовуються симетрично в поперечному або поздовжньому напрямку. По всій середній лінії языка (від кінчика до желобоватих сосочків) розташовується найглибша в порівнянні з іншими борозна. За допомогою цієї борозни відбувається об'єднання всіх поперечних і поздовжніх борозен, в результаті чого виходить єдина система. Зовні складається відчуття, ніби язык розділили на багато частин. Дно і бічні поверхні борозен вкриті характерними для здорової слизової языка сосочками. Як правило, сосочки добре видно, а в деяких випадках гіпертрофовані. Різні деформації даного органу, при протіканні даної патології, відбуваються лише на передньої третини. Також складчастий язык може виникати в якості одного із симптомів синдрому Мелькерссона-Розенталя. Нерідко дана патологія розвивається спільно з десквамативним глоситом.

За наявності складчастого языка у людини відсутні будь-які скарги, пов'язані з розвитком захворювання. Більшість людей, які зазнали даної аномалії, дізнаються про її наявність по зовнішнім чинникам. Як правило, побачивши складки на язиці, людина відразу ж звертається за кваліфікованою допомогою.

При складчастому язиці слід якомога більше уваги приділяти гігієні ротової порожнини, інакше в складках поступово починають накопичуватися залишки їжі, що призводить до порушення мікрофлори й утворенню запалення. У такому випадку виникають скарги на печіння і біль в язиці.

Лікування складчастого языка

Як правило, при складчастому языку якого-небудь певного лікування не проводиться. У більшості випадків проводиться лише загальна санація ротової порожнини. Але якщо внаслідок поганої гігієни порожнини рота захворювання ускладнилося і перейшло, наприклад, в глосит, то в такому випадку проводиться відповідне лікування.

Чорний волосатий язык (хронічна гіперплазія ниткоподібних сосочків языка)

Чорний волосатий язык характеризується зроговінням і гіперплазією ниткоподібних сосочків

язика різної враженості. Це досить рідкісне захворювання, що зустрічається як у дітей, так і у дорослих, причому у дорослих частіше.

Етіологія і патогенез. Найбільш часто виникнення волосатого язика пов'язують з інфекційними захворюваннями і порушеннями функції ШКТ і печінки. Особливо часто гіперплазія ниткоподібних сосочків спостерігається у хворих з хронічними гастритами та колітами.

Smith (1962) пов'язує виникнення волосатого язика з гіпо-та арібофлавінозом і введенням антибіотиків. Тривалий прийом антибіотиків порушує мікробну рівновагу в ротовій порожнині, пригнічує розвиток кокових і паличковидних форм, сприяє розвитку грибів роду *Candida*.

Про роль грибів роду *Candida* в розвитку цього захворювання свідчить досить частий розвиток кандидозного стоматиту (68%) у осіб, які мають волосатий язык. Однак слід вважати, що розвиток грибкової флори є вторинним, грибковий стоматит зазвичай з'являється на тлі волосатого язика. Наявність гіперплазії сосочків створює хороші умови для інвазії *Candida*.

Особливу роль в етіології відводять конституціональним зрушенням, які, впливаючі на трофіку, викликають порушення обмінних процесів в епітелії язика.

Волосатий язык досить часто спостерігається у дітей внаслідок прийому лікарських препаратів, під дією хімічних препаратів, харчових продуктів. Можна припустити, що ці речовини призводять до розвитку органної сенсibiliзації, яка проявляється специфічним тканинним набряком з гіперплазією ниткоподібних сосочків і подальшим їх зрощуванням. Ця точка зору в останні роки стає все більш домінуючою.

Симптоми. - Скарг може не бути. Часто пацієнтів турбує незвичайний вид язика, іноді - відчуття стороннього тіла на ньому, блювотний рефлекс при розмові, свербіж на піднебінні, зниження смакової чутливості. Гіперплазовані ниткоподібні сосочки розташовуються переважно на задній і середній третині спинки язика. Бічні поверхні і передня частина зазвичай вільні від розростання сосочків і мають нормальний вигляд. На спинці язика, попереду від желобоватих сосочків ниткоподібні сосочки подовжуються, стовщуються і набувають колір від світло-коричневого до чорного. Довжина ниткоподібних сосочків іноді досягає 2 см, а діаметр - 2 мм, зовні сосочки нагадують волосся. У основи сосочки більш товсті, але менш пігментовані, ніж у верхівки. Характерною ознакою чорного (волосатого) язика є його забарвлення, яке визначається діяльністю хроматогенних бактерій. Найчастіше гіперплазовані сосочки мають колір від слабо-коричневого до чорного, але іноді можуть бути солом'яно-жовтими, бурими, темно-сірими. Змінена ділянка зазвичай має овальну або трикутну форму і розташовується по середній лінії. Цей осередок без лікування може зберігатися невизначено довго, іноді може спонтанно зникнути і через деякий час знову рецидивувати. При бактеріоскопічному дослідженні визначають збільшену кількість лептотріхій.

