УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 11**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема: **Заболевания губ**

#### Время 6 часов

**Витебск 2023**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1. Изучить этиопатогенез и клинические особенности течения заболеваний, составляющих группу собственно хейлитов.

2. Изучить этиопатогенез и клинические особенности течения заболеваний, составляющих группу симптоматических хейлитов.

3. Уметь составить план лечения для пациентов, с различными формами хейлита.

4. Рассмотреть методы профилактики возникновения хейлитов.

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

* учебная литература
* стоматологический инструментарий
* амбулаторная карта
* методические разработки кафедры

**3. Вопросы, подлежащие изучению на занятии**

1. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика эксфолиативного, гландулярного, аллергического контактного, метеорологического, актинического хейлитов.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика атопического, экзематозного, макрохейлита, хейлитов при ихтиозе и гиповитаминозе.
3. Хейлиты, относящиеся к группе облигатных предраков: преканцерозный хейлит Манганотти, бородавчатый предрак красной каймы губы. Распространенность, локализация, симптомы, клиническая картина, гистологическая картина, лечение прогноз.
4. Хроническая трещина губы. Распространенность, локализация, симптомы, клиническая картина, лечение.
5. Основные принципы лечения и профилактики собственно- и симптоматических хейлитов.

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1. Строение СОПР.
2. Основные и дополнительные методы диагностики заболеваний СОПР.
3. Характеристика элементов поражения и патологических процессов на СОПР.
4. Основные группы лекарственных препаратов, принимаемых при заболеваниях СОПР.

**6. Ход занятия**

**Вопросы темы:**

1. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика эксфолиативного, гландулярного, аллергического контактного, метеорологического, актинического хейлитов.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика атопического, экзематозного, макрохейлита, хейлитов при ихтиозе и гиповитаминозе.
3. Хейлиты, относящиеся к группе облигатных предраков: преканцерозный хейлит Манганотти, бородавчатый предрак красной каймы губы. Распространенность, локализация, симптомы, клиническая картина, гистологическая картина, лечение прогноз.
4. Хроническая трещина губы. Распространенность, локализация, симптомы, клиническая картина, лечение.
5. Основные принципы лечения и профилактики собственно- и симптоматических хейлитов.

ВОПРОС 1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКСФОЛИАТИВНОГО, ГЛАНДУЛЯРНОГО, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО, МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО, АКТИНИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТОВ

Хейлиты представляют собой доброкачественные воспалительные заболевания губ. К ним относятся процессы, локализующиеся только на губах, и заболевания, протекающие с преимущественным поражением красной каймы губ. Существует самостоятельная группа хейлитов и заболеваний губ, обусловленных системными поражениями организма, нарушениями питания и обмена.

А.Л.Машкиллейсоном и С.А.Кутиным разработана наиболее удобная для клиники классификация. Все хейлиты они разделили на две группы:

1) собственно хейлиты

2) симптоматические хейлиты.

Группу **собственно хейлитов** составляют

* эксфолиативный
* гландулярный
* контактный (простой и аллергический)
* метеорологический
* актинический хейлиты.

**Симптоматические хейлиты** включают

* атопический
* экзематозный (экзема губ) и плазмоклеточный хейлиты
* макрохейлит как симптом синдрома Мелькерссона-Розенталя
* хейлит при ихтиозе
* гиповитаминозные хейлиты.

**Эксфолиативный хейлит**

Относят к группе собственно хейлитов.

**Этиология** неизвестна. Заболевание относят к психосоматическим болезням.

**Распространенность**. Редкое заболевание, болеют преимущественно молодые женщины.

**Локализация**. Чаще поражается нижняя губа.

**Формы**. Сухая и экссудативная.

**Симптомы**.

* Сухость, чувство стягивания.
* Онемение губ.
* Появление чешуек на красной кайме при сухой форме.
* Боль, наличие корок на красной кайме при экссудативной форме.

**Клиническая картина**. Поражение всегда проявляется в виде полосы от угла до угла рта и от середины красной каймы до зоны Клейна, т.е. до места перехода в слизистую оболочку.

