

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Ангулярный хейлит. Диагностика, дифференциальная
диагностика, клиника, профилактика, лечение.**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «ортодонтия»
Васильева Екатерина Игоревна
рецензент к.м.н., доцент
Дуж Анатолий Николаевич.

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Классификация.....	3
3. Этиология.....	4
4. Анатомия губ.....	8
5. Клиническая картина.....	11
6. Диагностика.....	12
7. Дифференциальная диагностика.....	13
8. Ангулярный хейлит у детей.....	14
9. Лечение.....	14
10. Профилактика.....	22
11. Заключение.....	24
12.Список литературы.....	24

Введение

Хейлиты представляют собой доброкачественные воспалительные заболевания губ. К ним относятся процессы, локализующиеся только на губах, и заболевания, протекающие с преимущественным поражением красной каймы губ. Существует самостоятельная группа хейлитов и заболеваний губ, обусловленных системными поражениями организма, нарушениями питания и обмена.

Ангулярный хейлит (заеда) — это воспаление уголков рта, характеризующееся образованием трещин, псориазических чешуек, корочек и покраснением кожи. Причины обычно разнообразны, заболевание может иметь инфекционный или неинфекционный характер, например, механические повреждения, недостаток питательных веществ или другие кожные заболевания.

Классификация хейлитов

А. Л. Машкиллейсоном и С. А. Кутиным разработана наиболее удобная для клиники классификация. Все хейлиты они разделили на две группы: 1) собственно хейлиты и 2) симптоматические хейлиты. Группу собственно хейлитов составляют эксфолиативный, glandулярный, контактный (простой и аллергический), метеорологический и актинический хейлиты. Симптоматические хейлиты включают атопический, экзематозный (экзема губ) и плазмоклеточный хейлиты, макрохейлит как симптом синдрома Мелькерссона-Розенталя, хейлит при ихтиозе, гиповитаминозные хейлиты.

Хейлиты

Классификация (А.Л. Машкиллейсон и С.А. Кутин):

1. Эксфолиативный хейлит
2. Гландулярный хейлит
3. Контактный аллергический хейлит
4. Метеоролический хейлит
5. Актинический хейлит
6. Атопический хейлит
7. Эксематозный хейлит
8. Плазмоклеточный хейлит
9. Хроническая трещина губы
10. Синдром Мелькерссона – Розенталя

Этиология

Ангулярный хейлит также именуется как угловой (ангулярный) хейлоз, комиссуральный хейлит, угловой стоматит или заеда.

Мультифакторное заболевание. Условно причины возникновения можно разделить на три группы: хронические раздражители любой этиологии, аллергия, инфекции. При установлении причин часть ангулярных хейлитов может кодироваться в других подрубриках (например, кандидозные поражения).

Наиболее частые причины развития:

1. Аллергия контактная и генерализованная – 25-35%
2. Хронические раздражители и травмы (22-40%):
– травма химическая, термическая;

- хроническое механическое раздражение (анатомические дефекты, дефекты протезов, пломб и зубов и прочее);
- курение;
- прием алкоголя;
- парафункциональные расстройства и привычки (облизывание губ, кусание губ);
- гиперсаливация;
- прочие хронические ирритативные причины.

3. Инфекционные поражения:

- кандидозное поражение (до 10%);
- золотистый стафилококк (до 63%);
- бета-гемолитический стрептококк (до 8%);
- вирус герпеса (5-8%).

4. Комбинация причин. Обычно речь идет о присоединении инфекции (кандидозное или стафилококковое) к уже имеющемуся ангулярному хейлиту(АХ) другой этиологии.

Предрасполагающие факторы:

- гиповитаминозы (у 25% пациентов с гиповитаминозом отмечается АХ);
- дефицит питания в целом (у 60% пациентов с нервной анорексией отмечается АХ);
- дефицитная анемия (13-31% пациентов с анемией имеют АХ);
- ВИЧ-инфекция (частота варьируется в различных популяциях, но у

5,6-28,9% пациентов с ВИЧ отмечается АХ);

- лекарственные поражения (антиретровирусная терапия, цитостатики, isotretinoin);

- ксеростомия различной этиологии от дегидратации до синдрома Шегрена (у 5%);

- воспалительные заболевания кишечника – болезнь Крона, язвенный колит (5-7,8% пациентов с данной патологией имеют АХ);

- синдром Пламмера-Винсона;

- гранулематозные поражения слизистой оболочки полости рта иногда начинаются как АХ.

Слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ находятся под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов и часто становятся местом проявления и манифестации общих и местных инфекционных и аллергических заболеваний. Изменения слизистой оболочки полости рта и губ часто бывают первыми симптомами системных заболеваний, например желудочно-кишечного тракта, системы крови, почек, эндокринных органов и др.

Экзогенными факторами, вызывающими хейлиты и трещины губ, являются химические, биологические, фармакологические и токсичные вещества, которые также определяют развитие, характер осложнений и исход этого патологического процесса. Повышенная или пониженная влажность, высокая или низкая температура воздуха, ветер, запыленность помещений, солнечная радиация и др. способствуют развитию хейлитов и трещин губ.

Микробный фактор играет важную роль в возникновении заболеваний губ, начинающихся с появления трещин и мацерации в углах рта, чаще у пожилых людей с пониженным иммунитетом, снижением

тургора тканей, потерей зубов. Ангулярный хейлит представляет собой стрептококковую или микотическую заеду, часто являющуюся проявлением атопии.

Хронические трещины губ и хейлиты нередко сопровождают заболевания внутренних органов, наиболее высока частота заболеваний губ при патологии органов желудочно-кишечного тракта.

Хронические рецидивирующие трещины губ встречаются часто, имеют упорное течение, а в более чем 3 % случаев озлокачиваются.

Возникновению трещин губ способствуют местные причины: особенности архитектоники, хроническая травма зубами, вредные привычки, снижение высоты нижнего отдела лица.

Неблагоприятные метеорологические факторы зачастую вызывают сухость красной каймы, потерю эластичности и развитие трещин.

У пациентов с хроническими трещинами губ, как правило, отмечаются психоэмоциональные расстройства. Патология вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса симпатического отдела приводит к сухости красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Как правило, имеют место устойчивая невротизация и вредные привычки.

Большинство авторов склонны считать, что в основе возникновения хронических трещин губ и хейлитов лежат сосудисто-тканевые и нейрогенные механизмы, нередко в сочетании с нарушениями психоэмоциональной сферы.

Сравнительные исследования капиллярного кровотока с помощью лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов с хейлитами дали следующие результаты.

При хейлитах происходит значительное изменение микроциркуляции в губах. Отмечено существенное снижение показателей микроциркуляции в тканях губ, пораженных патологическим процессом, по сравнению со здоровыми. Наиболее выраженные изменения

зарегистрированы в нижней губе и в углах рта, т. е. именно там, где чаще развивается патология.

Данные этих исследований и результаты клинических наблюдений позволяют с высокой вероятностью предположить, что в механизме развития патологии губ важная роль принадлежит нейродистрофическим расстройствам с выраженным сосудистым компонентом.

Следовательно, в этиологии и патогенезе хронических заболеваний губ важная роль принадлежит внешним по отношению к губам факторам. Однако существенной причиной является также недостаточность нейротрофического обеспечения ткани.

Анатомия губ

Анатомическая характеристика

Верхняя и нижняя губы (*labium superius et inferius*) представляют собой две мягкие складки, покрытые снаружи кожей, изнутри — слизистой оболочкой. Они являются передней стенкой преддверия рта. Обе губы, смыкаясь, образуют красную кайму.

Верхняя губа на свободном крае красной каймы имеет срединный бугорок. От бугорка по средней линии вверх идет, слегка суживаясь к перегородке носа, плоский желобок. Этот желобок носит название фильтра (*filtrum*). Линия перехода красной каймы в кожу идет в виде вогнутой книзу дуги от одного угла рта к другому; эта дуга носит название «лук Купидона».

