

Хейлиты и глосситы у детей

Выполнил студент группы №567

Комаров Даниил Игоревич

*Проверила: ассистент кафедры детской
стоматологии Сорокина Юлия Сергеевна*

Введение

Хейлит - воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. Под этим термином объединяют самостоятельные заболевания губ разной этиологии, а также их поражения как симптом других заболеваний слизистой оболочки полости рта, кожи нарушения обмена веществ и др.

К самостоятельным относятся:

- эксфолиативный*
- glandулярный*
- аллергический-контактный*
- метеорологический*
- актинический*

К симптоматическим - атопический, экзематозный хейлиты, сопровождающиеся макрохейлией .

Эксфолиативный

Этиология: неизвестна. Заболевание относится к психосоматическим болезням.

Распространенность: редкое заболевание, болеют преимущественно молодые женщины.

Локализация: чаще поражается нижняя губа.

Форы: сухая и экссудативная.

Симптомы: сухость, стягивания, онемение, появление чешуек на красной кайме губ при сухой форме, наличие корок при экссудативной форме.

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

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

При экссудативной форме: массивные корки коричневого 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 повреждения эпителия красной каймы губы.*

***Гистологическая картина:** Акантоз, “пустые” клетки в шиповатом слое, пара и гиперкератоз с потерей связи между клетками шиповатого слоя и рогового слоев. Лечение проводится совместно с психоневрологом или психологом.*

***При сухой форме:** витамины А,Е (внутрь); противовоспалительные мази (кроме кортикостероидных); иглорефлексотерпия. При экссудативной форме: близкофокусная рентгенотерапия.*



Актинический хейлит

Актинический хейлит - хроническое воспаление губ при повышенной чувствительности красной каймы к солнечному свету. Впервые описан в 1924г.

Основным этиологическим фактором: процесс возникает и обостряется в весенне-летний период, может сочетаться с солнечной экземой лица.

Нижняя губа поражается чаще, чем верхняя.

***По течению:** сухая форма, красная кайма становится сухой, ярко красного цвета, покрывается серебристо-белыми чешуйками. Экссудативная форма, на фоне отека ярко-красной каймы появляются пузырьки, которые быстро вскрываются, образуя эрозии, корки и трещины.*

***Дифференциальная диагностика:** сухую форму 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 (В2,В6).



Хроническая трещина губы

Это ограниченное воспаление, при котором возникает щелевидной формы дефект эпителия и собственной пластинки эпителия. В возникновении трещин большее 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 витамина группы В).

Микробная флора поддерживает существование трещин и препятствует их заживлению.

Клиника: на красной кайме губы, как на нижней так и на 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. Впервые возникшая трещина покрыта кровянистой корочкой, окружена гиперемированной красной. 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 пластинки выявляется фиброз.

Диагностика: хронической трещины 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 губ.



Гландулярный хейлит

Относится к группе собственное хейлитов. Развивается на 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 сухости, хронических трещин, ороговению участков слизистой оболочки вокруг устьев выводных протоков.

Гнойная форма glandулярного хейлита вследствие проникновения в расширенные выводные протоки пиогенной инфекции. Возможно ограниченное гнойное воспаление одной, двух желез. Воспаление характеризуется болезненностью, отеком, увеличением губы преимущественно нижней, красная кайма которой покрыта плотнофиксированными корками желто-зеленого или буро-черного цвета. При нажатии на протоки, выделение гнойного экссудата.

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 вторично glandулярном хейлите следует проводить лечение основного заболевания.



Контактный аллергический хейлит

Заболевание которое развивается вследствие сенсibilизации тканей губы к разным химическим веществам. Чаще болят женщины от 20 до 60 лет.

***Этиология:** химические вещества, которые входят в состав губных помад, зубных паст, пластмассовых зубных протезов и др. Заболевание может иметь профессиональный характер.*

Патологические изменения развиваются при наличии склонности организма к аллергическим реакциям и сенсibilизации к различным химическим веществам. Заболевание проявляется аллергической реакцией замедленного типа.