*При сухой форме*: коричневатые чешуйки, плотно прикрепленные своей центральной частью к красной кайме.

*При экссудативной форме*: массивные корки коричневатого 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 повреждений эпителия красной каймы губы.

**Дифференцировать** эксфолиативный хейлит следует с экземой, актиническим хейлитом, красной волчанкой. Поражения при эксфолиативном хейлите занимают только половину красной каймы губ — от переходной части слизистой оболочки в красную кайму губы (зона Кляйна) до середины красной каймы губы, не спускаясь на кожу губы и подбородка. Кроме того, после удаления с красной каймы губ экссудативных наслоений обнаруживается гиперемированная, как бы полированная слегка отечная поверхность, но без ка¬ких-либо элементов, характерных для экземы.

**Гландулярный** **хейлит**

Относится к группе собственно хейлитов. Развивается 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 возникновению сухости, хронических трещин, ороговению участков слизистой оболочки вокруг устьев выводных протоков слюнных желез.

**Диагностика**. Основывается на клинических проявлениях.

**Гистологическая картина**. Гипертрофированные слюнные железы с небольшой воспалительной инфильтрацией вокруг их выводных протоков.

**Аллергический контактный хейлит**

Относится к группе собственно хейлитов. Является аллергической реакцией замедленного типа к химическим веществам, действующим непосредственно на красную кайму (чаще всего, губные помады).

**Распространенность**. Абсолютное большинство больных - женщины в возрасте от 20 до 60 лет.

**Локализация**. Процесс поражает всю красную кайму и на каких-то участках непременно выходит на окружающую кожу.

**Симптомы**. Зуд, жжение красной каймы.

**Клиническая картина**. Эритема, шелушение, на фоне которых могут возникать мелкие пузырьки, после их вскрытия образуются мокнущие участки; процесс распространяется на кожу; характерна размытость границы красной каймы.

**Диагностика**. Основана на клинических проявлениях (переход поражения на кожу).

**Гистологическая картина**. Расширение сосудов, незначительная инфильтрация, преимущественно лимфоцитами.

**Метеорологический хейлит**

Относится к группе собственно хейлитов. Обусловлен воздействием метеорологических факторов (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод, солнечная радиация).

**Распространенность**. Чаще болеют мужчины, работающие на улице (женщины болеют редко, так как обычно пользуются губными помадами).

**Локализация**. Поражается полностью поверхность красной каймы, чаще нижней губы.

**Симптомы**. Сухость, чувство стягивания губы.

**Клиническая картина**. Неяркая гиперемия, легкая инфильтрация, наличие мелких чешуек; течение хроническое, процесс обостряется в осенне-зимнее время.

**Диагностика**. Основана на клинических и анамнестических данных.

**Гистологическая картина**. Диффузная неравномерная гиперплазия эпителия. В соединительнотканном слое - значительная инфильтрация.

**Актинический хейлит**

Относится к группе собственно хейлитов. Обусловлен повышенной чувствительностью красной каймы к ультрафиолетовому излучению (аллергическая реакция замедленного типа).

**Распространенность**. Чаще болеют мужчины в возрасте от 20 до 60 лет.

**Локализация**. Поражается вся поверхность красной каймы, чаще нижней губы.

**Формы**. Сухая и экссудативная.

**Симптомы**. Жжение, зуд, реже - болезненность; характерны обострения в весенне-летнее время.

**Клиническая картина**. Поражение развивается в весеннее время года.

*При сухой форме*: яркая эритема, на фоне которой видны мелкие, сухие серебристо-белые чешуйки.

*При экссудативной форме*: на фоне яркой эритемы обнаруживаются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются серозные корки.

**Диагностика**. Основана на клинических и анамнестических данных.

Гистологическая картина. Выраженная эпителия с незначительным паракератозом, периваскулярная воспалительная инфильтрация.

ВОПРОС 2. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО, ЭКЗЕМАТОЗНОГО, МАКРОХЕЙЛИТА, ХЕЙЛИТОВ ПРИ ИХТИОЗЕ И ГИПОВИТАМИНОЗЕ

**Атопический хейлит.** Относят к группе симптоматических хейлитов. Возникновение связано с генетически обусловленной предрасположенностью к атопической аллергии.

