

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ И ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2013

УДК 616.313/.317-053.2 (075.8)
ББК 56.6 я73
3-12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 30.05.2012 г., протокол № 8

А в т о р ы: Т. Н. Терехова, О. В. Минченя, В. П. Михайловская, Е. А. Кармалькова

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. Л. Л. Александрова; канд. мед. наук, доц. Г. И. Бойко

Заболевания губ и языка у детей : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова 3-12 [и др.]. – Минск : БГМУ, 2013. – 46 с.

ISBN 978-985-528-774-3.

Представлены сведения об анатомо-физиологических особенностях строения слизистой оболочки губ и языка у детей. Изложена этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение заболеваний губ и языка в детском возрасте.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета по дисциплине «Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний».

УДК 616.313/.317-053.2 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-774-3

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2013

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: Заболевания губ и языка у детей. Этиология, клинические проявления, диагностика и лечение заболеваний губ и языка в детском возрасте.

Общее время занятия: 6 ч.

В последние годы увеличилась распространенность заболеваний губ и языка, в том числе и у детей. Это связано с ростом неблагоприятных факторов (физических, химических, биологических), влияющих на их состояние. Кожа лица и красная кайма губ подвергаются постоянному воздействию многих факторов: температурным колебаниям, влажности, высушиванию, ультрафиолетовому облучению, которые могут стать причиной патологических изменений. Важную роль в патологии губ отводят нарушению их архитектоники, ротовому дыханию, зубочелюстным аномалиям. Изменения языка часто наблюдаются при системных заболеваниях. Поэтому считают, что состояние слизистой оболочки языка является зеркалом, отражающим изменения в организме, и в таких случаях состояние языка может быть ценным диагностическим признаком.

Цель занятия: научиться диагностировать заболевания губ и языка у детей и проводить их местное лечение.

Задачи занятия. После изучения темы студент должен:

1) **знать:**

- особенности строения губ и языка у детей;
- классификацию заболеваний губ и языка;
- этиологию и патогенез хейлита и глоссита у детей;
- особенности клинических проявлений заболеваний губ и языка у детей;
- методы обследования и лечения заболеваний губ и языка у детей;

2) **уметь:**

- выяснить жалобы, собрать анамнез заболевания;
- провести клиническое обследование ребенка;
- направить на обследование к другим врачам-интернистам;
- анализировать результаты обследования;
- составить план лечения ребенка;
- оформить стоматологическую амбулаторную карту;
- провести функциональное и медикаментозное лечение пациента с хейлитом.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту необходимо повторить из курсов:

- *патологической физиологии* — патофизиологические процессы воспаления;
- *гистологии, цитологии, эмбриологии* — строение губ и языка;

- *фармакологии* — антисептики, средства, способствующие эпителизации, гормональные препараты для местного применения;
- *стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний* — принципы миотерапии, организацию занятий по миотерапии, миотерапию при нарушении функции дыхания;
- *терапевтической стоматологии* — этиологию, патогенез, клинику, методы лечения заболеваний губ и языка у взрослых;
- *дерматовенерологии* — клинические проявления, диагностику и лечение нейродермита, экземы.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие сосочки различают на слизистой оболочке спинки языка?
2. Эпителий каких сосочков языка постоянно подвергается ороговению и слущиванию?
3. В покровном эпителии каких сосочков языка заложены вкусовые луковицы?
4. Как называется переходная зона от кожи наружной поверхности губы к ее вестибулярной поверхности?
5. Как называется линия смыкания губ?
6. Какой эпителий выстилает красную кайму губ?
7. Какие упражнения предназначены для тренировки круговой мышцы рта?
8. Какие антисептики используют для обработки слизистой оболочки полости рта?
9. Какие средства, способствующие эпителизации, используют для лечения слизистой оболочки полости рта?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Особенности строения губ и языка у детей.
2. Классификация заболеваний губ (МКБ–10, 1997; А. Л. Машкиллейсон, С. А. Кутин, 1984), классификация заболеваний языка (МКБ–10, 1997).
3. Этиология, клинические проявления и лечение ангулярного хейлита.
4. Этиология, клинические проявления и лечение glandулярного хейлита.
5. Этиология, клинические проявления и лечение эксфолиативного хейлита.
6. Этиология, клинические проявления и лечение метеорологического, актинического, контактного, экзематозного, atopического хейлита, хронической трещины губы, макрохейлита Россолимо–Мелькерссона–Розенталя.
7. Этиология, клинические проявления и лечение «географического» языка.
8. Этиология, клинические проявления и лечение срединного ромбовидного глоссита.