Захворювання, як правило, триває 2-3 тиж. Однак описані випадки і більш тривалого перебігу. Захворювання супроводжується незначною сухістю слизової оболонки рота, у деяких хворих - порушенням смакової чутливості.

Спостерігали розростання і зрощування ниткоподібних сосочків язика в задній його третині. Довжина сосочків доходить до 1-3 см, діаметр - до 2-3 мм, лежать вони на поверхні слизової оболонки. Колір сосочків сірувато-брудний або чорний і залежить від забарвлення рогових мас. Порушується процес зрощування епітелію язика. Захворювання може виникнути при хворобах шлунково-кишкового тракту, гіпо- і авітамінозах, прийомі антибіотиків, сульфамідамідних препаратів, має значення і мікробна флора.

Лікування - Проводиться санація порожнини рота. Для місцевого лікування викорис-

тують кератолітичні засоби, змазування спинки язика 3-5% розчином резорцину, 5-10% саліцилового спирту (2-3 рази на день). Ефективне застосування низьких температур (кріодеструкція) протягом 15-30 с. Із загальних методів лікування при частих рецидивах призначають курс гіпосенсибілізуючої терапії, вітамінів С, D, А. При розвитку грибового глоситу специфічне лікування.

Глосоденія

До етіологічних факторів глосоденії відносять: захворювання внутрішніх органів та систем, функціональні неврози, прихована депресія.

Клінічна картина : страждають переважно жінки від 30 до 60 років. В 90% випадків процес локалізується на СО язика, біль розлитий, без чітких меж, в 10% випадків поширюється на СО дна порожнини рота, губ, щік, піднебіння. Характер відчуттів – печіння, поколювання, пощипування, відчуття жару, біль стиснутого характеру. Під час їжі, розмови, біль проходить, що є діагностичною ознакою. Неприємні відчуття можуть посилюватись уночі. Відчуття в язичі бувають настільки інтенсивні, що навіть у пацієнтів з важкими ураженнями серцево-судинної, нервової систем, ці скарги виходять на перший план. Нерідко розвивається канцерофобія.

Об'єктивно: спостерігається ксеростомія, іноді може бути гіперсалівація. СОПР не змінена, іноді, при патології ШКТ, спостерігаються десквамації епітелія.

Диференційну діагностику проводять із: глосалгією, глоситом, гангліонітом.

Лікування глосоденії проводять стоматолог і невропатолог.

Місцева терапія складається з санації порожнини рота, для усунення факторів, які посилюють і провокують парестезії (гальванізм, грибові ураження, дефекти пломб і протезів, гострі краї зубів тощо).

Етіотропне лікування складається з терапії соматичних захворювань.

Патогенетична терапія : рекомендують беллоїд (відновлює співвідношення збудження та торморження) чи белласпон в таблетках 2-3 рази в день, протягом 2-4 неділей; гангліоблокуючі засоби, спазмолітики. Їх призначають разом з АТФ.

Для нормалізації гомеостазу і функції нервової системи використовують вітаміни В₆+В₁ по 1 мл 5% розчину(10 -15 ін'єкцій в/м), В₁₂ (10 -20 ін'єкцій в/м), 1% розчин РР за схемою, С, В₂, Е та ін. Із седативних засобів використовують натрію бромід по 1 ст. л. 3 рази на день, протягом 2 неділей.

При сильному збудженні з порушенням сну призначають транквілізатори: седуксен по 0,025 1-2 рази в день; триоксазин по 0,3 2-3 рази в день. Можуть призначатись проти судомні – фінлепсин. Позитивну дію мають антидепресанти – амітриптилін.

Для усунення чи послаблення больового і парестетичного синдрому, порушення слиновиділення, смаку приміняють блокади гілок трійчастого нерва.

При наявності вогнища парестезії в ділянці інервації ІІІ гілки трійчастого, языкоглоткового нервів, 1-2 шийних сегментів приміняють електрофорез на передні шийні, симпатичні ганглії і гальванічний комір по Щербаку(з хлористим кальцієм), використовуючи їх по черзі. Дорсонвалізацію на ділянку верхніх і нижніх шийних симпатичних вузлів і бокових поверхонь язика.

Широко застосовують масаж язика з масляними ротовими ванночками, який забезпечує рефлекторне тренування, ендоекологічне очищення, протизапальну та регенеруючу дію.

Ефект дає також електрофорез з терилітином на підщелепну ділянку №6 (розчинити в 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводити 10 хв. з анода і 10 хв. з катода.

З хірургічних методів використовують алкоголізацію язикового нерва сумішшю 80% спирта і 2% розчину новокаїна.

