

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ АТОПІЧНОГО ХЕЙЛІТУ В ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ**

**В.М. Кулигіна, М.В. Стремчук**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
Хмельницька міська об'єднана стоматологічна поліклініка

### **Актуальність**

Атопічний хейліт – хронічне рецидивуюче запалення червоної кайми губ, що виникає в дітей з атопічним дерматитом [4, 6, 8, 11]. Атопічний дерматит – хронічна алергічна хвороба, яка розвивається в осіб із генетичною схильністю до атопії, має рецидивуючий перебіг, вікові особливості клінічних проявів та характеризується підвищеним рівнем загального і специфічних IgE у сироватці крові [2, 7]. Результати епідеміологічних досліджень, здійснених за стандартизованими протоколами міжнародної програми ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood), визначили поширеність атопічного дерматиту серед дитячого населення України на рівні 3,9% (2006) [1]. За даними вітчизняних статистичних досліджень, до 20% немовлят і дітей молодшого віку мають ті чи інші прояви цієї хвороби [7]. Останніми роками захворюваність продовжує неухильно зростати. Приблизно в третини дітей клінічна картина атопічного дерматиту характеризується чітко вираженим хейлітом із хронічним рецидивуючим перебігом [4]. У деяких випадках запальний процес червоної кайми губ стає домінуючою скаргою дітей з атопічним дерматитом або може бути єдиним його клінічним проявом [5, 11]. Атопічний хейліт несприятливо впливає на всі аспекти життя дітей і підлітків, суттєво погіршує самопочуття й активність хворих, ускладнюючи їхню соціальну адаптацію [4].

**Метою дослідження** було визначення факторів ризику, а також вивчення клінічних особливостей перебігу atopічного хейліту в дітей різного віку.

### **Матеріали і методи**

Під нашим спостереженням перебувала 61 дитина з atopічним хейлітом, у т. ч. 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту. Усіх дітей було поділено на 4 вікові категорії: 9 дітей – групи раннього дитинства – 1-3 років; 17 дітей – групи першого дитинства – 4-7 років; 17 дітей – другого дитинства – 8-12 років; 18 дітей – підліткового віку – 13-16 років. 65 здорових дітей аналогічного вікового періоду склали групу контролю (відповідно 8, 19, 21 і 17 осіб).

Клінічне обстеження дітей з atopічним хейлітом охоплювало суб'єктивні й об'єктивні методи. Під час суб'єктивного дослідження проводили опитування дитини та її батьків (опікунів) із метою з'ясування суб'єктивних відчуттів і скарг хворого, збору анамнестичних даних, а також ознайомлення з медичною документацією, наявною в пацієнта, – витягом з історії хвороби, історією розвитку дитини, висновком лікарів-спеціалістів (дерматолога, алерголога, гастроентеролога тощо), результатами попередніх функціональних та лабораторних досліджень. Збираючи анамнез, урахували тривалість і тяжкість перебігу основної хвороби, частоту рецидивів і терміни ремісії, детально з'ясовували алергологічний анамнез.

Поширеність шкірних проявів atopічного дерматиту оцінювали за загальноприйнятими в дерматологічній практиці рекомендаціями, згідно з якими виділяють локалізовану (обмежену), дисеміновану (поширену) і дифузну форми atopічного дерматиту [4, 9, 11].

Кількісний аналіз тяжкості перебігу atopічного дерматиту в дітей старше 7 років здійснювали за допомогою шкали SCORAD (Scoring of

Atopic Dermatitis). Для дітей раннього віку, хворих на atopічний дерматит, використовували шкалу EASI (Eczema Area and Severity Index) [3]. Основне клінічне стоматологічне обстеження дітей проводили згідно з алгоритмом, рекомендованим ВООЗ (1997) [10, 13].