9. Этиология, клинические проявления и лечение «волосатого» языка.
10. Этиология, клинические проявления и лечение складчатого языка.

Задания для самостоятельной работы студентов. Студенту следует изучить материал, изложенный в учебно-методическом пособии. На практическом занятии студент должен принять 1 пациента с заболеванием по теме занятия и провести его обследование: выяснить жалобы, собрать анамнез жизни и заболевания, провести полное обследование челюстно-лицевой области, оценить состояние кожной части губ, красной каймы, слизистой оболочки губ и языка. Затем нужно провести анализ полученных данных, поставить предположительный диагноз и при наличии показаний направить ребенка на консультацию и обследование к соответствующему специалисту: педиатру, аллергологу, дерматологу, психоневрологу. Кроме этого, студенты должны составить план лечения, провести необходимую местную терапию, а также выписать рецепты препаратов для местного лечения заболеваний губ и языка: антисептиков, эпителизирующих препаратов, кортикостероидных мазей, местных анестезирующих препаратов, увлажняющих и противогрибковых мазей, мазей, содержащих антибиотики. В заключение следует оформить стоматологическую амбулаторную карту.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Эпителий, выстилающий различные участки слизистой оболочки полости рта у *новорожденных* сравнительно тонкий и содержит большое количество гликогена. Особенности строения обуславливают высокую проницаемость и ранимость слизистой оболочки полости рта в этот период, в то же время содержание в слизистой значительного количества кислых мукополисахаридов обеспечивает высокую способностью к регенерации.

В грудном возрасте в специализированной и покровной слизистой оболочке сохраняется рыхлое строение соединительнотканной основы, появляются зоны паракератоза на вершинах нитевидных сосочков языка.

В период раннего детства (1–3 года) в слизистой оболочке полости рта появляются региональные отличия. В эпителии языка, губ и щек снижается количество гликогена. Сохраняется высокая проницаемость эпителия слизистой оболочки, что обуславливает предрасположенность к острому и разлитому течению патологических процессов.

В возрасте 4–12 лет происходят количественные и качественные изменения слизистой оболочки полости рта. Наблюдается уменьшение количества кровеносных сосудов и клеточных элементов, снижается проницаемость слизистой оболочки, создаются предпосылки к хроническому

течению воспалительных процессов, появляются заболевания, в патогенезе которых значительную роль играет фактор сенсibilизации и аллергии организма.

МОРФОЛОГИЯ ГУБ И ЯЗЫКА. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГУБ

Специфика клинического течения заболеваний губ и языка связана с анатомо-физиологическими особенностями их строения.

Губа является зоной перехода кожного покрова в слизистую оболочку полости рта. Основу губы образует поперечно-полосатая мышечная ткань круговой мышцы рта. Губа состоит из трех отделов — кожного, промежуточного и слизистого (рис. 1).

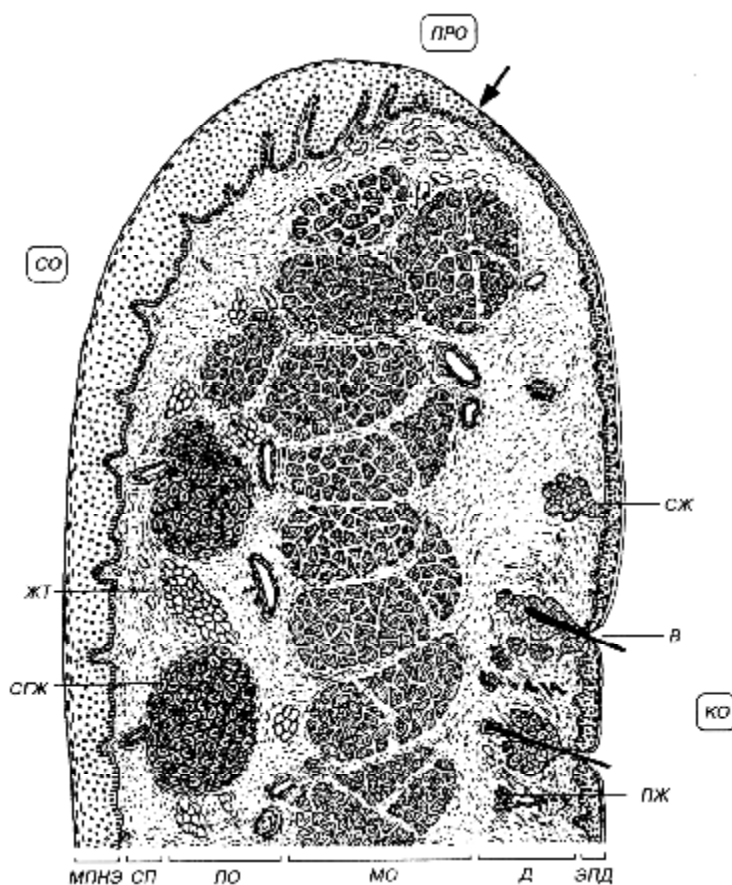


Рис. 1. Строение губы:

