

І.С. Тихоліз,  
О.А. Радченко,  
Р.М. Спужак,  
О.В. Панов

## Рідкісна форма пухлиноподібного глоситу

*ДУ Інститут медичної  
радіології ім. С.П. Григор'єва  
АМН України, Харків*

### A rare form of tumor-like glossitis

Глосит може виникати самостійно в результаті травмування язика, наприклад, гострим краєм зруйнованого зуба або зубних протезів, впливу хемічних подразників, гарячої пари, окропу, електричного струму, іонізованого випромінювання та іншого; причиною його розвитку можуть бути деякі види мікроорганізмів (віруси герпесу, дріжджоподібні грибки, стафілококи, стрептококи та ін.). Глосит нерідко супроводжує інші захворювання. Найчастіше спостерігається при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, крові, гіповітамінозах, деяких інфекційних хворобах (кору, дифтерії, скарлатині і т.ін.) [1]. Язик залучається в процес при патологічних станах слизової оболонки всієї порожнини рота різного генезу (алергічних реакціях, хронічному рецидивному афтозному стоматиті, червоному плоскому лишайі і т.ін.). Запальний процес може локалізуватися лише в поверхневих шарах слизової оболонки (катаральний глосит) або поширюватися на її глибокі відділи з утворенням ерозій і виразок та супроводжуватись розвитком абсцесу або флегмони. Перебіг глоситу може бути гострим або хронічним. Останньому сприяє тривала дія фактора, що травмує, дисбактеріоз, зниження загальної резистентності організму [2].

Основними клінічними ознаками глоситу є помірний біль у язика при розмові, прийомі їжі, пальпації. Язик гіперемійований, набряклий, недостатньо зволожений, обкладений. Симптоматика збільшується при наявності ерозій та виразок. Залежно від причини глосит може мати ті або інші особливості. Так, при хворобі, зумовленій впливом кислот, на язика може утворитись щільно фіксована до підлягаючих тканин плівка (коагуляційний некроз), при дії лугів некротизовані тканини набувають драглис-

тої консистенції (колікваційний некроз). При тривалому впливі хемічних подразників (наприклад, при прийманні соляної кислоти хворими з гастритом, у осіб, зайнятих у хемічній промисловості) глосит проявляється обкладанням й сухістю язика, атрофією й гіпертрофією сосочків, гіперкератозом [3].

Спричинений термічним опіком або дією електричного струму глосит, характеризується катаральним запаленням з мацерацією поверхневого епітелію, у важких випадках на язика з'являються міхури, ерозії й виразки. Глосит, викликаний великими дозами іонізуювального випромінювання (наприклад, при променевої терапії пухлин щелепно-лицьової зони), супроводжується гіперкератозом, утворенням ерозій, вкритих фібринним нальотом, і виразок. За тривалого впливу гальванічних струмів, що виникають у порожнині рота при наявності зубних протезів з різномірних металів, а також малих доз іонізуювального випромінювання спостерігаються набряк, помірна гіперемія, гіперкератоз, зниження або спотворення смаку, ерозивно-виразкові процеси з м'яким перебігом [3].

Глосит інфекційної природи проявляється гіперемією, набряком язика. При цьому вірусний глосит характеризується появою пухирців і ерозій; при кандидозі на язика утворюється пухкий або щільно фіксований наліт, відзначається гіперплазія слизової оболонки. Ураження язика при специфічних інфекційних хворобах — туберкульозі, сифілісі прийнято описувати як туберкульоз і сифіліс язика. Виняток становить інтерстиційний сифілітичний глосит (склерозівний сифілітичний глосит), що виникає в третинному періоді сифілісу. Характерні збільшення й дифузійна інфільтрація язика. Надалі інфільтрат заміщується рубцевою ткани-

ною, в результаті язик зменшується, ущільнюється, поверхня його стає горбистою, сосочки згладжуються. На спинці язика нерідко утворюються тріщини й трофічні виразки. Відзначаються важкорухомість і болючість язика, різке порушення його функцій [4].