Характер перебігу atopічного хейліту оцінювали за такими критеріями: кількість рецидивів протягом року; середня тривалість захворювання від перших клінічних проявів до початку ремісії; вираженість клінічних проявів; тривалість ремісій. Беручи за основу класифікацію групи авторів [3, 9, 11, 12], відповідно до зазначених критеріїв виділяли легкий, середній і тяжкий ступені atopічного хейліту.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою пакета програм «StatSoft Statistica 10 Enterprise» та «Microsoft Office Excel 2007» із використанням параметричних і непараметричних методів (хі-квадрат та поправка Йетса), при цьому достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

### **Результати дослідження та обговорення**

Під час ретельного аналізу даних сімейного алергологічного анамнезу в 47 дітей (77,05%) із atopічним хейлітом виявлено обтяжену щодо алергії спадковість. Так, у 14 дітей (29,79%) обидва батьки мали алергічну патологію, в 30 пацієнтів (63,83%) на atopію страждав лише один із батьків. З них у 22 хворих (73,33%) алергологічний анамнез був обтяженим по материнській лінії, у 8 (26,67%) – по батьківській лінії. У 3 дітей (6,38%) батьки не мали алергічних захворювань, проте на atopічну патологію страждали їхні близькі родичі.

У структурі atopічних уражень у сімейному анамнезі обстежуваних дітей переважали алергічні реакції на різні алергени (головним чином, на харчові алергени і пилок рослин) – 57,45% випадків, алергічний риніт (19,15%), бронхіальна астма (12,77%) та екзема (6,38%).

Порівняння анамнестичних даних антенатального розвитку дітей основної та контрольної груп (табл. 1) показав, що в матерів, діти яких надалі страждали на atopічний хейліт, гестози вагітності виникали частіше, ніж у матерів практично здорових дітей контрольної групи (26,23% і 9,23% відповідно,  $p < 0,05$ ). Подальший аналіз даних акушерського анамнезу, перебігу вагітності та пологів не виявив статистично достовірних відмінностей між обстежуваними групами.

Таблиця 1

**Результати оцінки анамнестичних даних антенатального і постнатального розвитку дітей з atopічним хейлітом і практично здорових дітей контрольної групи**

Дані анамнезу	Основна група (n=61)	Контрольна група (n=65)
	абс. / %	абс. / %
Гестози вагітності	16 / 26,23	6 / 9,23
p	p < 0,05	
Загроза переривання вагітності	5 / 8,2	4 / 6,15
p	p > 0,05	
Передчасні пологи	6 / 9,84	2 / 3,08
p	p > 0,05	
Кесарів розтин	7 / 11,48	3 / 4,62
p	p > 0,05	
Захворювання матері під час вагітності	10 / 16,39	4 / 6,15
p	p > 0,05	
Надмірне споживання високоалергенних продуктів під час вагітності (горіхи, citrusові, мед, полуниця тощо)	19 / 31,15	12 / 18,46
p	p > 0,05	
Штучне вигодовування з 1 міс.	12 / 19,07	6 / 9,23
p	p > 0,05	
Штучне вигодовування з 3 міс.	14 / 22,95	10 / 15,38
p	p > 0,05	
Раннє введення прикорму (до 3 міс.)	9 / 14,75	1 / 1,54
p	p < 0,01	
Ексудативно-катаральний діатез	58 / 95,08	12 / 18,46
p	p < 0,001	

Примітки:

P – достовірність різниці значень між показниками дітей основної та контрольної груп.

Оцінюючи фактори ризику в період новонародженості та грудному віці, встановили, що діти з atopічним хейлітом значно частіше, ніж діти контрольної групи, отримували прикорм до 3-місячного віку (14,75% та 1,54% відповідно). Крім того, в переважній більшості хворих із цією патологією (58 осіб, або 95,08%) у анамнезі був наявний ексудативно-катаральний діатез, тоді як у контрольній групі діатез спостерігали лише у 12 дітей (18,46%). Це дає підстави з високим ступенем вірогідності (99-99,9%) стверджувати, що раннє введення прикорму і наявність у анамнезі дитини ексудативно-катарального діатезу є суттєвими факторами ризику виникнення atopічного хейліту в дітей.