КО — кожный отдел; ПРО — промежуточный отдел; СО — слизистый отдел; МО — мышечная основа; ЭПД — эпидермис; Д — дерма; ПЖ — потовая железа; СЖ — слюнная железа; В — волос; МПНЭ — многослойный плоский неороговевающий эпителий; СП — собственная пластинка слизистой оболочки; ПО — подслизистая основа; ЖТ — жировая ткань; СГЖ — смешанные губные железы. Стрелкой обозначена граница между кожным и промежуточными отделами губы (В. Л. Быков, 1996)

Кожная часть губы имеет строение кожи, выстлана многослойным ороговевающим эпителием (эпидермисом), содержит волосы, потовые и

сальные железы. В дерму вплетаются мышечные волокна, обеспечивающие подвижность этого отдела губы. Кожа лица, в том числе и губ, подвержена влиянию многих неблагоприятных факторов. Ее защитная функция осуществляется за счет эпидермиса, водно-жировой мантии и меланина. При воздействии неблагоприятных факторов внешней среды эпителиальный покров кожи утолщается и ороговевает. Водно-жировая пленка (мантия) с кислой реакцией (рН 5,0–6,0) ослабляет или нейтрализует повреждающее действие химических веществ, предохраняет кожу от высыхания, резких колебаний температуры, препятствует абсорбции чужеродных веществ и проникновению в организм инфекции. Свободные жирные кислоты, входящие в состав кожи, угнетают рост патогенной микрофлоры, а меланин обеспечивает защиту от солнечного ультрафиолетового излучения.

Функциональные особенности кожи у детей. Защитные функции кожи у детей несовершенны, что связано с анатомической недостаточностью ее структурных компонентов (клетки соединительной ткани недифференцированные, имеются обильная васкуляризация и гидрофильность, недостаточная кератинизация эпидермиса). Наряду с этим водно-липидная мантия имеет нейтральную или слабощелочную рН, а не кислую, как у взрослых. Все это обуславливает ранимость детской кожи, склонность к образованию трещин, более легкому развитию патологических процессов и их распространению. Вместе с тем большая васкуляризация детской кожи и высокая интенсивность обменных процессов способствуют активной регенерации ткани.

Промежуточный отдел (красная кайма губ) образован (в отличие от кожи) четырьмя слоями эпителия: базальным, шиповатым, зернистым (кератогиалиновым) и блестящим (стекловидным, или элеидиновым). Волосы и потовые железы на красной кайме исчезают, а сохраняются только сальные железы (особенно в углах рта и на верхней губе). Собственная пластинка слизистой оболочки образует высокие сосочки с многочисленными капиллярными петлями, близко подходящими к поверхности эпителия. Кровь, протекающая в капиллярах, просвечивает через слой эпителия, обуславливая красную окраску и соответствующее название этого отдела губы. Так как красная кайма содержит лишь единичные сальные железы и лишена слюнных желез, ее поверхность может пересыхать и растрескиваться. Однако защитой красной каймы от высыхания и внешних воздействий служит выраженный слой *элеидина*¹, полностью отсутствующий в слизистой оболочке (Л. И. Фалин, 1980; Б. М. Пашков, 1963).

¹ Элеидин — промежуточный продукт превращения кератогиалина в кератин, содержащийся в клетках блестящего слоя эпидермиса. Вещество белковой природы, сильно преломляющее свет, напоминающее капли масла, отчего и получило такое название.

Слизистый отдел представлен *выстилающей (покровной)* слизистой оболочкой. Она покрыта неороговевающим эпителием, подвижна и эластична, прикреплена преимущественно к мышцам, растяжима и по сравнению с другими участками слизистой оболочки полости рта наиболее проницаема для различных веществ. Слой неороговевающего эпителия слизистой оболочки губы толстый, составляет 500–600 мкм. В наружных частях промежуточного слоя и поверхностном слое эпителиоциты содержат значительное количество гликогена. Собственная пластинка слизистой оболочки образует высокие узкие сосочки, которые проникают в эпителий на $\frac{3}{4}$ его толщины, содержит большое количество сосудов, жировую ткань и концевые отделы *смешанных губных слюнных желез*. Это белково-слизистые железы с преобладанием слизистых клеток, число их снижается в направлении от средней линии к периферии. Выводные протоки желез открываются в преддверие полости рта. Помимо мелких слюнных желез в слизистой оболочке губы (особенно верхней) и в углах рта встречаются сальные железы. Выводные протоки сальных желез открываются на поверхность слизистой оболочки и имеют вид мелких желтоватых пятнышек, которые называются гранулы Фордайса (рис. 2). Вопрос о том, выполняют ли сальные железы слизистой оболочки какую-либо специфическую функцию в полости рта, остается не решенным.



