

М. А. ЕГОРОВ, Л. Р. МУХАМЕДЖАНОВА, Г. Р. РУВИНСКАЯ
Казанский государственный медицинский университет

Опыт комплексного лечения пациента с эксфолиативным хейлитом и хронической трещиной губы

Рувинская Гузель Ренатовна

кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры терапевтической стоматологии КГМУ
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 16, тел. (843) 238-27-92

Описан клинический случай успешного комплексного лечения эксфолиативного хейлита и хронической трещины нижней губы.

Ключевые слова: хейлит, трещина губы, лечение

M. A. EGOROV, L. R. MUKHAMEDZHANOVA, G. R. RUVINSKAYA

Experience of complex treatment of the patient with exfoliative cheilitis and a chronic crack of a lip

The clinical case of successful complex treatment exfoliative cheilitis and a chronic crack of a lower lip is described.

Keywords: cheilitis, crack of a lip, treatment

Известно, что хронические воспалительные поражения красной каймы губ характеризуются полиэтиологичностью, «смазанностью» клинической картины, упорным течением, кратковременными ремиссиями и неблагоприятным прогнозом. Особое место в этой группе заболеваний занимает эксфолиативный хейлит, встречающийся преимущественно у молодых лиц [4]. Литературные данные свидетельствуют о значительной роли эндокринных нарушений в этиопатогенезе заболевания. Они особенно часто встречаются у лиц пубертатного и постпубертатного возраста. Длительно текущие хронические заболевания желудочно-кишечного тракта также снижают резистентность слизистой оболочки полости рта и губ. Наличие чешуек на поверхности красной каймы губ создают ощущение инородного тела, что зачастую вызывает у пациентов привычку скусывать их и облизывать губы. В результате этого происходит усиленное испарение слюны с поверхности губ, и как следствие трансэпидермальная и трансэпителиальная потеря влаги [3].

Снижение эластичности красной каймы губ предрасполагает к нарушению целостности тканей и возникновению трещины. Причинными факторами, вызывающими данную патологию, являются: хроническая травма губы, курение, индивидуальные анатомические особенности строения губы (наличие глубокой складки, центральной перетяжки — соединительнотканного шва, где трофика снижена), неблагоприятные метеорологические условия. В патогенезе хронической трещины имеют значения неврогенные состояния, вредные привычки (облизывание, кусание), со-

путствующие заболевания, гиповитаминозы А и группы В. Обильная микробная флора поддерживает существование трещины и препятствует ее заживлению. Самоизлечение наступает крайне редко и бывает временным [1]. Традиционное лечение (смазывание губ кортикостероидными мазями, эпителизирующими средствами и т.д.) обычно дает кратковременный эффект, т.к. оно не устраняет основную причину заболевания.

На клиническую базу кафедры терапевтической стоматологии Казанского медицинского университета обратился больной М., 20 лет, с жалобами на наличие трещины в области нижней губы в течении семи лет (впервые появилась в 1999 г.), болезненность нижней губы, затрудняющую разговор, улыбку, широкое открывание рта, прием пищи. Больной связывает появление трещины с вредной привычкой облизывания и кусания губ, также отмечает обострение процесса в холодную ветреную погоду.

В анамнезе — ОРВИ, грипп, ветряная оспа, страдает хроническим гастритом в течение 5 лет. Аллергологический анамнез отягощен — аллергия на цитрусовые, проявляющаяся в виде сыпи и зуда кожных покровов.

Внешний осмотр: лицо симметричное, кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, нижнечелюстные лимфатические узлы увеличены справа, размером с лесной орех, плотноэластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Объективно: красная кайма губ отечная, покрыта множественными чешуйками серого цвета, плотно прикрепленных

к поверхности губы. Чешуйки трудно снимаются, при этом обнажается гиперемизированная поверхность, без образования эрозий. По средней линии нижней губы имеется линейный дефект ткани длиной 9 мм, вокруг которого отмечаются явления гиперкератоза. Инфильтрат в основании трещины мягкий, слегка болезненный при пальпации.

Прикус ортогнатический, КПУ = 2 (пломба на зубах 1.6 и 3.7), слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Имеется пигментированный налет в области 1.3-2.3 зубов, 3.3-4.3 зубов.

Данные цитологического исследования (мазок со дна трещины) свидетельствуют о наличии хронического воспаления.

На основании анамнестических данных, результатов клинко-лабораторного исследования, поставлен диагноз: Хронический эксфолиативный хейлит, сухая форма. Хроническая трещина (центральная) нижней губы.

Лечение было комплексным и включало общие и местные мероприятия.

