



Заболелвания губ

АТОПИЧЕСКИЙ, ГЛАНДУЛЯРНЫЙ, ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ,
ЭКЗЕМАТОЗНЫЙ, МАКРОХЕЙЛИТ МЕЛЬКЕРСОНА-
РОЗЕНТАЛЯ

ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНТКА 5 КУРСА
ГРУППЫ 1542 НОВИКОВА О.А.

▶ **Хейлит (cheilitis)** —
это
доброкачественно
е воспалительное
заболевание губ.



Классификация заболеваний губ (А.Л. Машкилейсон, С.А.Кутин, 1984)

► Различают две группы хейлитов:

1. Собственно хейлиты:

- эксфолиативный,
- glandулярный,
- метеорологический,
- актинический;

2. Симптоматические хейлиты - поражения губ, являющиеся симптомами других заболеваний (слизистая оболочка полости рта, общесоматические заболевания):

- atopический,
- экзематозный,
- макрохейлит как синдром Мелькерсона-Розенталя,
- хронические трещины губ,
- контактный аллергический

Классификация заболеваний губ (МКБ-10, 1997 г.)

K13.0 Болезни губ

K13.00 Ангулярный хейлит

K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный

K13.02 Хейлит эксфолиативный

K13.03 Хейлит БДУ (без дополнительных уточнений)

K13.04 Хейлодиния

K13.08 Другие уточненные болезни губ

K13.09 Болезнь губ неуточненная

K13.1 Прикусывание щеки и губ

Эксфолиативный хейлит

Эксфолиативный хейлит — это воспалительное заболевание с поражением только красной каймы губ. Впервые описан Stelwagon в 1900 г. Встречается преимущественно у женщин 20–40 лет. Известны семейные случаи заболевания.

Локализация. Чаще поражается нижняя губа.

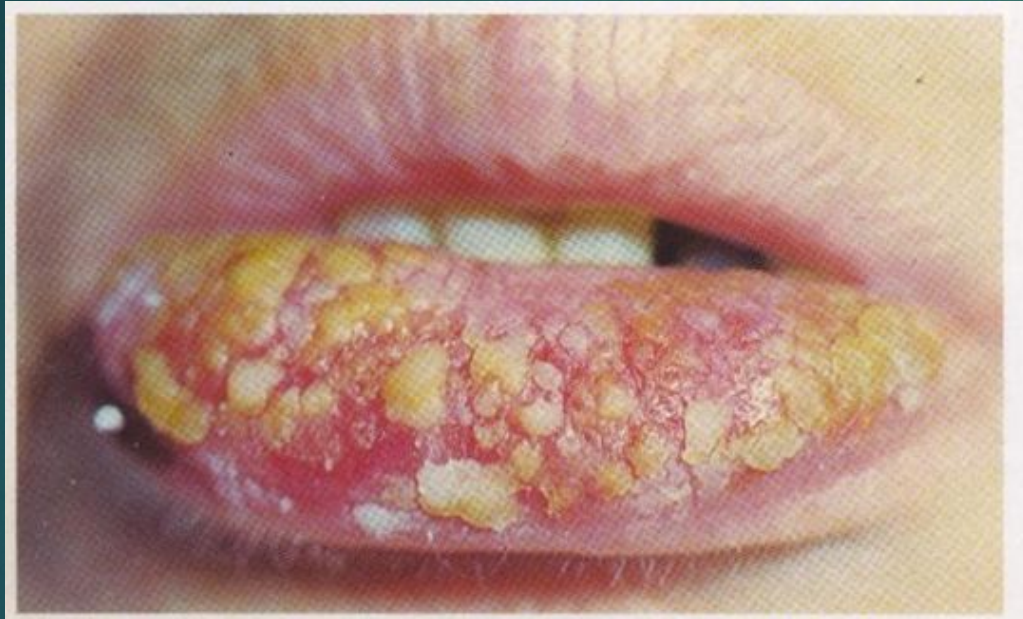
Формы. Сухая и экссудативная.

Симптомы. Сухость, чувство стягивания, онемение губ, появление чешуек на красной кайме при сухой форме и боль, наличие чешуйко-корок на красной кайме при экссудативной формах.