Подальший порівняльний аналіз супутніх хвороб і патологічних станів у дітей основної та контрольної груп (табл. 2) показав, що в дітей з atopічним хейлітом частіше діагностують харчову алергію (85,25% і 13,85% відповідно), захворювання ШКТ (88,52% і 23,08%), дисбактеріоз кишечника (90,16% і 10,77%), хронічну рецидивуючу герпетичну інфекцію губ (70,49% і 24,62%). Високий ступінь статистичної достовірності різниці показників відносно контрольної групи вказує на їхню значимість як важливих передумов розвитку atopічного хейліту в дітей.

*Таблиця 2*

**Частота супутніх хвороб у дітей з atopічним хейлітом і практично здорових дітей контрольної групи**

Загальносоматичні хвороби і патологічні стани	Основна група (n=61)	Контрольна група (n=65)
	абс. / %	абс. / %
Харчова алергія	52 / 85,25	9 / 13,85
р	p<0,001	
Медикаментозна алергія	15 / 24,59	4 / 6,15
р	p<0,01	
Інші види алергічних реакцій (побутова, епідермальна алергія, поліноз)	11 / 18,03	2 / 3,08
р	p<0,01	

Порушення постави та опорно-рухового апарату	26 / 42,62	11 / 16,92
р	p<0,01	
Бронхіальна астма	5 / 8,2	-
р	p<0,05	
Алергічний риніт	9 / 14,75	3 / 4,62
р	p>0,05	
Захворювання шлунково-кишкового тракту	54 / 88,52	15 / 23,08
р	p<0,001	
Патологія нирок	11 / 18,03	3 / 4,62
р	p<0,05	
Дисбактеріоз кишечника	55 / 90,16	7 / 10,77
р	p<0,001	
Гельмінтози	19 / 31,15	4 / 6,15
р	p<0,001	
Аденоїди	10 / 16,39	3 / 4,62
р	p<0,05	
Хронічний тонзиліт	23 / 37,7	8 / 12,31
р	p<0,001	
Хронічна рецидивуюча герпетична інфекція губ	43 / 70,49	11 / 16,92
р	p<0,001	

Примітки:

Р – достовірність різниці значень між показниками дітей основної та контрольної груп.

Частота виявлення факторів ризику при ізольованій формі atopічного хейліту і хейліті на фоні atopічного дерматиту не мала достовірної різниці показників, допустимих у медичних дослідженнях ( $p>0,05$ ).

На клінічному обстеженні обмежена форма atopічного дерматиту у вигляді ізольованого ураження червоної кайми губ (ізольована форма atopічного хейліту) була діагностована в 19 дітей (31,15%), із них – 8 дівчаток та 11 хлопчиків. Симптоматичний хейліт на фоні atopічного дерматиту виявлений у 42 дітей (68,85%), зокрема у 25 дівчаток та 17 хлопчиків. Серед них у 40 дітей (95,24%) хейліт встановлено при дисемінованій формі atopічного дерматиту з локалізацією уражень на обличчі, шиї, ліктьових і колінних згинах, сідницях, тильних поверхнях

кистей. У 2 пацієнтів (4,76%) був діагностований симптоматичний хейліт на фоні обмеженої форми atopічного дерматиту. У цих дітей, крім червоної кайми губ, елементи ураження спостерігали в заушній ділянці та на шкірі лоба.

У 14 хворих (33,33%) із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту був установлений легкий ступінь atopічного дерматиту (індекс SCORAD =  $16,65 \pm 1,59$ , індекс EASI =  $9,59 \pm 1,72$ ). У 23 дітей (54,76%) спостерігали середній ступінь тяжкості atopічного дерматиту (індекс SCORAD =  $44,94 \pm 3,37$ , індекс EASI =  $32,07 \pm 1,3$ ). Тяжкий перебіг atopічного дерматиту діагностували в 5 хворих, або 11,9% (індекс SCORAD =  $71,3 \pm 3,25$ , індекс EASI =  $56,03 \pm 1,65$ ).