На свободном крае нижней губы линия перехода красной каймы в кожу имеет форму дуги, выпуклой книзу. Свободный край нижней губы всегда несколько отвернут книзу. Типичная структура эпидермиса кожи переходит в эпителий полости рта в области красной каймы губ.

В губе различают кожную, переходную и слизистую части. Кожная часть губы по строению соответствует структуре кожи с корнями волос, сальными и потовыми железами. В области переходной части, или на

красной кайме, эпителиальный пласт становится толще и в него со стороны подлежащей ткани внедряются высокие соединительнотканые сосочки. Они содержат большое количество кровеносных сосудов, чем и объясняется красный цвет этого отдела губы. Роговой слой эпителия переходной части губы становится тоньше по сравнению с кожным отделом. Здесь нет потовых желез и волос, но еще сохраняются сальные железы. В слизистой части губы происходит дальнейшее изменение эпителия. Эта часть губы выстилается слизистой оболочкой с многослойным плоским неороговевающим эпителием и собственной пластинкой слизистой оболочки. Здесь нет сальных желез, но появляются маленькие слюнные железы, расположенные в подслизистой основе.

Кожа губ довольно тонкая (у мужчин снабжена волосами); поскольку там есть волосяные мешочки, потовые и сальные железы, в области губ возможно образование фурункулов. Красная кайма переходит в слизистую оболочку. Линия перехода известна под названием зоны Клейна. Затем слизистая оболочка заворачивается на заднюю поверхность губ.

Отсюда слизистая оболочка непосредственно переходит на области щек и на десну. Как на верхней, так и на нижней губе по средней линии слизистая оболочка образует складки — так называемые уздечки верхней и нижней губ (*frenulum labii*).

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ покрыта многослойным плоским эпителием. Рогового слоя здесь нет.

Подкожная клетчатка развита очень слабо, и кожа вследствие этого довольно плотно спаяна с подлежащим мышечным слоем. В области красной каймы губ подкожная клетчатка отсутствует.

Мышечный слой в толще губ довольно значительный и образован главным образом круговой мышцей рта. В круговую мышцу рта вплетаются волокна других мышц: щечной, скуловых (большой и малой), мышцы смеха и мышц, поднимающих и опускающих углы рта. Кроме того, к верхней губе подходит мышца, опускающая нижнюю губу. Все

мышечные волокна переплетаются между собой, но общее направление волокон остается циркулярным. В толще губ заложены мелкие слюнные железы.

Артерии и вены

Губы обильно снабжаются кровью, в основном из лицевой артерии, которая на уровне рта делится на верхнюю и нижнюю губные артерии. Обычно артерии правой и левой сторон по средней линии сливаются и образуют сплошное кольцо. Вследствие довольно большого калибра значительного количества артерий вмешательства в области губ сопряжены с выраженным кровотечением.

Вены губ образуют богатую сеть, и кровь оттекает по ним главным образом в лицевую вену.

Лимфатические сосуды

Лимфатические сосуды верхней губы впадают в подчелюстные узлы, подбородочные и непостоянно встречающиеся вставочные и добавочные. Некоторые авторы указывают на анастомозы между лимфатическими сосудами в области нижней губы. В связи с этим при радикальной операции по поводу рака нижней губы рекомендуется удалять регионарные лимфатические узлы с обеих сторон.

Иннервация губ

Мимические мышцы, заложенные в толще губ, иннервируются лицевым нервом. Чувствительная иннервация губ осуществляется второй ветвью тройничного нерва (верхняя губа) и третьей ветвью тройничного нерва (нижняя губа). Кроме того, в иннервации губ принимают участие волокна, отходящие от верхнего шейного узла пограничного симпатического ствола.

Е.И. Донецкая, изучив концевые нервные аппараты нижней губы, определила, что ткань губы чрезвычайно богата нервными элементами. Наиболее чувствительной областью нижней губы Е.И. Донецкая считает переходную часть, т. е. красную кайму.

