



ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЯЗЫКА. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

Латышева Светлана Валерьевна, кандидат медицинских наук,
доцент 1-й кафедры терапевтической стоматологии
Белорусского государственного медицинского университета, Минск

Будевская Татьяна Валерьевна, кандидат медицинских наук,
доцент 1-й кафедры терапевтической стоматологии
Белорусского государственного медицинского университета, Минск



Latysheva S. V., Budzuskaya T. V.
Belarusian State Medical University, Minsk
Diagnosis of tongue. Modern view

Резюме. Предложены методы диагностики болезней языка с позиций современных представлений о типах воспаления и их клинических проявлениях. Даны практические рекомендации экспертов Всемирной организации здравоохранения по использованию внутриорального обследования слизистой оболочки языка.

Ключевые слова: болезни языка, внутриоральное обследование, типы воспаления, клинические проявления.

Summary. This review article is about detailyis method of diagnosis of diseases of tongue. Modern view on the development of type of inflammation depending on of resonations and clinical manifestation are described. Practical recommendation of the method intraoral examination of mucosa to WHO are presented.

Keywords: diseases of tongue, method of intraoral examination of mucosa to WHO, type of inflammation, resonation of lesions, clinic manifestation.

Современные достижения в стоматологии требуют решения вопросов профилактики заболеваний слизистой оболочки рта, в том числе и языка. Как считают многие клиницисты, язык — это зеркало, отражающее ряд общих изменений организма [1, 2].

Трудности диагностики патологии языка обусловлены схожестью клинических симптомов, характерных для многих нозологических форм. Оценивая в целом стоматологическое здоровье, всегда следует помнить, что одна из главных причин развития стоматологических забо-

леваний – патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности. По данным исследователей, максимальное количество микробов, связанных с эпителием слизистой оболочки рта, располагается на дорсальной поверхности языка и в области десневой борозды [2, 10].

Заболевания языка – это воспалительный процесс, который рассценивается как глоссит вследствие влияния различных причин экзогенного и эндогенного характера. Поэтому для диагностики поражений языка важное значение имеет история стоматологического заболевания, включающая вопросы гигиенического воспитания пациентов по уходу за полостью рта, уровень их осведомленности и состояние общего здоровья.

Слизистая оболочка полости рта, особенно поверхность языка, может подвергаться механическому травмированию, прикусыванию, воздействию широкого спектра температур (употребление горячих блюд и т. д.). Определенное значение в развитии патологии языка имеет такой опасный травмирующий агент, как никотин, оказывающий термическое и химическое воздействие [2, 10].

Слизистая оболочка языка нередко является местом развития различных патологических состояний вследствие постоянного воздействия неблагоприятных факторов (в том

числе и ятрогенных), на фоне которых активируются различные виды микроорганизмов. Патологические состояния слизистой оболочки языка могут быть обусловлены, с одной стороны, вирусной активацией, грибковой и хронической бактериальной инфекциями, с другой, – предрасполагающими факторами (аномалии языка и т. д.). Как известно, именно дорсальная поверхность языка служит местом первичных проявлений многих системных заболеваний (дерматозов, сахарного диабета, патологии желудочно-кишечного тракта, болезней крови и т. д.) [1, 2, 10].

Решающим при диагностике поражений языка является выяснение причинно-следственных факторов как экзогенного, так и эндогенного характера, продолжительность заболевания и характер субъективных ощущений. Такие нозологические формы патологии, как «атрофия нитевидных сосочков», «географический язык», «срединный ромбовидный глоссит», «волосатый язык» и др. на ранних стадиях развития протекают бессимптомно. Клинически эти состояния можно обнаружить случайно при обращении пациентов за стоматологической помощью или в ходе профилактического осмотра полости рта. К сожалению, идентификация пораженных участков слизистой оболочки языка часто проблематична, так как клинические

проявления различных нозологических форм болезней языка могут быть схожими, а причины их развития – различными.

