*Лекция к практическому занятию № 7*

*«Заболевания красной каймы губ»*

**Хейлиты**

*Хейлиты*— воспалительные заболевания губ с преимущественным поражением красной каймы.

Результатом изучения хейлитов в течение многих лет явилась общепринятая классификация этих заболеваний.

Наиболее обоснованной представляется класси¬фикация, предложенная А.Л. Машкиллейсоном (1965) и С.А. Путиным (1984).

Выделяют самостоятельные и симптоматические хейлиты.

К самостоятельным хейлитам относятся следующие.

• Эксфолиативный хейлит

• Гландулярный хейлит

• Контактный аллергический хейлит

• Метеорологический хейлит

• Актинический хейлит

К симптоматическим хейлитам относят следующие.

• Атопический хейлит

• Экзематозный хейлит

• Плазмоклеточный хейлит

• Макрохейлит

• Хронические рецидивирующие трещины губ (ХРТГ).

*Принципы общего лечения заболеваний губ*

• Базовая терапия общих заболеваний.

• Диетотерапия, направленная на ограничение поступле¬ния в организм пищевых аллергенов.

• Гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами рекомендуется коротким курсом в каче¬стве дополнения к местному лечению во время рецидива при сильном зуде. Имеются сведения о более эффектив¬ной терапевтической активности антигистаминных пре-паратов с седативным компонентом.

• Иммунокорригирующая терапия: левамизол, препараты тимуса, спленин, диуцифон, взвесь плаценты, миелопид, препараты полифенолов. Энтеросорбция с использованием полифепана, активи¬рованного угля, карболена, полисорба.

• Витаминотерапия («Компливит», «Центрум», «Витрум», «Алфавит» и др.) для нормализации витаминного и ми- кроэлементного баланса в организме, улучшения состо-яния эпителия, заживления трещин, эрозий, язв. Психотропное лечение (эглонил, флуоксетин, грандак- син, ципралекс) для устранения астеноневротического состояния, депрессивных реакций.

*Принципы и методы местного лечения заболеваний губ*

• Устранение местных причин заболевания.

• Коррекция гигиены и профессиональная гигиена поло¬сти 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.

***Эксфолиативный хейлит***. В этиопатогенезе этой формы хейлита особое место выделено расстройствам психоэмоциональной сферы (депрессии). Кроме того заболевание связано с патологией щитовидной железы (гиперфункция), а также признана роль иммуноаллергического и генетического факторов. Заболевание чаще наблюдается у женщин и в течение выделяют сухую и экссудативную формы.

*Клинически* различают две формы эксфолиативного хейлита - *экссудативную* и *сухую*.

 При *сухой форме* эксфолиативного хейлита пациенты предъявляют жалобы на сухость и жжение губ. При осмотре на сухих губах определяются плотно спаянные с красной каймой чешуйки, после удаления которых, остаются участки гиперемии. Течение заболевания длительное.

*Экссудативная форма* характеризуется появлением на красной кайме губ чешуйко-корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета, которые покрывают красную кайму губ от линии Клейна до ее середины. Корки иногда достигают больших размеров и свисают с губы в виде «фартука». После снятия корок обнажается ярко-красная, чуть влаясная, гладкая поверхность красной каймы губы. Никогда не образуется эрозий - это отличительная особенность эксфолиативного хейлита.

Больные предъявляют жалобы на жжение и болезненность губ, особенно при их смыкании. Иногда болевой симптом резко выражен, что затрудняет речь и прием пищи. Вследствие этого у больных с данной фор-мой эксфолиативного хейлита рот всегда приоткрыт. Через несколько дней (3-5) чешуйки легко снимаются и при этом обнажается ярко-красная поверхность красной каймы, эрозий не отмечается. Больные при сухой форме эксфолиативного хейлита предъявляют жалобы на сухость, жжение и неэстетический вид губ

*Сухая форма* эксфолиативного хейлита, как и экссудативная, характеризуется поражением только красной каймы одной или обеих губ. Поражение напоминает внешне «ленту», тянущуюся от угла до угла рта и от линии Клейна до середины красной каймы губ. Кожа вокруг губ никогда не поражается. Чешуйки сероватого или серо-желтого цвета плотно прикреплены в центре к красной кайме и отстают по краям.

*Дифференциальная диагностика*

Эксфолиативный хейлит следует дифференцировать от других хейлитов, имеющих сходные клинические проявления. Эксфолиативный хейлит дифференцируют от атопического хейлита.

При атопическом хейлите в воспалительный процесс вовлекается кожа губ, особенно в области углов рта. Процесс характеризуется лихенизацией, интенсивным зудом, циклическим течением.

