

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Зав. Кафедрой д.м.н. , проф. Косырева Т.Ф.

ХЕЙЛИТЫ

Хейлиты

Представляют собой доброкачественные воспалительные заболевания губ.

В эту группу включены заболевания, локализующиеся только на губах, и болезни, протекающие с преимущественным поражением красной каймы губ.

Классификация хейлитов

Собственно хейлиты

- Эксфолиативный
- Гландулярный
- Актинический
- Метеорологический
- Аллергический
контактный хейлит

Симптоматические хейлиты

- Экзематозный
- Атопический
- Макрохейлит, как
симптом синдрома
Мелькерссона-Розенталя

Собственно хейлиты

Эксфолиативный хейлит.

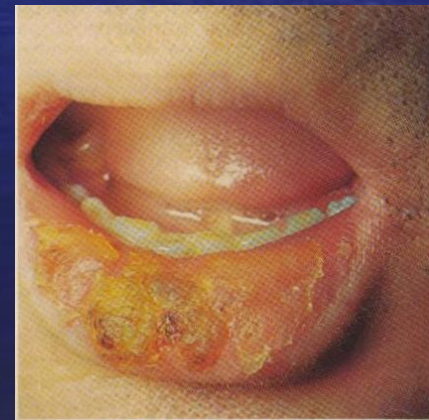
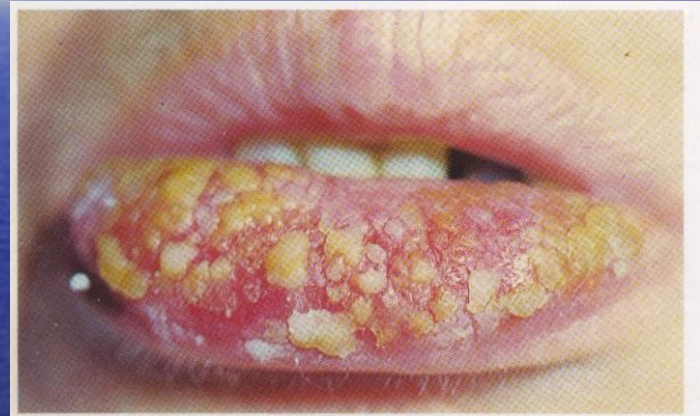
- **Этиология** неизвестна. Заболевание относят к психосоматическим болезням.
- **Распространенность.** Редкое заболевание, болеют преимущественно молодые женщины.
- **Локализация.** Чаще поражается нижняя губа.
- **Формы.** Сухая и экссудативная.
- **Симптомы.** Сухость, чувство стягивания, онемение губ, появление чешуек на красной кайме при сухой форме и боль, наличие чешуйко-корок на красной кайме при экссудативной формах.

Клиническая картина

Эксфолиативный хейлит (**экссудативная форма**) – тревожно –депрессивное состояние

Характеризуется наличием массивных чешуйко-корок коричневатого-желтого цвета, после снятия которых всегда обнажается целостная красная кайма.

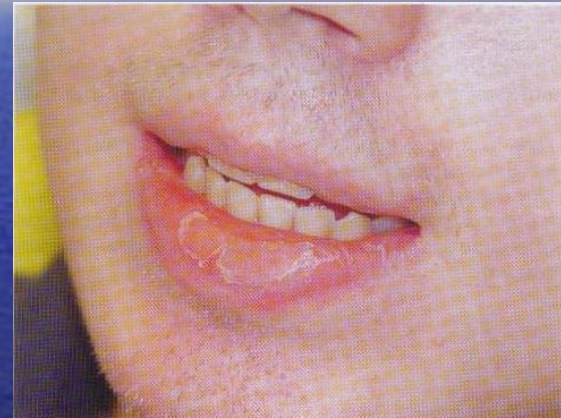
Экссудативная форма эксфолиативного хейлита.



Клиническая картина.

- Эксфолиативный хейлит (**сухая форма**)- депрессивное состояние.
- При сухой форме на красной кайме серовато-белого или в отдельных случаях коричневатые чешуйки, плотно прикрепленные своей центральной частью к красной кайме.

Сухая форма эксфолиативного хейлита.



Сухая форма эксфолиативного хейлита.



Диагностика:

Основана на:

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

Дифференциальная диагностика эксфолиативного хейлита.

- Экссудативную форму эксфолиативного хейлита следует дифференцировать от экссудативной формы актинического хейлита, абразивного преканкрозного хейлита Манганотти, обыкновенной пузырчатки, эрозивно-язвенных форм красной волчанки и красного плоского лишая.
- Сухую форму эксфолиативного хейлита следует дифференцировать с метеорологическим хейлитом, с контактным аллергическим хейлитом, с сухой формой актинического хейлита.