**Распространенность**. Чаще болеют дети и подростки (пик активности заболевания приходится на детей в возрасте 6-9 лет).

**Локализация**.

* Красная кайма губ и углы рта.
* Кожа (подколенные ямки, локтевые сгибы, боковые поверхности шеи, веки).

**Симптомы**. Зуд.

**Клиническая картина**.

* Эритема, на фоне которой формируется лихенизация (подчеркнутый кожный рисунок).
* Резко выявляется инфильтрация, особенно в углах рта (вид сложенной гармошки).
* Заболевание длится годами, имея склонность к значительному улучшению в весенне-летний период и обострению в осенне-зимнее время года.

**Диагностика**. Основана на клинических и анамнестических данных (в детстве - экссудативный диатез).

**Гистологическая картина**. Паракератоз; акантоз; в верхней части дермы - умеренные периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, эозинофилов и гистиоцитов.

**Экзематозный хейлит**

Относится к симптоматическим хейлитам. Хроническое заболевание нейроаллергического генеза. **Распространенность**. Мужчины и женщины в возрасте 20-40 лет.

**Локализация**. Поражается вся красная кайма губ, и процесс широко выходит на окружающую кожу.

**Симптомы**. Зуд.

**Клиническая картина**. Эритема, на фоне которой возникают множественные мелкие пузырьки, после их вскрытия - мокнутие, затем серозные корки.

**Течение** - острое, подострое или хроническое.

**Диагностика**. Основана на клинических данных.

**Гистологическая картина**. Расширение сосудов, спонгиоз, диффузная лимфоцитарная инфильтрация.

**Макрохейлит**

**(проявление синдрома Россолимо-Мелькерссона-Розенталя)**

Относится к группе симптоматических хейлитов. Инфекционно-аллергическое заболевание, развивающееся на фоне наследственной предрасположенности, препятствующей элиминации из организма антигенов стафилококка или вируса герпеса.

**Распространенность**. Встречается редко, преимущественно у мужчин.

**Локализация**. Чаще поражается центральная часть верхней губы.

**Симптомы**. Возможно бессимптомное течение; распирание, онемение в области губ и языка.

**Клиническая картина**.

* Увеличение губ, языка или других частей лица.
* Неврит лицевого нерва, скротальный язык.
* Течение хроническое, рецидивирующее.

**Диагностика**. Основана на:

* клинических данных;
* данных гистологического исследования (гранулематозное воспаление).

**Гистологическая картина**. Гранулематозное воспаление туберкулоидного, саркоидного или лимфонодулярно-плазматического типа.

**Ихтиоз (рыбья чешуя)** — наследственная диффузная аномалия ороговения, характеризующаяся сухостью кожи и ее шелушением. Слизистая оболочка становится несколько бледнее обычного, мутнеет, теряет обычный блеск. Красная кайма губ сухая, шелушится, в углах рта возможен гиперкератоз. При патологическом исследовании эпителия выражен гиперкератоз. Толщина рогового слоя иногда значительно превышает толщину всех остальных слоев эпителия вместе взятых. Зернистый слой истончен, отмечаются явления атрофии в шиповатом слое эпителия и сосочковом слое слизистой оболочки.

**ГИПОВИТАМИНОЗЫ**

***Гиповитаминоз А*** вызывает преимущественно нарушения в эпителиальных структурах. Клинические проявления обусловлены снижением барьерных свойств кожи и слизистых оболочек, нарушением нормальной дифференциации эпителиальной ткани. При гиповитаминозе А наблюдается сухость кожи и слизистой оболочки рта, усиление процессов ороговения. Изменяется также состояние эпителия выводных протоков слюнных желез, что приводит к гипосаливации. Одновременно наблюдаются поражение глаз (гемералопия, ксерофтальмия), бледность кожных покровов, шелушение; ногти становятся ломкими с поперечной исчерченностью.