Клиническая картина

Патологические изменения локализуются на красной кайме губ или одной из них, причем поражается только часть красной каймы губ от линии Клейна до ее середины. Зона поражения имеет вид ленты протяженностью от одного угла рта до другого. Часть красной каймы губ, прилежащая к коже, а также углы рта остаются непораженными. Процесс никогда не переходит на кожу и слизистую оболочку полости рта

Экссудативная форма эксфолиативного хейлита проявляется формированием на поверхности губы (от угла до угла) корочек сероватожелтого или желто-коричневого цвета. Поражённая слизистая оболочка в зоне Клейна отёчна, гиперемирована, болезненна. После удаления корок открывается ярко гиперемированная поверхность губы без эрозий. Субъективно: пациенты отмечают болезненность губ, чувство жжения, склеивание губ.



- ▶ **Сухая форма** заболевания характеризуется образованием сероватых и желтоватых чешуек, прикрепленных своим центром к красной кайме губ. Легко снимающиеся чешуйки обнажают застойно-красную поверхность губы без эрозий. Субъективно: больные отмечают сухость губ, желание постоянно скусывать чешуйки.





Гистологически при эксфолиативном хейлите выявляют акантоз, пара- и гиперкератоз; разрыхление эпителиального слоя и образование в нём обширных щелей вследствие внутриклеточного лизиса.

Диагностика основана на:

- ▶ Клинических данных;
- ▶ Локализации на красной кайме губы строго в характерных границах;
- ▶ Под чешуйко-корками не выявляется повреждений эпителия красной каймы губы.

Дифференциальный диагноз.

Сухую форму следует отличать:

- от метеорологического хейлита, при котором поражается вся поверхность красной каймы губы и прослеживается связь с действием метеорологических факторов;
- атопического хейлита (поражается часть красной каймы губы, прилежащая к коже, а другая часть, прилежащая к слизистой, не поражается; могут быть явления лихенизации);
- контактного аллергического хейлита (эритема в области контакта с аллергеном, быстрый регресс проявлений после устранения аллергена).

Экссудативную форму эксфолиативного хейлита отличают:

–от экзематозного хейлита (наличие пузырьков, эрозий, корочек, периодов обострения и ремиссий с захватом всей поверхности красной каймы губы и с переходом на лицо);

–эрозивно-язвенной формы красной волчанки (выраженная эритема, гиперкератоз, наличие эрозий, язв, рубцовой атрофии).

- абразивного преканкрозного хейлита Манганотти

- обыкновенной пузырчатки

Лечение

Проводится совместно с психоневрологом или психологом.

- ▶ **психотропные средства:** феназепам по 0,5 мг 3 раза в день, сибазон, седуксен по 0,005 г 2–3 раза в день;
- ▶ **антидепрессанты:** amitриптилин по 0,025 г 2 раза в день, элениум по 0,01 г 2–3 раза в день;
- ▶ **При сухой форме:** витамины А, Е (внутрь); ожиряющие и увлажняющие мази («Радевит», «Ирикар», «Цералип» и «Липолевр») (кроме кортикостероидных); иглорефлексотерапия.
- ▶ **При эксудативной форме:** Букки-терапия (вариант близкофокусной рентгенотерапии по 200 рад 2 раза в неделю на курс 2000тыс. Рад. 10 процедур. Проводится 1 раз в год).
- ▶ **ПРОГНОЗ:** Благоприятный; после Букки-терапии наступает полная длительная ремиссия; при сухой форме заболевание протекает длительно, годами (лечение малоэффективно).

Гландулярный хейлит

- ▶ **Гландулярный хейлит** — хроническое воспалительное заболевание красной каймы губ как следствие гиперплазии, гиперфункции или гетеротопии мелких слюнных желез или их протоков в области красной каймы губ и зоны Клейна.
- ▶ При первичном glandularном хейлите определяющими этиологию являются наследственные аномалии нижней губы и мелких слюнных желез, которые под воздействием раздражающих факторов (острые края зубов, зубной камень, заболевания пародонта и др.) активизируют продуцирование слюны.
- ▶ Причиной вторичного glandularного хейлита являются хронические воспалительные процессы на красной кайме губ, имеющие место при красной волчанке, красном плоском лишае, лейкоплакиях и др.
- ▶ Чаще болеют мужчины старше 40–50 лет, обычно поражается нижняя губа.



Клиническая картина

Гландулярный хейлит имеет типичную клиническую картину. В области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы, а иногда на красной кайме видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны - симптом «капель росы». Иногда вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде колец, а в некоторых случаях красная кайма губы ороговевает на большом протяжении.