Глосит, що виникає на фоні гастриту зі зниженою секреторною функцією, супроводжується атрофічними змінами: язик трохи зменшується в об'ємі, сосочки згладжені, слизова оболонка бліда з яскраво-червоними смугами. При виразковій хворобі на спинці язика нерідко з'являються невеликі вогнища десквамації, що зникають у період ремісії. При лейкозії й агранулоцитозі бічна й нижня поверхні язика мають бліде або жовтяничне забарвлення, спостерігаються геморагічні висипання, виразково-некротичні зміни: виразки поширюються вшир і вглиб, не мають тенденції до загоєння [3].

При гіповітамінозі прояви глоситу залежать від виду гіповітамінозу. Так, при нестачі вітаміну А виникають сухість язика, підвищене зроговіння епітелію, різко хворобливі, незагойні тріщини. При дефіциті вітаміну В<sub>12</sub> і фолієвої кислоти спостерігаються стоншення епітеліального покриву, «лакована» поверхня і яскрава гіперемія язика, різка болючість при впливі подразників (глосит Меллера – Гунтера). Для гіповітамінозу С характерна поява петехій і геморагій на слизовій оболонці язика [4].

Діагноз глоситу, а також його причину встановлюють на підставі клінічної картини й даних лабораторного (цитологічного, бактеріологічного, гістологічного, біохімічного, імунологічного та ін.) дослідження [2].

Лікування при глоситі спрямоване насамперед на усунення шкідливого фактора або основного захворювання. До стихання запального процесу з раціону виключають дратівну їжу. Місцево (у вигляді полоскань, ванночок або аплікацій) призначають антисептичні розчини: 0,02 % (1:5000) водянні — фурациліну, перманганату калію (1:5000), 0,05 % хлоргексидину тощо, з метою знеболювання — анестезуючі засоби (2 % розчин тримекаїну, 1–2 % розчини піромекаїну, суміш анестезину й гліцерину і таке інше). При ерозіях і виразках щодня видаляють фібринний або некротичний наліт ватним тампоном або за допомогою аплікацій з

іруксолем, протеолітичними ферментами (трипсином, хемотрипсином та іншими), потім уражену поверхню язика обробляють антисептичними розчинами. З метою прискорення регенерації застосовують аплікації із солкосерилом у вигляді желе або мазі з вітаміном А, каротоліном, винизолем, маслом шипшини і т.ін. При вираженому гіперкератозі зроговілу ділянку видаляють хірургічним шляхом. Прогноз сприятливий [3].

Особливі форми глоситу. До глоситу традиційно відносять десквамативний і ромбовидний глосит, волосатий чорний і складчастий язик — патологічні зміни нез'ясованого генезу, які не є власне запальними. Десквамативний глосит (мігруючий, ексфоліативний, географічний язик) зустрічається при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, глистній інвазії, у вагітних жінок. На спинці й бічних поверхнях язика з'являються різної величини круглясті або неправильної форми ділянки десквамації епітелію червоного кольору, оточені «віночком», через 2–3 дні відбувається відновлення епітеліального шару. Характерно, що процеси десквамації й регенерації мають нерівномірний перебіг, відзначаються зміни обрисів, міграція вогнищ, внаслідок чого поверхня язика стає схожою на географічну карту. Процес може тривати довго. Хворі, як правило, не скаржаться, біль відчувають іноді при прийманні їжі. Лікування спрямоване на основне захворювання; при болях призначають знеболювальні засоби у вигляді полоскання.

Ромбовидний глосит характеризується появою на задній третині спинки язика по середній лінії ділянки десквамації епітелію сосочков, чітко обмеженої, ромбовидної або овальної форми. У результаті згладженості сосочків уражена поверхня язика стає начебто лакованою. Згодом можуть з'являтися папіломатозні розростання, вкриті зроговілим епітелієм. При пальпації відзначається деяке ущільнення, болючість відсутня. При папіломатозних розростаннях з метою запобігання малігнізації гіперплазовану тканину висікають.

