

Методическая разработка семинара для ординаторов № 79

Тема: Самостоятельные заболевания губ. Актинический, метеорологический хейлит. Контактный 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 актинический, метеорологический и контактный 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 (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. Метеорологический хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика.
2. Лечение метеорологического хейлита. Профилактика.
3. Актинический хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика.
4. Лечение актинического хейлита. Профилактика.
5. Контактный аллергический хейлит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Метеорологический хейлит представляет собой воспалительное заболевание губ, причиной развития которого являются разнообразные метеорологические факторы: влажность, пыль, ветер, холод, солнечная радиация, кислотные дожди, а также высокие и низкие температуры, запылённость помещения и др. Заболевание чаще встречается у мужчин.

В развитии заболевания большую роль играют длительность пребывания больных в данных условиях, конституциональные особенности кожи и слизистой. Заболевание чаще возникает у лиц с белой и сухой кожей.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Заболевание	Метеорологический хейлит
симптомы	
Этиология	Раздражающее действие на красную кайму губ ветра, повышенной

	или пониженной температуры, влажности и запыленности воздуха. Играет роль длительность действия фактора; возникает у лиц, работающих на открытом воздухе. Отсутствует сенсбилизация к солнечному свету. Предрасполагающими факторами являются конституциональные особенности кожных покровов: белая и нежная кожа, заболевания кожи (себорея, себорейная экзема, диффузный нейродермит, ихтиоз и т.д.).
Пол	Чаще болеют мужчины
Возраст	20 – 60
Течение и сезонность	Одинаково болеют и зимой, и летом; играет роль продолжительность нахождения на открытом воздухе. Клинические проявления ослабевают и могут исчезать при ослаблении действия причинного фактора.
Локализация	Чаще красная кайма нижней губы
Окружающая кожа и слизистая оболочка	Не вовлекаются в процесс
Жалобы	Чувство стягивания губ, шелушение. Пациенты облизывают губы, скусывают чешуйки, что еще больше усугубляет течение заболевания.
Объективно	Гиперемия и отечность чаще нижней губы, которая слегка инфильтрирована, покрыта плотно сидящими чешуйками. Возможно из-за обветривания и шелушения появление эрозий и трещин.
Гистология	- диффузная гиперплазия всего эпителия, местами с ороговением; - строма подвергается инфильтрации, сопровождается сгущением и гомогенизацией эластических волокон.
Прогноз	Хроническое течение создает фон для развития предраковых заболеваний

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Метеорологический хейлит диагностировать трудно. Большое значение имеет анамнез.

- сухая форма эксфолиативного хейлита
- аллергический контактный хейлит
- сухая форма актинического хейлита
- атопический хейлит

ЛЕЧЕНИЕ

- Прежде всего необходимо максимально ослабить или устранить действие факторов, явившихся непосредственной причиной заболевания.
- Витамины В2 В6 В12, никотиновая кислота.
- Красную кайму губы необходимо смазывать губной помадой, препятствующей пересушиванию.
- Внутрь назначаются седативные средства и транквилизаторы, антималярийные препараты (делагил,резохин, хингамин) по 0,25 г 3 раза в день.

АКТИНИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Актинический хейлит представляет собой хроническое заболевание, которое обусловлено повышенной чувствительностью красной каймы губ к солнечному свету. Чаще встречается у мужчин в возрасте от 20 до 60 лет .

Признаки	Актинический хейлит
-----------------	----------------------------

Этиология	Длительное и интенсивное солнечное облучение приводит к стойкому воспалительному процессу на красной кайме губ. Может являться симптомом фотодерматоза. Рассматривается как аллергическая реакция замедленного типа к ультрафиолетовым лучам.	
Пол	Чаще болеют мужчины.	
Возраст	От 20 до 60 лет.	
Локализация	Чаще нижняя губа (вся поверхность красной каймы). Углы рта не вовлекаются, слизистая оболочка губ не поражается.	
Течение и ремиссия, сезонность	Хроническое, волнообразное, связанное с активностью солнечных лучей. Обострение в весенне-летний период , уменьшение или исчезновение проявления хейлита в осенне-зимний период.	
Поражение на коже	Актинический хейлит может сочетаться с поражением кожи лица (солнечное пруриго, стойкая солнечная эритема).	
Осложнение	Сухую форму актинического хейлита многие авторы считают факультативным предраком.	
	Сухая форма	Экссудативная форма
Жалобы	На жжение, боль и зуд губ. Сухость, стянутость, шероховатость губ	На жжение, боль и зуд губ, эстетический недостаток.
Объективно	Красная кайма губ ярко-красного цвета, покрыта сухими мелкими серовато-белыми чешуйками, после их удаления – эрозии, ссадины. Чешуйки нарастают вновь. Затем губа становится сухой, шероховатой, легко ранимой. Могут развиваться хронические трещины, эрозии, очаги лейкоплакии (гиперкератоза), иногда – веррукозные разрастания. Углы рта не вовлекаются в патологический процесс.	Превалируют островоспалительные процессы. Гиперемия, отек губ, на фоне которых появляются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, корочки, могут быть болезненные трещины. Чаще красная кайма нижней губы.
Гистология	Гиперплазия эпителия с явлениями паракератоза. Соединительно-тканый слой отечен, периваскулярная воспалительная инфильтрация, скопление эластических волокон.	
Прогноз	Благоприятный при лечении. Длительное существование приводит к возникновению эрозий, трещин, м.б. уплотнение в основании (обязательно гистологическое исследование, цитология). Актинический хейлит может служить фоном для развития предраковых заболеваний.	