Рис. 2. Гранулы Фордайса:

a — на слизистой оболочке нижней губы в области угла рта (Л. А. Цветкова, 2005);
б — на слизистой оболочке верхней губы (Р. В. Отт и др., 2010)

Углы рта. В углах рта красная кайма и зона Клейна (линия перехода красной каймы в слизистую оболочку губы) представлены узкой полоской «перешейка» между верхней и нижней губой. Особую защиту эпителия в углах рта создает секрет сальных желез.

РОЛЬ АРХИТЕКТониКИ ГУБ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Одной из причин заболеваний губ у детей является нарушение архитектоники губ, т. к. при этом воздействию обычных для кожи и красной каймы факторов (солнечные лучи, низкая температура) подвергается неадаптированная к ним слизистая оболочка.

Внешним признаком физиологического смыкания губ является равенство ширины красной каймы верхней и нижней губы, т. е. *полное правильное смыкание* (Т. Ф. Виноградова, 1984).

При нарушении архитектоники смыкание губ происходит не по линии Клейна. При этом чаще всего с зоной Клейна верхней губы контактирует слизистая оболочка нижней губы (нижняя губа как бы вывернута наружу вследствие снижения тонуса круговой мышцы рта) либо красная кайма нижней губы (красная кайма «вворачивается» внутрь полости рта при повышении тонуса круговой мышцы рта). Такой тип смыкания губ Т. Ф. Виноградова называет *полным неправильным смыканием*, а привычно несомкнутые в покое губы — *неполным смыканием*. Внешним признаком нарушения архитектоники губ является изменение ширины красной каймы. Расширение красной каймы нижней губы по сравнению с верхней происходит за счет присоединения к ней полоски слизистой оболочки губы (рис. 3).



Рис. 3. Нарушение архитектоники губ:
а — увеличение ширины красной каймы нижней губы, слизистая нижней губы контактирует с красной каймой верхней губы (Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина, 2005);
б, в — красная кайма нижней губы контактирует со слизистой оболочкой верхней губы (О. В. Минченя, В. П. Михайловская, 2011)

При нарушении смыкания слизистая оболочка губы, приспособленная к теплой, влажной среде, подвергается высушиванию, воздействию низких температур и солнечных лучей.

Причинами нарушения смыкания губ являются ротовое дыхание, снижение тонуса круговой мышцы рта, патология прикуса, короткая уздечка губы, ограничивающая ее подвижность, вредные привычки (сосание языка, пальца, прикусывание губы).

Однако при нарушении смыкания губ хейлит развивается не всегда. Данное заболевание появляется, если нарушения архитектоники сочетаются с неадекватной реакцией покровных тканей губ (кожи, красной каймы, слизистой оболочки) на факторы внешней среды (склонность к кератодермии; пониженная резистентность к пиогенной, микотической, микробной микрофлоре; аллергические реакции).

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯЗЫКА

Язык — мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, участвующий в акте жевания, сосания, глотания, артикуляции, речеобразовании, определении вкуса. Выделяют тело, корень и кончик языка, которые отличаются рельефом и строением слизистой оболочки на разных поверхностях.

Слизистая оболочка нижней поверхности языка относится к *выстилающей (покровной)*, а верхней, или дорсальной (спинка) — к *специализированной*.

Слизистая оболочка нижней поверхности языка включает многослойный плоский неороговевающий эпителий, собственную пластинку, содержащую значительное количество эластических волокон, обеспечивающих быструю адаптацию к постоянной деформации при движениях языка, и подслизистую основу, которая плотно прикреплена к мышечной ткани. Передний отдел нижней поверхности языка имеет смешанные язычные слюнные железы.

Верхняя и боковые поверхности языка покрыты многослойным плоским частично ороговевающим эпителием, который вместе с собственной пластинкой слизистой оболочки образуют особые выступы — *сосочки языка*.

Различают 4 вида сосочков: нитевидные, листовидные, грибовидные, желобоватые (окруженные валом) (рис. 4).

Нитевидные сосочки — наиболее многочисленные, равномерно распределены по верхней поверхности кончика и тела языка. Эти сосочки выполняют в основном механическую функцию: формируют прочную абразивную поверхность, с помощью которой язык прижимает пищевой ко-

мок к твердому небу и участвует в его измельчении. С возрастом количество нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка снижается.