Необходимо помнить, что при разных нозологических формах патологии пациенты могут иметь идентичные жалобы: чувство жжения и пощипывания в области языка; дискомфорт; сухость (ксеростомия); запах изо рта; болезненность и др. Болезненность свидетельствует о нарушении целостности поверхности слизистой оболочки, как правило, указывает на наличие вторичных элементов поражений (трещины, эрозии, афты, некроз и др.). При опросе необходимо выяснить давность заболевания, начало и продолжительность субъективных ощущений в полости рта, их динамику и взаимосвязь с вероятными эндогенными и экзогенными факторами.

После тщательного опроса приступают к визуальному осмотру для оценки слизистой оболочки рта по общепринятой методике, рекомендованной ВОЗ. Внутриротовой осмотр мягких тканей проводят двумя зеркалами при широко раскрытой полости рта, оценивая анатомо-топографические зоны слизистой оболочки по таким клиническим критериям, как цвет, рельеф, целостность эпителия, архитектура. Обследование начинают с области комиссур, щек (справа и слева)

и переходят на область ротоглотки – мягкое и твердое небо, небные поверхности десны, затем все поверхности языка, дно полости рта и язычные поверхности десны. После чего просят пациента сомкнуть зубы, чтобы определить прикус и состояние тканей преддверия полости рта и поверхности губ.

Методика последовательного внутриротового обследования по рекомендациям экспертов ВОЗ позволяет не только обзорно оценить состояние всех тканей полости рта по анатомо-топографическим зонам, но и выявить ранние признаки заболевания слизистой оболочки, в том числе и языка, а также факторы риска, имеющие взаимосвязь с ними.

Однако трудно оценить состояние слизистой оболочки полости рта, в том числе и языка, без достаточной осведомленности о ее структурных особенностях во взаимосвязи с функциональной системой ротовой полости и состоянием организма в целом. Как известно, микроструктура тканей слизистой оболочки полости рта отличается по топографическим зонам (в том числе и область языка), что определяет ее клинические критерии в норме и служит ключевым звеном при визуальном обследовании. Именно уровень состояния функциональной системы ротовой полости, включая барьерную функцию и специфиче-

ские и неспецифические факторы иммунологической резистентности у каждого индивидуума с учетом его гигиенических навыков, возраста, социальных условий жизни, характеризует основные клинические критерии оценки состояния слизистой оболочки – цвет, рельеф и ее архитектонику [3, 4, 10].

Различные поверхности языка имеют различное строение слизистой оболочки, которое соответствует его функциональным особенностям. Этим объясняется и то, что патологические процессы могут протекать неодинаково в отдельных участках слизистой оболочки языка. Специализированная слизистая оболочка, покрывающая дорсальную поверхность языка, выстлана частично ороговевающим и неороговевающим эпителием, характеризуется наличием сосочков и вкусовых рецепторов, умеренно подвижна и прочна механически. В области нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка многослойный ороговевающий эпителий состоит из 4 слоев, обуславливая светло-розовый цвет (рис. 1). Однако неороговевающий эпителий, включающий 3 слоя, покрывает вентральную поверхность, а также некоторые участки на дорсальной поверхности языка, он значительно тоньше по сравнению с орого-



Рис. 1. Физиологическая норма

вевающим, поэтому приобретает более яркую окраску [2, 4].

Выстилающая (покровная) слизистая оболочка на нижней (вентральной) поверхности языка эластична, прикреплена к мышцам, наиболее проницаема для различных веществ. Рельеф слизистой оболочки на вентральной поверхности языка ровный. На вентральной поверхности языка проходят вены, которые в пожилом возрасте могут образовывать варикозные узлы и обуславливать выраженный темно-красный цвет с синеватым оттенком [3, 10].