Экссудативную форму эксфолиативного хейлита следует дифференцировать от экссудативной формы актинического хейлита. При актиническом хейлите поражение захватывает всю поверхность красной каймы губ, сопровождается выраженной отечностью и образованием эрозий на месте везикул. Метеорологический хейлит отличается от сухой формы эксфолиативного хейлита прямой зависимостью его течения от действия различных метеорологических факторов, поражением всей поверхности красной каймы губ с более выраженными воспалительными явлениями.

Контактный аллергический хейлит отличается от сухой формы эксфолиативного хейлита наличием эритемы, ограниченной местом контакта с аллергеном, зуда, а также быстрым разрешением высыпаний после прекращения контакта с предполагаемым аллергеном.

В некоторых случаях трудно дифференцировать сухую форму эксфолиативного хейлита от красной волчанки губ без клинически выраженного гиперкератоза и атрофии. Для волчанки характерно обострение процесса в весенне-летнее время, наличие эритемы и отсутствие слюдообразных чешуек.

Эксфолиативный хейлит протекает длительно, может наблюдаться годами. Заболевание не склонно к самоизлечению или спонтанным ремиссиям, поэтому больных необходимо обследовать у соответствующих специалистов и проводить комплексное общее и местное лечение у стоматолога.

При экссудативной форме эксфолиативного хейлита пациентов беспокоят болезненность и отёчность губ, рот находится в приоткрытом состоянии. При осмотре на красной кайме губ определяются большого размера корки жёлтого цвета, расположенные от угла до угла рта, но процесс никогда не захватывает кожу лица и слизистую оболочку полости рта. При снятии корок на губах определяются участки гиперемии.

*В план комплексного лечения эксфолиативного хейлита включают*:

• обучение рациональной гигиене полости рта (хорошая гигиена создаёт комфортное состояние в полости рта, способствует уменьшению жалоб и повышению эффективности лечения);

• санацию полости рта (приводит к нормализации жевательной функции);

• сошлифовывание острых краёв зубов (с целью устранения травматических факторов для слизистой оболочки губ);

• удаление зубных отложений (способствует устранению травмирующего губы фактора и нормализации состояния слизистой губ);

• удаление разрушенных зубов.

С целью исключения факторов механической травмы (дефекты зубных рядов, некачественные пломбы и ортопедические конструкции) и физической (гальваноз) слизистой оболочки и красной каймы губ, пациентов с патологией губ консультируют у стоматолога-ортопеда и проводят ортопедическое лечение (изготовление рациональных конструкций, замену протезов из разнородных металлов, коррекцию зубных протезов, нормализацию высоты прикуса).

В план комплексного лечения включают этап формирования мотивации пациентов к устранению вредных привычек (облизывание, кусание губ, сосание карандашей, табакокурение).

*Общее лечение*.

Для устранения депрессивных реакций и коррекции психо-эмоциональных расстройств назначают седативную терапию (корень валерианы, трава пустырника, настойка пиона) по 20 капель 3 раза в день в течение 1 месяца. Комбинированные седативные препараты — персен по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2-3 месяцев, новопассит по ч.л. 3 раза в день в течение 2-3 месяцев. После консультации врача-специалиста (невропатолога, психоневролога) назначают транквилизаторы (элениум, реланиум и другие) по 5 мг 2 раза в день, курс лечения 1,5-2 месяца. Нейролептики: сонапакс по 10 мг 2-3 раза в день; терален по 5 мг 2 раза в день; эглонил по ХА таблетки (100 мг) 2-3 раза в день, курс лечения 2 месяца. Антидепрессанты: амитриптилин по ХА таблетки (0,025 г) раза в день, по схеме. Лечение антидепрессантами начинают с малых доз, которые увеличивают до получения терапевтического эффекта и в дальнейшем переходят на поддерживающие дозы.

В комплексной терапии эксфолиативного хейлита применяют витамины для нормализации состояния эпителия слизистой оболочки и красной каймы губ. Назначают витамины группы В, А, С (Компливит) по 1 драже 3 раза в день; (Центрум, Витрум, Супрадин, Юникап) по 1 таблетке 1 раз в день после еды. При лечении эксфолиативного хейлита мотивируют пациентов к выполнению режима рационального питания (употребление белково-растительной пищи, обогащённой витаминами и минералами).

*Местное лечение*.