Листовидные сосочки — развиты лишь в раннем детском возрасте, располагаются в количестве 3–8 на боковых поверхностях языка на границе корня и тела. Образованы параллельными складками слизистой оболочки листовидной формы, разделенными щелями. Содержат вкусовые луковицы.

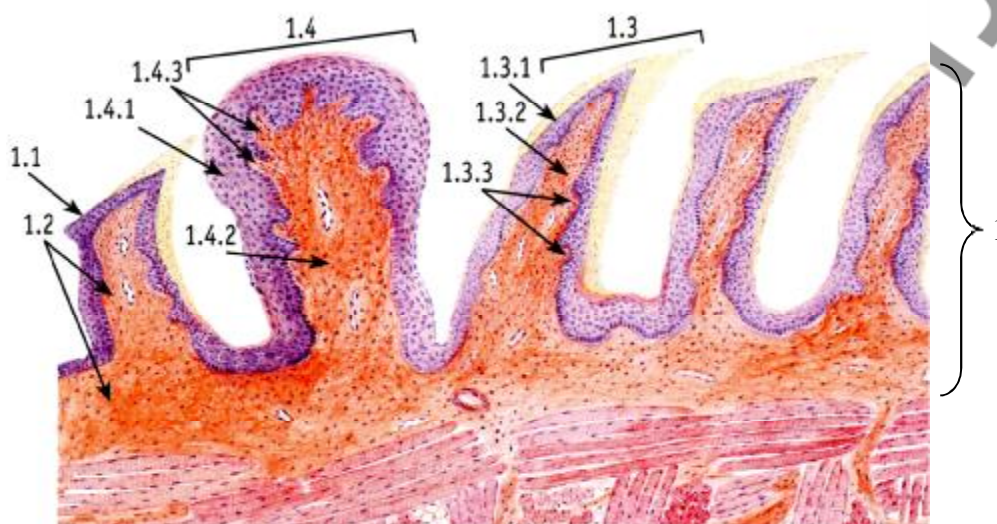


Рис. 4. Дорсальная поверхность языка:

1 — слизистая оболочка: 1.1 — многослойный плоский эпителий; 1.2 — собственная пластинка; 1.3 — нитевидный сосочек: 1.3.1 — многослойный плоский ороговевающий эпителий; 1.3.2 — первичный соединительнотканый сосочек; 1.3.3 — вторичные соединительнотканые сосочки; 1.4 — грибовидный сосочек: 1.4.1 — многослойный плоский неороговевающий эпителий; 1.4.2 — первичный соединительнотканый сосочек; 1.4.3 — вторичные соединительнотканые сосочки (С. И. Юшканцева, В. Л. Быков, 2006)

Грибовидные сосочки — одиночные, расположенные среди более мелких и низких нитевидных сосочков, особенно многочисленны на кончике языка. В эпителии вершины сосочков встречаются вкусовые луковицы.

Желобоватые сосочки — самые крупные, в количестве 6–15 располагаются между телом и корнем языка в V-образной бороздке и не выступают над ее поверхностью. Верхняя поверхность желобоватых сосочков покрыта ороговевающим эпителием, а боковая поверхность — неороговевающим эпителием, который содержит многочисленные вкусовые луковицы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ У ДЕТЕЙ

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ

На основе МКБ–10 (1997) выделяют следующие формы хейлита:

К13.0 Болезни губ

К13.00 Ангулярный хейлит

К13.01 Хейлит glandулярный апостематозный

К13.02 Хейлит эксфолиативный

К13.03 Хейлит БДУ

К13.04 Хейлодиния

К13.08 Другие уточненные болезни губ

К13.09 Болезнь губ неуточненная

К13.1 Прикусывание щеки и губ

Наряду с МКБ–10 используют клиническую классификацию, предложенную А. Л. Машкиллейсоном, С. А. Кутиным (1984):

1. Собственно хейлиты:

- а) эксфолиативный;
- б) glandулярный;
- в) метеорологический;
- г) актинический.

2. Симптоматические хейлиты:

- а) атопический;
- б) экзематозный;
- в) контактный;
- г) макрохейлит как симптом синдрома Россолимо–Мелькерссона–Розенталя;
- д) хроническая трещина губ;
- е) хейлиты при гиповитаминозах.

ХЕЙЛИТ АНГУЛЯРНЫЙ

Хейлит ангулярный (син.: ангулярный хейлоз, трещина спайки губ, заеда) — воспалительное заболевание углов рта. Чаще наблюдается у детей в возрасте от 4 до 10 лет.

