

Методическая разработка семинара для ординаторов № 80

Тема: Симптоматические хейлиты. Атопический, экзематозный 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 атопический и экзематозный 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. Классификация хейлитов.
2. Атопический хейлит. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика.
3. Лечение атопического хейлита.
4. Экзематозный хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика.
5. Лечение экзематозного хейлита.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Заболевание симптомы	Атопический хейлит
Этиология	<ul style="list-style-type: none"> • проявление детской формы атопического дерматита (нейродермит) или экссудативный диатез, переходящий в детскую экзему (начинается в грудном возрасте с экссудативного диатеза, переходящего в детскую экзему, а в возрасте 7-8 лет собственно в нейродермит); • генетически обусловленный дефицит клеточного иммунитета – Т-супрессоров, создающий предрасположенность к атопической аллергии; <p>У больных атопическим дерматитом определяется повышенная способность продуцировать IgE на фоне снижения в</p>

	<p>периферической крови количества Т-клеток, IgA, IgG, IgM и увеличения IgG. Аллергенами, реализующими клиническое проявление атопического хейлита, могут быть пищевые продукты, медикаменты, цветочная пыльца, бытовая пыль, микроорганизмы, косметические средства и др.</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы – нейровегетативные нарушения (блокада β-адренергических рецепторов); • нейроэндокринные расстройства, заболевания ЖКТ (нарушение секреторной функции желудка).
Пол	Дети, подростки обоих полов (у лиц обоего пола)
Возраст	От 4-6 до 15-18 лет (пик активности приходится на 6-9 лет).
Течение и сезонность	Циклическое течение: летом наступает спонтанная ремиссия обострение в осенне-зимний период. Длительное, хроническое, волнообразное; торпидность течения.
Локализация	<p>Может сочетаться с проявлениями на коже лица, шеи, конечностей (53,9%).</p> <p>Может носить изолированный характер с поражением губ и кожи вокруг (46,1%).</p> <p><u>На коже тела:</u> в области боковых поверхностей шеи, груди, лба, щек, веки, локтевые и подколенные складки.</p> <p><u>Красная кайма губ и кожа вокруг</u></p>
Поражение слизистой оболочки полости рта	Не поражается
Самоизлечение	К периоду окончания полового созревания (к 19-20 годам) у большинства больных наблюдается самоизлечение, однако у них в дальнейшем могут периодически возникать симптомы атопического хейлита, особенно в углах рта. У взрослых обострения связаны с действием производственных вредностей.
Анамнез	Наличие аллергии на пищевые продукты, лекарственные вещества и др. Наличие атопии у родственников.
Жалобы	Зуд, покраснение губ и кожи вокруг (эстетический дефект), шелушение губ
Объективно:	<p><u>Кожа тела</u> слегка гиперемизированная, сухая, на ней много эскориаций, корочек, может быть отечность, незначительное мокнутие. Границы поражения нерезкие.</p> <p><u>Красная кайма губ и окружающая их кожа:</u> застойная гиперемия, инфильтрация и лихенизация (выраженный кожный рисунок) губ и кожи вокруг рта, появление трещин особенно в углах рта. Может присоединяться вторичная инфекция.</p> <p><u>При обострении</u> – губы и кожа вокруг гиперемизированы (розовая эритема с четкими границами), отечны, много радиальных трещин на красной кайме и в углах рта. На слизистую оболочку полости рта процесс не переходит. Возможна везикулязация и мокнутие на коже вокруг рта, корки (образуются на месте расчесов).</p> <p><u>При стихании процесса</u> – уменьшение отека, более резко</p>

	выделяется инфильтрация, лихенизация особенно в углах рта (вид «сложенной гармошки»), красная кайма шелушится мелкими чешуйками, вся ее поверхность как бы прорезана тонкими радиальными бороздками. Кожа в углах рта долго остается инфильтрированной, что способствует образованию мелких трещин.
Диагностика	Не вызывает трудностей
Изменения в периферической крови	Увеличение количества лимфоцитов и эозинофилов, уменьшение количества Т-лимфоцитов, Т-супрессоров; увеличение В-лимфоцитов, гиперпродукция Ig E.
Гистология	<u>В эпителии</u> : паракератоз, равномерный акантоз; <u>В верхней части дермы</u> – умеренные периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, эозинофилов и гистиоцитов.
Аллергологическое исследование	Выявление аллергена
Прогноз	Благоприятный