***Гипо- и авитаминоз С*** проявляются поражением мелких кровеносных сосудов. Начало заболевания, цинготная стоматопатия, характеризуется развитием выраженного воспаления десен. На фоне общей анемии слизистой оболочки процесс в деснах протекает остро, они резко инфильтрированы, темно-красного цвета, десневые сосочки разрастаются, наплывают на поверхность коронок зубов, появляются рассеянные точечные кровоизлияния на остальных участках слизистой оболочки. При тяжелом течении развивается язвенно-некротический стоматит, процесс вовлекается альвеолярная кость.

***Гипо- и авитаминоз группы В*** проявляются в зависимости от того, какого витамина недостает в организме.

***Гипо- и арибофлавиноз (недостаточность витамина В2)*** характеризуются жжением и сухостью слизистой оболочки рта, губ, языка. Слизистая оболочка гиперемирована, на красной кайме губ появляются мелкие чешуйки (шелушение). В углах рта на фоне гиперемии образуются болезненные трещины (ангулярный хейлит, заеда). Одновременно развивается глоссит, для которого характерна атрофия нитевидных сосочков; поверхность спинки тика становится гладкой, приобретает ярко-красную окраску, грибовидные сосочки гипертрофируются. Язык увеличивается в размерах, видны отпечатки зубов. Арибофлавиноз необходимо дифференцировать с экзематозным хейлитом и заедой микотического происхождения.

***Гипо- или авитаминоз РР (пеллагра)*** развиваются вследствие недостатка никотиновой кислоты. Слизистая оболочка языка ярко-красная, слегка отечная, сосочки языка частично атрофированы в результате десквамации поверхностных слоев эпителия. Язык становится гладким, блестящим, приобретает малиновый оттенок. На слизистой оболочке щек и неба могут появляться пузырьки, на месте которых образуются болезненные эрозии или афты. Больной жалуется на чувство жжения и зуд слизистой оболочки рта, сухость во рту. Кожные покровы становятся сухими, а открытие участки кожи рук и шеи приобретают темно-коричневый цвет.

ВОПРОС 3. ХЕЙЛИТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ГРУППЕ ОБЛИГАТНЫХ ПРЕДРАКОВ: ПРЕКАНЦЕРОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ МАНГАНОТТИ, БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ, СИМПТОМЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА,

ЛЕЧЕНИЕ ПРОГНОЗ

**Абразивный преканцерозный хейлит Манганноти.** Является облигатным предраком.

**Распространенность**. Чаще болеют мужчины после 60 лет, заядлые курильщики (28%) и лица с хроническим поражениями желудочно-кишечного тракта (38%).

**Локализация**. Красная кайма нижней губы.

**Симптомы**. Длительно существующая эрозия на нижней губе; может иметь волнообразное течение (обострения сменяются периодами ремиссии).

**Клиническая картина**. Одиночная эрозия (чаще), неправильной формы, размером от 0,5 до 1 см в диаметре, с гладкой полированной поверхностью, может быть покрыта корочкой. Красная кайма губы в окружности не изменена, не воспалена, не уплотнена. Эрозия может спонтанно эпителизироваться, вновь рецидивировать, чаще весной, на том же самом месте.

**Гистологическая картина**. В эпителии определяются дефект с сопутствующей гиперплазией клеток шиповатого и базального слоев, акантоз с наличием эпителиальных выростов в субэпителиальной зоне. При электронно-микроскопическом исследовании обнаруживается дезинтеграция базальной мембраны и базального слоя эпителия; в соединительнотканной строме губы в зоне хейлита - дистрофия коллагеновых и эластических волокон, сходная с изменениями при гиповитаминозе С.

**Бородавчатый предрак красный каймы губы**

Относится к облигатным предракам.

**Распространенность**. Встречается у мужчин в возрасте 40-50 лет.

**Локализация**. Строго по красной кайме нижней губы.

**Симптомы**. Новообразование на губе.

**Клиническая картина**. Резко ограниченное, полушаровидное образование от 4 мм до 1 см в диаметре, возвышающееся над поверхностью губы, покрыто небольшими плотно сидящими серыми чешуйками, имеет плотную консистенцию, нормального или серо-красноватого цвета. Красная кайма губ в окружности образования не изменена, пальпация безболезненна. Образование напоминает бородавку.