• Для профилактики инфицирования поражённых участков губ применяют антисептики в виде тёплых растворов (1% перекиси водорода, 0,05% хлоргексидина) путём аппликаций на рыхлых марлевых салфетках 2-3 раза в день. С целью удаления чешуек и корок местно применяют протеолитические ферменты (0,1% раствор трипсина, химотрипсина) в виде аппликаций на салфетках, смоченных тёплым раствором фермента, в течение 20 минут для размягчения корок, чешуек. Для уменьшения отёчности красной каймы, устранения зуда и жжения губ назначают глюкокортикостероидные мази (лоринден С, флуцинар, целестодерм) в виде втирания в красную кайму губ тонким слоем 2 раза в день после еды. Курс лечения 7-10 дней. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А., (2005) для лечения эксфолиативного хейлита предложили «сложную» мазь, в состав которой входят следующие лекарственные препараты:

• витамин Вх (с целью улучшения местной трофики губ),

• инсулин — гормон поджелудочной железы (с целью разрыхления тканей и про¬лонгирования действия других компонентов мази),

• мазь «целестодерм» (с целью противовоспалительного и противозудного действия),

• витамин А (для стимуляции процессов эпителизации тканей),

• витамин Е (для улучшения нервно-трофических процессов),

• мазь «солкосерил» (для ускорения регенерации тканей).

• «Сложная» мазь наносится тонким слоем на губы с экспозицией 20 минут.

• В домашних условиях «сложную» мазь наносят на губы 3 раза в день после еды в течение 7-10 дней.

• Барер Г.М. с соавт., (2005) для лечения эксфолиативного хейлита предложили метод лидокаиновой блокады губ.

Предлагаемый метод блокады губ, по мнению авторов, способствует устранению явлений эксфолиации, восстановлению и нормализации эпителия красной каймы губ, пре¬дупреждению рецидивов.

Для блокады используют 0,5—1% раствор лидокаина, обладающего выраженным сосудорасширяющим лечебным эффектом в месте введения. Перед лидокаиновой блокадой проводят премедикацию. Для устранения у пациента внутреннего напряжения и страха перед блокадой назначают аподиазепам 5 мг /50 кг массы тела сублингвально. Затем, спустя 30-40 минут с помощью двухграммового шприца и тонкой иглы вводят 1-2 мл 1% тёплого раствора лидокаина в нижнюю губу со стороны слизистой оболочки, инфильтрируя её на всём протяжении. После блокады больному дают внутрь 0,5 г анальгина или другого анальгетика для снятия чувства «распирания» губы, рекомендуют не принимать пищу в течение 2-х часов — время, в течение которого постепенно исчезает инфильтрат. В последующем (после стихания симптомов болезни) пациенту рекомендуют пользоваться гигиенической помадой, особенно в холодное время года.

Из физиотерапевтических методов лечения при эксфолиативном хейлите успешно применяется лазерная терапия и фонофорез с кортикостероидными мазями.

*Прогноз*: эксфолиативный хейлит имеет хроническое течение с рецидивами, ремиссии наступают в тёплое время года. Озлокачествления красной каймы губ не отмечено ни в одном случае (Г.М. Барер с соавт., 2005). Сухая форма эксфолиативного хейлита часто осложняется хроническими трещинами губ.

*Профилактика*. Лечение выявленных сопутствующих заболеваний. Устранение вредных привычек (облизывание, кусание губ, табакокурение). Соблюдение рациональной гигиены полости рта, применение гигиенической помады в холодное время года.

**Гландулярный хейлит**

*Гландулярный хейлит*. Заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте 50-60 лет. Этиология этой формы хейлита полностью не выяснена, среди причин отмечают наследственную аномалию строения чаще нижней губы, на которой определяются гиперплазированные и дистопированные протоки малых слюнных желез. К провоцирующим заболевание факторам относят: неудовлетворительную гигиену полости рта, декомпенсированную форму кариозной болезни, заболевания периодонта.

Различают *первичный* и *вторичный* простой гландулярный хейлит.

*Первичный гландулярный хейлит*. Представляет собой заболевание, которое многие авторы связывают с врожденной аномалией слюнных желез. Это заболевание встречается довольно часто, особенно у мужчин в возрасте 50-60 лет и обычно не проявляется у молодых лиц до 20 лет.

*Клинически* первичный гландулярный хейлит характеризуется появлением в области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы, а иногда и на красной кайме расширенных устьев слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяется слюна, как капли росы, и покрывает всю губу. Нередко вокруг устьев слюнных желез развивается гиперкератоз в виде колец, напоминающий лейкоплакию. В некоторых случаях слизистая оболочка или красная кайма губы ороговевают на большом протяжении. В связи с тем, что губа у больных гландулярным хейлитом постоянно смачивается слюной, которая испаряется, красная кайма становится сухой, подвергается шелушению. На этом фоне нередко развиваются трещины, эрозии, предраковые поражения

*Вторичный гландулярный хейлит* является следствием хронических воспалительных заболеваний, при которых может быть поражена слизистая оболочка или красная кайма губ. В этом случае на фоне проявлений основных заболеваний, чаще на слизистой оболочке губ в области переходной складки, видны расширенные устья слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны.

При гландулярном хейлите пациенты предъявляют жалобы на боли при разговоре, приеме острой, пряной и горячей пищи.