Клиническая картина характеризуется гиперемией и отеком красной каймы губ, реже процесс распространяется на слизистую оболочку и кожу на этом фоне появляется мелкочешуйчатое шелушение, трещины, а при более тяжелом течении - пузырьки и эрозии.

***Дифференциальная диагностика:** контактный аллергический хейлит следует отличать от сухой формы эксфолиативного хейлита 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.*



Экзематозный хейлит

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-Заболевания 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.



Атопический хейлит

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 слизистую оболочку, не поражается также та часть красной каймы, которая непосредственно примыкает к слизистой оболочке. 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.



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 нейродистрофических 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 (окситетрацилин 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.



Введение

Изменения слизистой оболочки языка в сочетании с таковыми других отделов полости рта наблюдают при многих стоматитах, однако есть заболевания, которые проявляются только на языке. Заболевания языка бывают острыми и хроническими. Общее состояние организма, характер воздействия местных и общих факторов обуславливают различное течение и развитие процесса.

Географический язык

Этиология: этиология и патогенез данного заболевания изучены недостаточно. Некоторые авторы рассматривают его как нейродистрофический процесс (Платонов Е.Е.), другие - как вариант нормы (Лукомский И.Г.), третьи (Рыбаков А. И. и Банченко Г.В.) относят его к группе воспалительных заболеваний. Большинство ученых считают, что «географический» язык обусловлен многими факторами: прорезыванием зубов, конституционными особенностями, заболеваниями ЖКТ, невропатическими заболеваниями.



Клиническая картина:

У детей «географический» язык обнаруживают случайно при санации полости рта.

Дети жалоб не предъявляют,

подростки жалуются на чувство жжения или покалывания в области языка.

Чаще эти симптомы наблюдают у подростков с вегетососудистой дистонией в период эмоциональной перегрузки

(при сдаче экзаменов, весенней повышенной утомляемости, авитаминозах, чрезмерной перегруженности в школе).

При осмотре на языке определяют зону десквамации разных формы и величины.

Десквамация эпителия неравномерная, ее очаги очерчены белым ободком нитевидных сосочков, покрытых неотторгнутым эпителием. Участки поражения постоянно меняют форму и размеры, перемещаются по языку, напоминая географическую карту.

Диагностика: диагноз ставят исключительно по клинической картине.

Бактериоскопия.

Дифференциальную диагностику проводят с кандидозом полости рта, вторичным сифилисом. Показания к консультации других специалистов: соматические заболевания в анамнезе - показание консультации других специалистов.

Лечение: при отсутствии жалоб местное стандартное лечение не назначают. Необходим контроль гигиены полости рта. Санацию проводят общепринятыми мето.

Прогноз благоприятный. В большинстве случаев географический язык сохраняется всю жизнь, но может исчезнуть на незначительный срок и вновь появиться.

Ромбовидный язык

Этиология: этиология ромбовидного глоссита неизвестна. Возможны генетические, средовые, инфекционные и иммунные механизмы. В большинстве случаев ромбовидный глоссит - врожденное заболевание, возникающее в результате нарушения процессов эмбриогенеза. В полости рта при ромбовидном глоссите преобладают условно-патогенные микроорганизмы *Candida albicans* и *Actinomyces*. Пусковым фактором, нарушающим микробиоценоз ротовой полости, может служить хронический герпес.



Клиническая картина:

В области задней трети языка с переходом на среднюю треть строго по средней линии наблюдают очаг ромбовидной формы, размером 1 см в длину и 0,5 см в ширину. Различают уплощенную, гиперпластическую и папилломатозную формы ромбовидного глоссита. При уплощенной форме поверхность очага гладкая, красная, лишена сосочков, резко отграничена от окружающей слизистой оболочки. При гиперпластической форме ромбовидного глоссита на гладкой поверхности языка определяют возникшие в результате ороговения возвышения красного цвета. Для папилломатозной формы характерны разрастания в центре очага в виде «цветной капусты» беловато-розового цвета.

