

Методическая разработка семинара для ординаторов № 78

Тема: Самостоятельные заболевания губ. Эксфолиативный, glandулярный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Форма проведения: семинар

Контингент обучающихся: ординаторы

Продолжительность семинара: 6 часа

Место проведения: кафедра стоматологии ИНМФО

Цель семинара: Научиться диагностировать и лечить эксфолиативный и glandулярный хейлиты.

Формируемые профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5).

Краткий план проведения:

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

Методическое оснащение: методические разработки кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ.

Материальное обеспечение: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

Список основной и дополнительной литературы:

Основная литература:

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / под ред. Г. М. Барера; [кол. авт.: Г. М. Барер и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Атлас грибковых заболеваний [Текст] / под ред. К. А. Кауфман, Д. Л. Манделла; пер. с англ. под ред. Ю. В. Сергеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - 234 с.: ил., цв. ил.
2. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] /под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
3. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии [Текст] / Н. К. Логинова. - М. : МГМСУ, 2014. – 140 с.
4. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология [Текст] : учеб. пособие по спец. 060105.65 "Стоматология" дисциплины "Терапевт. стоматология" / Николаев А. И., Цепов Л. М. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2010 . - 924, [4] с. : ил. . - Библиогр. : с. 921-924
5. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
6. Терапевтическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 911с. : ил. + 1 CD-ROM . - Национальные руководства
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 [Текст] : 10-й пересмотр : пер. с англ. Т.1, ч.1. - М. : Медицина, 2003. - (Всемирная организация здравоохранения, Женева).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Строение слизистой оболочки полости рта.
2. Особенности строения слизистой оболочки губ.
3. Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта.
4. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Определение понятия «ХЕЙЛИТЫ»
2. Классификация хейлитов.
3. Эксфолиативный хейлит. Этиопатогенез. Клинические формы, диагностика.
4. Лечение эксфолиативного хейлита.
5. Гландулярный хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика.
6. Лечение glandулярного хейлита.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

Хейлиты — доброкачественные воспалительные заболевания красной каймы, слизистой оболочки губ и периоральной кожи.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХЕЙЛИТОВ

(А.Л..Машкиллейсон, С.А.Кутин)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Собственно хейлиты <ul style="list-style-type: none"> - эксфолиативный - glandулярный - контактный (простой и аллергический) - метеорологический - актинический | <ol style="list-style-type: none"> 2. Симптоматические хейлиты <ul style="list-style-type: none"> - экзематозный (экзема губ) - атопический - плазмоклеточный - макрохейлит как симптом синдрома Мелькерссона - Розенталя - гиповитаминозные хейлиты |
|---|---|

ДИАГНОСТИКА ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА

Порядок обследования	Выявленные симптомы	Патогенетическое обоснование симптомов
Жалобы	Сухость губ, постоянное шелушение, иногда жжение, зуд. Образующиеся на губах чешуйки пациенты нередко скусывают, но через несколько дней чешуйки появляются вновь	В основе заболевания лежат нейрогенные механизмы, в частности врожденная или приобретенная недостаточность нейротрофического обеспечения ткани, патологическая импульсация в зону губы. Нарушается регенерация и снижается устойчивость ткани к действию факторов.
Анамнез <i>перенесенные и сопутствующие заболевания</i> <i>развитие заболевания</i>	Чаще болеют женщины в возрасте от 3 до 70 лет, в основном 20—40 лет. Проявления герпетической инфекции на губах у 25% больных становятся разрешающим фактором для эксфолиативного хейлита. У пациентов подросткового возраста часто развивается невротизация У большей части пациентов отмечаются тревожно-депрессивные синдромы, у всех — вредные привычки (курение, облизывание, кусание губ)	У 90% больных эксфолиативным хейлитом выявляется различная психопатология, преимущественно депрессивная реакция, тревожно-депрессивный синдром. Имеются предположения о роли щитовидной железы Раннее начало и длительность течения эксфолиативного хейлита связаны с генетическим фактором. Кроме того, имеют значение вредные привычки — облизывание и кусание губ, скусывание чешуек, держание во рту карандашей, ручек
Осмотр внешний осмотр осмотр слизистой оболочки	Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Чаще на нижней губе (реже на верхней) множество чешуек серого или серовато-коричневого цвета, плотно прикрепленных к красной кайме и несколько отстающих по краям. Чешуйки трудно снимаются, при этом обнажается ярко-красная поверхность, эрозий на месте чешуек нет. Процесс никогда не переходит с красной каймы на кожу периоральной области и углы рта. Слизистая оболочка губ в зоне линии Клейна иногда немного гиперемирована	Воспаления губ нет. В основе образования чешуек лежат нейродистрофические процессы в эпителии и подлежащих тканях губ. Возникающие процессы паракератоза в эпителии красной каймы приводят к образованию чешуек и эксфолиации. Неполному ороговению подвергаются периферические отделы эпителиальной клетки, а в центре сохраняется нормальный эпителий, а иногда даже ядра. Это является важным дифференциально-диагностическим признаком. В эпителии большое количество светлых или пустых клеток, которым придают важное диагностическое значение. Соединительнотканый слой подвергается коллагенизации, особенно в подэпителиальных отделах.
осмотр зубных рядов	Гигиеническое состояние, как правило, неудовлетворительное, зубные отложения, острые края фронтальных зубов	Пациенты щадят красную кайму губ, стараются не открывать рот широко, плохо чистят зубы
Дополнительные методы исследования		