Этиология и патогенез. Основной причиной ангулярного хейлита является нарушение архитектоники губ (рис. 5). При снижении высоты нижней трети лица (при глубоком или дистальном прикусе) (рис. 6) или снижении тонуса *m. orbicularis oris* изменяются взаимоотношения тканей в области углов губ. Смыкание происходит не только по узкой зоне Клейна, но захватывает и прилежащую кожу. В углах рта образуются глубокие кожные складки. При таком глубоком смыкании в углах рта нарушаются физиологические условия: вследствие неполного герметизма складки кожи и красной каймы, не приспособленные к влажной среде полости рта, постоянно увлажняются слюной, что приводит к их мацерации.



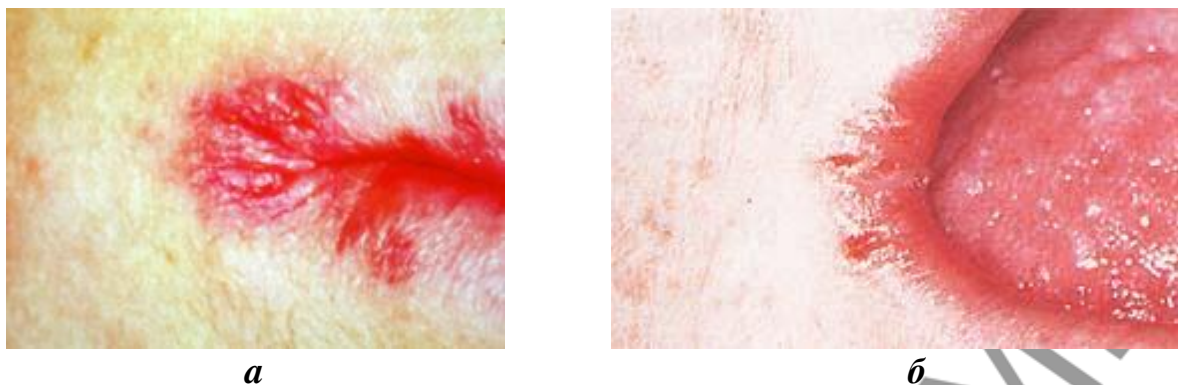
Рис. 5. Ангулярный хейлит (заеда) у ребенка с неполным смыканием и нарушенной архитектурой губ (Т. Ф. Виноградова, 1987)



Рис. 6. Ангулярный хейлит у пациента с патологией прикуса (снижение высоты нижней трети лица) (Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина, 2005)

Скопление слюны в углах рта приводит к формированию вредной привычки — «вытиранию» углов рта, а также к возможному инфицированию «мокнущих» участков углов рта кокковой или микотической флорой. Развитию ангулярного хейлита способствуют и несовершенные защитные свойства, морфология покровных тканей в детском возрасте, а также снижение иммунитета при соматических заболеваниях у детей.

Клиническая картина. Пациенты предъявляют жалобы на боль при открывании рта, приеме пищи и разговоре. В воспалительный процесс вовлекаются слизистая оболочка в области комиссур и прилегающие участки кожи, процесс, как правило, двухсторонний. Наблюдается инфильтрация эпителия и прилегающей кожи. В складках кожи появляются болезненные эрозии. При присоединении стафилококковой инфекции эрозии покрываются корками желтого цвета (рис. 7, а), регионарные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными при пальпации. При присоединении грибковой инфекции эрозии в складках кожи покрыты белым налетом (рис. 7, б). Одновременно может поражаться слизистая оболочка углов рта, которая приобретает перламутровую окраску.



а

б

Рис. 7. Ангулярный хейлит:

а — стафилококковый (Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина, 2005); *б* — кандидозный (О. П. Максимова, 2000)

Дифференциальная диагностика. Дифференциальную диагностику проводят с атопическим и экзематозным хейлитом.

ХЕЙЛИТ ГЛАНДУЛЯРНЫЙ АПОСТЕМАТОЗНЫЙ

Хейлит glandулярный апостематозный (от греч. *apostema* — гнойник, абсцесс) — хроническое воспалительное заболевание губ вследствие гиперплазии, гиперфункции или гетеротопии малых слюнных желез в области красной каймы губ и переходной зоны. Впервые гнойный glandулярный хейлит описал Folkman в 1870 г. В 1927 г. Puentе и Acevedo описали клинику простого glandулярного хейлита. Заболевание чаще встречается среди людей среднего возраста и пожилых людей, но также бывает у детей и подростков.

Этиология и патогенез. Многие авторы связывают это заболевание с врожденной аномалией слюнных желез, когда они, в норме находящиеся только в слизистой оболочке губы, появляются в зоне Клейна и на красной кайме губ, гипертрофируются и интенсивно продуцируют слюну.