Диагностика:

Ромбовидный глоссит диагностируют случайно при осмотре полости рта, так как он не вызывает субъективных ощущений.

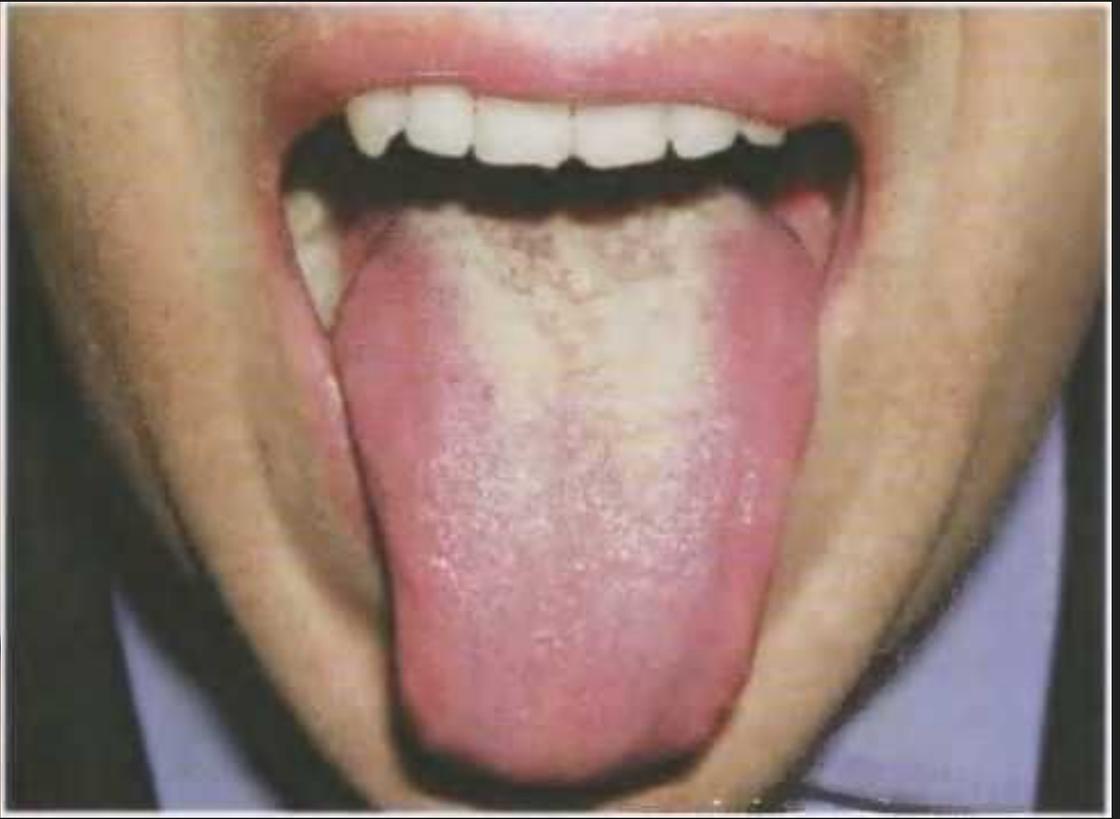
Лабораторные методы исследования имеют дополнительное значение и включают бактериоскопическое исследование.

Дифференциальную диагностику проводят: с гемангиомой полости рта десквамативным глосситом.

Лечение: Ромбовидный глоссит не требует специального лечения, однако необходимы санация полости рта, профессиональная гигиена и наблюдение. В случае разрастания ткани при папилломатозной форме ромбовидного глоссита показано хирургическое лечение. Прогноз благоприятный.

Обложенный язык

Этиология: К обложенности языка приводит ряд соматических заболеваний. Налет на языке представляет смесь микроорганизмов, ороговевших сосочков, остатков пищи. При одних заболеваниях обложенный язык - обязательный симптом общего заболевания, при других носит временный характер.