Розвиток atopічного хейліту в більшості дітей (40 пацієнтів, або 65,57%) відбувався на фоні хронічної фази дитячої (37 дітей, 92,5%) або підліткової (3 дитини, 7,5%) форми atopічного дерматиту. У 10 дітей (16,39%) хейліт був єдиним проявом atopічного ураження від початку захворювання без залучення в патологічний процес типових для atopічного дерматиту ділянок шкіри. У 8 дітей (11,48%) ізольований atopічний хейліт уперше був виявлений після гострої фази atopічного дерматиту і тривалої ремісії (від 9 міс. до 1,5-2 років), при цьому ураження шкірних покривів типової локалізації надалі ніколи не діагностували.

У 2 дітей (3,28%) вікової групи раннього дитинства спостерігали ураження червоної кайми губ і шкіри періоральної ділянки на тлі гострої фази немовлячої форми atopічного дерматиту з подальшою хронізацією запального процесу.

За даними анамнезу, перші клінічні симптоми atopічного хейліту в дітей при ізольованому ураженні червоної кайми губ виникли у віці 2 років 7 міс. – у 1 дитини (5,26%), 4-6 років – у 6 дітей (31,57%), 7-11 років – у 9 дітей (47,37%), 12-14 років – у 3 дітей (15,79%).

Прояви симптоматичного хейліту в дітей на фоні atopічного дерматиту вперше виникли у віці 1,5-3 років – у 8 дітей (9,05%), 4-6 років – у 18 дітей (42,86%), 7-11 років – у 12 дітей (28,57%), 12-14 років – у 4 дітей (9,52%).

В 11 дітей (57,89%) з ізольованою формою atopічного хейліту та 27 дітей (64,29%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту на початку гострої фази захворювання спостерігали появу на червоній каймі губ, особливо в куточках рота, та в багатьох випадках – на шкірі періоральної ділянки – рожевої еритеми з чіткими межами, а також набряк губ у 36,84% (7 дітей) і 57,4% (24 дітей) відповідно. Зазначені симптоми супроводжувалися свербіжем різної інтенсивності, що посилювався вночі.

У 2 дітей (4,76%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту гостре запалення супроводжувалось утворенням на шкірі губ і навколоротової ділянки, а також червоній каймі мікроезикаул, які швидко руйнувались, оголюючи зони мокнуття.

У 8 дітей (42,11%) при ізольованій формі atopічного хейліту та в 13 дітей (30,95%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту спостерігали інший перебіг: виражена сухість та інфільтрація червоної кайми губ і шкіри періоральної ділянки, утворення екскоріацій та дрібних тріщин у куточках рота.

Неоднаковий характер прояву atopічного хейліту в обстежуваних пацієнтів дав нам підстави виділити три ступені клінічного перебігу захворювання.

Легкий ступінь тяжкості atopічного хейліту діагностували в 10 дітей (52,63%) з ізольованою формою та в 11 дітей (26,19%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту. У цьому варіанті клінічного перебігу захворювання спостерігали слабку гіперемію червоної кайми губ, дрібнопластинчасте і крупнопластинчасте лущення в ділянці зовнішньої частини червоної кайми губ і кутів рота, незначну ліхенізацію шкіри куточків рота (рис. 1).



Відчуття слабого свербіжжю мали 4 дитини (40,0%) з ізольованою формою захворювання та 6 дітей (54,55%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту.



Рис. 1. Дитина С., 10 років. Діагноз: atopічний хейліт, ізольована форма, легкий ступінь тяжкості. Дрібнопластинчасте лущення в куточках рота, множинні дрібні тріщини по лінії змикання губ, помітний набряк червоної кайми, ліхенізація шкіри в ділянці кутів рота

У 7 хворих (36,84%) на ізольований хейліт та 24 пацієнтів (57,14%) із хейлітом при atopічному дерматиті виявили середній ступінь тяжкості ураження. У дітей спостерігали помірну гіперемію та незначний набряк губ, інфільтрацію та ліхенізацію шкіри кутів рота, а в ділянці зовнішнього краю червоної кайми губ та куточках рота – дрібно- і крупнопластинчасте лущення. У 4 дітей (16,67%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту виявили явища періорального дерматиту (рис. 2).



Рис. 2. Дитина В., 6 років. Діагноз: симптоматичний хейліт при дисемінованій формі atopічного дерматиту, середній ступінь тяжкості. На шкірі періоральної ділянки – рожева еритема з чіткими межами, крупнопластинчасте лущення вздовж зовнішнього краю червоної кайми губ; виражена сухість червоної кайми губ і шкіри навколоротової зони

У куточках рота визначалися поодинокі дрібні тріщини. Усі пацієнти відчували свербіж у ділянці червоної кайми губ та шкіри навколоротової ділянки. У 2 пацієнтів (28,57%) з ізольованим хейлітом та 4 хворих (16,67%) із хейлітом при дисемінованій формі atopічного дерматиту свербіж був досить інтенсивним, особливо вночі, створюючи суттєвий дискомфорт під час сну.

Тяжкий перебіг atopічного хейліту діагностували у 2 дітей (10,53%) з ізольованою формою та в 7 дітей (16,67%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту. На клінічному обстеженні спостерігали виражену гіперемію та набряк губ, інфільтрацію і ліхенізацію шкіри кутів рота, дрібно- і крупнопластинчасте лущення в кутах рота і вздовж зовнішнього краю червоної кайми, множинні дрібні або одиничні глибокі лінійні тріщини, особливо в куточках рота та по лінії змикання губ, покриті кірочками. В 1 дитини (50,0%) з ізольованою формою atopічного хейліту та в 4 дітей (57,14%) із хейлітом на фоні atopічного дерматиту виявили ураження шкіри періоральної ділянки. Постійним симптомом у хворих цієї групи був

інтенсивний свербіж, що значно погіршував якість життя дітей, порушуючи їхній нормальний сон і повсякденну діяльність.

Слід зазначити, що вираженість клінічних проявів atopічного хейліту в дітей із дисемінованою формою захворювання не завжди відповідала тяжкості перебігу atopічного дерматиту: при яскраво вираженому запальному процесі на червоній каймі губ ураження шкірних покривів іншої, типової для atopічного дерматиту локалізації, були незначними або помірними.

За допомогою порівняльного аналізу клінічних проявів ізольованої форми atopічного хейліту та хейліту на фоні atopічного дерматиту встановили, що їхній перебіг у цілому має однотипний характер: приблизно з однаковою частотою виявляли ліхенізацію шкіри в ділянці кутів рота (78,99% і 73,81% відповідно), гіперемію червоної кайми (26,32% і 21,43%), множинні дрібні тріщини в ділянці зовнішнього краю червоної кайми, в куточках рота і зоні Клейна (36,84% і 38,1%), кірочки (36,84% і 30,95%) та екскоріації (21,65% і 23,8%). У процесі дослідження ми виявили і деякі клінічні відмінності перебігу ізольованої форми atopічного хейліту та симптоматичного хейліту на фоні atopічного дерматиту, хоча вони не мали достатнього рівня статистичної достовірності ( $p > 0,05$ ). Так, крупнопластинчасте лущення в ділянці зовнішньої частини червоної кайми губ переважало в дітей із хейлітом при дисемінованій формі atopічного дерматиту (33,33% проти 15,79% при ізольованому хейліті), тоді як дрібнопластинчасте лущення з утворенням білястих лусочок у ділянці кутів рота та вздовж зовнішнього краю червоної кайми губ частіше виявляли при ізольованій формі atopічного хейліту (84,21% проти 66,67%). Крім того, у хворих на ізольовану форму atopічного хейліту характерною ознакою була поява прозорих або сірувато-жовтих лусочок по лінії змикання губ, що спостерігали в 47,57% випадків; це майже вдвічі частіше, ніж у дітей із хейлітом на фоні atopічного дерматиту (28,57%).

Глибокі одиничні лінійні тріщини вздовж зовнішнього краю червоної кайми губ, куточках рота і зоні Клейна у дітей із хейлітом на фоні atopічного дерматиту виявляли частіше, ніж у дітей з ізольованою формою захворювання (30,95% і 21,05% відповідно).

