

Л.М.Цепов,
Е.Л.Цепова,
А.Л.Цепов

555 ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, ЯЗЫКА И ГУБ

3-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2015

УДК 616.31-07

ББК 56.6

Ц40

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Авторы:

Цепов Леонид Макарович – докт. мед. наук, профессор, член-корр. РАЕН, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Цепова Елена Леонидовна – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Цепов Андрей Леонидович – канд. мед. наук, доцент кафедры терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Цепов Л.М.

Ц40 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ / Л.М.Цепов, Е.Л.Цепова, А.Л.Цепов. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 224 с.
ISBN 978-5-00030-225-5

Многие соматические, неврологические, инфекционные и другие заболевания, целый ряд синдромов манифестируют различными изменениями слизистой оболочки рта, языка и губ (появлением эрозий, афт, язв, налета на их поверхности). В настоящем издании рассматриваются основные дифференциальные симптомы и особенности течения заболеваний, проявляющиеся на слизистой оболочке рта, языка и губ сходными клиническими признаками. Описаны особенности изменений слизистой оболочки рта, языка и губ при наиболее частых патологических состояниях, имеющие дифференциально-диагностическое значение, которые приведены в таблицах.

Издание рассчитано как на студентов старших курсов медицинских вузов, так и на интернов, ординаторов, врачей-стоматологов, дерматологов, терапевтов, неврологов, инфекционистов, педиатров, курсантов факультетов повышения квалификации и может пробудить их интерес к визуальной диагностике соматической патологии по изменениям слизистой оболочки рта, языка и губ.

В списке литературы читатель сможет найти интересующие его дополнительные источники.

В книге 11 таблиц, 2 схемы, библиография – 127 наименований.

УДК 616.31-07

ББК 56.6

ISBN 978-5-00030-225-5

© Цепов Л.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л., 2011

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Клиническое значение структурных особенностей слизистой оболочки рта, языка и губ. Диагностические приемы обследования пациента.	9
Патология губ («самостоятельные» хейлиты, хронические трещины губ).....	16
Патология языка	20
555 заболеваний, синдромов и симптомов, протекающих с поражением слизистой оболочки рта, языка и губ	30
Дифференциальная диагностика поражений слизистой оболочки рта	205
Заключение	215
Рекомендуемая литература.....	217

ВВЕДЕНИЕ

Слизистой оболочке языка в диагностических и прогностических целях всегда придавалось большое значение как европейской, так и восточной медициной. Одним из важных действий врача с древности было исследование языка и в первую очередь – его осмотр. К сожалению, в наши дни в связи с «технизацией» медицины осмотр слизистой оболочки рта, языка и губ, по мнению некоторых врачей, не имеет большого значения. Хотя хорошо известно, что, например, жалобы на боли в языке, данные его осмотра, так же как и других отделов полости рта, очень важны в тех клинических ситуациях, когда речь идет о расстройствах пищеварения, гипо- и авитаминозах, аллергиях (пищевой, лекарственной, микробной), заболеваниях кроветворных органов. В то же время следует учитывать, что патологические процессы, негативно влияющие на регенерацию тканей (болезни обмена веществ, дефицит витаминов, заболевания крови и т.д.) уже на самых ранних стадиях развития вызывают изменения слизистой оболочки рта и языка.

Диагностика, лечение и профилактика заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ остаются важной проблемой клинической медицины. По данным Е.В.Боровского, при диагностике заболеваний слизистой оболочки рта и губ правильный диагноз ставится только в 30–35% случаев. Врачи же в основном ограничиваются такими диагнозами, как «глоссит», «стоматит», «хейлит». Вместе с тем при многих системных заболеваниях изменения слизистой оболочки рта и слизистой оболочки языка возникают задолго до появления общих клинических симптомов. Поэтому правильная интерпретация подобных изменений имеет большое клиническое значение не только для врачей-стоматологов, но и для других специалистов, особенно для терапевтов, гастроэнтерологов, гематологов, эндокринологов и др.