Гландулярный хейлит не является предраком, но создает благоприятные условия для развития предраковых заболеваний, так как частое смачивание слюной красной каймы губ при гландулярном хейлите способствует сухости, возникновению хронических трещин, хроническому травмированию губ с последующим их ороговением.

*Гистологически* в глубоких отделах соединительнотканного слоя выявляются гипертрофированные слюнные железы с воспалительной инфильтрацией вокруг выводных протоков.

*Диагностика* гландулярного хейлита для стоматолога не представляет трудностей. Однако первичный гландулярный хейлит следует отличать от вторичного гландулярного хейлита, причиной которого могут быть различные воспалительные заболевания губ.

*Лечение*. Первичный простой гландулярный хейлит при отсутствии жалоб и воспалительных изменений слизистой оболочки губ в лечении не нуждается. При наличии жалоб (на сухость, шелушение, боль, образование трещин, жжение) проводят комплексное лечение. При простом вторичном гландулярном хейлите, возникающем на фоне различных заболеваний губ (красный плоский лишай, лейкоплакия), следует проводить лечение основного заболевания губ. Лечение гнойного гландулярного хейлита, возникающего вследствие проникновения инфекции в расширенные протоки слюнных желёз, представляет для врача-стоматолога трудности и проводится поэтапно.

*Местное лечение.*

 *В первый этап лечения входят следующие мероприятия:*

• обучение рациональной гигиене полости рта (хорошая гигиена создаёт комфортное состояние в полости рта, способствует уменьшению жалоб и повышению эффективности лечения);

• санация полости рта (лечение кариозных полостей и восстановление анатомической формы зубов приводит к нормализации жевательной функции);

• сошлифовывание острых краёв зубов (с целью устранения травматических раздражителей для слизистой оболочки губ);

• удаление зубных отложений (способствует устранению травмирующего губы фактора и нормализации состояния слизистой губ);

• удаление разрушенных зубов;

• консультация врача-стоматолога-ортопеда и ортопедическое лечение (выбор и изготовление рациональных конструкций, замена протезов из разнородных металлов, коррекция зубных протезов, нормализация высоты прикуса);

• местная противовоспалительная терапия (с целью устранения воспаления слизистой оболочки губ и мелких слюнных желёз):

• мази, содержащие глюкокортикостероиды и антибиотики (синалар, тридерм, локакортен) 2 раза в день, в течение 5-7 дней;

• аппликации ферментов (трипсин, химотрипсин) 1 раз в день, с экспозицией 20-30 минут;

• солкосерил-дентальная адгезивная паста 1-2 раза в день, с экспозицией 20- 30 минут.

*Во второй этап лечения входят мероприятия*:

• устранение гиперплазированных слюнных желез с помощью электрокоагуляции тела каждой гиперплазированной железы;

• хирургическое лечение (вылущивание и иссечение гипертрофированных слюнных желёз), ведущее к радикальному устранению болезни.

• Из физиотерапевтических методов в комплексном лечении простого и гнойного глан-дулярного хейлита успешно применяют лазеротерапию.

*Прогноз*: наблюдаются случаи злокачественного перерождения простого и гнойного гландулярного хейлита. Клинические наблюдения показывают, что гландулярный хейлит, не являясь предраком, создаёт благоприятные условия для развития предраковых заболеваний.

*Профилактика*: санация полости рта (устранение травмирующих слизистую оболочку губ факторов, лечение болезней пародонта), устранение вредных привычек (употребление крепких спиртных напитков, табакокурение), изготовление рациональных ортопедических конструкций, регулярное соблюдение рациональной гигиены полости рта.

**Контактный аллергический хейлит**

Контактный аллергический хейлит является проявлением аллергической реакции замедленного типа. Развивается в результате сенсибилизации красной каймы губ, реже слизистой оболочки и кожи губ к химическим веществам (косметические средства, зубная паста, профилактические жидкости для полоскания полости рта). Чаще болеют женщины в возрасте от 20-60 лет. Это заболевание может иметь профессиональный характер. Имеется предположение, что низкомолекулярные вещества проникают в ткани в местах мелких травм, всасываются и вступают в связь с жирами, соединяются с функциональными структурами клетки, после чего аллерген появляется в крови. Причинами развития контактных хейлитов могут быть губная помада, пластмасса зубных протезов, ароматические вещества, входящие в зубные пасты и т.д.

Пациенты предъявляют жалобы на зуд и жжение губ. Клиническая картина характеризуется гиперемией, отёком слизистой оболочки губ, реже кожи. На этом фоне возникают шелушение трещины, пузырьки, эрозии.

Дифференциальную диагностику осуществляют с сухими формами эксфолиативного и актинического хейлита.

Лечение заключается в устранении провоцирующего фактора и местном назначении кортикостероидных мазей (преднизолон, фторокорт, флуцинар), а также общей десенсибилизирующей терапии.