Волосатий чорний язик утворюється внаслідок розростання й зроговіння нитковидних сосочків. Припускають, що провокуючий вплив справляє місцеве подразнення слизової обо-

лонки язика, а також кандидоз, що розвинувся в результаті перорального застосування антибіотиків. Процес локалізується на спинці язика (частіше в задній третині). Висота нитковидних сосочків досягає іноді 1–2 см. Їх забарвлення варіює від ясно-жовтого до чорного. Хворих турбує дертя в горлі, позиви на блювання, відчуття прилиплої до язика вати. При лікуванні поверхню язика змазують 5–10 % розчином саліцилового спирту, 5 % розчином резорцину, під елемент пошкодження роблять ін'єкції 0,25 % розчину хлориду кальцію. При кандидозі лікування має бути спрямоване на основне захворювання.

Складчастий язик характеризується утворенням на його спинці різної глибини поздовжніх і поперечних складок, більш глибока поздовжня складка проходить строго по середній лінії від кінчика до кореня язика. Слизова оболонка, що вистилає складки, звичайно не змінена. Складчастий язик нерідко поєднується з десквамативним глоситом. Хворі скарж, як правило, не висувають і звертаються до лікаря у зв'язку з незвичайним видом язика. Лікування не потрібне [4].

Порівняльна рідкість пухлиноподібного глоситу, великі розміри пухлини, значні труднощі в клініко-морфологічній діагностиці й швидкий ріст послужили підставою поділитися спостереженням.

Хвора С., 28 років (історія хвороби № 65956), була госпіталізована до ДУ Інститут медичної радіології ім. Григор'єва АМНУ 26.11.08 р. зі скаргами на спотворюючу болючу пухлину язика ліворуч. Зі слів пацієнтки, 2 місяці тому випадково вона помітила пухлину язика, що поступово збільшувалася в об'ємі, не порушуючи мови й акту ковтання. Не лікувалася. Бурхливе зростання, що спричинило теперішні розміри пухлини, сталося за останні 2 дні, з'явився різкий біль у язичку, що змусило пацієнтку звернутися по допомогу до лікаря. Пацієнтка пов'язує своє захворювання з перенесеною вірусною інфекцією. Не виключає також травмування язика риб'ячою кісткою. У стаціонарі проведено обстеження: з боку інших органів і систем патологічних змін не виявлено. Видимих парезів і паралічів черепно-мозкових нервів немає.

Візуально в середній третині язика ліворуч визначається пухлина із гладкою поверхнею й чіткими нерівними контурами, величиною зі сливу, вкрита розтягнутою стоншеною незапаленою слизовою оболонкою. При пальпації визначається тужавоеластичної консистенції болючий утвір, чітко відмежований від кінчика й задньої половини язика, рухливість різко обмежена, внутрішній полюс щільно фіксований до середньої лінії язика, що утруднює визначення внутрішньої границі (рис.1). Лімфатичні вузли шиї не збільшені. Зроблено пункційну біопсію наявного новоутвору.

Результат цитологічного дослідження: плоский епітелій.

Спіральна комп'ютерна томографія язика з контрастуванням (рис. 2) показала, що у передніх відділах його лівої половини візуалізується утвір неправильної круглястої форми, розміром 16 × 12 мм, що накопичує контрастну речовину в периферичних відділах.

Таким чином, на підставі клінічних (швидкий ріст пухлини, фіксація внутрішнього полюса, обмежена рухливість) і томографічних даних виникло міркування про злоякісну пухлину язика.

Операцію проведено 27.11.2008 р. Під загальним інтубаційним наркозом овальним розрізом завдовжки 2 см через слизову оболонку язика ліворуч по передньому краю виступаючої пухлини із переходом на його нижню поверхню оголено пухлину. Слизову оболонку і м'язи язика тупим та частково гострим шляхом відокремлено від новоутвору. Внутрішній полюс пухлини був щільно спаяний з м'язами правої половини язика. Пухлину вилучено єдиним блоком, це неправильної форми вузол без чіткої капсули й з пухкою поверхнею тужавоеластичної консистенції розміром 16 × 12 мм. На розрізі — порожнина, заповнена вершкоподібним гноем. Рану після операції ушито наглухо.