Вследствие частого увлажнения губы слюной и испарения последней развивается сухость красной каймы губ, появляются мацерации, трещины и эрозии. Затем слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ могут постепенно ороговевать. Вначале это происходит вокруг устьев выводных протоков слюнных желез, а затем диффузно. При длительном течении гландулярного хейлита вследствие постоянного раздражения губы с появлением трещин, очагов гиперкератоза возможно неблагоприятное его течение с развитием предраковых поражений.



В результате проникновения в расширенные протоки слюнных желез пиогенной инфекции glandулярный хейлит может перейти в гнойную форму, с дальнейшим абсцедированием.



Лечение

- ▶ Используют противовоспалительные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая, нафталанная и др.)
- ▶ Применяют электрокоагуляцию слюнной железы с помощью волоскового электрода.
- ▶ Иссечение гипертрофированных слюнных желез при наличии большого количества патологически измененных слюнных желез.
- ▶ Лечение вторичного glandularного хейлита предусматривает лечение основного заболевания, его вызвавшего, местно проводится противовоспалительная терапия.
- ▶ **Важно знать: НА ФОНЕ ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ!**

АКТИНИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Это воспалительное заболевание губ, причиной которого является наличие повышенной чувствительности к ультрафиолетовым лучам. У детей заболевание встречается довольно часто, что связано с длительным пребыванием их на солнце.

Этиология и патогенез.

Основной причиной возникновения является развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам.



Распространенность. Чаще болеют мужчины в возрасте от 20 до 60 лет.

Локализация. Поражается вся поверхность красной каймы, чаще нижняя губа.

Формы. Сухая и экссудативная.

Диагностика. Основана на клинических и анамнестических данных.

Клиническая картина

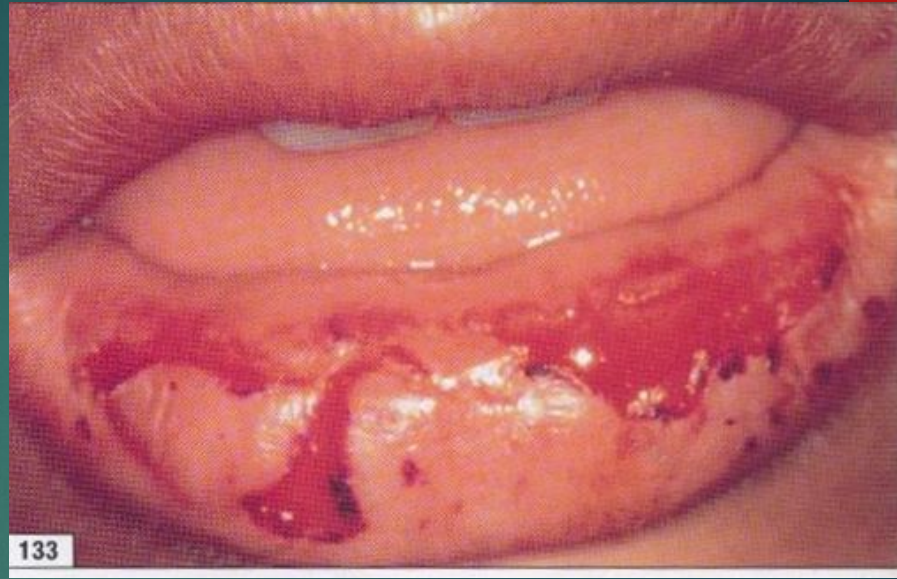
При сухой форме АХ отмечается сухость нижней губы, вся поверхность красной каймы ярко красная и покрыта сухими серебристо-белыми чешуйками, нередко с участками гиперкератоза. Длительно существующее заболевание может закончиться озлокачествлением, особенно у курящих.

Экссудативная форма АХ проявляется ярко-красной эритемой красной каймы губ с наличием мелких пузырьков и мокнущих эрозий, корок. Субъективно: зуд, жжение, болезненность губ.

Для актинического хейлита характерна сезонность с обострениями в весен- не-летний период и ремиссиями в осенне-зимний период.