Верхняя (дорсальная) и боковые поверхности тела языка, испытывающие повышенную механическую нагрузку, неровные, шероховатые (там располагаются сосочки языка). Благодаря многочисленным сосочкам, которые отличаются по своей структуре, дорсальная поверхность языка приобретает характерный вид с различными цветовыми оттенками.

Цветовые оттенки слизистой оболочки полости рта, в том числе языка,

имеют диагностическое значение и обусловлены структурно-анатомическими особенностями тканей:

- степенью кровенаполнения мелких сосудов в собственной пластинке слизистой оболочки, просвечивающихся через эпителий, а также количеством эритроцитов в крови и содержанием в них гемоглобина (при анемии слизистая оболочка имеет, в основном, бледно-розовые оттенки, при расширении сосудов собственной пластинки при воспалительном процессе приобретает ярко-красную окраску);

- толщиной и прозрачностью эпителиального слоя, наличием в нем рогового слоя и степенью ороговения; участки слизистой оболочки, покрытые неороговевающим эпителием, имеют более яркую окраску (чем толще роговой слой, тем бледнее окраска слизистой оболочки); избыточное ороговение (гиперкератоз) проявляется образованием в эпителии утолщенных участков беловатого цвета;

- сочетанием различных факторов экзогенного и эндогенного характера, особенно при несоблюдении правил гигиенического ухода за полостью рта, а также у курящих пациентов цвет слизистой оболочки языка на различных его участках может изменяться от ярко-красных оттенков (сосудистая реакция) до белесовато-сероватых или коричневатых (кератотический тип) воспаления.

Определенное значение в диагностике патологии языка имеет оценка слюны, которая как в норме, так и при патологии, играет защитную роль:

- слюна содержит высокие концентрации антимикробных веществ (лизоцим, лактоферрин, пероксидаза), а также секреторных иммуноглобулинов класса А, вызывающих агрегацию патогенных микроорганизмов и препятствующих их прикреплению (адгезии) к поверхности эпителия слизистой оболочки и зубов;

- постоянный ток слюны препятствует прикреплению патогенных микроорганизмов к поверхности эпителия и зубов;

- способствует удалению пищевых остатков, служащих питательной средой для микробов;

- поддерживает нормальную функциональную активность органов полости рта, что особенно отчетливо проявляется при заболеваниях, связанных со снижением ее выработки (гипосаливация). Такие пациенты испытывают постоянную сухость слизистой оболочки полости рта – ксеростомию, что вызывает затруднения при приеме пищи, у них быстро развиваются инфекционные поражения слизистой оболочки полости рта и активно прогрессирующий кариес (фактор риска) [1, 4].

Глубокие знания гистологического строения слизистой оболочки рта, физиологических и функциональных

свойств, взаимоотношений с соседними тканями необходимы для оценки состояния эпителия как в норме, так и при патологии. В эпителии слизистой оболочки особое значение имеют эпителиоциты (собственно эпителиальные клетки), обеспечивающие поддержание целостности эпителиального пласта. Кроме того, эпителиоциты слизистой оболочки полости рта содержат кальпротектин – пептид, обладающий мощным противомикробным действием, который в основном находится в участках неороговевающего эпителия.

Также следует учитывать барьерную функцию эпителия слизистой оболочки рта, в том числе и языка, которая тесно взаимосвязана с процессами регенерации. В целом регенерация эпителия обеспечивает барьерную функцию благодаря постоянной замене и удалению клеток наружного слоя, повреждающихся и содержащих на своей поверхности микроорганизмы. Период обновления эпителия резко сокращается при воздействии раздражающих факторов (курение, прием лекарственных препаратов и др.), при некоторых системных заболеваниях с проявлением в полости рта (плоский лишай и т. д.). При этом следует помнить, что клетки поверхностного слоя эпителия всегда покрыты многочисленными микроорганизмами, которые относятся к

так называемой резидентной микрофлоре полости рта.