Актинический хейлит (сухая форма) дифференцируют с:

1. эксфолиативным хейлитом (сухая форма) - см. эксфолиативный хейлит;
2. красной волчанкой (без клинически выраженного гиперкератоза и атрофии).
3. контактным аллергическим хейлитом – см. контактный аллергический хейлит.
4. метеорологическим хейлитом – см. метеорологический хейлит.

Актинический хейлит (экссудативная форма) дифференцируют с:

1. эксфолиативным хейлитом (экссудативная форма) – см. эксфолиативный хейлит;
2. атопическим хейлитом;

3. контактным аллергическим хейлитом;
4. экзематозным хейлитом – см. экзематозный хейлит.

ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо рекомендовать больному по возможности избегать инсоляции.

Никотиновая кислота, вит. группы В (особенно В12, В2, В6) в сочетании в некоторых случаях с синтетическими противомаларийными препаратами (делагил по 0,25 г 2 р.в день в течение 2-3 недель) и небольшими дозами кортикостероидов (преднизолон по 10 мг в день). Наружно используют кортикостероидные мази (0.5% преднизолоновая и др). Показаны вит. А в масле .вит. Е в масле, метилурациловая мазь в виде аппликаций 3-4 раза в день по 20 мин. Перспективным является метод создания толерантности к ультрафиолетовому свету, с помощью которого создают меланиновую пигментацию, блокирующую прохождение солнечных лучей в кожу.

КОНТАКТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

Контактный аллергический хейлит развивается в результате сенсibilизации красной каймы губ, реже слизистой оболочки и кожи губ к химическим веществам. Абсолютное большинство больных составляют женщины в возрасте от 20 - 60 лет.

Заболевание симптомы	Контактный аллергический хейлит
Этиология	Аллергическая реакция замедленного типа при сенсibilизации к химическим низкомолекулярным веществам (губная помада, пластмасса зубных протезов, ароматические вещества косметических средств, пластмасса мундштука духовых инструментов и др.) Период развития сенсibilизации различен (от 5-7 дней до нескольких месяцев и лет); зависит от состояния нервной, эндокринной и других систем организма.
Пол	Чаще болеют женщины. Может иметь профессиональный характер
Возраст	От 20 до 60 лет.
Течение	Может носить островоспалительный характер; Может быть длительное хроническое. Рецидив наступает при повторном контакте с аллергеном.
Локализация	В месте контакта с аллергеном (т.е. на красной кайме губ, слизистой оболочке губ, коже губ). При длительном течении – может переходить на кожу губ, слизистую оболочку губ, углы рта не вовлекаются в процесс.
Элементы поражения на красной кайме губ	При остром течении - пузырьки, мокнутие; При хроническом – шелушение, лихенизация на границе с кожей, появление трещин.
Самоизлечение	Возможно при устранении причинного фактора.
Жалобы	Эстетический недостаток, покраснение и сухость губ, стянутость губ, жжение и зуд губ, отечность, болезненность при еде, широком открывании рта.
Анамнез	Контакт с раздражающими факторами и обострение заболевания при повторных воздействиях
Регионарные лимфатические узлы	Безболезненны. Может быть болезненность, увеличены при пальпации (при наличии островоспалительной реакции, присоединение вторичной инфекции).
Объективно	На месте контакта с АГ резко ограниченная эритема, отек и гиперемия губ. Может наблюдаться шелушение.

	<p>При длительном течении могут появляться поперечные мелкие борозды и трещины. Красная кайма сухая.</p> <p>При островоспалительном процессе – ограниченная эритема, мелкие пузырьки, эрозии, мокнущие участки и трещины. Характерна размытость границы красной каймы губ.</p>
Диагностика (аллергологические методы – анамнез, кожные пробы)	<p>Затруднена. Основывается на тщательно собранном анамнезе. Подтверждается кожным тестированием с применением аппликационного метода с предполагаемым аллергеном. Кожные пробы не всегда дают положительный результат. Эффект элиминации – выздоровление или резкое ухудшение состояния после прекращения контакта с подозреваемым веществом.</p>
Прогноз	Благоприятный

Контактный аллергический хейлит дифференцируют с:

1. эксфолиативным хейлитом (сухая форма);
2. атопическим хейлитом;
3. актиническим хейлитом (сухая форма);
4. актиническим хейлитом (экссудативная форма);
5. метеорологическим хейлитом;
6. экзематозным хейлитом.

ЛЕЧЕНИЕ.

Общее:

1. Устранение причины, вызвавшей заболевание.
2. Десенсибилизирующая терапия (фенкарол, супрастин, пипольфен и т. д.)
3. Поливитамины с микроэлементами
4. Пантотенат кальция (вит.В5) по 0,1 г. 3 раза в день, в теч.2-3 нед.
5. Препараты кальция в течение 1 мес.
6. Хлористый кальций 10% р-р по 10 мл. в/в ежед., на курс 10 инъекций..
7. Гистаглобулин по 2 мл. 2 р. в неделю п/к или в/м, на курс 10 инъекций.
8. Седативные средства и транквилизаторы в теч. 1 -2 мес.
9. Тиосульфат натрия 30% р-р по 10 мл. в/в ежед., на курс 10-20 инъекций.
10. В тяжёлых случаях назначаются кортикостероидные препараты.

Местное:

1. Аппликации кортикостероидных мазей (преднизолон, преднизон, гидрокортизон, кортизон, фторокорт, флуцинар, локакортен, синалар, дермозолон).
2. Синтомициновая эмульсия 5% в виде аппликаций, 3-4 раза в день,
3. Лучи Букки.