Лечение:

- Проводится совместно с психоневрологом или психологом.
 - При сухой форме: витамины А, Е (внутрь); ожиряющие и увлажняющие мази («Радевит», «Ирикар», «Цералип» и «Липолевр») (кроме кортикостероидных); иглорефлексотерапия.
 - При экссудативной 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.

Развивается в результате гиперфункции, гиперплазии или гетеротопии малых слюнных желез.

- **Распространенность.** Чаще болеют мужчины в возрасте 50-60 лет.
- **Формы.** Первичный (развивается без предшествующих заболеваний красной каймы и слизистой оболочки губ).
 - Вторичный (является следствием хронических воспалительных заболеваний этой области, например, красного плоского лишая или красной волчанки).
- **Локализация.** Зона перехода красной каймы в слизистую оболочку, реже красная кайма.
- **Симптомы.** Сухость красной каймы вследствие испарения слюны с ее поверхности.

Клиническая картина:

- На поверхности красной каймы губ и в зоне ее перехода в слизистую оболочку зияют расширенные отверстия малых слюнных желез в виде красноватых точек; над ними – скопление слюны в виде капель; испарение слюны с поверхности губы приводит к возникновению сухости, хронических трещин, ороговению участков слизистой оболочки вокруг устьев выводных протоков слюнных желез.
- **Диагностика:** Основывается на клинических проявлениях.

Клиническая картина.



Лечение:

Электрокоагуляция слюнной железы с помощью волоскового электрода. При наличии большого количества патологически измененных желез может быть проведено хирургическое иссечение соответствующего участка.

При вторичном glandулярном хейлите следует проводить лечение основного заболевания.

Прогноз: благоприятный.

ЭТО ВАЖНО ЗНАТЬ: НА ФОНЕ ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ!

Метеорологический хейлит.

- Обусловлен воздействием метеорологических факторов (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод, солнечная радиация).
- **Распространенность.** Чаще болеют мужчины, работающие на улице (женщины болеют редко, так как обычно пользуются губными помадами).
- **Локализация.** Поражается полностью поверхность красной каймы, чаще нижней губы.
- **Симптомы.** Сухость, чувство стягивания губы.
- **Диагностика.** Основана на клинических и анамнестических данных.

Клиническая картина

Неяркая гиперемия, легкая инфильтрация, наличие мелких чешуек; течение хроническое, процесс обостряется в осенне-зимнее время.



Лечение.

- Защита красной каймы губ от метеорологических воздействий (гигиенические губные помады, жирные кремы типа «Радевит», «Цералип», «Ирикар»).
- Фотозащитные кремы и мази из серии «Антгелиос».
- При выраженных воспалительных явлениях в течение 7-10 дней – мази «Локоид», «Элоком» или «Адвантан».

Актинический хейлит.

Обусловлен повышенной чувствительностью красной каймы губ к ультрафиолетовому излучению (аллергическая реакция замедленного типа).

- **Распространенность.** Чаще болеют мужчины в возрасте от 20 до 60 лет.
- **Локализация.** Поражается вся поверхность красной каймы, чаще нижняя губа.
- **Формы.** Сухая и экссудативная.
- **Симптомы.** Жжение, зуд, реже – болезненность; характерны обострения в весенне-летнее время.
- **Диагностика.** Основана на клинических и анамнестических данных.

Клиническая картина.

Поражение развивается в весеннее время года.

- При **сухой форме**: яркая эритема, на фоне которой видны мелкие, сухие серебристо-белые чешуйки.
- У ряда больных местами на красной кайме образуются участки ороговения, а иногда - веррукозные разрастания.



Клиническая картина

- При **экссудативной форме**: на фоне яркой эритемы обнаруживаются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются серозные корки.



Дифференциальная диагностика актинического хейлита.

- Дифференциальную диагностику экссудативной формы актинического хейлита следует проводить с атопическим хейлитом, контактным аллергическим хейлитом.
- Сухую форму актинического хейлита следует отличать от сухой формы эксфолиативного хейлита, с типичной формой красной волчанки без выраженной атрофии и гиперкератоза.

Лечение.

- Следует избегать инсоляции.
- Внутрь – фотодесенсибилизирующие средства (делагил, плаквенил, хингамин);
- Антигистаминные препараты («Зиртек», «Ксизал», «Телфаст» и т.д.);
- Витамины группы В (В2, В6);
- Кортикостероидные гормоны (только при тяжелом течении);
- Наружно – кортикостероидные мази («Фторокорт», «Синалар», «Локакортен» и др.);
- Фотозащитные кремы (из серии «Антгелиос»), аэрозоль «Фенкортозоль».
- **Прогноз** благоприятный.