По мнению Т. Ф. Виноградовой (1987) и О. П. Максимовой (2000), основной причиной glandулярного хейлита у детей является нарушение архитектоники губ вследствие их неполного или неправильного смыкания, а не «атопия желез».

Метаболический статус при glandулярных хейлитах имеет некоторые особенности. Оценка уровня веществ низкой и средней молекулярной массы в биологических жидкостях организма, а также маркеров эндогенной интоксикации у детей в возрасте от 7 до 17 лет свидетельствует об усилении процессов катаболизма и накоплении промежуточных и конечных продуктов обмена веществ. Возможно, накопление мочевины, ксантина и их производных, а также последующее их активное выведение со слюной способствуют развитию воспаления малых слюнных желез губ.

Эритроциты — один из главных компонентов системы связывания и транспорта токсичных соединений, они адсорбируют на своей поверхно-

сти эндогенные токсины. Количественные показатели эндогенной интоксикации при гнойной форме glandулярного хейлита соответствуют метаболическому ответу организма при хронической патологии. Анализ веществ низкой и средней молекулярной массы и эндогенной интоксикации в биологических субстратах показывает значимость этого фактора в патогенезе заболеваний губ у детей и подростков.

Клиническая картина. Простой glandулярный хейлит имеет типичную клиническую картину. На слизистой губы в области переходной зоны видны расширенные устья слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны. После высушивания губы на ее поверхности вновь выделяется слюна, напоминающая капли росы (симптом «капель росы») (рис. 8, а).

Частое смачивание красной каймы губ слюной, которая испаряется, способствует увеличению сухости и приводит к появлению трещин, в дальнейшем возможно ороговение красной каймы.

В случае проникновения пиогенной инфекции в расширенные протоки слюнных желез развивается **гнойный glandулярный хейлит**. Появляется боль, губа становится отечной, из расширенных протоков слюнных желез выделяется гнойный экссудат, губа покрывается желтыми гнойными корками, отмечается поднижнечелюстной лимфаденит (рис. 8, б). При закупорке выводных протоков желез гнойным экссудатом возможно абсцедирование.



а



б

Рис. 8. Glandулярный хейлит: а — простой (Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина, 2005); б — гнойный (О. П. Максимова, 2001)

Прогноз заболевания благоприятный, однако glandулярный хейлит может создавать условия для развития предраковых заболеваний. Иногда вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде колец, а в некоторых случаях слизистая оболочка или красная кайма губы ороговевает на большом протяжении.

ХЕЙЛИТ ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ

Хейлит эксфолиативный — хроническое заболевание, при котором поражается только красная кайма губ. Впервые заболевание было описано Stelwagon в 1900 г. под названием «персистирующая десквамация губ». Затем Besnier (1901) описал его под названием «эксфолиативная экзема губ», Crocker (1912) — «эксфолиативное воспаление губ». В 1912 г. Micsulicz и Kimmel предложили назвать это заболевание «эксфолиативный хейлит». Б. М. Пашков (1963) впервые указал на существование двух форм эксфолиативного хейлита — сухой и экссудативной, и отметил возможность перехода одной формы заболевания в другую. Возраст пациентов от 10 до 40 лет, заболевание начинается в раннем школьном и подростковом возрасте.

Этиология и патогенез. Причина заболевания окончательно не установлена. Т. Ф. Виноградова считает, что болезни губ у детей, в том числе и эксфолиативный хейлит, возникают преимущественно в связи с нарушением правильного смыкания губ. Слизистая оболочка губ при их неполном или неправильном смыкании подвергается воздействию внешних факторов. Развивается приспособительный механизм облизывания губ, формируется вредная привычка. Однако такое увлажнение не может защитить слизистую и красную кайму губ, поэтому появляются признаки воспаления: гиперемия, отек, сухость, повышенная десквамация.

Некоторые исследователи полагают, что в основе заболевания лежат нейрогенные механизмы. У значительной части пациентов с эксфолиативным хейлитом выявлена различная психопатология, преимущественно депрессивные реакции и невротические состояния. Установлена связь между эксфолиативным хейлитом и гиперфункцией щитовидной железы. Признается роль генетического и иммуноаллергического факторов в патогенезе заболевания. Дискутируется участие герпетической инфекции в этиологии эксфолиативного хейлита.

Для заболевания характерна локализация патологического процесса только на красной кайме губ. Углы рта, кожа губ и участки красной каймы, прилежащие к коже, свободны от высыпаний.

