



М.А. ЕГОРОВ, Л.Р. МУХАМЕДЖАНОВА, Н.М. ГРУБЕР

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Казанский государственный медицинский университет

УДК 616.317-007.251

Конституциональные особенности губ как прогностически значимый фактор при заболеваниях красной каймы

Мухамеджанова Любовь Рустемовна

доктор медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии

420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 48, корпус А, кв. 66, тел. 8-965-597-93-32, e-mail: lr71@bk.ru

В статье обсуждается проблема влияния полноты губ как конституционного фактора на прогноз и течение хронических трещин. Выявлена корреляция между объемом губ и степенью нарушения микроциркуляции и дискриминационной чувствительности. Показано, что пациенты с полными губами составляют группу риска в отношении хронических трещин.

Ключевые слова: хронические трещины губы, полнота, риск малигнизации.

M.A. EGOROV, L.R. MUCHAMEDSHANOVA, N.M. GRUBER

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan
Kazan State Medical University

Constitutional features of the lips as a prognostic significant factor in diseases of the red border

This article discusses the problem of the influence of the completeness of the lips as a constitutional factor in the prognosis and of chronic lips crack. Identified correlation between the volume of lips and the degree of microcirculation disorders and discriminatory sensitivity. Shown that patients with full lips are a risk group for chronic lips crack.

Keywords: chronic lips crack, volume, risk of malignancy.

Общеизвестным и доказанным является факт влияния генетических особенностей организма и факторов внешней среды на развитие и прогресс патологических состояний. Мультифакториальные заболевания, к которым относятся хронические заболевания красной каймы губ (ККГ), характеризуются полигенной предрасположенностью, реализующейся через конституциональные особенности организма.

В многочисленных исследованиях, посвященных проблемам этиологии и патогенеза заболеваний ККГ [1, 2, 3, 4], основное внимание до сих пор уделялось изучению факторов риска, по своей природе представляющих собой либо поведенческие модели, через которые осуществляется взаимодействие человека и внешней среды (характер питания, особенности гигиенического ухода за полостью рта и губами, вредные привычки: злоупотребление курением, алкоголем, психоактивными веществами), либо результат этого взаимодействия (морфологические изменения эпителия, нарушения микроциркуляции, образование очагов воспаления и эрозивно-язвенных дефектов) [6, 7].

В исследовании проблемы предрасположенности к заболеваниям ККГ и прогнозирования их течения одним из перспективных является конституциональный подход, позволяющий выявить связи между частной конституцией и клиническими проявлениями этой группы заболеваний.

Красная кайма губ является уникальной анатомической зоной, сочетающей в себе морфологические и функциональные особенности как кожи периоральной области, так и слизистой оболочки полости рта, а также имеет некоторые конституциональные особенности — полноту, выраженность *phyltrum*, центральной перетяжки нижней губы и срединного бугорка верхней губы. Известно, что многие патологические элементы поражения «выбирают» излюбленные места локализации на красной кайме губ; так, хронические трещины на верхней губе локализуются в области боковых скатов центрального бугорка (так называемые парацентральные трещины), боковых отделов (боковые трещины) и в области комиссуральных зон (ангулярные трещины). На нижней губе такими местами являются центральная перетяжка (центральная трещина) и комиссуральные зоны.



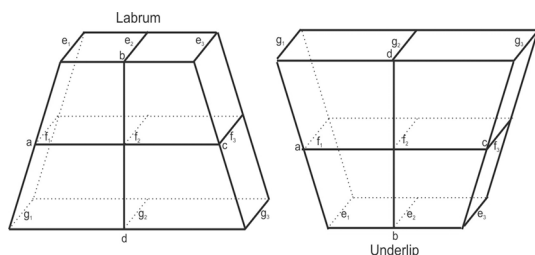
Целью настоящего исследования явилось выявление зависимости между полнотой губ и клиническими проявлениями заболеваний красной каймы.

Материалы и методы исследования

Обследованы 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин в возрасте 18-44 лет), обратившихся по поводу лечения заболеваний губ (14 пациентов) или плановой санации полости рта (16 пациентов). С помощью двубраншевого циркуля и линейки всем пациентам измеряли толщину, ширину, высоту (всего 15 параметров) верхней и нижней губы (рис. 1). При этом геометрические особенности верхней губы условно представили в виде объемной трапеции, малое основание которой обращено к границе основания носа и губы, а большое (нижнее) основание обращено к ротовой щели. Аналогичные особенности нижней губы также представлены в виде объемной трапеции, малое основание которой обращено к ротовой щели, большое — к условной линии, отделяющей подбородочную область.