У дітей із хейлітом при дисемінованій формі atopічного дерматиту також частіше спостерігали відсутність чіткої межі між шкірною частиною губ і червоною каймою по всій її протяжності (42,86% проти 26,32% при ізольованій формі), що свідчить про більш значне залучення в патологічний процес шкіри губ при хейліті на фоні atopічного дерматиту. набряк тканин губ, який створює місцеві несприятливі умови для фізіологічного змикання губ, частіше виявляли в дітей із хейлітом на фоні atopічного дерматиту, ніж при ізольованій формі (57,14% і 36,84% відповідно). Оскільки порушення архітекτονіки губ відіграє важливу роль у патогенезі хейлітів, саме набряклість тканин губ надалі може ускладнювати перебіг atopічного хейліту.

У дітей із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту характернішими були також гіперпігментація шкірних покривів у ділянці кутів рота і губ (11,9% та 9,52% відповідно), а також інфільтрація шкіри куточків рота (61,9% проти 47,37% у дітей з ізольованим atopічним хейлітом).

### **Висновки**

1. Найбільш значимими передумовами виникнення atopічного хейліту серед факторів антенатального і постнатального розвитку дитини є наявність у анамнезі ексудативно-катарального діатезу та раннє (до 3 міс.) уведення прикорму.

2. Факторами ризику розвитку atopічного хейліту в дітей є наявність супутніх хвороб: патології шлунково-кишкового тракту (88,52%), харчової алергії (85,25%), дисбактеріоз кишечника (90,16%),

хронічний рецидивуючий герпес губ (70,49%), порушення постави і опорно-рухового апарату (42,62%), хронічний тонзиліт (37,7%).

3. У 65,57% випадків розвиток atopічного хейліту починався на фоні хронічної фази дитячої (92,5%) або підліткової (7,5%) форми atopічного дерматиту.

4. Вираженість клінічних проявів atopічного хейліту в дітей із дисемінованою формою захворювання не завжди відповідала тяжкості перебігу atopічного дерматиту: при яскраво вираженому запальному процесі на червоній каймі губ ураження шкірних покривів іншої, типової для atopічного дерматиту локалізації, були незначними або помірними.

5. Провідні клінічні ознаки atopічного хейліту - це ліхенізація шкіри кутів рота, набряк губ, дрібно- і крупнопластинчасте лущення, глибокі або множинні дрібні тріщини, свербіж різної інтенсивності.

6. Клінічні прояви ізольованої форми atopічного хейліту та хейліту на фоні atopічного дерматиту мають однотипний характер. Частота виявлення основних ознак захворювання (ліхенізація шкіри в ділянці кутів рота, гіперемія червоної кайми, множинні дрібні тріщини в ділянці зовнішнього краю червоної кайми, в куточках рота і зоні Клейна, кірочки та екскоріації) не мала вірогідного рівня статистичної достовірності ( $p > 0,05$ ).

7. Для ізольованої форми atopічного хейліту характерніші дрібнопластинчасте лущення (84,21%) та ексфоліативні лусочки по лінії змикання губ (47,37%), а для симптоматичного хейліту на фоні atopічного дерматиту – відсутність чітко окресленої межі між шкірою і червоною каймою губ (42,86%), крупнопластинчасте лущення (33,33%) та набряк червоної кайми губ (57,14%).

Перспективою подальших досліджень є вивчення особливостей архітекτονіки губ та стану прикусу в дітей різного віку з atopічним хейлітом.