**Гистологическая картина**. Очаг диффузной гиперплазии клеток многослойного плоского эпителия с пролиферацией клеток шиповатого и базального слоев, с формированием эпителиальных тяжей, проникающих в нижележащие слои; обнаруживается расщепление базальной мембраны.

**Ограниченный предраковый гиперкератозкрасной каймы губ**

Относится к облигатным предракам

**Распространенность**. Наблюдается у мужчин среднего возраста.

**Локализация**. Красная кайма нижней губы, чаще сбоку от центра.

**Симптомы**. Фиксированная одиночная «чешуйка», длительно существующая на одном месте.

**Клиническая картина**. Ограниченный, слегка запавший участок полигональной формы, размерами от 0,2 до 1,5 см, покрытый плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета; может представляться в виде серо-жетого очага омозолелости с мелкими блестящими чешуйками. Красная кайма губы в зоне поражения мягкая и безболезненная. Очаг поражения может существовать без изменений десятки лет.

**Гистологическая картина**. Определяется очаговая диффузная гиперплазия клеток шиповатого и базального слоев эпителия с формированием эпителиальных тяжей проникающих в нижележащие слои. При электронной микроскопии выявляется расщепление базальной мембраны, с нарушением трофики базальных клеток.

ВОПРОС 4. ХРОНИЧЕСКАЯ ТРЕЩИНА ГУБЫ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ, СИМПТОМЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ

**Хроническая трещина губы.** Появлению трещины способствуют неблагоприятные метеорологические воздействия, вызывающие сухость, шелушение, потерю эластичности красной каймы губы; в развитии этой патологии большое значение отводят анатомическим особенностям строения губы - полные губы с выраженной центральной складкой или перетяжкой.

**Распространенность**. Может встречаться у лиц обоего пола, во всех возрастных группах.

**Локализация**. Хроническая трещина чаще развивается на нижней губе (75%).

**Симптомы**.

* Трещина губы.
* Болезненность губы, усиливающаяся при улыбке, приеме пищи.

**Клиническая картина**.

* Одиночный, глубокий линейный дефект по центру губы (чаще), размером от 0,2 до 1,5 см.
* Трещина покрыта кровянистыми или желтыми корками (при присоединении вторичной пиогенной инфекции), при этом появляются болезненность, гиперемия, отек окружающих тканей.

**Патогистологически** обнаруживается разной глубины дефект эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки. Роговой слой часто утолщен и наплывает на край дефекта. В окружающей соединительной ткани круглоклеточный инфильтрат. В более глубоких слоях собственной пластинки слизистой оболочки — фиброз.