Трудности диагностики патологии слизистой оболочки рта, языка и губ обусловлены:

- многообразием заболеваний, локализующихся в этой области, и сходством их клинических проявлений;
- динамическим изменением клинической картины под действием неблагоприятных внешних (экологических) и внутренних (соматическая патология, длительный прием лекарственных препаратов) факторов;
- преимущественно хроническим рецидивирующим течением многих заболеваний (красный плоский лишай, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, хроническая рецидивирующая трещина губ и др.);

- проявлением на слизистой оболочке рта, языка и губ признаков системных заболеваний: болезней крови и внутренних органов, нарушений обмена, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, онкологических заболеваний.

При изучении этиологии и патогенеза ряда заболеваний отечественные исследователи (Банченко Г.В. и др., 2000; Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л., 1984; Рыбаков А.И., Банченко Г.В., 1978; и др.) исходили из представлений о полости рта как части желудочно-кишечного тракта, о связи ее функций с функциями нервной, эндокринной, кроветворной систем, учитывая при этом особенности функции слизистой оболочки в процессе фило- и онтогенеза, а также ее особенности в возрастном аспекте.

Полость рта – это комплексная экологическая система, в которой внешние факторы (биологические, индивидуальные, социальные) взаимодействуют с внутренними (пародонт, бактериальное сообщество, локальная иммунная система слизистой оболочки, ее эпителий, слюна, нервно-рецепторный аппарат). Как и в окружающей среде, все компоненты этой системы находятся в динамическом равновесии (Мартынова Е.А. и др., 2008; Eriksen H. et al., 2006).

В последние годы показано (Тец В.В., 2008), что заселение определенных экологических ниш (в том числе и рта) микробами, несущими опасные токсины, приводит к возникновению разных соматических заболеваний. При этом ключевую роль в поражении органов и систем играет опосредованное действие бактерий (массивная активация в ретикулоэндотелиальной системе макрофагов и циркулирующих лейкоцитов, выделение цитокинов, высвобождение и активация комплемента, гистамина, серотонина, оксида азота и др.).

Рот, так же как и ротоглотка, является общей для пищи и воздуха полостью. Именно на этом участке пищеварительного и дыхательного путей происходит основной контакт с микроорганизмами и токсическими веществами, содержащимися в пище и вдыхаемом воздухе. Большинство патологических изменений слизистой оболочки языка и нёба являются следствием резорбтивных влияний вирусов и бактериальных токсинов, распространяющихся в организме после их внедрения гематогенным и лимфогенным путем, и лишь отчасти при прямом внедрении возбудителей в слизистые оболочки рта и ротоглотки (например, дифтерия, сифилис) (Богомолов Б.П., 2000).

Рецепторы слизистой оболочки рта – мощный источник рефлексов, влияющих на функциональную активность всех отделов желудочно-кишечного тракта (Стрюк Р., 2008). Наряду с этим патология желудочно-кишечного тракта проявляется изменениями со стороны слизистой оболочки рта. Так, при острых кишечных инфекциях язык поражается более чем в 92% случаев, слизистая оболочка рта в целом – в 80% (Богомолов Б.П., Сорокина А.А., 2008).

Поражения слизистой оболочки рта, языка и губ представляют значительные трудности для диагностики. Это обусловлено многообразием их проявлений и наличием в них большого количества рефлексогенных зон.

К поражению указанных образований могут приводить нарушения функции черепных нервов (лицевого, тройничного, промежуточного, языкоглоточного, блуждающего, подъязычного), вегетативной нервной системы, внутренних органов, высшей нервной деятельности. Поэтому больные с такими поражениями слизистой оболочки рта, языка и губ нуждаются в тщательном обследовании не только стоматологов, но и других специалистов. Ведь не случайно считают, что состояние слизистой оболочки рта, и в первую очередь языка, является «зеркалом», отражающим целый ряд нарушений разнообразного характера в организме.