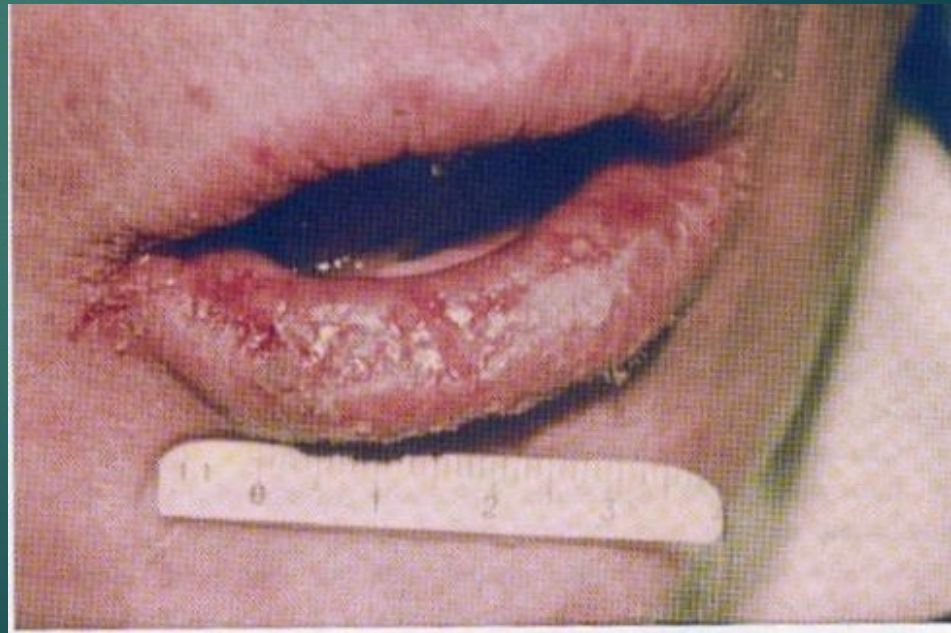
162*



133



141



Дифференциальный диагноз

Сухую форму АХ отличают от красной волчанки (наличие типичных высыпаний на коже) и сухой формы эксфолиативного хейлита, при котором нет сезонности, имеются бледно-серые чешуйки, напоминающие смолу и плотно прикрепленные в центре.

Экссудативную форму АХ отличают от контактного аллергического хейлита (наличие контактного аллергена, учитываются результаты кожно-аллергических проб) и атопического хейлита (анамнез, характерные высыпания на коже).

Лечение

- ▶ Рекомендуют избегать инсоляции
- ▶ Не использовать помады, содержащие эозин.
- ▶ Назначают витамины группы В (В2, В6).
- ▶ У многих больных хороший результат даёт лечение синтетическими антималярийными препаратами (делагил, плаквенил и др.) на фоне малых доз стероидных гормонов (10–20 мг преднизолона в сутки).
- ▶ Местно: кремы, гели, мази с кортикостероидами (элоком, адвантан, лоринден С и др.).
- ▶ Фотозащитные кремы (из серии «Ангелиос»), аэрозоль «Фенкортозоль».
- ▶ Важно знать: Актинический хейлит относят к фоновым заболеваниям, предрасполагающим к развитию злокачественных опухолей, поэтому требуется его активное лечение и наблюдение за больными этой группы

Экзематозный хейлит

Хроническое заболевание нервно-аллергической природы, возникающее в результате действия внешних и внутренних раздражителей. Симптом экзематозного процесса.

Распространенность. Мужчины и женщины в возрасте 20-40 лет.

Локализация. Поражается вся красная кайма губ и процесс широко выходит на окружающую кожу.

Этиология. В качестве аллергенов могут выступать пищевые продукты, лекарства, металлы (никель, хром, кобальт), пломбировочные материалы, протезирующие материалы. Иногда экзематозному хейлиту предшествуют длительно существующие трещины губ, микробные заеды.



Клиническая картина

Течение экзематозного хейлита может быть острым, подострым и хроническим, а поражение красной каймы губ нередко сочетается с поражением кожи лица. В острой стадии хейлита отмечается отёк губ, наличие везикул, мокнутия, корочек и чешуек как на красной кайме губ, так и на прилежащей к ней коже. Субъективно: зуд и жжение, отёк губ. В подострой стадии эти явления выражены в меньшей степени. В хронической стадии экзематозный хейлит проявляется слабо выраженным воспалением и шелушением красной каймы губ, могут быть немногочисленные папулы на красной кайме и прилежащей коже. Для этой стадии характерно длительное течение.



Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику экзематозного хейлита, следует проводить с контактным аллергическим хейлитом, атопическим хейлитом, с экссудативной формой актинического хейлита.

Лечение

- ▶ Десенсибилизирующие препараты (препараты кальция, тиосульфат натрия 30% раствор в/в)
- ▶ Седативные препараты (феназепам)
- ▶ Антигистаминные препараты (зиртек, ксизал)
- ▶ Местно: кортикостероидные мази (локоид, элоком, адвантан и др.).
- ▶ При мокнутиях аэрозоли с кортикостероидами (аэрозоль «Дексон»)

Синдром Мелькерссона-Розенталя

Причины возникновения синдрома Мелькерссона – Розенталя окончательно не выяснены.

Это инфекционно-аллергическое заболевание, развивающееся на фоне наследственной предрасположенности, препятствующей элиминации из организма антигенов стафилококка или вируса герпеса.

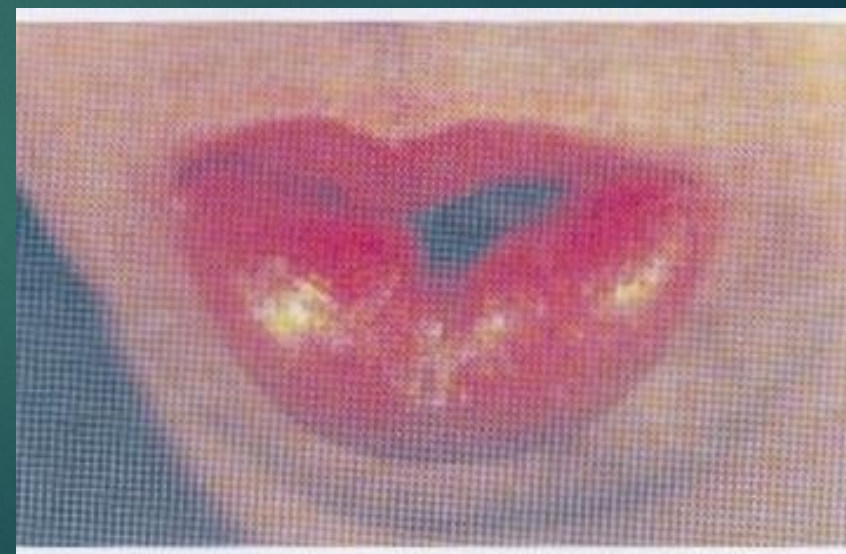
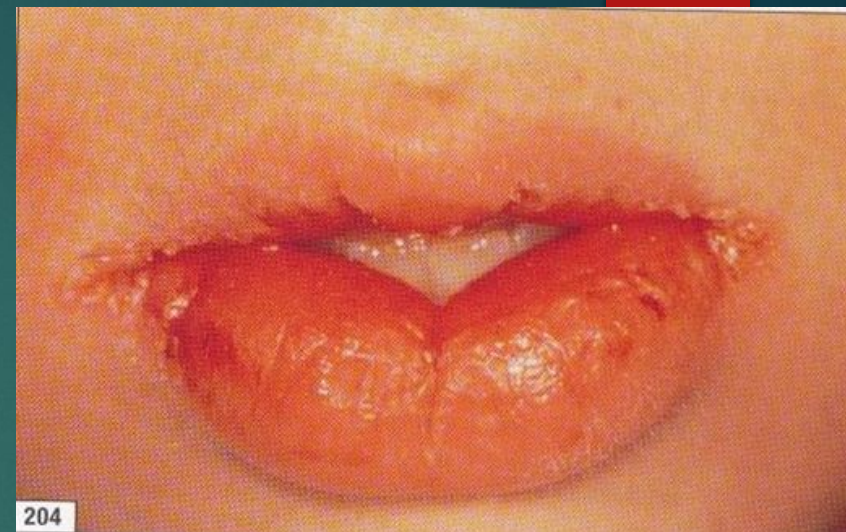
Распространенность. Встречается редко, преимущественно у женщин.

Локализация. Чаще поражается центральная часть верхней губы.

Симптомы. Возможно бессимптомное течение; распирание, онемение в области губ и языка.

Клиническая картина

Для данного заболевания характерна триада симптомов (отек губ или лица, неврит лицевого нерва и скротальный язык). Болезнь обычно начинается внезапно. За несколько часов отекает одна или обе губы. Возникает бесформенное вздутие губы, край ее часто выворачивается в виде хоботка или обычно отстоит от зубов (морда тапира). Могут отекать и другие части лица и язык.