Это важно знать.

Актинический хейлит относят к фоновым заболеваниям, предрасполагающим к развитию злокачественных опухолей, поэтому требуется его активное лечение и наблюдение за больными этой группы.

Контактный аллергический хейлит.

Развивается в результате сенсибилизации красной каймы губ, реже слизистой оболочки полости рта к химическим веществам. В основе лежит аллергическая реакция замедленного типа к химическим веществам, действующим непосредственно на красную кайму (чаще всего, губные помады).

Распространенность. Абсолютное большинство больных – женщины в возрасте от 20 до 60 лет.

Локализация. Процесс поражает всю красную кайму и на каких-то участках непременно выходит на окружающую кожу.

Симптомы: зуд, жжение красной каймы.

Клиническая картина контактного аллергического хейлита.

На месте контакта с аллергеном развивается эритема, небольшое шелушение, на фоне которых могут возникать мелкие пузырьки, после их вскрытия образуются мокнущие участки; процесс распространяется на кожу; характерна размытость границы красной каймы. Больные жалуются на зуд и жжение губ.



Клиническая картина

При длительном течении заболевания красная кайма губ становится сухой и на ней появляются поперечные мелкие бороздки и трещины.



Дифференциальная диагностика контактного аллергического хейлита.

Дифференцировать контактный аллергический хейлит, особенно при выраженном шелушении губ, следует от сухой формы эксфолиативного хейлита, от сухой формы актинического хейлита, от атопического хейлита.

При выраженном воспалении от экссудативной формы актинического хейлита, от экзематозного хейлита.

Лечение.

- Устранение химического фактора, вызвавшего заболевание (при исключении контакта с соответствующим аллергеном возможно полное разрешение процесса);
- Гипоаллергенная диета;
- Антигистаминные препараты (кларитин, зиртек, ксизал);
- Препараты кальция (глюконат кальция, «Кальций-Сандоз форте»);
- Местно: кортикостероидные мази (локоид, элоком, адвантан).

Прогноз. Благоприятный.

Симптоматические хейлиты. Атопический хейлит.

Атопический хейлит - один из симптомов атопического дерматита, нередко на определенных этапах заболевания служащий единственным его проявлением.

Возникновение связано с генетически обусловленной предрасположенности к атопической аллергии.

Атопический хейлит

Распространенность. Чаще болеют дети и подростки (пик активности заболевания приходится на детей в возрасте 6-9 лет).

Локализация. Красная кайма губ и углы рта. Кожа (подколенные ямки, локтевые сгибы, боковые поверхности шеи, веки).

Симптомы. Зуд.

Клиническая картина.

При атопическом хейлите поражается красная кайма губ и непременно кожа, причем наиболее интенсивно процесс проявляется в области углов рта. Часть красной каймы, прилегающая к слизистой оболочке полости рта, остается не пораженной, при этом процесс никогда не переходит на слизистую оболочку.

Заболевание начинается с зуда и появления розовой эритемы, на фоне которой формируется лихенизация, иногда отмечается незначительная отечность кожи и красной каймы. Резко выявляется инфильтрация, особенно в углах рта (вид сложенной гармошки).

У некоторых больных на месте расчесов образуются корочки. Заболевание длится годами, имея склонность к значительному улучшению в весенне-летний период и обострению в осенне-зимнее время года.

Клиническая картина.



Дифференциальная диагностика атопического хейлита.

Атопический хейлит надо дифференцировать со следующими заболеваниями: эксфолиативным хейлитом, актиническим хейлитом, контактным аллергическим хейлитом, со стрептококковой и кандидозной заедами.

Лечение.

- Антигистаминные препараты (Кларитин, Зиртек, Ксизал);
- Препараты кальция («Кальций-Сандоз форте»);
- Ферменты (Хилак-форте, Фестал, Мезим-форте),
- Сорбенты (Полифепан, Активированный уголь, Энтеросгель);
- Местно – кортикостероидные мази (Локоид, Элоком, Адвантан).

Прогноз. Благоприятный.

Экзематозный хейлит (экзема губ).

