

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
Кафедра терапевтической стоматологии

Заболевания губ. Собственно хейлиты: клиническая картина, диагностика, лечение

Выполнила: клинический ординатор 2-го курса
кафедры терапевтической стоматологии КрасГМУ
Плотникова Дарья Михайловна

Проверила: КМН, доцент Тарасова Наталья
Валентиновна

Цели и Задачи

Цель и задача работы — изучить эксфолиативный, glandулярный, контактный аллергический и актинический хейлиты, путем рассмотрения особенностей данных заболеваний

Хейлиты

Хейлит – воспалительный процесс, поражающий красную кайму, слизистую оболочку и кожу губ. Проявляется отеком, покраснением, шелушением губ, появлением на них кровоточащих язвочек, гнойных корочек, жжением и болью при открывании рта и приеме пищи. Часто заболевание носит длительный рецидивирующий характер. У людей молодого возраста течение более благоприятное, возможно самоизлечение. В пожилом возрасте есть риск возникновения лейкоплакии и озлокачествления.

Этиология

Дерматозы являются наиболее частой причиной хейлитов. Красная кайма, слизистая оболочка и кожа губ могут быть вовлечены в воспалительный процесс при эритематозах, красном плоском лишае, туберкулезе, сифилисе и при других заболеваниях кожи.

Неблагоприятные климатические условия, как например воздействие горячего и холодного воздуха, ветер и чрезмерная инсоляция вызывают хейлит у людей, длительно пребывающих или работающих на открытом воздухе.

Этиология

Хейлит аллергической природы развивается после сенсibilизации красной каймы губ или ее слизистой оболочки химическими веществами, УФ-излучением и др. Иногда аллергический хейлит может носить профессиональный характер; женщины в возрасте от 20 до 60-ти лет наиболее подвержены хейлиту аллергической природы.

Вторичные хейлиты, которые являются симптомом какого-либо заболевания, могут возникнуть на фоне атопического дерматита или нейродермита. Экзематозные хейлиты возникают на фоне различных экзем, а макрохейлиты являются частью симптомокомплекса неврита лицевого нерва в сочетании со складчатым языком и хейлитом.

Эксфолиативный хейлит

Имеет сухую и экссудативную форму.

Этиология: нейрогенные механизмы, тревожно-депрессивный синдром. Симпатико-адреналовая направленность вегетативной реактивности. Тиреотоксикоз.

Течение: длительное , возможны спонтанные ремиссии.

Клинические проявления

Эксфолиативный хейлит является заболеванием красной каймы губ. Диагностируется в основном у женщин и клинически проявляется шелушением губ. В патогенезе эксфолиативного хейлита лежат неврологические расстройства – волнение, тревога, депрессия. Так же имеется связь между заболеваемостью эксфолиативным хейлитом и гиперфункцией щитовидной железы. Доказан тот факт, что возникнув единожды, эксфолиативный хейлит наследуется как изменение иммунной системы.

Шелушение присутствует только на красной кайме губ и не переходит на слизистую оболочку и кожу. Заболевание редко распространяется на всю красную кайму, поэтому часть красной каймы в области уголков рта и на участках, граничащих с кожей, остаются свободными от шелушения. Если эксфолиативный хейлит возникает на фоне сухой кожи, то кроме шелушения пациенты отмечают сухость губ, жжение, иногда появление чешуек, которые скисываются или обдираются руками. Эксфолиативный хейлит имеет длительное вялотекущее течение, с периодами ремиссий и обострений; не склонен к самоизлечению.



Рис.1. Сухая форма эксфолиативного хейлита



Рис.2 Экссудативная форма эксфолиативного хейлита

Дифференциальная диагностика

Пузырчатка

Хейлит Манганотти

Атопический хейлит

Контактный аллергический хейлит

Актинический хейлит

Красная волчанка — эрозивно-язвенная форма

Красный плоский лишай

Лечение эксфолиативного хейлита

Коррекция психоэмоциональных нарушений:
психотерапия, нейролептики, транквилизаторы.

Лечение тиретоксикоза.