***Клиническая картина:** Обложенный язык у детей — частый клинический симптом при острых инфекционных заболеваниях.*

При скарлатине, на фоне высокой температуры, в течение первых 3 дней болезни возникает выраженная обложенность языка густым белым налетом. К 3-4-м суткам болезни налет слущивается одновременно с нитевидными сосочками языка - формируется «малиновый» язык.

При дизентерии налет на языке бледный, гладкий с гипертрофированными нитевидными сосочками. При дифтерии налет грязно-белого цвета, чале располагается на корне и спинке языка. При язвенной болезни желудка обложенного языка наблюдают в дистальных отделах - налет серого цвета. При колите и энтероколите дорсальная поверхность языка покрыта плотным серо-желтый налетом. Обложенный язык определяют при некоторых заболеваниях печени, сердечнососудистой системы, почек, эндокринных нарушениях, гипо- и авитаминозах.

Основные клинические проявления обложенности языка:

- *быстрое его образование и исчезновение,*
- *налет может покрывать как всю поверхность языка, так и его часть;*
- *обложенность языка сопровождается неприятным вкусом и запахом из*

Диагностика основана на клинической картине и данных анамнеза.

Дифференциальную диагностику проводят с кандидозом. В первую очередь проводят лечение общего заболевания. Местное лечение включает тщательный уход за полостью рта: механическое удаление вала не рекомендуют. Для очищения языка используют теплые растворы протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина), ротовые ванночки 0,06 - 0,1% раствора хлоргексидина, отвары ромашки, шалфея. Прогноз благоприятный.

Волосатый язык

Редкое заболевание языка у детей, при котором ороговения разросшихся нитевидных сосочков принимают коричневый или черный цвет.

Этиология: Этиология неизвестна. В развитии заболевания имеет значение конституциональный дефект обменных процессов эпителия языка. Не исключают влияние микробного фактора. Окраску языка может вызвать применение красящих пищевых продуктов (карамельей, леденцов, жевательных резинок). «Волосатый» язык описан при аллергии антибиотикам.



Клиническая картина: Вид языка необычен. Удлиненные нитевидные сосочки языка придают ему «волосатый» вид. Нитевидные сосочки могут иметь белый, коричневый или черный цвет.

Диагностика основана на клинической картине.

Дифференциальную диагностику проводят с обложенным языком, кандидозом.

Лечение: «Волосатый» язык специального лечения не требует. Необходимо санировать полость рта, проводить гигиенические мероприятия. При слабовыраженных изменениях эффективна регулярная чистка спинки языка щеточкой. При разрастании нитевидные сосочки удаляют с помощью криотерапии или аппликации 30-50% раствором трихлоруксусной кислоты. Больного следует успокоить, что «волосатый» язык не опасен для жизни. Прогноз благоприятный.

Складчатый язык

Этиология: Складчатый язык - врожденная аномалия формы и размеров языка, которая не исчезает в течение всей жизни. У детей глубина складок меньше, чем у взрослых. У взрослых в связи с увеличением языка складки становятся более рельефными и глубокими. Складчатый язык сопутствует болезни Дауна, синдрому Мелькерссона-Розенталя, акромегалии.

Клиническая картина: В полости рта воспаление отсутствует. На спинке и боковых поверхностях языка наблюдаются многочисленные складки, расположенные симметрично в продольном и поперечном направлениях. Срединная продольная складка, располагающаяся строго по средней линии языка, обычно более глубокая. Дно и боковые поверхности языка покрыты нитевидными сосочками. Язык мягкий, несколько увеличен.



Диагностика:

Жалобы, как правило, отсутствуют. Диагностику основывают исключительно на клинической картине.

Дифференциальная диагностика:

дифференциальную диагностику проводят с сифилитическим интерстициальным
Лечение при складчатом языке не требуется. При плохой гигиене и отсутствии
санирования полости рта возможно развитие условно-патогенной микрофлоры в
складках языка и появление неприятных ощущений. Для удаления остатков пищи из
глубоких складок чистят спинку языка мягкой щеткой. Для профилактики
осложнений рекомендуют санацию ротовой полости.

Прогноз благоприятный.

Спасибо за внимание!