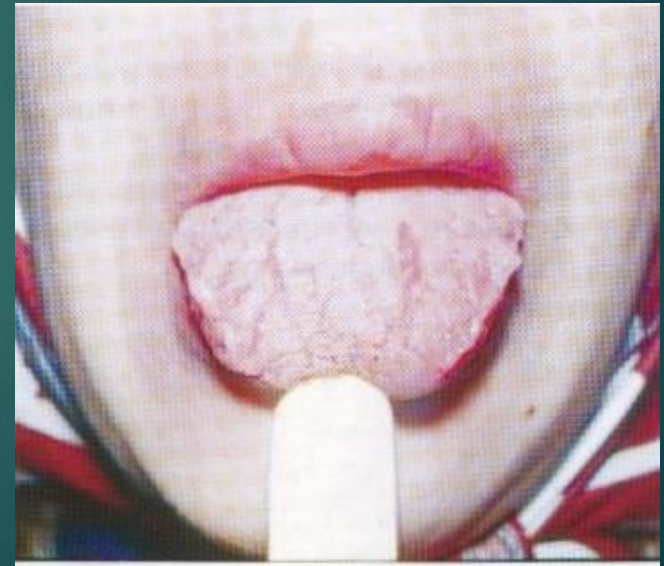
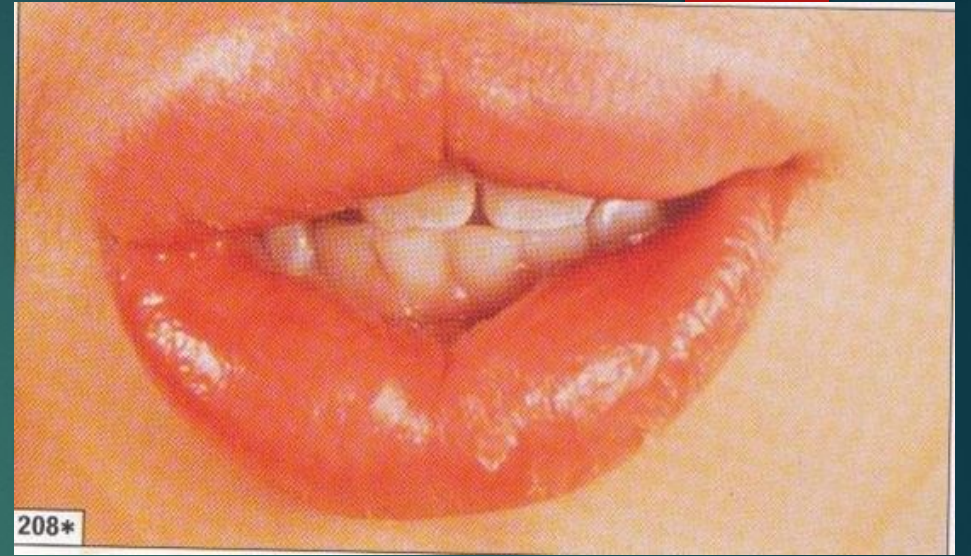


Отек губ может сопровождаться образованием трещин. При сильном отеке могут нарушаться речь, мимика, прием пищи.

Второй симптом характерный для данного заболевания это наличие скротального или складчатого языка.

И последний третий симптом это неврит лицевого нерва, причем очень редко заболевание может начинаться именно с неврита лицевого нерва.

Сочетание всех трех симптомов говорит о не очень благоприятном течении данного заболевания.



Дифференциальная диагностика

Дифференцировать данное заболевание следует с отеком Квинке, элефантиазом, возникающим при хроническом рожистом воспалении, и кавернозной гемангиомой.

Лечение

- ▶ Санация очагов фокальной инфекции.
- ▶ Антибиотики при выявлении микробной аллергии – макролиды (сумамед и др.)
- ▶ Противовирусные препараты (ацикловир или валтрекс 1г в сутки от 5-8 дней до нескольких месяцев)
- ▶ Антигистаминные препараты (klaritin, zirtek и др.).
- ▶ Иммуномодуляторы (полудан, ликопид, декарис).
- ▶ Местно: электрофорез или ультразвук с гепарином или гидрокортизоном.