## Література

1. Аряев М.Л. Атопичний дерматит у дітей / М.Л. Аряев, В.А. Клименко, А.І.Кожем'яка. – К., 2006. – С. 20-33.
2. Бережний В.В. Діагностика та терапія атопичного дерматиту: стандарти діагностики і терапії / В.В. Бережний, О.П. Білозоров. – К., 2002. – 32 с.
3. Беш Л.В. Симпозіум «Атопичний дерматит у дітей» / Л.В. Беш // Здоровье ребенка. – 2012. - №2 (37). – С. 8-17.
4. Горбатова Л.Н. Атопический хейлит у детей: факторы риска и клинические симптомы / Л.Н. Горбатова // Стоматология. – 2000. - №3. – С. 48-50.
5. Дроботько Л.Н. Атопический хейлит у детей. Современный подход к терапии / Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова, М.В. Жевнова // Клиническая стоматология. – 2011. - №4. – С. 24.
6. Елизарова В.М. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей / В.М. Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько.- М.: МГМСУ, 2007. – С. 67-70.
7. Калюжна Л.Д. Нові підходи до терапії та контролю атопичного дерматиту (методичні рекомендації) / Л.Д. Калюжна. – К., 2006. – 20 с.
8. Куцевляк В.И. Детская терапевтическая стоматология // В.И. Куцевляк. - Балаклея: ИИК «Балаклея», 2002. – С. 402-404.
9. Лепешкова Т.С. Атопический хейлит у детей. Новые подходы к терапии / Т.С. Лепешкова // Клиническая стоматология. – 2011. - №2. – С. 28-32.
10. Луцкая И.К. Тактика врача-стоматолога при обследовании и лечении пациентов с поражениями слизистой оболочки полости рта / И.К. Луцкая, Д.С. Олиферко // Современная стоматология. – 2006. - №2. – С. 28-33.

11. Савичук Н.О. Особливості клініки та фактори ризику виникнення атопічного хейліту / Н.О. Савичук, М.М. Соломонюк // Ліки України. – 2004. - №1. – С. 79-81.

12. Торопова Н.П. Распространенность и клинические особенности хейлита у детей, больных атопическим дерматитом / Н.П. Торопова, Т.С. Лепешкова, С.Н.Теплова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - №4. – С. 60-65.

13. Юдина Н.А. Основные и дополнительные методы обследования пациента на приеме врача-стоматолога / Н.А. Юдина, В.И. Азаренко. - Минск: БелМАПО, 2006. – 25 с.

Стаття надійшла  
5.06.2014 р.

### **Резюме**

Проведено дослідження архітекtonіки губ, функціональних порушень та шкідливих звичок у 65 здорових дітей та 61 хворого на атопічний хейліт у різні вікові періоди: раннє дитинство (1-3 роки), перше та друге дитинство (відповідно 4-7 і 8-12 років) і підлітковий вік (13-16 років). Найбільш значимими передумовами виникнення атопічного хейліту серед факторів антенатального і постнатального розвитку дитини виявились наявність у анамнезі ексудативно-катарального діатезу та раннє введення прикорму (до 3 місяців). Факторами ризику розвитку атопічного хейліту в дітей є наявність супутніх хвороб: патології шлунково-кишкового тракту (88,52%), харчової алергії (85,25%), дисбактеріоз кишечника (90,16%), хронічний рецидивуючий герпес губ (70,49%), порушення постави й опорно-рухового апарату (42,62%), хронічний тонзиліт (37,7%). Провідні клінічні ознаки атопічного хейліту - це ліхенізація шкіри кутів рота, набряк губ, дрібно- і крупнопластинчасте лущення, глибокі або множинні дрібні тріщини, свербіж різної інтенсивності.

**Ключові слова:** атопічний хейліт, архітектоніка губ, функціональні порушення, шкідливі звички.

### **Резюме**

Проведено дослідження архітектоники губ, функціональних порушень і шкідливих звичок у 65 здорових дітей і 61 хворого атопічним хейлітом в різні вікові періоди: раннє дитинство (1-3 роки), перше і друге дитинство (відповідно 4-7 і 8-12 років) і підлітковий вік (13-16 років). Найбільш значимими передумовами виникнення атопічного хейліта серед факторів антенатального і постнатального розвитку дитини виявились наявність в анамнезі ексудативно-катарального діатезу і раннє введення прикорму (до 3 місяців). Факторами ризику розвитку атопічного хейліта у дітей є наявність супутніх захворювань: патології шлунково-кишкового тракту (88,52%), харчової алергії (85,25%), дисбактеріозу кишечника (90,16%), хронічного рецидивуючого герпесу губ (70,49%), порушення осанки і опорно-двигального апарату (42,62%), хронічний тонзиліт (37,7%). Ведущими клінічними ознаками атопічного хейліта є ліхенізація шкіри кутів рота, набряк губ, мелко- і крупнопластинчатое шелушення, глибокі або багаточисленні глибокі тріщини, свербіж різної інтенсивності.