**Актинический хейлит**

*Актинический хейлит* - заболевание, развивающиеся в результате влияния ультрафиолетовых лучей на красную кайму губ при наличии её сенсибилизации к солнечному свету. Этот вид патологии чаще встречается у мужчин в возрасте 20-60 лет, преимущественно поражается нижняя губа, обострения наблюдаются в весенне-летний период. Различают *экссудативную* и *сухую* формы. Ряд авторов считают сухую форму актинического хейлита факультативным предраком.

*Клиника:*

Жалобы на зуд, жжение, сухость красной каймы губ, реже на болезненность губ. Заболевание отличается сезонностью течения, обостряется в весенне-летнее время и самопроизвольно регрессирует в осенне-зимний период.

*Объективно:* в весеннее время года красная кайма нижней губы при сухой форме актинического хейлита становится ярко- красной, покрывается мелкими, сухими, серебристо-белыми чешуйками. Поражение захватывает всю поверхность красной каймы, верхняя губа и кожа лица страдают редко. У ряда больных на красной кайме образуются участки ороговения, а иногда веррукозные разрастания. Клиническая картина экссудативной формы актинического хейлита соответствует проявлениям острого аллергического контактного дерматита. При этом на фоне слегка отечной красной каймы губы возникают участки ярко-красной эритемы, появляются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются корки.

При длительном существовании актинического хейлита развиваются очаги ороговения на красной кайме, возможны трещины, а в некоторых случаях — эрозии и язвы. Длительно незаживающие эрозии, трещины, язвы, особенно с уплотнением в основании, а также участки выраженного ороговения или бородавчатых разрастаний должны быть подвергнуты обязательному цитологическому или гистологическому исследованию для исключения озлокачествления. Актинический хейлит может служить фоном для развития облигатных форм предрака.

*Дифференциальная диагностика*:

*Сухую форму* актинического хейлита следует отличать от сухой формы эксфолиативного хейлита, при котором процесс имеет характерную локализацию от линии Клейна до середины красной каймы.

Экссудативную форму актинического хейлита следует отличать от контактного аллергического хейлита, при котором на месте контакта с аллергеном развивается ограниченная эри¬тема и/или шелушение, позднее появляются трещины. Процесс может распространяться на кожу губ, сопровождаться островос¬палительной реакцией с появлением мелких пузырьков, после вскрытия которых образуются мокнущие участки, корки.

*Лечение*. Необходимо прежде всего рекомендовать больному по возможности избегать инсоляции, изменить профессию, если она связана с длительным пребыванием на открытом воздухе.

*Общее лечение*: рекомендуют принимать витамины группы В (В 2 , В 6 , В 12 ), противомалярийные препараты (делагил по 0,25-2 раза в день, 2-3 недели), небольшие дозы кортикостероидов (преднизолон – 10 мг в день).

*Местное лечение*: назначают аппликации кортикостероидных ма¬зей (дермовейт, адвантан, локоид, элоком афлодерм, тридерм, гидрокортизоновая, преднизолоновая мази) 2 раза в день.

**Метереологический хейлит**

*Метереологический хейлит* – Метеорологический хейлит представляет собой воспалительное заболевание губ, причиной развития которого являются разнообразные метеорологические факторы: влажность, пыль, ветер, холод, солнечная радиация, кислотные дожди; высокие и низкие температуры; запыленность помещения и другие. Болеют чаще мужчины, так как женщины пользуются губной помадой, защищающей красную кайму губ от вредного внешнего воздействия.

Большую роль в развитии заболевания играют длительность пребывания больных в неблагоприятных метеорологических условиях и конституциональные особенности кожи и слизистой оболочки. Заболевание чаще наблюдается у лиц с сухой кожей (себорея, себорейная экзема, нейродермит).

Пациенты предъявляют жалобы на сухость, шелушение и чувство стягивания губ. Красная кайма губ при осмотре выглядит инфильтрированной, гиперемированной, сухой. Поверхность её покрыта мелкими чешуйками, а в редких случаях и эрозирована.

*Лечение*. При лечении метеорологического хейлита прежде всего необходимо устранить или ослабить действие неблагоприятного метеорологического фактора (холод, повышенная или пониженная влажность, запылённость воздуха, ветер, солнечная радиация). При медикаментозном лечении метеорологического хейлита сохраняются принципы общей и местной терапии хронических воспалительных заболеваний губ.