Общее лечение заключалось в назначении капсул «Аевит» (по 0,2 г 3 раза в день в течение 1 месяца) и таблеток «Метилурацил» (по 0,5 г 3 раза в день в течение 1 месяца). Витамин А, входящий в состав капсул «Аевит», регулирует деление и дифференцировку эпителия, усиливает размножение эпителиальных клеток кожи, омолаживает клеточную популяцию, тормозит процессы кератинизации. Витамин Е восстанавливает капиллярное кровообращение, нормализует тканевую проницаемость, повышает устойчивость тканей к гипоксии. Метилурацил ускоряет процессы клеточной регенерации и заживление ран, стимулирует клеточные и гуморальные факторы защиты, обладает также противовоспалительным действием [2].

Местное лечение мы начали с обучения рациональной гигиене полости рта, правилам ухода за полостью рта; провели профессиональную чистку зубов при помощи ультразвукового скейлера с последующей полировкой шеек зубов пастой «Dentarin Z» и полировочными щеточками.

Первое посещение. Процедуру начали с антисептической обработки кожи периферической области 70% раствором этилового спирта. После проведения аппликационной анестезии гелем «Камистад» провели блокаду трещины 0,3 мл 1% раствором лидокаина. Лидокаин дает выраженный сосудорасширяющий эффект в месте введения путем прямого воздействия на гладкомышечные элементы артериол, блокирования вазоконстрикторных нервных импульсов, которые поступают по симпатическим волокнам, относящихся к группе С. В безмиелиновые нервные волокна группы С анестетик проникает быстро и дает лечебный эффект в месте введения. Вкол произвели со стороны кожных покровов, однако возможен вариант проведения блокады со стороны слизистой оболочки преддверия полости рта, что достаточно болезненно. Депо лекарственного препарата должно образоваться под очагом поражения, т.е. под трещиной.

Далее ввели 0,3 мл раствора гепарина в это же место. Гепарин оказывает противовоспалительное и регенерирующее действие. Затем провели размягчение и удаление нежизнеспособных тканей с поверхности нижней губы с последующим наложением на поверхность губы порошка «Целоформа» в качестве сорбента, который удаляет ток-

сины при непосредственном нанесении на раневую поверхность. После этого на красную кайму нижней губы нанесли суспензию клотримазола на 2 минуты. При комиссуральных трещинах зачастую выявляется *Candida*, поэтому в качестве профилактики мы использовали противогрибковый препарат.

Следующим этапом было нанесение на поверхность губы кератопластической мази «Прополис» (аппликации на 10 минут). Поверхность губы должна быть при этом сухая, т.к. мазь жирная и не должна «скатываться» с губы.

Второе посещение. Объективно: поверхность губы без чешуек, менее гиперемизирована, частичная эпителизация трещины с краев, субъективные ощущения больного удовлетворительного характера.

Лечение: провели антисептическую обработку, блокаду, применение сорбента и клотримазола, аппликации мази «Прополис». На данном этапе было назначено физиотерапевтическое лечение при помощи лазерного стоматологического аппарата «Оптодан». Полупроводниковый излучатель аппарата генерирует лазерный свет в ближней инфракрасной области спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, мощностью до 4 Вт, с частотой 0,8-2 кГц, обладает импульсным режимом генерации. Известно, что лазерный свет имеет широкий спектр патогенетического лечебного действия: противовоспалительный, противоотечный, тромболитический эффекты, понижение проницаемости сосудов, нормализацию микроциркуляции, повышение парциального давления кислорода в тканях, бактерицидное и бактериостатическое действие, стимуляцию общих и местных факторов иммунной защиты. «Оптодан» имеет два режима работы: «Режим I» — обладает противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию и метаболизм тканей; «Режим II» — обладает регенерирующим действием, стимулирует клеточную пролиферацию. Лазерное облучение мы проводили по схеме: «Режим I» — по 2 минуты на поле ежедневно (7 сеансов); «Режим II» — по 2 минуты на поле через день (8 сеансов).

Результат лечения вполне удовлетворил пациента. Мы добились полной эпителизации трещины, исчезновения чешуек и гиперемии, губа стала мягкой при пальпации, приятной на вид. Пациенту была назначена явка через 4 месяца: трещина отсутствовала, имелась легкая гиперемия красной каймы губ. Пациенту было рекомендовано пользоваться гигиеническими увлажняющими средствами, особенно в холодную ветреную погоду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер В. Д., Ивасенко, П. И., Демин Д. И. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. — М.: Медицинская книга. Н. Новгород: Издательство НГМА, 2002. — 124 с. ил.
2. Тимофеева Л. В., Мухамеджанова Л. Р. Местная фармакотерапия воспалительных заболеваний пародонта. — Казань, ИД «Алексей», 2007. — 26 с.
3. Филурин М. Д. Комплексная диагностика предрака красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта и ее значение для клинической практики: Автореф. дисс. ... д.м.н. Омск, 1994.
4. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Рак кожи и предраковые заболевания / в кн. «Дерматология. Атлас-справочник» / пер. с англ. М.: «Практика», 1999. — С. 216-236.