В области красной каймы и слизистой оболочки губ расположено множество рецепторных нервных окончаний, как свободных, так и инкапсулированных. Становление основных структур губ происходит до 16 лет. При старении организма в губах развиваются дистрофические изменения. Соединительнотканые сосочки сглаживаются. Уменьшается толщина пучков коллагеновых волокон, увеличивается содержание жировой ткани в подслизистой основе. Исчезает также четкость линии, разделяющей красную кайму и кожу губы.

Клиническая картина

В этиологии и патогенезе ангулярного хейлита большое значение имеют индивидуальное анатомическое строение губы и хроническая травма. Различные метеорологические факторы, курение, употребление алкоголя, невротический фон, вредные привычки, сахарный диабет могут вызвать сухость красной каймы, потерю эластичности и развитие трещин. Имеют значение гиповитаминозы: А и группы. Микробная флора препятствует заживлению заед.

Как правило, ангулярные трещины губ существуют длительно, часть больных указывают на заживление трещин летом и рецидивы в холодное время года. Этому заболеванию подвержены люди различного возраста: в группе пациентов от 8 до 81 года 2/3 больных составляют мужчины от 18 до 46 лет.

Клиническая картина характеризуется болезненными трещинами, затрудняющими разговор, улыбку, прием пищи, широкое открывание рта; трещины создают также эстетический недостаток. При осмотре регионарные лимфатические узлы не пальпируются, трещина на красной кайме большей или меньшей глубины, по протяженности варьирует от 0,2 до 1 см. При длительно существующей и глубокой трещине всегда имеются кровянистая корочка и воспалительный болезненный инфильтрат в основании; при недавно возникшей трещине ее пальпация

безболезненная, основание мягкое. При длительном существовании трещины по ее краям выявляется помутневший эпителий, иногда безболезненное уплотнение краев в результате старых рубцов. В случае комиссуральных трещин у людей молодого возраста отмечается, как правило, несколько трещин на фоне гиперемии, пигментации и лихенизации кожи. Появление ангулярных трещин у подростков и юношей часто связано с аллергической реакцией на пищевые продукты. Вследствие плохой гигиены и несанированной полости рта быстро присоединяется стрептококковая инфекция. При длительном существовании хронической трещины возможны развитие лейкоплакии в области ее краев и озлокачествление.

Диагностика

Самым точным методом выявления возбудителя ангулярного хейлита является мазок из уголков рта для микробиологического исследования и посева.

Также, может потребоваться:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ крови на сахар;
- биохимический анализ крови и печеночные пробы;
- анализ крови ИФА к ВИЧ;
- RW (реакция Вассермана) – анализ крови на сифилис;
- анализ крови ИФА к вирусам герпеса;
- УЗИ органов брюшной полости;
- консультация ЛОРа, эндокринолога, гематолога и других специалистов.

Гистологически ангулярные трещины характеризуются хроническим воспалением с регенеративным, гиперпластическим, а иногда и метапластическим разрастанием эпителия.

Исследование нервных волокон в области трещины выявляет их дистрофию и деструкцию. Стенки мелких и крупных сосудов в зоне хронической трещины утолщены.

Дифференциальная диагностика

1. Герпетический стоматит. Герпетический стоматит на губах можно спутать со стрептококковой заедой. При герпесе также появляются пузырьки, которые вскрываются, образуя эрозии и желтые корки. Но, в отличие от стрептококкового ангулита, пузырьки имеют большие размеры, напряженные стенки и содержат водянистое, а не гнойное содержимое. Также герпетические высыпания появляются на фоне воспаленной, красной и отечной кожи, всегда сопровождаются болезненными ощущениями, выраженным зудом и нарушением общего самочувствия, причем эти симптомы появляются еще до высыпаний.

2. Вторичный сифилис. При вторичном сифилисе могут образовываться сифилиды в уголках рта (папулы). Такие папулы очень плотные, выступают над поверхностью кожи. На их месте образуется пустула с серым содержимым. Сифилиды часто покрываются эрозиями и трещинами, при этом больной ощущает боль и жжение при широком открывании рта, разговоре и приеме пищи. Основным диагностическим критерием при наличии таких изменений в области уголков рта является мазок для микроскопии и анализ крови на сифилис (RW).