ВОПРОС 5. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

СОБСТВЕННО- И СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ХЕЙЛИТОВ

|  |  |
| --- | --- |
| Эксфолиативный хейлит | **Лечение**. Проводится совместно с психоневрологом или психологом.  *При сухой форме*: витамины А, Е (внутрь); ожиряющие и противовоспалительные мази (кроме кортикостероидных); иглорефлексотерапия.  *При экссудативной форме*: Букки-терапия (вариант близкофокусной рентгенотерапии).  **Прогноз**. Благоприятный; после Букки-терапии наступает полная длительная ремиссия; при сухой форме заболевание протекает длительно, годами (лечение малоэффективно). |
| Гландулярный хейлит | **Лечение**. Электрокоагуляция слюнной железы с помощью волоскового электрода. При наличии большого количества патологически измененных желез может быть проведено хирургическое иссечение соответствующего участка. При вторичном гландулярном хейлите следует проводить лечение основного заболевания.  **Прогноз** благоприятный. |
| Аллергический контактный хейлит | **Лечение**. Устранение химического фактора, вызвавшего заболевание (при исключении контакта с соответствующим аллергеном возможно полное разрешение процесса).  *Общее*.   * Антигистаминные средства (кларитин, зиртек, гисманал). * Препараты кальция («Кальций-Сандос форте»).   *Местное*. Кортикостероидные мази (локоид, элоком, адвантан).  **Прогноз** благоприятный. |
| Метеорологический хейлит | **Лечение**.   * Защита красной каймы губ от метеорологических воздействий (гигиенические губные помады, жирные кремы типа «Радевит», «Цералип», «Ирикар») * Фотозащитные кремы и мази из серии «Антигелиос». * При выраженных воспалительных явлениях в течение 7-10 дней - 0,5% преднизолоновая мазь.   **Прогноз** благоприятный. |
| Актинический хейлит | **Лечение**.   * Следует избегать инсоляции. * Внутрь - фотодесенсибилизирующие средства (делагил, плаквенил, хингамин, никотиновая кислота, антигистаминные средства; витамины группы В (В2, В6); кортикостероидные гормоны (только при тяжелом течении). * Наружно - кортикостероидные мази («Фторокорт», «Синалар», «Локакортен» и др.); фотозащитные кремы (из серии «Антигелиос»), аэрозоль «Фенкортозоль».   **Прогноз** благоприятный. |
| Атопический хейлит | **Лечение**.   * Антигистаминные средства. * Препараты кальция, в легко усвояемой форме («Кальций-Сандос форте»). * Ферменты (панзинорм-форте, фестал), способствующие полному расщеплению поступающих с пищей питательных веществ, что предупреждает развитие пищевой аллергии. * СОПРбенты (полифепен, активированный уголь, энтерос-гель).   *Местно* - кортикостероидные мази («Локоид», «Элоком», «Адвантан»).  **Прогноз** благоприятный |
| Экзематозный хейлит | **Лечение**. Десенсибилизирующие (препараты кальция), седативные (феназепам по 1/4 таблетки 2 раза в день) и антигистаминные средства. *Местно*: кортикостероидные мази («Локоид», «Элоком», «Адвантан» и др.).  **Прогноз** благоприятный. |
| Макрохейлит | **Лечение**.   * Санация очагов фокальной инфекции. * Антибиотики при выявлении микробной аллергии - макролиды (сумамед и др.), Цифран® СТ (RANBAXY). * Противовирусные препараты (ацикловир или валтрекс 1 г в сутки от 5-8 дней до нескольких месяцев при выявлении чувствительности к вирусу). * Антигистаминные средства. * Иммуномодуляторы (полудан, ликопид, декарис).   **Прогноз** благоприятный. |
| Абразивный преканцерозный хейлит Манганноти | **Лечение**.  Кратковременная консервативная терапия (не более 2 нед.).  *Местно*.   * Средства, стимулирующие регенерацию (10% метилурациловая мазь, солкосерил - мазь, гель, адгезивная паста, 10% мазь дибунола и др.). * Мази с кортикостероидами (при наличии воспалительных явлений).   *Внутрь*.   * Витамин А по 10 капель 3 раза в день или аевит, витамин С в лечебных дозах, витамины группы В (рибофлавин, тиамин, пиридоксин), никотиновая кислота. * Хирургическое удаление в пределах здоровых тканей, с последующим гистологическим исследованием, или лазерная коагуляция (если нет тенденции к заживлению). |
| Бородавчатый предрак красный каймы губы | **Лечение**. Хирургическое удаление в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.  **Прогноз**. Без лечения - неблагоприятный; отличается быстрым озлокачествлением (через 1-2 мес.). |
| Ограниченный предраковый гиперкератоз  красной каймы губ | **Лечение**. Хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием или лазерная коагуляция.  **Прогноз**. После лечения - благоприятный. |
| Хроническая трещина губы | **Лечение**.  *Консервативное*.  *Внутрь*: комплекс витаминов группы В, аевит;  *Местное*.   * Кератопластические средства - жирные кремы с витаминами А, Е. * Антимикробные препараты - «Левовинизоль», «Левомиколь» и др. * Кортикостероидные мази в сочетании с антибактериальным воздействием - «Тридерм», «Гиоксизон» и др. * Новокаиновые блокады 0,5; 1% растворами, вводимыми тонкой иглой под основание трещины со стороны слизистой оболочки губы. На курс 1-2 блокады (с интервалом 5-7 дней). * Лазеротерапия - гелий-неоновый лазер стимулирует заживление хронической трещины губы.   *Оперативное лечение*. Хирургическое иссечение патологического очага; показано при явлениях рубцовой атрофии, уплотнении краев трещины или гиперкератозе. |

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Гландулярный хейлит относится к группе:

1. собственно хейлитов
2. симптоматических хейлитов

2. Атопический хейлит относится к группе:

1. собственно хейлитов
2. симптоматических хейлитов

3. Выберите клинические признаки, характерные для сухой формы эксфолиативного хейлита:

1. коричневатые чешуйки, плотно прикреплённые своей центральной частью к красной кайме
2. массивные корки коричневатого цвета, после снятия которых обнажается целостная красная кайма
3. эритема, шелушение, на фоне которых могут возникать мелкие пузырьки. Возможным является распространение процесса на кожу.

4. Выберите клинические признаки, характерные для экссудативной формы эксфолиативного хейлита:

1. коричневатые чешуйки, плотно прикреплённые своей центральной частью к красной кайме
2. массивные корки коричневатого цвета, после снятия которых обнажается целостная красная кайма
3. эритема, шелушение, на фоне которых могут возникать мелкие пузырьки. Возможным является распространение процесса на кожу.

5. Выберите клинические признаки, характерные для аллергического контактного хейлита:

1. коричневатые чешуйки, плотно прикреплённые своей центральной частью к красной кайме
2. массивные корки коричневатого цвета, после снятия которых обнажается целостная красная кайма
3. эритема, шелушение, на фоне которых могут возникать мелкие пузырьки. Возможным является распространение процесса на кожу.

6. Является ли возможным развитие предраковых заболеваний на фоне гландулярного хейлита?

1. да
2. нет

7. В какой возрастной группе наблюдается пик активности атопического хейлита:

1. дети 6-9 лет
2. мужчины 20-60 лет
3. молодые женщины

8. Выберите группы лекарственных препаратов, используемых для лечения атопического хейлита:

1. антигистаминные средства
2. препараты кальция
3. СОПРбенты
4. ферменты
5. все вышеперечисленные

9. По клиническому течению экзематозный хейлит подразделяется на следующие формы:

1. острое течение заболевания
2. подострое течение заболевания
3. хроническое течение заболевания
4. все вышеперечисленные

10. Макрохейлит как проявление синдрома Россолимо-Мелькерссона-Розенталя относится к заболеваниям имеющим:

1. инфекционно-аллергическую природу
2. токсико-аллергическую природу
3. генетическую предрасположенность

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. Больная Т. 40 лет обратилась с жалобами к врачу-стоматологу на наличие трещины на нижней губе, болезненности губы при улыбке и разговоре. Из анамнеза: данная трещина появилась около 6 месяцев назад после длительной работы пациентки на открытом воздухе. Ранее к врачу-стоматологу по данной проблеме пациентка не обращалась. При осмотре: по центру нижней губы определяется глубокий линейный дефект размером 1 см, покрытый жёлтыми корками. Составьте план лечения и лечения данной пациентки.
2. Больная Б. 35 лет обратился с жалобами к врачу-стоматологу на жжение, зуд в области красной каймы губ. Работа пациента связана с длительным пребыванием на открытом воздухе. При осмотре красной каймы губ на фоне яркой эритемы определяются мелкие, сухие, серебристо-белые чешуйки. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения и профилактики данного заболевания.
3. Больная А. 45 лет обратилась с жалобами к врачу-стоматологу на жжение, зуд в области красной каймы губ. Из анамнеза: 3 недели назад пациентка стала пользоваться новой губной помадой. При осмотре на красной кайме губы с переходом на окружающие кожные покровы определяется эритема, на фоне которой обнаруживаются единичные мокнущие участки. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения данного заболевания.

**Литература**

1. Лукиных, Л.М. Заболевание слизистой оболочки полости / Л.М.Лукиных. - Н.Новгород.: НГМА, 2000. – С. 66-80.
2. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский. – М.: Медицина, 1991. – С. 272-273, 213-219, 277.
3. Клиническая стоматология / под ред. И. Дж.Честната, Дж.Тибсона. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 624 с.

Доцент кафедры Сахарук Н.А.