Гістологічно встановлено, що пухлина представлена зрілими сполучнотканинними волокнами, розташованими навколо кровоносних судин (рис.3).

Післяопераційний перебіг неускладнений. Рана загоїлася первинним натяганням, пацієнтка виписана з одужанням (рис.4).



Рис. 1. Фото хворої до операції: тужавоеластича пухлина язика зліва

Fig. 1. A photo of the patient before the operation: dense elastic tumor of the tongue on the left

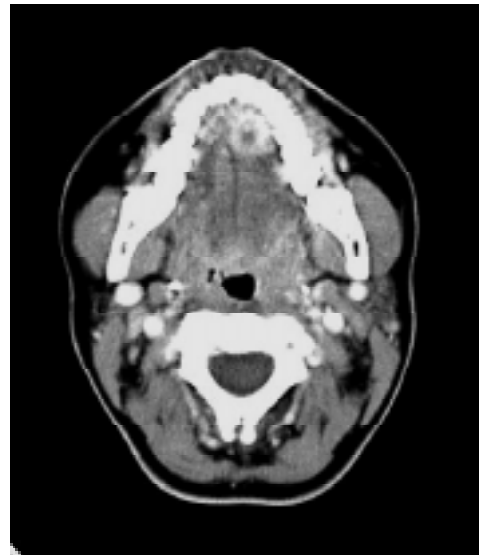


Рис. 2. Спіральна комп'ютерна томограма хворої: новоутвір лівої половини язика неправильної круглястої форми

Fig. 2. Spiral computed tomography of the patient: an irregular spherical tumor of the left side of the tongue

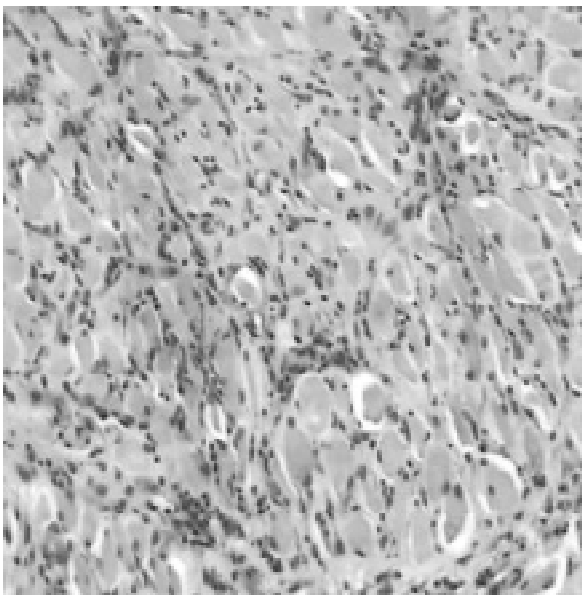


Рис.3. Гістологічний препарат пухлини язика, забарвлений гематоксилін-еозином, х 400. Зрілі сполучнотканинні волокна, розташовані навколо кровоносних судин

Fig. 3. Histology specimen of the tongue tumor stained with hematoxylin-eosin, x 400. Mature connective-tissue fibers surrounding the blood vessels

Таким чином, даний випадок свідчить про те, що хворих з подібними пухлинами варто оперувати в ранніх стадіях. Хірургічне видалення пухлин язика зі збереженням нервових структур є кращим методом лікування.

### Література

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. *Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.* — К.: Здоров'я, 1985. — С. 150.



Рис.4. Фото хворої в день виписки: на язика ліворуч після операційний рубець

Fig. 4. A photo of the patient on the day of discharge: post-operative scar on the tongue

2. К. Дж. Лі (США). *Отоларингологія і хірургія голови та ший.* — К.: Здоров'я, 1995. — Т. 1. — С. 335.  
 3. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.* — М.: Медицина, 1984. — С. 530.  
 4. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. *Заболевания слизистой оболочки полости рта.* — М.: ОАО «Стоматология», 2007. — С. 271.

Надходження до редакції 10.06.2009.

Прийнято 16.06.2009.

Адреса для листування:  
 Тихоліз Ігор Степанович,  
 ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П.Григор'єва АМНУ,  
 вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна