

Луганский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии №1

Курс лекций «Заболевания слизистой оболочки
полости рта»

Лекция

Тема: Хейлиты.

Хейлит — воспаление красной каймы, СО и кожи губ.

Под этим термином объединяют самостоятельные заболевания губ разной этиологии, а также их поражения как симптом других заболеваний СОПР, кожи, нарушения обмена и др.

- К самостоятельным относят эксфолиативный, glandулярный, аллергический-контактный, метеорологический и актинический хейлиты;
- К симптоматическим - atopический, экзематозный, хейлиты, сопровождающиеся макрохейлией, и др.;

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.
- Боль, наличие корок на красной кайме при экссудативной форме.

Клиническая картина. Поражение всегда проявляется в виде полосы от угла до угла рта и от середины красной каймы до зоны Клейна, т.е. до места перехода в слизистую оболочку.

При сухой форме: коричневатые чешуйки, плотно прикрепленные своей центральной частью к красной кайме.

При экссудативной форме: массивные корки коричневатого цвета, после снятия их всегда обнажается целостная красная кайма.

Диагностика. Основана на:

- клинических данных;
- локализации на красной кайме губы строго в характерных границах;
- под корками не выявляется повреждений эпителия красной каймы губы.

Гистологическая картина. Акантоз; «пустые» клетки в шиповатом слое, пара- и гиперкератоз с потерей связи между клетками шиповатого и рогового слоев.

Лечение. Проводится совместно с психоневрологом или психологом.

При сухой форме: витамины А, Е (внутрь); ожиряющие и противовоспалительные мази (кроме кортикостероидных); иглорефлексотерапия.

При экссудативной форме: Букки-терапия (вариант близкофокусной рентгенотерапии).



Эксфолиативный хейлит
(сухая форма)



Эксфолиативный хейлит
(экссудативная форма)



Эксфолиативный хейлит
(сухая форма)



Эксфолиативный хейлит
(экссудативная форма)

АКТИНИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Актинический хейлит (cheilitis actinica) — хроническое воспаление губ при повышенной чувствительности красной каймы к солнечному свету.

Впервые описан в 1924 г.

Основным этиологическим фактором является влияние ультрафиолетовых лучей, при наличии сенсibilизации красной каймы губ к солнечному свету.

Процесс возникает и обостряется в весенне-летний период, может сочетаться с солнечной экземой лица.

Нижняя губа поражается чаще, чем верхняя.

По клиническому течению различают две формы актинического хейлита — сухую и экссудативную.

При сухой форме актинического хейлита красная кайма становится сухой, ярко-красного цвета, покрывается серебристо-белыми чешуйками.

При экссудативной форме на фоне отечной, ярко-красной каймы появляются пузырьки, которые быстро вскрываются, образуя эрозии, корки и трещины.

Дифференциальную диагностику сухой формы актинического хейлита следует проводить с сухой формой эксфолиативного хейлита.

Экссудативную форму следует отличать от контактного аллергического хейлита.

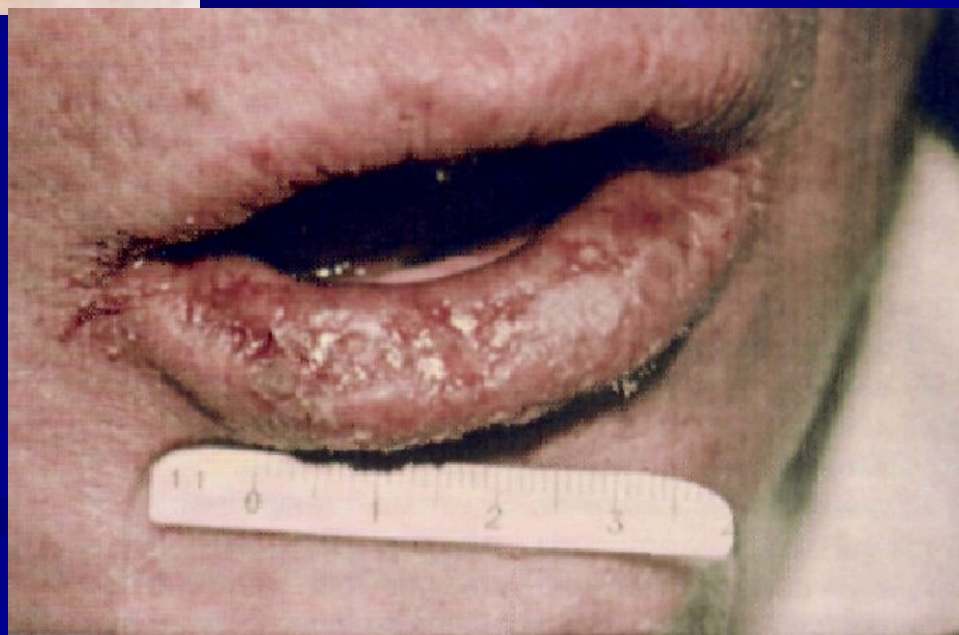
Лечение. Необходимо избегать инсоляции. Местно назначают кортикостероидные мази, фотозащитные кремы, внутрь витамины группы В (В2, В6).



Актинический
хейлит
(сухая форма)



Актинический
хейлит
(экссудативная
форма)



Актинический хейлит
(экссудативная форма)

МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Метеорологический хейлит (cheilitis meteorologica) — воспалительное заболевание губ, обусловленное действием метеорологических факторов (повышенная или пониженная влажность, ветер, холод, запыленность воздуха, солнечный свет и др.).

Клиника. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин, а также у людей с нежной кожей или при заболеваниях, сопровождающихся повышенной сухостью кожи (себорея, нейродермит, ихтиоз и др.). Красная кайма губ застойно гиперемирована, инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками. Метеорологический хейлит протекает хронически, не зависит от времени года. Малигнизация наблюдается редко, но на фоне метеорологического хейлита возможно развитие предраковых заболеваний.

Дифференциальный диагноз проводят с сухой формой эксфолиативного и актинического хейлитов, с контактным аллергическим хейлитом, а также с красной волчанкой без клинически выраженной атрофии.

Лечение. Прежде всего устраняют раздражающее действие метеорологических факторов. Целесообразно назначить никотиновую кислоту, витамины группы В (рибофлавин, пиридоксин, цианоколабамин). Показано смазывание губ фотозащитными мазями, гигиенической губной помадой.

Метеорологический хейлит



ХРОНИЧЕСКАЯ ТРЕЩИНА ГУБЫ

Хроническая трещина губы (rhagas labii chronica) — ограниченное воспаление, при котором возникает щелевидной формы дефект эпителия и собственной пластинки. В возникновении трещин большое значение имеет индивидуальное строение и хроническая травма губы. Метеорологические факторы вызывают сухость губы, потерю эластичности и появление трещин. В возникновении поражений имеют значение гиповитаминозы (недостаточность ретинола и витаминов группы В). Микробная флора поддерживает существование трещин и препятствует их заживлению.

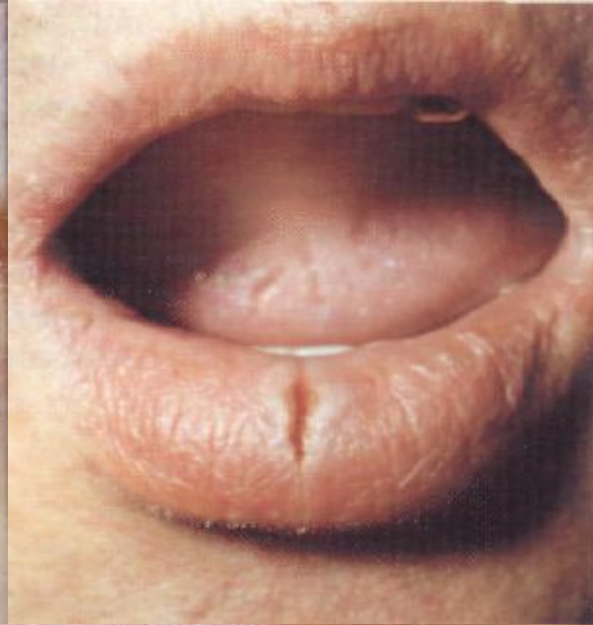
Клиника. На красной кайме губы, как нижней, так и верхней, возникает одиночная, разной глубины, линейная трещина. Чаще она локализуется в средней части, иногда в углах рта. Может распространяться на СО губы, но никогда не переходит на кожу (рис. 81). Впервые возникшая трещина покрыта кровянистой корочкой, окружена гиперемированной красной каймой. Часто трещины, длительно существуя на одном и том же месте, на некоторое время заживают и снова рецидивируют. Их края уплотняются, огрубевают и могут ороговеть.

При гистологическом исследовании выявляется разной глубины дефект эпителия и собственной пластинки. Роговой слой часто утолщен и наплывает на края дефекта. В окружающей соединительной ткани наблюдается круглоклеточная инфильтрация. В более глубоких слоях собственной пластинки выявляется фиброз.

Диагностика хронической трещины губы не вызывает трудностей.

Лечение. Необходимо устранить причину заболевания. Применяют мази, содержащие антибиотики, кортикостероиды, средства, стимулирующие эпителизацию. Хороший эффект дает длительный прием витамина А и витаминов группы В. При отсутствии эффекта проводят хирургическое иссечение трещины в пределах здоровых тканей. Иногда возникает необходимость в реконструктивной операции губы.

Хроническая трещина губы



ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

Гландулярный хейлит относится к группе собственно хейлитов.

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 в виде красноватых точек зияют расширенные отверстия малых слюнных желез; 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.

Гнойная форма glandулярного хейлита развивается вследствие проникновения в расширенные выводные протоки слюнных желез губы пиогенной инфекции. Возможно ограниченное гнойное воспаление одной—двух желез, но чаще наблюдается диффузное их поражение. Воспаление характеризуется болезненностью, припухлостью, увеличением губы, преимущественно нижней, красная кайма которой покрыта плотно фиксированными корками желто-зеленого или буро-черного цвета. Вокруг конусоподобных возвышений выводных протоков локализуются эрозии, трещины. При нажатии на выводные протоки, из них вытекает мутная, густая жидкость - белковый секрет с гнойным экссудатом. Иногда гнойный экссудат закупоривает выводные протоки, такое состояние приводит к образованию абсцессов.

Диагностика. Основывается на клинических проявлениях.

Гистологическая картина. Гипертрофированные слюнные железы с небольшой воспалительной инфильтрацией вокруг их выводных протоков.

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.



Гландулярный хейлит

Серозная форма



Гнойная форма



Серозная форма

КОНТАКТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Контактный аллергический хейлит (cheilitis allergica contactilis) — заболевание губ, которое развивается вследствие сенсибилизации тканей губы к разным химическим веществам. Впервые клинические проявления контактного хейлита описали Miller и Taussing в 1925 г. Чаще болеют женщины в возрасте 20-60 лет.

Этиологическими факторами аллергического контактного хейлита являются химические вещества, которые входят в состав губных помад, зубных паст, пластмассы зубных протезов и др. Заболевание может иметь профессиональный характер.

Патологические изменения развиваются при наличии склонности организма к аллергическим реакциям и сенсибилизации к различным химическим веществам. Заболевание является проявлением аллергической реакции замедленного типа.

Клиника. Клиническая картина характеризуется гиперемией и отеком красной каймы губ, реже процесс распространяется на СО и кожу. На этом фоне появляются мелкочешуйчатое шелушение, трещины, а при более тяжелом течении — пузырьки и эрозии.

Дифференциальная диагностика. Контактный аллергический хейлит следует дифференцировать от сухой формы эксфолиативного и актинического хейлитов. Острое начало и причинная связь контактного хейлита с химическими веществами являются отправными в постановке диагноза.

Лечение. Прежде всего устраняют химический фактор, который вызывает заболевание. Местно назначают кортикостероидные мази. Проводят десенсибилизирующую терапию.



Контактный аллергический хейлит



ЭКЗЕМАТОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ

Экзематозный хейлит (cheilitis exzematosa) - хроническое аллергическое заболевание красной каймы и кожи губ. Наблюдается в виде изолированного поражения, а также как симптом экземы лица. Аллергенами могут быть самые разные раздражители, например, микро-Заболелания губ организмы, пищевые вещества, лекарства, металлы, материалы протезных конструкций, компоненты зубных паст.

Клиника. Заболевание может иметь острое или хроническое течение. Для острой экземы характерен полиморфизм элементов поражения: последовательно возникают покраснение, мелкие пузырьки, выполненные серозным экссудатом желтоватого цвета. Пузырьки сливаются между собой, лопаются и мокнут. Появляются кольцеобразные чешуйки и корочки. Высыпания сопровождаются зудом и отеком губ. Экзематозный процесс быстро распространяется на прилежащую к красной кайме кожу и углы рта.

С переходом острого течения в хроническое уменьшаются гиперемия, отек и мокнутие. Наблюдаются хронический отек, гиперемия желтовато-красного цвета, гиперемия, сухое шелушение; местами - трещины, кровянистые корки. Заболевание длится годами, нередко процесс обостряется.

Дифференциальную диагностику проводят для отмежевания от контактного аллергического хейлита и экссудативной формы актинического хейлита.

Лечение. Используют принцип лечения экземы кожи. Проводят десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию. Местно назначают кортикостероидные мази, при мокнутии показаны аэрозоли с кортикостероидами.

Экзематозный хейлит



АТОПИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Атопический хейлит (cheilitis atypicalis) симптом дерматита или нейродермита. Чаще всего встречается у детей и подростков в возрасте 7 - 17 лет. В его этиологии важная роль принадлежит генетическим факторам, обуславливающим склонность к развитию так называемой атопической аллергии.