Установлены морфологические изменения рельефа слизистой оболочки языка в зависимости от возраста и пола (Лукиных Л.М., 2004). Язык и слизистая оболочка рта в целом очень чутко реагируют на изменения в организме (питание, количество потребляемой жидкости, простудные проявления, плохой сон, раздражительность). Причем основным признаком таких изменений в состоянии организма является появление налета на языке (от белого до черного) (Улитовский С.Б., 2006). Считается, что задняя треть спинки языка является основным источником неприятного запаха изо рта.

В связи со сложностью диагностики и выбора метода лечения врачи различных специальностей направляют больных на консультацию к стоматологам, неврологам. Патология языка часто встречается при многих болезнях нервной системы. Лингвальные симптомы далеко не всегда учитываются при ранней диагностике неврологических синдромов с позиций соматической и эндокринной патологии. Так, изменения функций языка могут быть обусловлены (Макаров А.Ю., 2008):

- 1) патологией центральной, периферической, вегетативной нервной системы;
- 2) нервно-мышечными заболеваниями;
- 3) нейроэндокринной патологией;
- 4) соматоневрологическими и инфекционными заболеваниями;
- 5) наследственными заболеваниями, врожденными аномалиями или пороками развития.

Авторы данного издания поставили перед собой цель – направить мысль студента, интерна, ординатора, практического врача на выявление и изучение не только патологических изменений слизистой оболочки рта, языка и губ, но и основного заболевания, признаками которого эти изменения часто являются. Особенности поражения слизистой оболочки рта, языка и губ необходимо учитывать в каждом конкретном случае как дополнительный критерий в дифференциальной диагностике различных заболеваний.

Можно надеяться, что издание поможет не только стоматологам, но и терапевтам, педиатрам, инфекционистам, неврологам, дерматологам, а также врачам других специальностей в решении вопросов ранней диагностики сочетанных поражений и окажется необходимым в их повседневной деятельности. Книга может быть полезной и потому, что с момента выхода предыдущего нашего издания прошло почти 15 лет, монографии Е.Е.Платонова – почти

70 лет, а книги С.Rosenthal – более 100 лет. Они являются библиографической редкостью и практически недоступны массовому читателю.

Мы уверены, что своевременная и правильная оценка синдромосходных состояний в практике врача позволит ему найти точку опоры для дифференциальной диагностики заболеваний и целенаправленного лечебного воздействия, так как такое лечение не всегда может быть осуществлено только стоматологическими методами. Вместе с тем участие стоматолога в комплексной терапии таких больных представляется весьма необходимым и целесообразным.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТРУКТУРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, ЯЗЫКА И ГУБ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Создается впечатление, что врачи зачастую даже не пытаются распознать поражение слизистой оболочки (СО) рта, языка и губ, когда для этого есть все возможности. Ведь главный «инструмент» диагностики для врача-стоматолога, врача-дерматолога, врача-оториноларинголога и многих других – их глаза. Если пациент ни на что не жалуется, высыпания в полости рта (ПР) рассматривают как не стоящие внимания. А ведь безобидные на первый взгляд изменения СО рта, языка и губ могут оказаться единственными проявлениями тяжелой болезни. Оставлять их без внимания так же недопустимо, как и другие симптомы. В противном случае время для врачебного вмешательства будет безвозвратно потеряно.

Ведущими методами исследования губ, СО рта и языка являются осмотр и пальпация. Перкуссия имеет ограниченное применение, а аускультация не используется вообще.

Студенту, молодому врачу нередко трудно оценить физиологическое (в норме) состояние органов и тканей полости рта, в том числе и языка, без достаточной осведомленности о нормальных структурных особенностях во взаимосвязи с функциональной системой ротовой полости и состоянием организма в целом.

Микроструктура тканей губ, СОР (в том числе и область языка) отличается по топографическим зонам, что определяет ее клинические критерии в норме и служит ключевым звеном при визуальной оценке (Латышева С.В. и др., 2004).