Невралгія язико-глоткового нерва

Етіологія захворювання: хронічний тонзиліт, тонзилоектомія, хронічні синусити, гіпертрофія шилоподібного відростку, аневризма сонної артерії, атеросклероз.

Клінічна картина: характеризується нападами одностороннього жагучого болю в ділянці мигдаликів, кореня язика, які поширюються на м'яке піднебіння, горло, вухо. Іноді біль іррадіює в око, нижню щелепу, шию. Під час приступу з'являється сухість в горлі чи гіперсалівація. «Куркові» зони розташовані в ділянці мигдаликів чи кореня язика. Больова точка визначається за кутом нижньої щелепи. Достовірною ознакою є гіперчутливість до гіркого в задній третині язика (всі смакові подразники сприймаються як гіркі), зниження глоткового рефлексу, послаблення рухливості м'якого піднебіння, утруднене ковтання. Під час нападу спостерігаються головокружіння, втрата свідомості, зниження артеріального тиску. Змащування кореня язика, мигдаликів місцевими анестетиками купує напад.

Диференційну діагностику проводять із невралгією трійчастого нерва та невралгією верхньогортанного нерва.

Лікування: терапія основного захворювання; протисудомні (фінлепсин за схемою); віт. В₁, В₁₂ в ін'єкціях; піпольфен, 50% анальгін, змащування кореня язика анестетиком; фізіотерапевтичні методи (флюктооризація, електрофорез, УЗ – терапія); при локалізації «куркової» зони в ділянці мигдаликів – тонзилоектомія.

Невралгія язикового нерва.

Часто спостерігають одночасне ураження язикового і нижньощелепного нервів як прояв ураження третьої гілки трійчастого нервів.

Ураження язикового нерва може бути як прояв наслідком компресії нерва, порушень кровообігу та запальних процесів на рівні ядер, трійчастого вузла та корінця трійчастого нерва. У виникненні даного захворювання мають значення травми, інфекції, інтоксикації, судинні фактори. Ізольоване ураження язикового нерва виникає внаслідок травми нервового стовбура під час анестезії, хірургічного втручання, травматичних ушкоджень язика, одонтогенних запальних процесів.

Клінічна картина: характерний пекучий, нападоподібний біль переважно у передній і середній третинах язика. Виникає у відповідній половині язика від різних подразників – механічних, тактильних, хімічних, термічних. Напади болю тривають 1-2 хв. Біль може виникати від дотику столових предметів, під час розмови і споживання їжі, рухів язика.

При об'єктивному обстеженні виявляють куркові зони в ділянці іннервації язикового або нижньощелепного нерва при незмінній чутливості. Навіть дуже незначне подразнення цих зон викликає напад болю.

Лікування проводять відповідно невралгії трійчастого нерва. Його особливістю є ефективне використання анальгетиків, які у разі сильного болю, вводять парентерально.

Інтерн повинен знати:

1. Клініка захворювань язика
2. Диференційна діагностика захворювань язика
3. Діагностика захворювань язика
4. Лікування захворювань язика

Інтерн повинен уміти:

1. Діагностувати захворювання язика.
2. Проводити диференційну діагностику захворювань язика .
3. Проводити симптоматичне лікування захворювань язика .

Хворий віком 53 роки скаржиться на відчуття стороннього тіла на язиці, неприємні відчуття при розмові, сухість у роті. Об'єктивно: на спинці язика виявлені подовжені до 5 мм ниткоподібні сосочки темного кольору. Який на вашу думку діагноз?

Еталон відповіді:

Чорний волосатий язик

Завдання № 2.

Хвора 37 років скаржиться на відчуття печіння і незвичайний вигляд язика. Об'єктивно: на спинці і бокових поверхнях язика спостерігаються симетричні повздовжні глибокі складки. В складках ниткоподібні сосочки збереженні. Язик м'який, дещо збільшений. Поставте діагноз.

Еталон відповіді:

Складчастий язик

Завдання № 3.

Під час профілактичного огляду в пацієнта віком 18 років на спинці язика виявлені червонуватого кольору гладенькі ділянки, які мають форму кілець, позбавлених ниткоподібних сосочків, навколо цих вогнищ спостерігається білувата смужка. Зі слів пацієнта з'ясовано, що ці зміни на язиці не постійні – вони то з'являються, то зникають і не спричиняють ніяких суб'єктивних відчуттів. Пацієнт страждає на хронічний ентероколіт. Під час гістологічного дослідження вогнищ десквамації виявлений гіпер та паракератоз. Поставте діагноз. Призначте лікування.

Еталон відповіді:

Десквамативний глосит

Завдання для самостійної роботи.

Реферат на тему: «Етіологія і патогенез неврогенних захворювань язика».