3. Кандидозная заеда. Стрептококковая имеет вид пузырька, который затем лопается с образованием гнойных корок, кандидозная выглядит в

виде красной трещины в возможным сероватым налетом по краям, который легко снимается.

Ангулярный хейлит у детей

Довольно распространенное состояние, которое упорно сохраняется длительное время. Связаны хейлиты у детей прежде всего с нарушением архитектоники губ в этом возрасте, системными заболеваниями, а также любовью малышей тянуть любые предметы себе в рот.

Особенностью хейлитов в детском возрасте является их острое начало, длительное течение на фоне несостоятельности иммунитета.

Важное значение следует уделить аутоанестезиофагии – «самоприкусыванию» после анестезии. Перед проведением анестезии у ребенка родителя стоит предупредить о возможных прикусываниях губы и щек, а для ускорения заживления использовать протеолитические ферменты и эпителизирующие мази.

Лечение

Лечение хронических заболеваний губ представляет одну из актуальных задач современной стоматологии. Несмотря на достижения фармакологии, эффективность большинства средств и методов лечения остается неудовлетворительной.

Лечение хейлитов и хронических рецидивирующих трещин губ, несомненно, должно быть патогенетически обоснованным, этапным, а также дифференцированным, определяемым видом хейлита, его клинической и морфологической выраженностью, потенциалом злокачественности.

Традиционные методы лечения хейлитов и ХРТГ в большинстве случаев предусматривают местную мазевую терапию. Однако такой

подход следует считать симптоматическим, дающим кратковременный эффект и приводящим к рецидивам.

Как следует из опубликованных материалов, нет дифференцированной системы лечения заболеваний губ. Все публикации в отечественной и зарубежной литературе, посвященные хейлитам и ХРТГ, указывают, что лечение больных с этой патологией остается трудной, а порой и неразрешимой задачей.

Основываясь на обширном клиническом материале, результатах экспериментальных, морфологических и функциональных исследований, мы предприняли попытку создать стройную и дифференцированную систему терапии хейлитов и хронических трещин губ.

При всем многообразии и различиях этиологии, патогенеза, клинических проявлений отдельных заболеваний в лечении этих больных прослеживается ряд общих методик, приемов, лекарственных препаратов, физических методов. Это связано со сходными патологическими процессами, выявленными в тканях губ — красной кайме, строме, слизистой оболочке и периоральной коже.

Анализ данных литературы и собственный клинический опыт показывают, что лечение заболеваний губ существенно облегчается при коррекции общесоматического статуса организма с привлечением специалистов соответствующего профиля, но основным остается местное воздействие на патологически измененные ткани.

С учетом сказанного можно выделить следующие основные принципы и этапы общего и местного лечения больных с заболеваниями губ.

Принципы общего лечения заболеваний губ

> Базовая терапия общих заболеваний.

>Диетотерапия, направленная на ограничение поступления в организм пищевых аллергенов.

> Гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами рекомендуется коротким курсом в качестве дополнения к местному лечению во время рецидива при сильном зуде. Имеются сведения о более эффективной терапевтической активности антигистаминных препаратов с седативным компонентом.

> Иммунокорригирующая терапия: левамизол, препараты тимуса, спленин, диуцифон, взвесь плаценты, миелопид, препараты полифенолов.

> Энтеросорбция с использованием полифепана, активированного угля, карболена, полисорба.

> Витаминотерапия («Компливит», «Центрум», «Витрум», «Алфавит» и др.) для нормализации витаминного и микроэлементного баланса в организме, улучшения состояния эпителия, заживления трещин, эрозий, язв.

> Психотропное лечение (эглонил, флуоксетин, грандаксин, ципралекс) для устранения астеноневротического состояния, депрессивных реакций.

Принципы и методы местного лечения заболеваний губ

> Устранение местных причин заболевания.

> Коррекция гигиены и профессиональная гигиена полости рта.

> Устранение сухости красной каймы.

> Устранение хронического воспаления.

> Удаление чешуек, корочек.