Губы рта – органы, ограничивающие свободным краем ротовую щель; они состоят из кожи, круговой мышцы и слизистой оболочки. Различают верхнюю и нижнюю губу, которые соединены спайками (комиссурами) в области углов рта.

Исследование губ. Величина губ здорового человека зависит от индивидуальных особенностей, обусловленных расой, наследственностью и состоянием зубов. В норме различают губы *прямые* (бывают при правильном положении передних зубов), *выпяченные* (при антериальном положении передних зубов), *запавшие* (при постериальном положении передних зубов)

или при отсутствии зубов). Важно сопоставить величину губ с другими частями лица. С возрастом красная кайма губ становится менее эластичной, обладает меньшей тактильной чувствительностью, имеет более темную окраску (Губанова Е.И., 2010).

При осмотре губ отмечают их рельеф, величину, наличие и характер элементов поражения. В норме кайма губ имеет розовый или красный цвет, безболезненно растягивается, их поверхность ровная, гладкая. Углы рта симметричные, их окраска не отличается от окраски окружающих тканей, они чистые, при открывании рта растягиваются, болей и трещин нет (Кукес В.Г. и др., 2006). Слизистую оболочку губ осматривают при сомкнутых челюстях, для чего приподнимают верхнюю и опускают нижнюю. Во время обследования учитывают секрецию и состояние выводных протоков мелких слюнных желез. Осмотр позволяет определить: пороки развития губ и органов полости рта; размеры губ и языка; цвет губ и СОР (слизистой губ, щек, языка, твердого и мягкого нёба, миндалин); влажность слизистых, их блеск; отсутствие или наличие налета на СО, отека, различных высыпаний, опухолевидных образований; состояние зубов, десен, твердого и мягкого нёба, языка, миндалин. При пальпации губы мягкие, эластичные, болевых ощущений не возникает.

Исследование преддверия рта. Преддверие рта – это пространство, ограниченное снаружи губами и щеками, а изнутри – зубами и деснами. Осмотр проводится при сомкнутых челюстях последовательно: внутренняя поверхность губ, СО щек, десна, зубы. Шпателем (стерильным металлическим или пластмассовым) осторожно поднимается верхняя губа, опускается нижняя губа, а щеки оттесняются в стороны.

Знание нормального состояния *слизистой оболочки рта* является необходимым условием точной диагностики ее заболеваний. В норме цвет СО колеблется от бледно-розового до красного; подвижность СО зависит от ее топографии. Для клиницистов важными представляются изменения СО рта, языка, губ, возникающие и развивающиеся как обязательные признаки и составные части синдромов, которых к настоящему времени в стоматологической литературе описано более 300 (Данилевский Н.Ф. и др., 2001).

Безусловно, любому клиницисту необходимо иметь четкое представление о *нормальных структурных образованиях губ, слизистой оболочки рта* (места выхода выводных протоков больших слюнных желез, дополнительные тяжи слизистой) и *языка* (сосочки на дорсальной поверхности его, просвечивающие вены на вентральной поверхности) и т.д.

Язык (lingua, glossa), структурная дифференцировка которого заканчивается к 10-летнему возрасту, – это компактный мышечный орган, покрытый многослойным плоским эпителием, участвующий в жевании, сосании, глотании, определении вкуса и физиологическом процессе формирования звуков речи. В нем выделяют тело, кончик и корень, отличающиеся неодинаковым рельефом и строением СО на его разных поверхностях. На спинке языка определяется срединная бороздка, на границе тела и корня – пограничная бороздка, имеющая V-образную форму. В месте соединения двух ветвей пограничной борозды по средней линии находится слепое отверстие языка.