**Ключевые слова:** атопический хейлит, архитектоника губ, функциональные нарушения, вредные привычки.

UDC 616. 317 - 002 – 08-053.3: 616 – 084

**V.M. Kulygina, M.V. Stremchuk**

## **CLINICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF ATOPIC CHEILITIS IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE**

Vinnitsa National Medical University named after Mykola Pyrohov

Khmelnytskyi City United Dental Clinic

### **Summary**



Atopic cheilitis is a chronic recurrent inflammation of prolabium that occurs in children with atopic dermatitis. In third of them clinical picture of atopic dermatitis is characterized by a manifestative cheilitis with a chronic recurrent course. In some cases, prolabium inflammatory process is the predominant complaint of children with atopic dermatitis, or it may be the solitary clinical sign. Lips lesions at atopic cheilitis is a stress factor and has a negative impact on all life aspects of children, teenagers and people who care for them.

**The research objective:** to determine the risk factors and to study the clinical characteristics of the atopic cheilitis course in children of all age periods.

**Materials and methods.** There were examined 61 children of different age periods with atopic cheilitis, including 19 children with isolated form and 42 children with symptomatic cheilitis against the background of atopic dermatitis. Children were divided into 4 groups: early years (1-3 years old), first and second childhood (4-7 years old and 8-12 years old, respectively) and adolescence (13-16 years old). 65 healthy children of similar age groups comprised the control group.

Clinical examination of children with atopic cheilitis included subjective and objective methods. For children older than 7 years severity of atopic dermatitis was determined using the SCORAD index, for children under 7 years of age it was assessed using the EASI index. Intraoral examination was performed using the WHO outline and standard instruments' kit.

**Results and discussion.** Among the factors of antenatal and postnatal development the most important prerequisites for atopic cheilitis occurrence are presence of exudative diathesis and early (up to 3 months) supplemental feeding in past history. The risk factors for atopic cheilitis in children are the presence of concomitant diseases such as pathology of the gastrointestinal tract (88.52%), food allergy (85.25%), intestinal dysbacteriosis (90.16%), chronic recurrent

herpes of lips (70.49%), disorders of carriage and musculoskeletal system (42.62%), chronic tonsillitis (37.7%). In 65.57% of cases the development of atopic cheilitis began against the background of chronic phase of the child (92.5%) or adolescent (7.5%) forms of atopic dermatitis. Severity of clinical manifestations of atopic cheilitis in children with disseminated form of the disease was not always in accord with the severity of atopic dermatitis: while the inflammatory process of prolabium was strongly pronounced, the skin lesions of another typical localization for atopic dermatitis were minor or moderate. Guiding clinical symptoms of atopic cheilitis are skin lichenification of the mouth angle, lips swelling, branny and scaled desquamation, deep or multiple shallow fissures, different intensity itching. Clinical manifestations of atopic cheilitis isolated form and cheilitis against the background of atopic dermatitis have a single-type character. Detection rate of the major signs of the disease (lichenification of the skin at the mouth angles, prolabium hyperaemia, multiple shallow fissures in the area outside of the prolabium, in the mouth angles and in the Klein area, crusts and excoriation) was not the likely level of statistical significance ( $p > 0,05$ ). For isolated form of atopic cheilitis there are more typical branny desquamation (84.21%) and exfoliative scales along the line of lips closure (47.37%), and for symptomatic cheilitis against the background of atopic dermatitis the same are the absence of distinct boundary between the skin and prolabium (42.86%), scaled desquamation (33.33%) and lips swelling (57.14%).

**Key words:** atopic cheilitis, clinical features, risk factors, children at different age.