Клиника. При атопическом хейлите поражается красная кайма губ и кожа, причем наиболее выражен процесс в области углов рта. Процесс никогда не переходит на СО, не поражается также та часть красной каймы, которая непосредственно примыкает к СО. Заболевание начинается с зуда, появляются эритема и незначительный отек красной каймы губ с одновременным воспалением прилегающих участков кожи лица и обязательным поражением углов рта, с инфильтрацией, сухостью и образованием трещин. После стихания острых воспалительных явлений появляются шелушение, лихенизация губ, сочетающиеся с сухостью и шелушением кожи лица.

Дифференциальная диагностика. Атопический хейлит следует дифференцировать от эксфолиативного и актинического хейлитов, а также от стрептококковой заеды.

Лечение. Назначают десенсибилизирующую терапию, витамины, седативные препараты. При затяжном течении на 2—3 недели назначают кортикостероиды внутрь. Местно с успехом используют кортикостероидные мази. Эффективны лучи Букки.

Атопический хейлит



СИНДРОМ МЕЛЬКЕРССОНА-РОЗЕНТАЛЯ

Синдром Мелькерссона-Розенталя - симптомокомплекс, характеризующийся сочетанием рецидивирующего отека губ, рецидивирующего одностороннего (реже двустороннего) пареза лицевого нерва и складчатого языка.

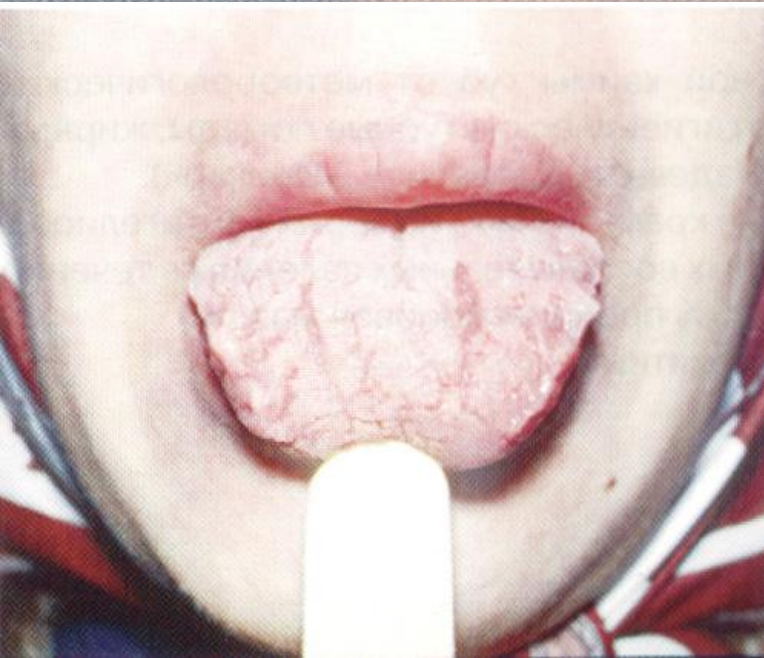
Этиология синдрома окончательно не выяснена; наиболее вероятно инфекционно-аллергическое его происхождение. Возможно, он является следствием вазомоторных расстройств при нейроdistрофических нарушениях. Ряд авторов считают заболевание конституциональным, наследственным.

Симптомы заболевания возникают не одновременно. Отек губы, и парез лицевого нерва возникают внезапно, затем рецидивируют. На красной кайме отечных губ могут появляться трещины. При пальпации губа мягкая, эластичная, без инфильтрата в глубине поражения. Острый отек через некоторое время спадает, но рецидивы повторяются и с каждым кризом в тканях губ отмечается их утолщение. Отечные губы приобретают синюшно-красный цвет. У некоторых больных наблюдается отечность языка с наличием на его поверхности бороздок - так называемый складчатый язык.

Лечение. Лечение синдрома Мелькерссона-Розенталя проводят по двум направлениям - хирургическому и консервативному. При хирургическом лечении иссекают часть тканей губы, однако это не предотвращает рецидивов макрохейлии.

Лучшие результаты дает консервативное комбинированное лечение кортикостероидами (преднизолон по 20—30 мг в день), антибиотиками широкого спектра действия (окситетрациклин по 5 000 000 ЕД. в день), синтетическими противомаларийными препаратами (хингамин по 0,25 г 2 раза в день), десенсибилизирующими средствами (препараты кальция, антигистаминные препараты) в течение 30—40 дней. Курс лечения повторяют через 3 мес.

**СИНДРОМ
МЕЛЬКЕРССОНА-
РОЗЕНТАЛЯ**



**Спасибо за
внимание!**