лазерная доплеровская флуометрия	Исследование микроциркуляции крови в единице объема ткани на нижней, верхней губах и в области комиссур	Изменения микроциркуляции свидетельствуют о дискоординации миогенного, нейрогенного и дыхательного компонентов регуляции тканевого кровотока
специальное психологическое тестирование	У всех пациентов отмечаются выраженные астенические нарушения, повышенная раздражительность, склонность к расстройствам тревожного ряда, фобиям, нарушение сна	Генетическая предрасположенность к патологии нервной деятельности. Частые стрессовые ситуации на работе и в семье

ЛЕЧЕНИЕ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Общее лечение				
<i>Повышение иммунной резистентности организма</i>	Поливитамины компливит, центрум, витрум, супрадин с обязательным содержанием витаминов А, Е, всей группы В	1 драже 3 раза в день по 1 капсуле 1 раз в день после еды	Насыщение витаминами и нормализация микроэлементного баланса. Нормализация состояния эпителиальных покровов и нейрогенных процессов	Улучшение обменных процессов, нормализация скорости передачи нервного возбуждения в нервных клетках
<i>Устранение депрессивных реакций, невротических состояний, коррекция психоэмоциональной сферы</i>	Седативные средства (бромиды, препараты из корня валерианы, травы пустырника)	По 20 капель 3 раза в день	Оказывают мягкое седативное действие, дают анксиолитический эффект	Снятие тревожного состояния, страха, фиксированного ухода в болезнь
	Малые транквилизаторы (реланиум, седуксен, элениум) Нейролептики (сонапакс, терален, эглонил) Антидепрессанты (амитриптилин, флуоксетин)	Схема приема соответственно возрасту 100 мг 2 раза в день в течение 4 нед. 1 капсула 20 мг утром после еды в течение 3—4 мес.	Более выраженный анксиолитический эффект, чем у транквилизаторов Купирует депрессию, улучшает настроение	Выравнивание патологически угнетенного настроения.
<i>Местное лечение Глюкокортико-стероидные мази</i>	Лоринден-С, целестодерм	Втирание в красную кайму тонким слоем 2 раза в день после еды; курс 7—10 дней	Уменьшают воспаление, отечность красной каймы губ, устраняют зуд и жжение	Снижают проницаемость капилляров, уменьшают отек, тормозят синтез простагландинов, уменьшают фазу альтерации, оказывают антигистаминное действие

<i>Протеолитические ферменты</i>	0,1% раствор протеолитического фермента (трипсин, хи-мотрипсин)	Аппликация салфетки, смоченной раствором фермента, на 20 мин.	Размягчение чешуек, облегчение их удаления	Очищение эпителия красной каймы для более глубокого проникновения лекарственных препаратов в последующем
<i>Аппликационное обезболивание перед блокадой</i>	10% раствор лидокаина	Аппликация в течение 5 мин. на место вкола иглы	Местное обезболивание	Воздействие на чувствительные нервные окончания в слизистой оболочке губы
<i>Премедикация перед блокадой</i>	Аподиазепам 5 мг/50 кг массы тела	Сублингвально	Устранение внутреннего напряжения, страха перед блокадой	Селективный ингибитор обратного захвата серотонина
<i>Блокада губы</i>	1% теплый раствор лидокаина, двухграммовый шприц с тонкой иглой	Введение 1% раствора лидокаина в субэпителиальное пространство и строму пораженной губы	Устранение явлений эксфолиации, нормализация эпителия красной каймы, предупреждение рецидивов	Лидокаин дает выраженный сосудорасширяющий эффект в месте введения. Снижение концентрации лидокаина сводит к минимуму его токсичность
<i>Лечение выявленных сопутствующих заболеваний</i>	Лекарственные препараты и методики назначает врач-специалист		Устранить основные симптомы сопутствующего заболевания и повысить эффективность местного лечения	Воздействие на отдельные звенья патогенеза

ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

Гландулярный хейлит — воспаление мелких слюнных желез, развивается вследствие аномалии нижней губы. Отмечаются гипертрофия мелких слюнных желез слизистой оболочки нижней губы, увеличение их количества, а также появление желез в зоне Клейна и на красной кайме, где в норме они отсутствуют.

Различают простой и гнойный glandулярный хейлит.

ДИАГНОСТИКА ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА

Порядок	Выявленные симптомы	Патогенетическое обоснование
Жалобы		
простой glandулярный хейлит	Простой первичный glandулярный хейлит не вызывает жалоб. При простом вторичном glandулярном хейлите жалобы зависят от местной фоновой патологии. Появляются боль, усиливающаяся при раздра-	Гиперплазия мелких слюнных желез не сопровождается субъективными ощущениями. Хроническое воспаление при плоском лишае, лейкоплакии. Появление эрозий, трещин на фоне основного заболевания

	жении, ощущение бугристости слизистой оболочки губы, шероховатость	
гнойный гландулярный хейлит	Жалобы на боль, увеличение губы	Проникновение в расширенные протоки слюнных желез инфекции, абсцедирование желез
Развитие заболевания	Врожденная аномалия нижней губы. Мужчины заболевают в 2 раза чаще, чем женщины, преимущественно в возрасте старше 40—50 лет	Нарушение эмбриогенеза
	Больные связывают ухудшение состояния губы с травмой, инфицированием	Появление воспалительных изменений, нарушение целостности эпителия нижней губы
Осмотр	При простом гландулярном хейлите видимых изменений губы нет	Отсутствие объемных процессов в толще губы. Отсутствие воспаления
внешний осмотр	Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При гнойном гландулярном хейлите подподбородочные лимфатические узлы увеличены, болезненные при пальпации, мягкие на ощупь. Нижняя губа увеличена, умеренно болезненная при пальпации	Задержка инфекции лимфоидной тканью регионарных лимфатических узлов. Абсцедирование слюнных желез
осмотр слизистой оболочки полости рта	При простом первичном гландулярном хейлите видны расширенные выводные протоки слюнных желез в зоне Клейна и (редко) на прилежащей к ней красной кайме. При пальпации определяются гипертрофированные мелкие слюнные железы в виде плотных горошин с выделением капель слюны — «симптом росы». При вторичном простом гландулярном хейлите определяются элементы плоского лишая или лейкоплакии. Устья мелких слюнных желез расширены в результате процессов гиперкератоза эпителия губы. Явления воспаления эпителия. При гнойном гландулярном хейлите из протоков желез выделяется слюна с примесью гноя	Врожденная аномалия В связи с отсутствием воспаления секрет мелких слюнных желез светлый Картина соответствует клиническим проявлениям первичной патологии слизистой оболочки нижней губы. На фоне этой патологии происходит расширение ранее здоровых выводных протоков Проникновение в расширенный проток слюнных желез инфекции, абсцедирование желез

ЛЕЧЕНИЕ ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Сошлифовывание острых краев, бугров, коррекция протезов, удаление разрушенных зубов	Карборундовые камни, головки, резиновые диски, шлифовальные пасты, реминерализующие растворы, фтористые лаки,	После сошлифовывания суперконтактов необходима флюоризация	Исключить раздражители для слизистой оболочки губ	Устранение местных раздражающих факторов, нормализация высоты нижнего отдела лица
Ортопедическое лечение	Изготовление рациональных конструкций протезов, замена протезов из различных металлов	Работа врача-ортопеда после консилиума со стоматологом-терапевтом	Устранение дефектов зубных рядов как травмы губы, гальваноза, нормализация высоты прикуса	Исключаются факторы механической и физической травмы губы и других отделов слизистой оболочки полости