Рисунок 1.

Параметры объема верхней и нижней губы



Результаты измерений были занесены в разработанный нами протокол исследования, который содержал паспортные данные исследуемого, пол, возраст, вес, рост, место рождения, status localis, анамнез заболевания губ, наличие вредных привычек облизывания и кусания губ.

Для построения модели поверхности губы и вычисления объема были применены математические методы [5]. На основе данных измерения геометрических параметров губ строили сечения, аппроксимирующими функциями для которых являлись параметрические кубические сплайны:

$$P(u) = \sum_{i=0}^3 a_i u^i$$

Для определения коэффициентов параметрического выражения использовались точки замеров сечений губ и условие непрерывности касательных в этих точках. Получали выражения для коэффициентов:

$$a_0 = P(0)$$

$$a_1 = \frac{dP}{du}(0)$$

$$a_2 = \frac{1}{2}[P(1) - P(0)] - 4 \frac{dP}{du}(0) + \frac{dP}{du}(1)$$

$$a_3 = 2[P(0) - P(1)] + \frac{dP}{du}(0) - \frac{dP}{du}(1)$$

Далее выполнялась сшивка этих сечений с сохранением непрерывности кривизны функции. При этом непрерывность кривизны сохраняется не только в углах клетки, но и во всех точках сшивки. Для этого вводились две функции по направлению нормали к сечениям

$$G_0(t) = -6t^5 + 15t^4 - 10t^3 + 1,$$

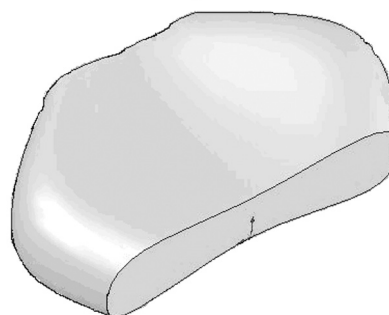
$$G_1(t) = 6t^5 - 15t^4 + 10t^3$$

Приведенные методы позволяют аппроксимировать поверхность губы (рис. 2). С помощью описанного метода построения можно рассчитывать различные геометрические характеристики, в том числе объем.

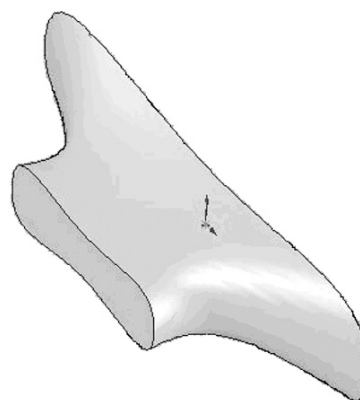
Рисунок 2.

Аппроксимирование поверхностей верхней (а) и нижней (б) губы

а



б



Кроме того, определяли дискриминационную чувствительность ККГ с помощью циркуля Вебера (шаг циркуля составил 1 мм) на следующих локусах: срединный бугорок верхней губы, центральная перетяжка нижней губы, комиссуральные зоны.

Об особенностях микроциркуляторных изменений судили по результатам определения вакуумной устойчивости (секунды) капилляров лабиальной слизистой оболочки (для этих целей применен вакуумный аппарат Кулаженко АЛП-2). Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием стандартного пакета статистических программ.



Таблица 1.

Дискриминационная чувствительность красной каймы у пациентов с различной полнотой губ (мм)

Локус проведения пробы	Верхняя губа			Нижняя губа		
	«Тонкие»	«Средние»	«Полные»	«Тонкие»	«Средние»	«Полные»
Срединный бугорок верхней губы	1,0±0,1	1,4±0,3 p<0,05	2,3±0,4 p<0,05	-	-	-
Центральная перетяжка нижней губы	-	-	-	3,5±0,9	4,8±1,2 p<0,05	5,0±1,4 p>0,05
Боковые зоны	2,2±0,3	3,6±0,7 p<0,05	4,2±0,8 p<0,05	2,9±0,4	3,4±0,5 p<0,05	4,0±0,3 p<0,05
Комиссуральные зоны	1,5±0,7	2,3±0,3 p<0,05	3,3±0,6 p<0,05	1,7±0,4	2,8±0,4 p<0,05	3,9±0,2 p<0,05

Результаты проведенных исследований и их обсуждение

Результаты измерений полноты губ позволили ранжировать пациентов на 3 группы. Первую группу составили 9 пациентов с объемом верхней и нижней губы до 11 см³ и 9 см³ соответственно («тонкие» губы). Во вторую группу вошли 12 пациентов с объемом губ 11-18 см³ и 9-14 см³ (губы «средней полноты»). Пациенты третьей группы, 9 человек, имели объем верхней губы свыше 18 см³ и нижней более 14 см³ («полные» губы).