Основным механизмом удаления микроорганизмов с поверхности эпителия служит десквамация (слущивание) клеток его наружного слоя; важную роль играет ток слюны, содержащей антимикробные вещества, а также нейтрофильные гранулоциты, фагоцитирующие микроорганизмы на поверхности эпителиального пласта. Уместно подчеркнуть, что именно правильный гигиенический уход за полостью рта (чистка зубов, языка, межзубных промежутков, контроль гигиены и др.) способствует поддержанию орального здоровья. Описанный в литературе «биологический (микробный) фактор» свидетельствует о подавлении активности нормальных механизмов очищения слизистой оболочки и высокой вероятности развития инфекционного процесса, особенно на дорсальной поверхности языка [1, 2, 4].

Патогенные микроорганизмы и их токсины обуславливают развитие определенных типов воспаления с различными клиническими проявлениями. При этом характер патологических изменений слизистой оболочки языка зависит от вида раздражителя, его специфичности, времени воздействия и отражает стадию развития патологического состояния. Как правило, начальные

клинические проявления поражений слизистой оболочки языка вследствие микробного воздействия сопровождаются сосудистой реакцией в виде изменения красного цвета – гиперемии или эритемы. В то же время под действием различных причин пораженные участки слизистой оболочки языка могут приобретать цвет от розовых до красных оттенков в результате:

- истончения многослойного плоского эпителия (появляются атрофические участки на языке);
- усиления васкуляризации (сосудистая реакция в ответ на различные виды раздражителей) [4, 10].

Белые участки поражения с измененным возвышенным рельефом за счет нарушения процесса ороговения, которые соскабливаются инструментом, представляют кератотический тип воспаления и могут быть обнаружены при различных нозологических формах (рис. 2). С одной стороны, белые поражения обусловлены морфологическими изменениями структуры ороговевающего эпителия, с другой, – снижением иммунологической резистентности слизистой оболочки рта и взаимосвязью с общесоматической патологией, что способствует нарушению процесса ороговения [3, 10]. Прямое отношение к развитию кератотического типа воспаления слизистой оболочки языка имеют



Рис. 2. Кератотический тип воспаления. Кандидоз



Рис. 3. Кератотический тип воспаления. Кандидозная лейкоплакия

экзогенные факторы вредные поведенческие привычки (курение, плохая гигиена и др.). У пациентов, страдающих иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфекцией, наблюдаются в полости рта белые, возвышающиеся поражения на дорсальной поверхности языка, несоскабливающиеся инструментом, имеющие сморщенный, гофрированный вид, представляющие волосатую лейкоплакию

(рис. 3). При такой патологии необходимо направить пациента на биопсию и серологические тесты (исключить наличие ВИЧ-инфекции), а также бактериологическое исследование (исключить наличие грибов рода *Candida*) [7]. Белый волосатый язык иногда встречается вследствие увеличения содержания кератина: нитевидные сосочки на дорсальной поверхности начинают вытягиваться, приобретая белесоватый цвет за счет измененных «ворсинок-волосинок» (кератотический тип воспаления). В такой ситуации необходимо успокоить пациента, объяснить, что это может быть связано с приемом антибиотиков или пищи, особенно углеводов, рекомендовать чистить язык и откорректировать питание.

С позиций современных представлений оценка патологических состояний слизистой оболочки проводится по следующим диагностическим критериям:

- изменение цвета и рельефа;
- нарушение целостности эпителия;
- оценка локализации участков поражения (дорсальная, вентральная поверхность языка и т. д.);
- соотношение формы, размеров и глубины поражения в сопоставлении с нормальными окружающими тканями;
- определение контуров поражения, объема (площади).

Руководствуясь этими критериями, врач-стоматолог может опознать и диагностировать первичные или вторичные элементы поражения, при систематизации данных опроса предположить рабочий диагноз согласно отечественной классификации или предложенной ВОЗ. Такой диагностический прием обследования пациента, включающий методику ВОЗ, является практической аксиомой профилактики стоматологических заболеваний, в том числе и болезней языка [9].