Предбороздовая часть спинки языка и его края покрыты особыми выступами многослойного плоского эпителия – *сосочками*, от степени развития и расположения которых зависит индивидуальный узор поверхности языка: *нитевидными* (наиболее многочисленными и самыми мелкими, придающими языку бархатистый вид, равномерно распределенными по дорсальной поверхности кончика и тела языка, которые могут иметь красный, розовый или белый цвет); *листовидными* (особенно развитыми в раннем детстве; у взрослого человека рудиментарными или отсутствующими); *грибовидными* (их особенно много на кончике языка; они лежат поодиночке среди более мелких и низких нитевидных сосочков; не ороговевают, в них заложены терморцепторы, и они содержат вкусовые почки); *желобоватыми/желобовидными* (окруженными валом; самыми крупными, расположенными на линии границы корня и тела языка по 6–15 в V-образной бороздке в заднем отделе спинки языка). Сосочки языка в нормальных условиях скорее стираются и быстрее регенерируют, чем остальные части СОР.

Клиническая оценка состояния сосочков языка при обследовании пациента проводится с учетом их характерных особенностей (см. табл. 1).

СО нижней (вентральной) поверхности языка относится к выстилающей (рельеф ее ровный с просвечивающими через нее *венами*), а верхняя (дорсальная) – к специализированной, более подверженной воздействиям различных раздражителей.

Жалобы пациента: боль в языке, чувство жжения в полости рта, покалывания (напомним, что многие поражения языка, сопровождающиеся болями, относятся к различным разделам медицины – неврологии, дерматологии, оториноларингологии, хирургической стоматологии, онкологии и др.). Источником боли могут быть зубы, артерии, черепные нервы, носоглотка, глубокие структуры лицевого скелета, внутричерепные образования, или же она может быть психогенной; больно должен сам описать клиническое течение своего болевого синдрома; важна характеристика боли, других неприятных ощущений в языке. Выявляются изменения или извращения вкуса, снижение или обострение вкусовой чувствительности (*агевзия* – потеря одного из основных вкусовых ощущений; *дисгевзия* – ослабление вкусовых ощущений; диссоциированная *гипогевзия* – ослабление одного из основных вкусовых ощущений; *парагевзия* – ошибочное восприятие одного вкусового ощущения вместо другого; *фантагевзия* – наличие патологического, обычно металлического, привкуса во рту, который часто является побочным эффектом приема некоторых лекарственных препаратов). Устанавливается наличие жажды, сухости во рту; понижение аппетита; ощущение необычного запаха изо рта.

Следует подчеркнуть, что пациенты могут предъявлять идентичные жалобы на чувство жжения и пощипывания языка, дискомфорт, сухость во рту (ксеростомия), неприятный запах изо рта (галитоз), болезненность и др. при различных нозологических формах патологии языка. В диагностике травматических заболеваний языка наличие болезненности свидетельствует о нарушении целостности поверхности СО и указывает на присутствие вторичных элементов поражения (трещин, эрозий, афт и др.).

Таблица 1

**Клиническая оценка состояния языка в норме
(по С.В.Латышевой и соавт., 2004)**

Характерные особенности	Виды сосочков			
	нитевидные	листовидные	грибовидные	желобоватые
Локализация	Дорсальная поверхность языка (на всем протяжении)	По боковым поверхностям языка и у его основания	На спинке языка между нитевидными. Больше их на кончике языка и по его краям	Между телом и корнем языка вдоль пограничной линии (перед терминальной бороздкой)
Морфологическая структура эпителия сосочков языка	Ороговеающий толстый эпителий (с наклонностью к ороговлению на верхушках сосочков)	Неороговеающий эпителий, включающий 3 слоя, значительно толще, придающий языку яркую окраску		Участки ороговеающего и неороговеающего эпителия
Цветовые оттенки	Бледно-розовый цвет	Розовато-красный цвет	Красные точки	Белесовато-розовый оттенок
Форма и размеры сосочков	Имеют вид конусообразных возвышений, 0,3 мм (самые мелкие)	Форма листочков; 2–5 мм	Форма гриба с широкой вершиной, узким основанием («шляпка» до 2 мм в высоту)	Форма цилиндра диаметром до 3 мм, окружены глубоким желобком, самые крупные
Число сосочков	Самые многочисленные (500/см ²)	В виде 3–8 параллельных складок, между ними – выводные протоки слюнных желез	Немногочисленные, на кончике языка (100/см ²), на спинке – реже (50/см ²)	В количестве от 9 до 11 (их число всегда непарное)
Отличительные признаки	Под влиянием перемешивания пищи во рту постоянно ороговеающие чешуйки слущиваются	Каждый сосочек отделен от другого узкими желобками, где открываются поры вкусовых почек и выводные протоки слюнных желез	Отличаются определенной формой и размерами	Эти сосочки не выступают над поверхностью СО, а лежат на одном уровне с нею или даже погружены в ее толщу. Имеются протоки серозных слюнных желез (Эбнера)

ПАТОЛОГИЯ ЯЗЫКА

Патология языка включает пороки развития, повреждения, воспалительные заболевания, опухоли. Следует отметить, что СО языка, так же как и СО всей ротовой полости, может вовлекаться в любой патологический процесс, протекающий в организме человека и обусловленный инфекцией («банальной» или специфической), травмой, новообразованием и т.п. Язык реагирует на самые разные патологические процессы и состояния организма чаще всего катаральным воспалением и образованием налета на его дорсальной поверхности.

Общепринятой классификации, включающей все виды патологических состояний языка, пока не существует. В понятие «*глоссит*» входят следующие нозологические формы: складчатый (син. скротальный) язык, ромбовидный срединный глоссит, десквамативный глоссит (син. «географический» язык), «волосатый» черный язык, гунтеровский глоссит, интерстициальный глоссит (син. склерозный глоссит, индурагивный глоссит). Большинство из них лишь условно можно отнести к глосситам (Савкина Г.Д., 1977). Среди разнообразных форм патологии большой группой представлены поражения, которые обнаруживаются только на языке: десквамативный глоссит, черный «волосатый» (ворсинчатый) и складчатый язык, ограниченные острые и хронические формы воспаления, нейрогенные заболевания, аномалии развития.

Предлагается следующая классификация глосситов (табл. 2). Подробную характеристику отдельных заболеваний языка см. также в таблице 6.

Наиболее часто наблюдаются *вторичные* изменения языка, являющиеся проявлениями самых разных заболеваний. Отмечены характерные изменения внешнего вида и окраски языка (см. табл. 3). Некоторые из приведенных в таблице 3 заболеваний также упоминаются в таблице 6, где детально описаны поражения СО рта, губ, языка и реже – периорофациальной области и других органов и тканей рта.

Неврогенные заболевания языка возможны при заболеваниях нервной системы. Они делятся на моторные неврозы, трофические неврозы и расстройства чувствительности (Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф., 1991). Известное диагностическое значение имеют также боли и разнообразные сенестезии языка и СОР (глоссалгия, глоссодиния, синдром жжения полости рта, дентальная плексалгия и др.). Глоссалгию и глоссодинию следует дифференцировать между собой, с глосситами, невритом и невралгией тройничного нерва (см. табл. 4).