При осмотре у 7 пациентов второй группы и у всех пациентов третьей группы определялась сухость красной каймы губ и кожи периоральной области; 5 пациентов третьей группы отмечали наличие трещины (потребовавшей специального лечения). В анамнезе трое пациентов этой группы имели хроническую центральную трещину нижней губы. Пациенты второй группы (со средним объемом губ) отмечали появление чешуек и усиление ощущения сухости и стянутости губ в весенне-осенний период; при этом использование гигиенических средств ухода за губами несколько улучшало состояние (у этих пациентов был диагностирован эксфолиативный хейлит, сухая форма). Пациенты с полными губами чаще других отмечали привычку облизывать и кусать губы. Также было отмечено, что пациенты с высоким ростом (свыше 175 см) чаще других имели «полные» губы и губы «средней полноты». Корреляции между объемом губ и весом пациентом нам установить не удалось.

Результаты изучения дискриминационной чувствительности (табл. 1) свидетельствуют о том, что локусом, наиболее тонко дифференцирующим раздражители, является срединный бугорок верхней губы (минимальные значения выявлены у пациентов с тонкими губами), наименее – центральная перетяжка нижней губы; при этом наибольшие значения получены у пациентов с полными губами и губами средней полноты. Наименьшая чувствительность выявлена на боковых участках верхней губы и на коже комиссуральных зон верхней губы. Выявлена корреляционная зависимость ($r \approx 0,68$) между полнотой губ и дискриминационной чувствительностью.

Показатели вакуумной стойкости капилляров лабиальной слизистой оболочки позволяют констатировать повышенную проницаемость сосудистой стенки у пациентов с губами средней полноты и полными губами: 58,5±9,6 (с) и 42,4±10,4 (с), $p < 0,05$. Показатели вакуумной стойкости капилляров у пациентов с тонкими губами составили 64,7±12,4 (с), $p < 0,05$. Нами также было установлено, что выраженность воспалительных и экссудативных явлений (перифокального отека при хрониче-

ских трещинах, образование корочек при экссудативной форме эксфолиативного хейлита) характерно для пациентов с губами средней полноты и полными губами.

Таким образом, пациенты со средним и большим объемом губ имеют высокий риск развития заболеваний ККГ. Полагаем, что это может быть следствием особенностей кровоснабжения и усиленной транспицелиальной потери влаги с большей площади. Полные губы также рассматриваются как провоцирующий фактор развития вредной привычки облизывания и кусания губ.

ЛИТЕРАТУРА

- Бобров А.П., Ткаченко Т.Б., Рыжак Г.А. Возрастные особенности слизистой оболочки полости рта // Успехи геронтологии. - 2007. - Т. 20, № 1. - С. 118-120.
- Губанова Е.И. Губы. Формы и старение. Эстетический атлас. - 2009. - 83 с.
- Губанова Е.И. Старение губ: классификация, методы омоложения // Российская Anti-age конференция: Тез. докл. - М., 2004. - С. 10.
- Губанова Е.И., Чайковская Е.А. Фотостарение и биологическое старение кожи: признаки, классификация, тактика эстетической медицины // LNE. - 2003. - №4. - С. 43-49.
- Закиров Р.Х., Коноплев Ю.Г., Митрякин В.И., Саченков О.А. Математическое моделирование биомеханики тазобедренного сустава // Научно-технический вестник Поволжья. - Казань, 2012. - № 1. - С. 31-38.
- Луцкая И.К., Андреева В.А. Элементы поражения как диагностический признак заболеваний слизистой оболочки полости рта // Современная стоматология: двухмесячный научно-практический журнал. - 2005. - № 2. - С. 3-10.
- Ткаченко Т.Б. Возрастные особенности слизистой оболочки полости рта и губ: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб., 2009. - С. 35-38.