> Антисептическая обработка.

> Аппликации эпителизирующих средств.

> Восстановление эластичности красной каймы губ.

> Устранение нейродистрофии в тканях губы (блокады).

> Воздействие на эрозии, язвы, трещины гелий-неоновым лазером.

Н.Д. Брусенина (1991), основываясь на опыте применения новокаиновых блокад и учитывая нервно-трофические нарушения в тканях, окружающих трещину, предложила включить в схему лечения

ХРТГ лидокаиновую блокаду, которая устраняет спазм сосудов, снимает боль, улучшает нервную трофику.

Для блокад используют теплый 2% раствор лидокаина (без адреналина). Помимо лечебного воздействия лидокаина, благодаря инфильтрации происходит механическое распрямление трещины, что облегчает воздействие лекарственных препаратов на дефект, находящийся в глубине. Атравматичность, простота метода, короткие сроки применения и благоприятные отдаленные результаты позволяют рекомендовать лидокаиновые блокады как метод выбора.

Методика местного лечения заболеваний губ

Корочки, покрывающие трещину, чешуйки и сухую красную кайму губ размягчают с помощью протеолитических ферментов. Для этого марлевую салфетку, смоченную 0,1% раствором трипсина или химотрипсина, накладывают на трещину и окружающую красную кайму на 5 мин. Более продолжительная аппликация приводит к длительной кровоточивости трещины. Протеолитические ферменты очищают поверхность, размягчая корочки, чешуйки и способствуя их отторжению. Кроме того, ферменты оказывают противовоспалительное и противоотечное действие на ткани, окружающие трещину. Немаловажной является способность ферментов разрыхлять клеточные мембраны здоровых тканей, что обеспечивает более глубокое проникновение лекарственных препаратов, наносимых впоследствии на пораженную губу.

После снятия ферментов трещину и всю красную кайму отмывают тампоном, смоченным теплым 1% раствором перекиси водорода. На еще влажную трещину и красную кайму губы наносят толстым слоем не менее чем на 20 мин мазь следующего состава.

Состав мази

Rp.: Sol. Retinoli acetatis oleosae — 1,0

Sol. Tocopheroli acetatis — 1,0

Thiaini bromidi — 0,2

Insulini actrapidi — 3,0

Celestodermi — 30,0 ling.

Solcoseryl — 20,0

M.f. unguentum

Все компоненты мази зарегистрированы Фармкомитетом РФ и взаимосовместимы.

Лекарственные препараты, входящие в состав мази

Учитывая патологические изменения в тканях, наблюдаемые при ХРТГ, ЭХ и других хронических рецидивирующих заболеваниях губ (явления пара- и гиперкератоза в эпителии, сухость, нарушение целостности эпителия, базальной мембраны и собственно слизистой оболочки, выраженные элементы нейродистрофии, воспаление), в состав мази введены лекарственные препараты, действие которых направлено на устранение указанных изменений.

Витамин В1 (тиамин)

Rp.: Sol. Thiaini bromidi 6% — 1 ml.

Местное и общее применение рассчитано на нормализацию функций нервной системы, улучшение местной трофики.

Инсулин (гормон поджелудочной железы)

Rp.: Insulini actrapidi 5 ml (в 1 мл 40 ЕД).

При местном применении способствует разрыхлению клеточных мембран, пролонгирует действие других компонентов мази.

Мазь «Целестодерм»

Rp.: Celestodermi V — 30,0.

Оказывает противовоспалительное и противозудное действие.

Витамин А (ретинол)

Rp.: Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,44% — 10 ml.

При местном применении стимулирует процессы эпителизации, при приеме внутрь способствует нормализации состояния эпителия.

Витамин Е (токоферола ацетат)

Rp.: Sol. Tocoferoli acetatis oleosae 10% — 10 ml.

Антиоксидант. Способствует синтезу белка, пролиферации клеток и заживлению. Улучшает нервно-трофические процессы.

Общие принципы методов лечения и профилактики болезней губ

Мазь «Солкосерил» Rp.: Ung. Solcoseryl 5% — 20,0.