Лучи Букки (ранее)

Местно - ожиряющие мази и кремы

Гландулярный хейлит

Гландулярный хейлит возникает как из-за инфицирования протоков слюнных желез, так и из-за интоксикации токсинами и продуктами жизнедеятельности микроорганизмов. Страдают лица обоего пола в основном после 30-ти лет, при этом поражения нижней губы встречаются в два раза чаще. В начальном периоде заболевания пациенты отмечают незначительную сухость губ, которая компенсируется средствами по уходу за губами и трещины, появляющиеся на фоне сухости. В дальнейшем образуются глубокие кровоточащие трещины и болезненные эрозии. Пациенты при грандулярном хейлите склонны облизывать губы, чем еще более усугубляют симптомы сухости, иногда это приводит к появлению мокнущих трещин на фоне пересушенной и шелушащейся кожи губ. Позднее трещины носят постоянный характер из-за нарушенной эластичности кожи губ.

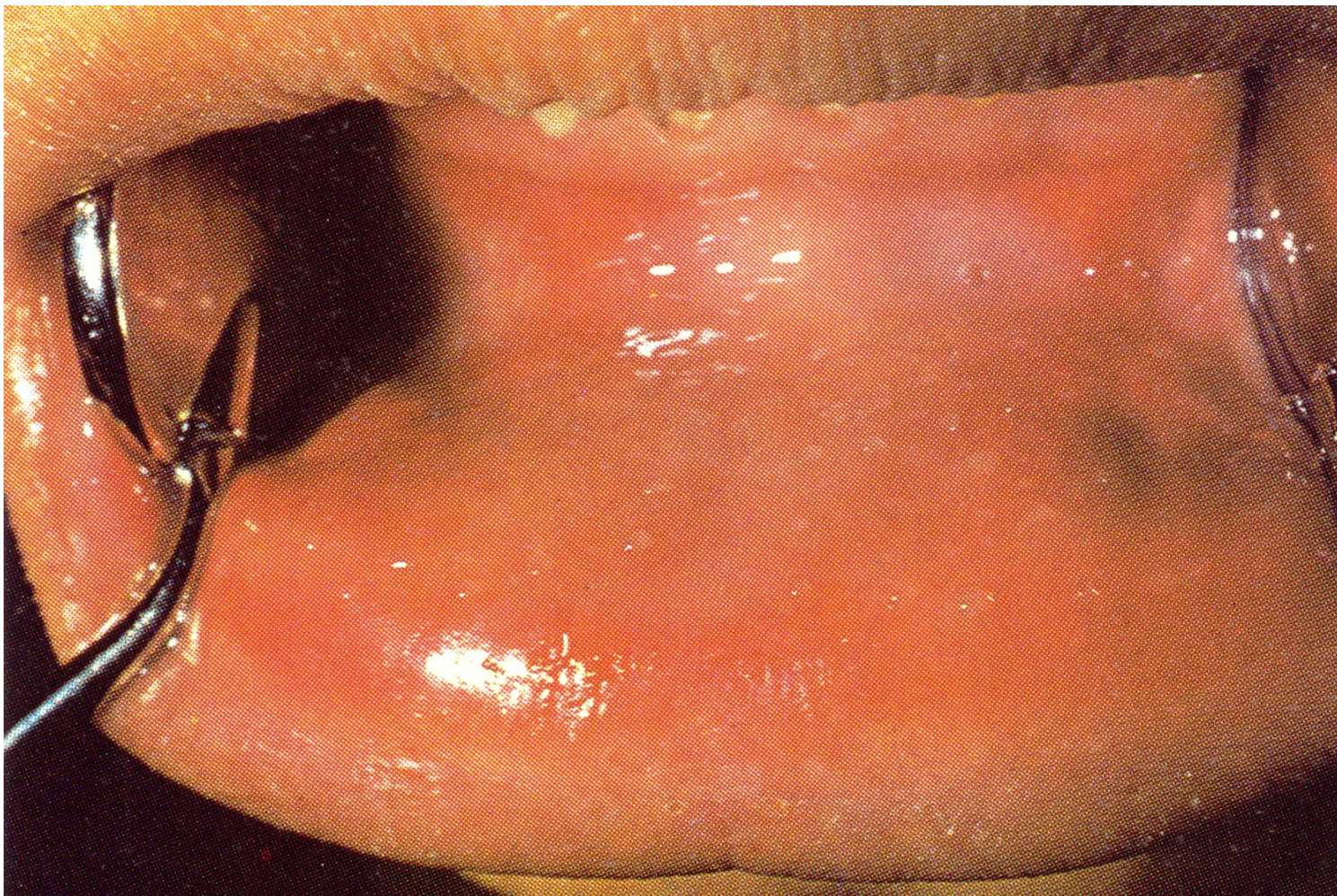


Рис.3 Гландулярный хейлит

Лечение glandулярного хейлита

Диатермокоагуляция слюнной железы.