*Общее лечение*. Проводят гипосенсибилизирующую терапию антигистаминными препаратами коротким курсом, как дополнение к местному лечению. Назначают антигистаминные препараты: супрастин по 1 таблетке (25 мг) 2-3 раза в день, фенкарол по 1 таблетке (5 мг) 2-3 раза в день, кларитин по1 таблетке (5 мг) 2-3 раза в день, клемастин по 1 таблетке (2 мг) 2-3 раза в день, препараты кальция («Кальций-Сандос форте ») в течение 7-10 дней. Для нормализации витаминного и микроэлементного баланса в организме проводят витаминоте¬рапию. Назначают витаминно-минеральные комплексы (Компливит, Центрум, Витрум, Алфавит и другие) по 1 таблетке 1 раз в день после еды в течение 1-2 месяцев. Витаминотерапия улучшает состояние эпителия, способствует заживлению мелких трещин, эрозий. Для устранения астено-невротического состояния и депрессивных реакций назначают седативные средства (корень валерианы, трава пустырника) по 20 капель 3 раза в день. С целью коррекции психо-эмоциональной сферы применяют нейролептики: сонапакс по 10 мг 2-3 раза в день; терален по 5 мг 2 раза в день; эглонил по /г таблетки (100 мг) 2-3 раза в день. Курс лечения 1-2 месяца.

*Местное лечение.* Медикаментозное местное лечение направлено на устранение сухости губ, чешуек, трещин и восстановление эластичности губ. Для размягчения чешуек и очищения поражённых участков красной каймы губ применяют протеолитические ферменты (0,1% раствор трипсина, химотрипсина), которые на салфетках наносят на губы, с экспозицией 20-30 минут. Для удаления корочек, чешуек с поверхности губ применяют антисептические средства (1% тёплый раствор перекиси водорода, 0,05% тёплый раствор хлоргексидина). При выраженных воспалительных явлениях назначают в течение 7-10 дней кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновую, 1% гидрокортизоновую). Для защиты красной каймы губ от метеорологических воздействий рекомендуют пациентам регулярно применять гигиеническую помаду. Для поддержания в нормальном физиологическом состоянии красной каймы губ Цветкова Л.А. с соавт., (2005) рекомендуют ежедневное покрытие губ жирными кремами «Радевит», «Цералип», «Ирикар» 1-2 раза в день. При выполнении производственных или садоводческих трудовых работ в условиях открытого воздушного пространства, с целью защиты красной каймы губ от инсоляции, пациентам с патологией губ предлагают применять фотозащитные кремы и мази из серии «Антигелиос».

*Прогноз*. Малигнизация наступает редко, но на фоне метеорологического хейлита возможно развитие предраковых заболеваний.

*Профилактика* метеорологического хейлита состоит в устранении неблагоприятных факторов и в необходимости перевода больных с хроническими воспалительными заболеваниями губ на работу, по возможности, не связанную с раздражающими метеорологическими условиями.

**Атопический хейлит**

*Атопический хейлит* – заболевание губ, являющееся симптомом аллергических заболеваний: экземы, нейродермита. Встречается у детей и подростков от 7 до 17 лет. Обострения заболевания чаще на- блюдаются в осенне-зимний период. В этиологии ведущая роль отводится наследственным факторам, а провоцирующее значение имеют бытовые, пищевые, медикаментозные аллергены. Для клинической картины характерно поражение и красной каймы губ, и кожи лица. Развитие заболевания сопровождается зудом, отёчностью, гиперемией, наличие везикул с серозным содержимым. При стихании процесса красная кайма выглядит инфильтрированной, напряжённой, имеются мелкие трещины и борозда, иногда шелушение. Заболевание дифференцируют с эксфолиативным хейлитом, аллергическим контактным и актиническим хейлитами, со стрептококковой заедой.

*Лечение*. При лечении атопического хейлита, исходя из научных данных, указывающих на его аллергическую природу, прежде всего, стремятся устранить действие аллергена. С этой целью пациентов с атопическим хейлитом консультируют у врача-аллерголога. Пациенту рекомен¬дуют соблюдать гипоаллергенную диету, исключающую пряную, солёную, острую пищу. Не рекомендуют употреблять алкоголь, шоколад, цитрусовые фрукты, большое количество углеводов. Проводят общее и местное лечение.

*Общее лечение*. С целью устранения аллергической реакции, уменьшения зуда губ и кожи, проводят неспецифическую гипосенсибилизирующую терапию. Назначают антигистаминные препараты: тавегил 0,001 г по 1 таблетке 2 раза в день, супрастин 0,025 г по 1 таблетке 3 раза в день, фенкарол 5 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день, кларитин 5 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день, в течение 7-10 дней. Для стимуляции обменных процессов, повышения резистентности организма назначают гистаглобулин в инъекциях по 2 мл внутрикожно. Курс 6-8 инъекций (2 раза в неделю). Для коррекции психоэмоциональных расстройств используют седативные средства (корень валерианы, трава пустырника, новопассит) по 20 капель 2 раза в день в течение 10-20 дней. С детоксикационной целью назначают 30% раствор тиосульфата натрия внутривенно по 10 мл 1 раз в день, в течение 5-10 дней. Для нормализации витаминного и микроэлементного баланса в организме проводят витаминотерапию. Назначают витаминно-минеральные комплексы (Компливит, Центрум, Витрум, Алфавит и другие) по 1 таблетке 1 раз в день после еды в течение 1-2 месяцев. Эффективно назначение витаминов группы В (В2, Вб, В12) в виде внутримышечных инъекций. Курс 10 инъекций.