Участки поражения слизистой оболочки языка (белые, красные, сочетанные) в зависимости от их размеров и форм, без нарушения целостности эпителия могут клинически проявляться в виде первичных элементов (эритематозные пятна, папулы белесоватые и т. д.) или по протяженности (гиперемия, эритема или белесоватые возвышающиеся очаги). Эти элементы с учетом структурных особенностей языка и анатомической локализации являются результатом воздействия различных факторов, обуславливающих развитие определенных типов воспаления. Например, гипертрофия нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка характеризуется их увеличением и утолщением от 0,5 до 3 мм, на вид соломенно-коричневатого цвета, соскабливаются инструментом (кератотический тип

воспаления). Если поражается ventральная поверхность языка (чаще в результате курения), то можно обнаружить гиперплазированные мелкие участки поражений с выраженной гиперемией, возвышенным рельефом и неровной поверхностью в сочетании с кератотическим компонентом воспаления в виде точечных белесоватых полосок по периферии.

Следует подчеркнуть, что длительно действующие травматические агенты могут вызывать как красные, так и белые поражения языка. Так, постоянная травматизация боковой поверхности языка некачественной реставрацией приводит к развитию воспалительной гиперплазии выраженного красного цвета с изменением рельефа в виде возвышения с мягкой консистенцией. Такую патологию можно трактовать как «гиперплазия листовидных сосочков» и, по данным микроскопии, на ранних стадиях воспаления обнаруживается увеличение объема тканей. Исследователями доказано, что нарушение правил гигиенического ухода (отсутствует чистка языка) и усиленный прием углеводов приводят к патологическому состоянию языка в виде утолщения (пара-, гиперкератоз) или истончения эпителия (атрофия), соответственно, изменению цвета в виде белых или красных поражений [10, 11]. Так, при активации

грибов рода *Candida* после приема антибиотиков может усиливаться процесс кератинизации, в результате чего на дорсальной поверхности языка эпителиальные слои сосочков уплотняются, увеличивается их толщина (кератотический тип воспаления). Это приводит к утолщению и удлинению нитевидных сосочков языка, приобретая белесовато-коричневатый цвет с возвышенными границами и несоскабливающиеся инструментом (проявление гиперпластической формы кандидоза) [3, 10]. Однако идентичная клиническая картина характерна для такой нозологической формы болезни языка, как гиперкератозный глосит. Этиология не выяснена, но в развитии данной патологии может иметь место взаимосвязь с нарушением функций желудочно-кишечного тракта, кандидозом и другими соматическими заболеваниями. Для установления окончательного диагноза необходимо направить пациента на консультацию к другим специалистам и выполнить лабораторные методы исследования, особенно важно исключить грибы рода *Candida*. По данным литературы, грибы рода *Candida* при определенных условиях участвуют в развитии воспаления слизистой оболочки языка в виде атрофических, кератотических или некротических изменений, характерных для многих

нозологических форм заболеваний языка (по классификации ВОЗ).

Клинические проявления глоссита очень разнообразны; нередко встречается складчатый язык, описанный в литературе как морщинистый, бороздчатый, расщепленный язык. Многие исследователи рассматривают эту патологию как врожденную аномалию языка, протекающую бессимптомно. Клинически это проявляется выраженным измененным рельефом дорсальной поверхности языка, наличием многочисленных бороздок или складок красновато-белесоватого цвета, расположенных ассиметрично в продольном и поперечном направлениях. Согласно данным литературы, у лиц, страдающих соматическими заболеваниями или перенесших острые инфекционные заболевания, на фоне снижения иммунологической резистентности нередко обнаруживается складчатый язык, а между складками – трещины, эрозии (сочетанные элементы воспаления) [10]. Дифференциальную диагностику в таких случаях необходимо проводить со склерозирующим глосситом при третичном сифилисе, кандидозом. Кроме того, складчатый язык может быть при синдроме Мелькерсона – Розенталя или других общесоматических заболеваниях, поэтому требуется консультация интернистов с проведением специальных лабораторных

тестов (серологические, бактериологические и др.) [8].