Хирургическое иссечение слюнных желез (при обширном поражении).

Лечение основного воспалительного заболевания.

Исход: развитие лейкоплакии, ороговения. Фон для раковых заболеваний.

Контактный аллергический хейлит

Контактный аллергический хейлит возникает в ответ на воздействие раздражителя. Основными причинами аллергического контактного хейлита являются вещества, которые входят в состав губных помад и средств по уходу за губами. Аллергический хейлит может развиваться в результате дурной привычки держать во рту посторонние предметы: ручки, карандаши.

Профессиональный аллергический хейлит развивается у музыкантов в ответ на длительное пребывание мундштуков духовых инструментов во рту. Пациенты предъявляют жалобы на сильный зуд, жжение, отечность и покраснение губ. При этом после контакта с аллергеном симптомы хейлита выражены ярче. Иногда пузырьки могут быть более крупных размеров и после их вскрытия обнажаются трещины и эрозии. При хронизации аллергического контактного хейлита основными клиническими проявлениями является шелушение и незначительный зуд без воспалительной реакции.



Рис.4 Контактный аллергический хейлит

Лечение КАХ

Устранение причинного фактора (раздражителя).

Медикаментозное лечение:

Общая - гипосенсибилизация, противовосполительная терапия

Местная — кортикостероидные мази, дентальная паста, витамины А, Е.

Актинический (метеорологический) хейлит

Метеорологический или актинический хейлит входит в группу заболеваний, в патогенезе которых лежит гиперчувствительность к холоду, ветру, солнечному излучению и радиации.

Метеорологический хейлит чаще диагностируется у мужчин в возрасте от 20-ти до 60-ти лет и чаще возникает в ответ на ультрафиолетовое излучение. При опросе выясняется общая метеочувствительность, в частности чувствительность к солнечному облучению. При экссудативной форме хейлита пациенты предъявляют жалобы на зуд и жжение губ, а так же на появление эрозий и корочек. Иногда при метеорологическом хейлите появляются мелкие пузырьки, после вскрытия которых обнажаются болезненные эрозии, подсыхающие затем в корочки.

При сухой форме метеорологического хейлита основными жалобами являются сухость и жжение губ, иногда боль. В случае длительного течения актинического хейлита возможна малигнизация, при наличии таких факторов как курение, запыленность помещения вероятность озлокачествления повышается. Часто актинический хейлит со временем перерождается в предраковые заболевания – ограниченный гиперкератоз, абразивный преканкротный хейлит Манганотти и др.



Рис.5 Актинический хейлит

Дифференциальная диагностика актинического хейлита

Атопический хейлит

Контактный аллергический хейлит

Эксфолиативный хейлит

Красная волчанка

Лечение актинического хейлита

Рекомендуют избегать инсоляции, не использовать помады, содержащие эозин. Назначают витамины группы В. У многих больных хороший результат даёт лечение синтетическими антималярийными препаратами (делагил, плаквенил) на фоне малых доз стероидных гормонов (10–20 мг преднизолона в сутки). Местно: кремы, гели, мази с кортикостероидами (элоком, адвантан, лоринден С).

Заключение

Мы рассмотрели группу хейлитов —
собственно хейлиты, этиологию,
дифференциальную диагностику,
клинические проявления и лечение.

Список литературы

1. Хейлиты: общие вопросы диагностики. А.М. Шарапкова, О.С.Зыкова. Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь. Вестник ВГМУ. – 2022. – Том 21, №5. – С. 22-32.
2. Анисимова, И. В. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, Л. М. Ломиашвили. Москва : МЕДИ, 2005. 92 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкилейсона. Москва:МЕДпресс, 2001. 162 с
4. Зайков, С. В. Диагностика и лечение аллергических заболеваний губ / С. В. Зайков // Новости медицины и фармации. 2014. № 1/2. С. 14–16.
5. Луцкая, И. К. Клинические проявления самостоятельных заболеваний губ / И. К. Луцкая // Мед. новости. 2011. №11. С. 4–8.
6. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н. Ф. Данилевский [и др.]. Москва : Стоматология, 2001. 271 с.
7. Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis?/ L. Lugović-Mihić [et al.] // Acta Clinica Croatica. 2018 Jun. Vol. 57, N 2. P. 342–351.

Спасибо за внимание