*Местное лечение включает*:

• обучение рациональной гигиене полости рта (хорошая гигиена создаёт

• комфортное состояние в полости рта, способствует уменьшению жалоб и повышению эффективности лечения);

• санацию полости рта (приводит к нормализации жевательной функции);

• сошлифовывание острых краёв зубов (с целью устранения травматических факторов для слизистой оболочки губ);

• удаление зубных отложений (способствует устранению травмирующего фактора и нормализации состояния слизистой губ);

• удаление разрушенных зубов.

Проводят противоаллергическое местное медикаментозное лечение. Назначают глюкокортикостероидные мази (флуцинар-мазь, 1% гидрокортизоновая, элоком, лоринден С, адвантан, локоид) тонким слоем втирают в красную кайму губ и окружающую кожу 3—4 раза в день в течение 7-10 дней. Учитывая, что атопический хейлит наблюдается у молодых лиц (7-17 лет), Барер Г.М., (2005) предлагает применять у детей и подростков вместо стероидных мазей гомеопатические средства — мазь Траумель-С. Препарат оказывает выраженное противовоспалительное действие и устраняет симптомы заболевания. Мазь Траумель-С наносят тонким слоем на поражённую красную кайму губ и окружающую кожу. При наличии на поверхности красной каймы губ чешуек, корок применяют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин) для размягчения нежизнеспособных тканей. Для устранения корок и чешуек применяют антисептики. Используют тёплый раствор 1% перекиси водорода. Тампон, смоченный 1% тёплым раствором перекиси водорода, наносят на поверхность губ и очищают её от нежизнеспособных тканей. Для местного лечения атопического хейлита Брусенина Н.Д, Рыбалки- на Е.А., (2005) предлагают применять «сложную» мазь, содержащую витамин Вх, инсулин — гормон поджелудочной железы, мазь «целестодерм», витамин А, витамин Е, мазь солкосерил. «Сложную» мазь наносят в виде аппликации на красную кайму губ, область углов рта и периоральную кожу на 20 минут. «Сложная» мазь способствует устранению зуда, жжения, уменьшению воспаления.

Для снятия воспаления красной каймы губ и периоральной кожи, а также для регенерации эпителия при атопическом хейлите применяют аппликации кератопластических средств. Используют комбинированные лекарственные препараты (комбинированная мазь ЦНИИС М3 РФ, дентальная адгезивная паста «Солкосерил»), с экспозицией 30 минут 2-3 раза в день в течение 7-10-20 дней в зависимости от тяжести патологического процесса до полной эпителизации тканей.

*Прогноз*. Благоприятный. У большинства больных к окончанию периода полового созревания (19-20 годам) наблюдается самоизлечение.

*Профилактика*. Лечение выявленных сопутствующих заболеваний.

**Экзематозный хейлит**

*Экзематозный хейлит* – хроническое воспалительное заболевание нервно-аллергической природы, развивающееся под воздействием внешних и внутренних факторов, таких как: медикаментозные и пищевые вещества, компоненты зубных паст, материалы, из которых изготовлены зубные протезы, микроогранизмы и др.

*Клинически процесс* может протекать с поражением только красной каймы губ или же сочетаться с поражением кожных покровов лица. Для заболевания характерно острое или хроническое течение. Острый процесс сопровождается полиморфизмом элементов поражения: участки гиперемии, мелкие, заполненные экссудатом пузырьки, после вскрытия которых образуются мокнутия, а затем чешуйки и корки. При этом пациент предъявляет жалобы на отёчность, болезненность и зуд в области обеих губ. Для хронической формы характерны: отёк, гиперемия, сухое шелушение, трещины, кровянистые корки в области обеих губ.

Экзематозный хейлит длится годами, с периодическими ремиссиями и обострениями. Дифференцируют заболевание с контактным аллергическим, атопическим хейлитами и экссудативной формой актинического хейлита.

*Лечение*. В план лечения больного с экзематозным хейлитом включают тщательное обследование для выявления основного заболевания (неврозы, хронические очаги инфекции, болезни внутренних органов) и лечение у врача-специалиста (дерматолога, аллерголога, невролога). Необходимо выявить аллерген, вызвавший экзематозный процесс, и устранить его действие. При лечении экзематозного хейлита используют схему лечения заболевания (экземы) кожи.