Улучшает обменные процессы и ускоряет регенерацию тканей, в частности — при нервно-трофических поражениях; оказывает ранозаживляющее и ангиопротективное действие. Солкосерил — экстракт крови крупного рогатого скота, совместим с инсулином и другими компонентами мази.

Общие принципы методов лечения и профилактики болезней губ

После удаления корочек и чешуек в губе появляется неприятное саднение. Для его устранения к мази ex tempore подмешивали сухой анестезин из расчета 1:20. Пациентов следует оставлять по завершении лечения в клинике на 30 мин, т. к. под влиянием неблагоприятных метеорологических условий (низкая температура и др.) суживаются кровеносные сосуды, прекращается всасывание ингредиентов мази и ухудшаются результаты лечения.

На период лечения (7—10 дней) пациентам выдавали мазь, состав которой приведен выше, для ежедневного трехкратного смазывания губ после еды. Во второе и третье посещение повторяли те же лечебные манипуляции (аппликации ферментов, очищение поверхности губы, нанесение мази), в третье посещение к описанному лечению добавляли блокаду губы.

Блокада дает стимул к заживлению трещин и нормализации состояния губы. Новокаиновая блокада по А.В. Вишневскому (1951) влияет на отдельные звенья иннервации, устраняет спазм сосудов, снимает боль, улучшает нервную трофику. Для блокад по А.В. Вишневскому используют 0,25; 0,5%, а для малых блокад — 1% раствор новокаина.

Учитывая риск аллергических реакций на новокаин, предпочтительно использовать для блокады раствор лидокаина без добавления вазоконстриктора: 2% — для взрослых; 1% — для детей. Лидокаин дает выраженный сосудорасширяющий эффект в месте введения в результате как прямого действия на гладкомышечные элементы артериол, так и блокирования вазоконстрикторных нервных импульсов, которые поступают по симпатическим волокнам. В безмиелиновые нервные волокна анестетик проникает быстро и оказывает лечебное действие в месте введения. Снижение концентрации лидокаина сводит к минимуму его токсичность.

Методика блокады губ Нервный аппарат губ создает мощную рефлексогенную зону, в связи с чем укол и чувство распирания губы могут повлечь за собой побледнение кожных покровов пациента, головокружение, а при страхе перед стоматологическими манипуляциями — даже обморок.

В связи с этим блокаду следует выполнять после предварительного проведения премедикации в виде 1 таблетки диазепама сублингвально (5 мг на 50 кг массы тела) или другим препаратом сходного действия (Tab. Dormicum 7, 5 mg сублингвально и др.) [20]. Место укола и трещину предварительно обрабатываем 10% раствором лидокаина. Для инъекции используется 2% раствор лидокаина без вазоконстриктора.

Тонкую иглу вводим со стороны слизистой оболочки губы. Продвигая иглу, создаем инфильтрацию основания трещины. Всего вводим 1—2 мл теплого раствора лидокаина.

Вкол иглы не следует делать в периоральную кожу или красную кайму, т. к. в связи с обильным кровоснабжением губ возможны длительное кровотечение из места инъекции и развитие гематомы в этой области.

На курс лечения обычно достаточно одной блокады. При симметричных комиссуральных трещинах производят блокаду каждой

комиссуры в одно посещение, вводя по 1,5 мл 2% раствора лидокаина. Введение иглы в комиссуру рта затруднено из-за плотного соединительнотканного образования. В связи с этим иглу вводят в слизистую оболочку щеки, отступя на 0,5 см кнутри от угла рта. После блокады пациенту дают внутрь 0,5 г анальгина или другого анальгетика для снятия чувства распирания. Больному следует разъяснить, что инфильтрат губы исчезнет через 2 ч. На это время запрещается прием пищи во избежание травмы слизистой оболочки (прикусывания) вследствие местной анестезии тканей.

Противопоказания к применению метода

- > Озлокачествление трещины (показана консультация онколога).
- > Старые рубцы, окружающие трещину.
- > Выраженный гиперкератоз краев трещины.
- > Трещина только слизистой оболочки губы.