Таблица 2

**Классификация глосситов (по Г.Н.Вишняк, 1986)
(с нашими дополнениями и изменениями)**

Вид патологии языка	Болезнь
Аномалии развития	Аглоссия, глоссоптоз, анкилоглоссия, макроглоссия, расщепленный язык, складчатый язык, ромбовидный глоссит, гипертрофия миндалина языка, полип корня языка, зуб языка
Травматические глосситы	Механическая травма языка, химический некроз языка, термический ожог языка, ожог языка электрическим током, электрогальванический глоссит, лучевой глоссит
Инфекционные заболевания языка	Гнойно-воспалительные заболевания, кандидоз, актиномикоз, туберкулез, гонорейный глоссит, поражения языка при сифилисе, острых инфекциях, ВИЧ-инфекции
Глосситы при патологии органов и систем	Заболевания органов пищеварения, кроветворной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, соединительной ткани (коллагенозы); нарушения обмена веществ; гипо- и авитаминозы
Нейрогенные заболевания языка	Глоссодиния, глоссалгия, стомалгия, синдром жжения полости рта
Опухоли языка	Доброкачественные и злокачественные
Лекарственно-индуцированные глосситы	Отек и интенсивная боль в языке. Могут наблюдаться: гиперсаливация, лихорадка, увеличение регионарных лимфатических узлов. Лекарственные средства, вызывающие глосситы (по М. Abdollahi et al., 2008): алкоголирующие агенты, Аторвастатин, бензодиазепины, Блеомицин, Каптоприл, Карбамазепин, цефалоспорины, Хлорамфеникол, Хлоргексидин, Кларитромицин, Кломипрамин, кортикостероиды, Циклоспорин, Доксепин, Эналаприл, Ксидифон (этидроновая кислота), Флуоксетин, Флувоксамин, Габапентин, препараты золота, Имипенем+Циластатин, Лансопризол, мефенамовая кислота, Меркаптопурин, Метотрексат, Метронидазол, Миансерин, НПВС, Оланзапин, Пеницилламин, пенициллины, Ривастигмин (экселон), Сертралин, Силденафил (Виагра), сульфаниламиды, Такрин, тетрациклины, Триамтерен, трициклические антидепрессанты, Тригексифенидил (Циклодол), Венлафаксин (Велаксин).

К развитию нейростоматологических заболеваний СО рта и языка приводят поражения тройничного, лицевого, промежуточного, языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов и вегетативной нервной системы. Основные дифференциально-диагностические критерии лицевых симпаталгий, невралгии тройничного нерва и стомалгии представлены в таблице 5.

Таблица 3

Внешний вид языка при наиболее часто встречающихся заболеваниях и патологических состояниях

Болезнь	Диагностические признаки
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Изменение вкусовой чувствительности языка, жжение, чувство «ошпаренности» и боль в языке, сухость во рту, обильный налет на языке, наличие десквамаций на языке
Острый гастрит	Язык обложен серым толстым налетом, покрывающим всю его поверхность, кроме боковой и кончика. Язык отечен, иногда покрыт слизью. Отмечается чувство привкуса горького, кислого
Хронический гастрит	Почти всегда язык частично обложен беловато-серым, иногда – темным налетом. При нарушении кислотообразующей функции желудка на СОЯ наблюдаются участки ярко-красного цвета, на которых нитевидные сосочки отсутствуют, а грибовидные – несколько увеличены в размерах
Язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке	На языке – налет серого цвета, наиболее выраженный в дистальных отделах, плотно прикреплен к подлежащим тканям. Часто отмечается десквамация эпителия, гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков
Язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке	Язык отечен, увеличен в объеме, выражены отпечатки зубов на его боковых поверхностях и в области кончика. Из-за микроэрозий может отмечаться чувство жжения, легкого покалывания, саднения
Желудочное или дуоденальное кровотечение	На языке белый налет, покрывающий дорсальную поверхность толстым, трудно удаляемым слизистым слоем. Язык сухой и бледный
Рак желудка	Плотный, белый налет располагается на всей поверхности языка. Налет состоит из эпителиальных клеток, слизи, микрофлоры, большого количества лейкоцитов. Снижение вкусовой чувствительности к горькому и сладкому
Раковая кахексия	Язык бледный
Хронический колит и энтероколит	Язык отечен, имеет ярко-красную окраску, наблюдается очаговая десквамация эпителия. При выраженной интоксикации и дисбактериозе имеет место гиперплазия нитевидных сосочков и их окрашивание в коричневый и даже черный цвет
Острый (вирусный) гепатит	Желтушность нижней поверхности языка, чувство горечи во рту, иногда – жжение языка. Поверхность языка ярко-красная, блестящая. Сосочки атрофированы
Хронический активный гепатит	Кандидоз, лейкоплакия, афтозный стоматит, «географический» язык, повышенная вязкость слюны, гипосаливация