*Общее лечение*. Применяют гипосенсибилизирующую терапию и седативные средства. Назначают витаминотерапию (В}, В6, В2, В12). Рекомендуют гипосенсибилизирующую диету. При тяжёлых клинических формах экземы назначают глюкокортикостероидные препараты внутрь.

*Местное лечение*. Местно применяют мази, содержащие кортикостероиды (Лорин-ден С, Лоринден А, флуцинар, фторокорт). Успешно применяют терапию гелий-неоновым лазером в сочетании с местным медикаментозным лечением губ.

*Прогноз*. Заболевание длится многие годы. Самоизлечения не наступает.

**Плазмоклеточный хейлит**

*Плазмоклеточный хейлит* - заболевание, развивающееся в области естественных отверстий (ротовая полость) и сопровождающееся возникновением массивных плазмоклеточных инфильтратов. Заболевание встречается крайне редко и среди причин определяют действие солнечных лучей и хроническое раздражение губ.

*Клинически* процесс характеризуется возникновением эритемы с лакированной поверхностью, покрытой эрозиями и петехиями, расположенной на красной кайме нижней губы. Заболевание протекает хронически в течение длительного времени, возможно и озлакачествление процесса.

*Дифференцировку* заболевания проводят с многоформной экссудативной эритемой и эрозивно-язвенной формой красной волчанки красной каймы губ.

*Лечение* заключается в хирургическом иссечении поражённого участка.

**Макрохейлит**

*Макрохейлит* (симптом при синдроме Мелькерссона-Розенталя) – заболевание, характеризующееся макрохйлитом из-за отёка верхней губы, параличом лицевого нерва (чаще односторонним), складчатым языком.

*Этиология* полностью неизвестна. Существует точка зрения о мультифакториальном характере заболевания. Среди причин особое значение имеют: наследственность, инфекционно-аллергическая теория происхождения. Заболевание чаще встречается у женщин, может возникнуть в любом возрасте.

Первым *клиническим* симптомом является отёк кожи лица и слизистой оболочки полости рта, очень редко - паралич лицевого нерва. Начало заболевания внезапное – за несколько часов отекает одна или обе губы, причём отёк держится от недели до месяца. При пальпации губы мягкие, эластичные, без инфильтрата. Характерна также отёчность языка, на поверхности которого расположены бороздки. Течение заболевания хроническое с частыми рецидивами, прогноз благоприятный.

*Дифференциальную диагностику* проводят с макрохейлитом (осложнение хронической трещины губы при присоединении вторичной инфекции), с рожистым воспалением лица, с третичным сифилисом, с отёком Квинке.

*Лечение* консервативное и хирургическое. При хирургическом лечении проводят иссечение части увеличенной губы, но это не предотвращает дальнейших рецидивов. При консервативной терапии назначают антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды в больших дозах и синтетические противомалярийные препараты. Кроме того рекомендуют десенсибилизирующее лечение и противотуберкулёзные препараты.

**Хроническая трещина губы**

*Хроническая трещина губы* – ограниченный дефект эпителия и собственной пластинки воспалительной природы, имеющий щелевидную форму и расположенный на красной кайме губы (чаще нижней). Хроническая трещина губы наблюдается у лиц обоего пола, всех возрастных групп. Большое значение при этом имеют индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы) и хроническая травма. Предрасполагающие факторы: метеорологический, нейрогенный, гиповита- минозы А и В, вредные привычки, кислые продукты питания, микробная флора.

*Клиника*: сначала возникает одиночная более или менее глубокая линейная трещина, располагающаяся поперечно на красной кайме и сопровождающаяся болезненностью. Трещина находится обычно в центральной части красной каймы нижней губы, но иногда сбоку от центра. Она может продолжаться с красной каймы на слизистую оболочку, но никогда не распространяется на кожу. Ночью неглубокая трещина может начать эпителизироваться, но утром при движении губой трещина вновь вскрывается и кровоточит. При длительном существовании трещины края ее уплотняются и могут ороговевать, приобретая серовато-белый налет.

*Лечение*. Прежде всего необходимо выявить причину заболевания и постараться ее устранить. Внутрь назначают витамины групп А и В (В 2, В 6, РР) в течение 1-2 месяцев. *Местное лечение* включает аппликации ферментов для размягчения корок и очищения трещины, кортикостероидных мазей (дермовейт, адвантан, локоид, элоком афлодерм, тридерм, гидрокортизоновая, преднизолоновая мази) 2 раза в день на 40—45 мин, курс 5—7 дней, а затем — кератопластикой. Хороший эффект дают блокады теплыми растворами анестетиков без вазоконстрикторов (ультракаин Д, скандонест). При неэффективности консервативного лечения необходимо провести хирургическое иссечение.