Еще недавно в последних трех случаях консервативное лечение было неэффективным, и прибегали к хирургическому иссечению. Некоторые авторы рекомендуют провести хирургическое иссечение трещины в пределах здоровой ткани.

Для профилактики сухости губ в холодное время года рекомендована защита губ с помощью гигиенической помады или оральных гелей («Пансорал», «Холисал» и др.).

Методика лечения заболеваний губ гелий-неоновым лазером

У больных, страдающих заболеваниями губ в течение длительного времени (от 5 до 20 лет), при наличии помутнения и гиперкератоза эпителия, старых рубцов, язвенных поражений красной каймы, обширных участков лихенизации периоральной кожи в комплекс лечебных мероприятий необходимо включать воздействие гелий-неоновым лазером.

Предпочтение стоит отдавать аппаратам типа «Мустанг» (рис. 28, 29) по следующим соображениям: > набор насадок позволяет использовать данную методику в труднодоступных местах полости рта; > возможность

использования для лечения различных участков спектра излучения; > возможность сочетания режима облучения с воздействием постоянным магнитным полем различной интенсивности.

Применение гелий-неонового лазера обусловлено недостаточностью медикаментозного лечения при глубоких изменениях в строме, наличии рубцов и гиперкератоза. Воздействие лазерным лучом обеспечивает глубокое противовоспалительное и ранозаживляющее действие.

Для исключения травмирования пораженного участка необходим воздушный зазор 0,5 см между ним и электродом аппарата. Использование специальной зеркальной насадки обеспечивает глубокое проникновение лучей инфракрасного спектра в ткани. Свечение проводится в непрерывном режиме мощностью 10 Вт в течение 2 мин. На курс лечения — 5-10 воздействий.

Профилактика

- Отказ от вредных привычек- грызть ногти, карандаши, облизывать губы и т.д.
- Регулярное посещение стоматолога для своевременной санации полости рта, профессиональной чистки зубов от зубного камня
- Уход за кожей губ – использование скраба для губ. Регулярное использование гигиенической помады или вазелина, масел и масок.
- Правильное сбалансированное питание и здоровый образ жизни
- Соблюдение правил личной гигиены: регулярное мытье рук, использование своей посуды, индивидуальных полотенец, регулярная чистка зубов и прочее. Для детей важно регулярно обрабатывать игрушки и соски содовым раствором.

- Профилактические осмотры, своевременное лечение и контроль над различными заболеваниями необходимы для полноценной и здоровой жизни. Так, при сахарном диабете необходимо контролировать уровень сахара, при ВИЧ-инфекции необходима антиретровирусная терапия, а при дефицитных состояниях – восполнение дефицита.

- Контроль за уровнем витаминов группы В
- Отказ от курения
- Избегать подолгу находиться на ветру и сквозняках
- Ортодонтическое лечение

Заключение

Таким образом, ангулярный хейлит является полиэтиологическим заболеванием. Успех лечения ангулярного хейлита напрямую связан с выявлением причины хейлита, возрастом пациента, скоростью и течением процесса, резистентностью к терапии.

Список литературы

1. Заболевания губ: учеб, пособие / Н.И. Крихели [и др.]; под ред. Н.И. Крихели. — М.: Практическая медицина, 2016. — 112 с.
2. Общая ортодонтия / И.В. Токаревич, Л.В. Кипкаева, Н.В. Корхова – 2008. – С. 26-39.
3. Ортодонтия / В. И. Куцевляк, А.В. Самсонов, С.А. Складар // – 2013. – С. 140-159.
4. Основы ортодонтии// Л. Митчелл – 2017. – С. 20-74.
5. Персин Л. С Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 150-162.
6. Современная ортодонтия/ У.Р. Проффит; пер. с англ. ; под ред. Чл.-корр. РАН, проф. Л.С Персина. – 4-е изд. –2017. – С 160-280.
7. Терапевтическая стоматология : учебник : в 3 ч. / под ред. Г.М. Барера. — М . : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - Ч. 3. - 288 с . : ил.