Практически важно при обследовании пораженных участков языка охарактеризовать вид поверхности, которая может быть выпуклой и гладкой (проявления герпетической инфекции, абсцесс языка и др.) или шероховатой (папилломатоз, фиброматоз, карцинома и др.). Иногда при осмотре можно обнаружить отечность боковых поверхностей языка (отпечатки зубов), которая может быть вызвана деятельностью микроорганизмов грибами рода *Candida* и т. д., а также следует исключить наличие сопутствующих общесоматических заболеваний, к тому же очаг поражения может иметь зернистую поверхность с видимыми грануляциями (травматические изъязвления языка). Необходимо исключить местные факторы риска и малигнизацию [6].

Первичные изменения слизистой оболочки языка могут завершаться нарушением ее целостности с образованием вторичных элементов – эрозий, афт, язв, некроза (некротический тип воспаления), которые нередко встречаются при различных проявлениях системных заболеваний в полости рта (сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.). Для диагностики некротического типа воспаления языка необходимо оценить анатомическую ло-

кализацию, микроструктуру тканей, размеры и формы, глубину и распространенность очага поражения, что позволит определить степень тяжести процесса. Кроме того, необходимо пальпаторное обследование очага поражения и сравнение с толщиной неизмененных окружающих тканей с определением консистенции. Во время пальпаторного исследования можно определить чувствительность или безболезненность очага поражения. Как правило, болезненность при пальпации свидетельствует о выраженных клинических признаках патологии слизистой оболочки языка, обусловленных некротическим типом воспаления с образованием вторичных элементов поражения (травматические изъязвления языка или трещины и др.). В зависимости от глубины поражения вторичные элементы могут быть покрыты толстым или тонким фибринозным налетом серовато-белого или грязно-серого цвета, который снимается медикаментозными средствами (3-процентный раствор перекиси водорода и др.), а по краям – красный ободок. Так, при травматизации слизистой оболочки боковой поверхности языка острыми краями зубов или вследствие неправильного прорезывания 3-х моляров формируется некротический тип воспаления – нарушается целостность слизистой оболочки с образованием эрозии, афты или язвы. Дифферен-

циальная диагностика заболеваний слизистой оболочки языка с некротическим типом воспаления проводится на основании данных опроса (жалоб) и осмотра с учетом характерных признаков и выявленных местных факторов (язрогенного характера) [5, 10]. Особое внимание обращают на характер проявления язвенных поражений языка, при этом важно выяснить длительность их существования. Например, химический ожог слизистой оболочки языка в зависимости от степени воздействия раздражителя и тяжести повреждения может быть в виде поверхностных (неглубоких) некротических участков поражения, покрытых белым налетом на фоне эритемы, а история заболевания пациента помогает в постановке диагноза, травматического изъязвления языка.

Важной клинической проблемой остается рак слизистой оболочки языка, который составляет 5–10% в структуре злокачественных опухолей человека [6]. Особенно следует обратить внимание на травматические поражения слизистой оболочки языка в виде эрозий, язв, протекающие длительно и безболезненно. Опубликованные за последние годы данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев онкологическим заболеваниям полости рта и языка предшествуют несвоевременно диагностируемые и длительно



Рис. 4. Сочетание типов воспаления – красный, белый (десквамативный глоссит при системных заболеваниях)

протекающие патологические процессы [6, 9, 10]. Несомненно, умение грамотно обследовать пациента, руководствуясь методикой ВОЗ, позволит своевременно исключить все факторы риска и предупредить заболевание.