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

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

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

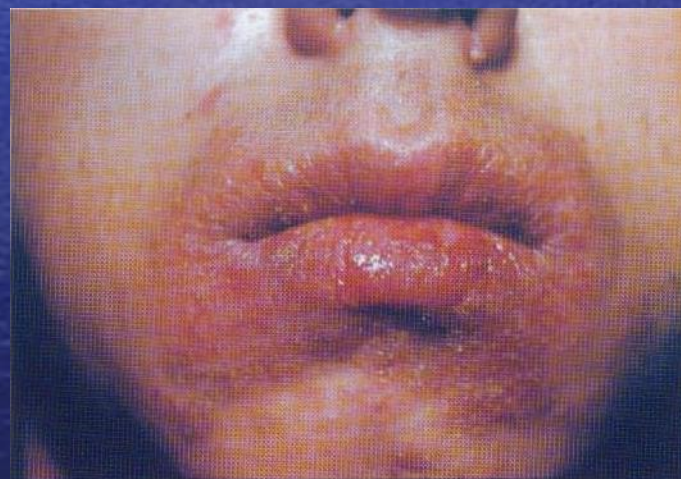
Симптомы. Зуд.

Клиническая картина.

Экзема губ, как и экзема вообще, может протекать остро, подостро и хронически. При этом поражение красной каймы губ может сочетаться с поражением кожи лица или быть изолированным. Но даже если процесс носит изолированный характер, то он все же хотя бы немного захватывает прилежащую к красной кайме кожу.

Клиническая картина.

Основные клинические проявления: процесс начинается с отечности и появления эритемы, на фоне которой возникают множественные мелкие пузырьки, после вскрытия которых образуется мокнутие, затем «серозные колодцы», экссудат подсыхает с образованием серозных корок соломенно-желтого цвета, иногда довольно массивных. Больных беспокоит зуд и жжение, им трудно разговаривать и открывать рот.



Дифференциальная диагностика экзематозного хейлита.

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.).

Прогноз. Благоприятный.

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.

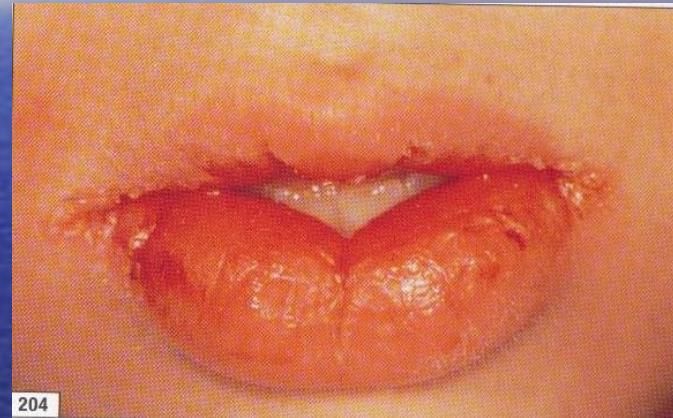
Распространенность. Встречается редко, преимущественно у женщин.

Локализация. Чаще поражается центральная часть верхней губы.

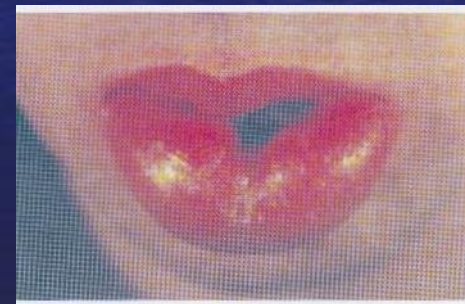
Симптомы. Возможно бессимптомное течение; распирание, онемение в области губ и языка.

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.



204



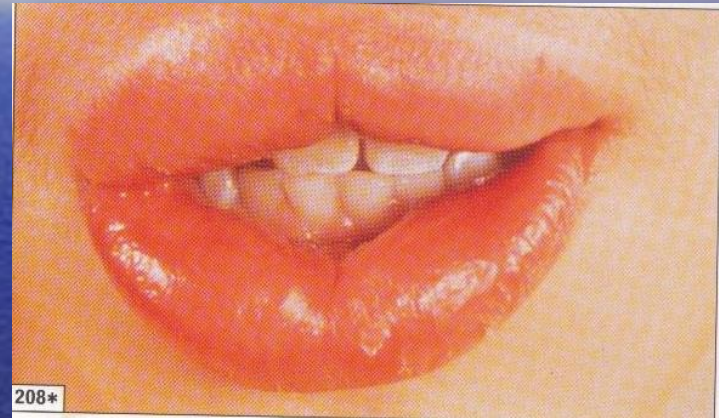
Клиническая картина.

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.



Клиническая картина.



Дифференциальная диагностика и гистологическая картина хейлита Мелькерссона-Розенталя.

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

Гистологическая картина: Гранулематозное воспаление туберкулоидного, саркоидного или лимфонодулярно-плазматического типа.

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 (кларитин, зиртек и др.).
- Иммуномодуляторы (полудан, ликопид, декарис).
- Местно: электрофорез или ультразвук с гепарином или гидрокортизоном.