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА

Признаки	Экзематозный хейлит		
Этиология	<ul style="list-style-type: none"> • воспаление поверхностного слоя кожи нейро-аллергической природы (аллергены: микроорганизмы, пищевые продукты, медикаменты, физические факторы, косметические средства); • комплексное воздействие нейроаллергических, эндокринных, обменных и экзогенных факторов; • это аллергическая реакция замедленного типа. 		
Пол	Одинаково часто у мужчин и женщин		
Возраст	30-60 лет (чаще)		
Течение	<ul style="list-style-type: none"> • острое • подострое • хроническое заболевание длится годами, с обострениями (рецидивами).		
Локализация	<ul style="list-style-type: none"> • красная кайма обеих (чаще) или одной губ с поражением кожи, прилегающей к красной кайме; углы рта; • кожа лица; • возможно изолированное поражение только красной каймы губ. Слизистая оболочка губы не поражается.		
Элементы поражения на красной кайме	Ложный полиморфизм (полиморфизм носит эволюционный характер, т.е. не все элементы поражения возникают сразу, одни высыпания образуются из других): последовательно гиперемия (эритема) → мелкие пузырьки (везикулы) → эрозии → мокнутия → чешуйки и корочки.		
Гистология	<u>Эпителий</u> : паракератоз, акантоз, спонгиоз с образованием пузырьков в шиповатом слое эпителия. <u>Собственно слизистая</u> : отек сосочкового слоя с расширением сосудов, лимфацитарной инфильтрацией вокруг них.		
Клиника	Острое течение (острая экзема)	Подострое течение	Хроническое течение
Жалобы	Зуд и боль, жжение в области губы; затруднен разговор, прием пищи. Эстетический недостаток – губы увеличены в размере (отек), покраснение		Зуд красной каймы, эстетический недостаток.

	красной каймы губ.		
Объективно	<p>Острая экзема характеризуется определенными признаками:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперемия и отечность губ (<u>эритематозная стадия</u>) на этом фоне появляются → 2. группы точечных мелких узелков и пузырьков с серозным содержимым, постепенно увеличивающихся до величины булавочной головки (<u>везикулярная стадия</u>) → 3. точечные эрозии (серозные колодцы) с серозным экссудатом (<u>мокнущая стадия</u>) → 4. серовато-желтые корки, легко снимающиеся чешуйки (<u>корковая стадия</u>), под которыми происходит эпителизация. 	<p>Стихание острых явлений, образование чешуек и корок на губах; уменьшение отека.</p> <p>Если аллерген не установлен, то за одной вспышкой следует вторая, третья.</p>	<p>Красная кайма и участки кожи вокруг уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата (если инфильтрация усиливается, то может быть выражен кожный рисунок - лихенизация). Местами могут располагаться мелкие узелки, отдельные пузырьки, корочки, чешуйки → шелушение. Длительное течение может осложниться образованием болезненных, кровоточащих трещин.</p>
Микробная экзема			
Этиология	<ul style="list-style-type: none"> • Длительно существующие микробные трещины (микробная заеда или микробная трещина в центре губы, реже у крыльев носа) предшествуют экземе. • В результате сенсibilизации кожи или красной каймы губ к бактериальным токсинам и аутоксинам возникает микробная экзема. 		
Локализация	Располагается только в той части красной каймы губы и кожи, где была микробный очаг – трещина, заеда (экзематозная реакция сильнее выражена вблизи микробного очага).		
Диагностика	Кожно-аллергические реакции со специфическими антигенами (чаще выявляется сенсibilизация к стрептококкам и стафилококкам).		
Клиника	Соответственно микробному очагу на красной кайме губы и окружающей коже появляется отек → гиперемия с мелкими везикулярными элементами, которые быстро подсыхают → желтовато-серые корочки, после снятия, которых обнажается красная мокнущая поверхность с «серозными колодцами», очаги склонны к периферическому росту → шелушение. Затем возникают рецидивы → стихание процесса. Существует длительное время.		

ЛЕЧЕНИЕ

Патогенетическое лечение экземы заключается в применении десенсибилизирующих и седативных препаратов, транквилизаторов, гистаглобулина по схеме. В тяжёлых случаях назначаются кортикостероидные препараты, поливитамины.

Местная терапия состоит в назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при мокнущей - аэрозолей с кортикостероидами и антибактериальными веществами (лоринден-С, дермозолон, оксикорт, флуцинар, олазол, гипозоль). Используются кератопластические препараты.