Нередко в практике встречаются заболевания языка, обусловленные развитием различных типов воспаления, – атрофии в сочетании с кератотическими или некротическими изменениями, их рассматривают как сочетанные, белые, красные поражения [10]. Например, красные поражения слизистой оболочки языка в сочетании с белесоватым оттенком в виде ободка типичны для десквамативного процесса (рис. 4). Как правило, такое сочетание характерно для ряда нозологических форм, как самостоятельных заболеваний, так и проявлений общесоматической патологии на язы-

ке. Оценка поражений слизистой оболочки языка по диагностическим критериям позволяет охарактеризовать как первичные (пузырьки, пятна и т. д.), так и вторичные элементы поражения (эрозии, язвы, некроз и др.).

При различных клинических ситуациях уместно дополнительно опросить пациента, чтобы выяснить вопросы, возникшие во время осмотра, нужно проанализировать все клинические показатели состояния ротовой полости, включая критерии оценки пораженных участков слизистой оболочки во взаимосвязи с данными опроса.

В большинстве случаев для верификации диагноза требуется проведение лабораторных методов исследования (серологические, бактериологические и др.) с консультативным заключением других специалистов [3, 4, 10].

Безусловно, от компетентности врача-стоматолога зависит результат диагностики патологии языка. Первостепенное значение имеет грамотное комплексное обследование стоматологического пациента, умение систематизировать данные опроса и осмотра, как в норме, так и при патологии, что предопределяет правильный комплексный подход при планировании лечебно-профилактической, врачебной тактики.

Таким образом, диагностика базилезной языка базируется на выяс-

нении причин и оценки в целом состояния организма. Своевременная диагностика, включающая обследование согласно рекомендациям ВОЗ, позволяет выявить ранние поражения языка, что является залогом успеха лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г. В., Машковский Ю. М., Гринин В. М. Язык – «зеркало» организма: клиническое руководство для врачей. – М., 2000. – 403 с.
2. Быков В. Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. – СПб., 1996. – 247 с.
3. Латышева С. В. Фундаментальные основы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта: учебно-метод. пособие. – Минск, 2004. – 60 с.
4. Латышева С. В. Болезни языка (диагностика, методы лечения): учебно-метод. пособие /

- С. В. Латышева, Л. В. Белясова, В. И. Урбанович. – Минск, 2004. – 42 с.
5. Dluholucky S. Traumatic atrophic glossitis (Riga-Fede disease) as a symptom of familial dysautonomia – the Riley-Day syndrome // Cesk. Pediatr. – 1991. – Vol. 46. – N 6–7. – P. 347–348.
6. Hammer J. E. Этиология и эпидемиология рака полости рта // Квинтэссенция. – 1993. – Т. 4. – С. 34–46.
7. Jens J. ADS and the Dental Team. – Copenhagen, 1987. – P. 54–58.
8. Mahler V. B. et al. Granulematous glossitis as an unusual manifestation of Melkersson–Rosenthal syndrome // Cutis. – 1995. – Vol. 55. – N 4. – P. 244–248.
9. National dental tobacco free steering // WHO. – Copenhagen, 1994.
10. Norman K., Wood N., Paul W., Goaz P. Differential diagnosis of oral lesions and Maxillofacial lesions. – London, 1997. – P. 1.
11. Under N. et al. Hypertrophy of the tongue associated with inhaled corticosteroid therapy in premature infants // J. Pediatr. – 1995. – Vol. 127. – N 4. – P. 651–653.

Поступила 05.01.2015

ПАРТНЕР ПРОГНОЗА ПОГОДЫ

СТОПДИАР
антисептик для лечения
кишечных инфекций и диареи

СТОПДИАР 220 мг/5 мл
220 mg/5 ml

СТОПДИАР 100 мг
100 mg

24 таблетки, покрытые
пленочной оболочкой

24

Производитель суспензий: Солон Рикстер Румыния А.О. Румыния
Производитель таблеток: ООО «Гедерн Рикстер Польша», Польша

YUY2 mp4v AAC stopdiar.mp4

00:00:00 / 00:00:15