Сухая форма. Пациентов беспокоят сухость губ, жжение и боль, усиливающаяся от различных раздражителей и при движении губ, затруднены прием пищи и речь. Дети не открывают широко рот, щадят красную кайму губ, в результате чего плохо ухаживают за полостью рта.

На застойно гиперемированной красной кайме появляются сухие полупрозрачные чешуйки, которые центральной частью плотно прикреплены к красной кайме, а по периферии отстают от нее (рис. 9). Через 5–7 дней после появления чешуйки легко снимаются, при этом обнажается ярко-красная поверхность красной каймы, эрозий на месте чешуек нет.



Рис. 9. Эксфолиативный хейлит, сухая форма (Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский, 1981)

Экссудативная форма. Пациенты жалуются на боль, усиливающуюся от любых внешних раздражителей и при движении губ, поэтому рот у них всегда приоткрыт. Подростков беспокоит внешний вид, они становятся замкнутыми, необщительными, находятся в состоянии психоэмоциональной возбудимости.

Экссудативная форма эксфолиативного хейлита проявляется значительным отеком губ и образованием массивных отслаивающихся корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета в зоне Клейна. Корки могут достигать значительных размеров и тогда свисают с губы в виде фартука (рис. 10).

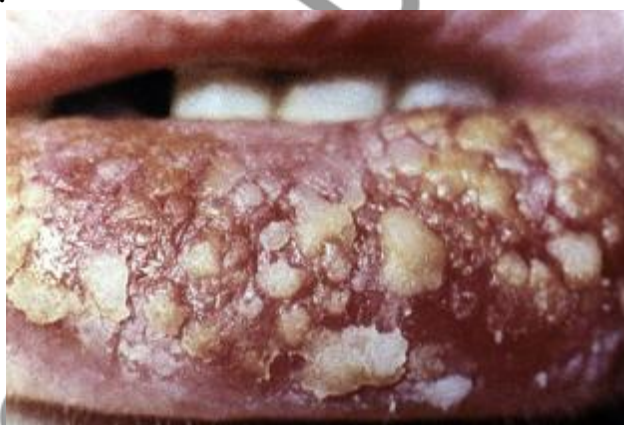


Рис. 10. Эксфолиативный хейлит, экссудативная форма (Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский, 1981)

После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая поверхность красной каймы, эрозии отсутствуют. Процесс никогда не переходит на кожу и слизистую оболочку губ. Процесс протекает длительно. Сухая форма эксфолиативного хейлита может трансформироваться в экссудативную и наоборот.

Дифференциальная диагностика. Диагностика эксфолиативного хейлита основана на характерной клинической картине и локализации заболевания.

Экссудативную форму эксфолиативного хейлита следует дифференцировать с экссудативной формой актинического хейлита, сухую форму — с атопическим, метеорологическим и контактными хейлитами.

ПРИКУСЫВАНИЕ ЩЕКИ И ГУБ

Прикусывание щеки и губ — механическая травма, у детей встречается чаще, чем у взрослых. Прикусывание щеки и губ возможно у детей дошкольного и школьного возраста при наличии вредной привычки кусать губы или слизистую щеки.

Травмирование губ зубами может происходить при так называемом *синдроме аналгии* (аналгезии)².

Клиническая картина. Общее состояние ребенка не нарушено. При дефектах верхних слоев эпителия, возникающих в результате привычного прикусывания слизистой оболочки, дети жалоб не предъявляют, прием пищи безболезненный. Такие поражения обнаруживают, осматривая слизистую оболочку полости рта при посещении стоматолога. Слизистая оболочка обычной окраски, в местах травмирования (в области щек, губ) ее поверхность неровная, видны обрывки эпителия белого цвета, иногда небольшие кровоизлияния, безболезненные при пальпации.

Аутоанестезиофагия — самостоятельно нанесенная травма мягких тканей детьми, которым была проведена проводниковая анестезия для лечения зубов (рис. 11). Поскольку мягкие ткани теряют чувствительность после проведенной анестезии, ребенок неосознанно «изучает» зубами новый объект. Развивается сильный отек травмированной губы, на месте прикусывания образуется болезненная эрозия больших размеров. Эрозия имеет неправильную форму, покрыта фибринозным налетом беловато-

² Аналгезия (аналгия) — уменьшение болевой чувствительности. Может наблюдаться при некоторых заболеваниях нервной системы. Возможны редкие случаи врожденной аналгии. Причина аналгии — задержка развития физиологической системы боли. Другой патологии нервной системы у этих больных не выявляют. Заболевание часто наблюдается у членов одной семьи. У детей с синдромом аналгии наблюдают патологию скелета: в участках повышенной нагрузки возникают переломы, асептические некрозы, остеомиелиты. Характерно раннее выпадение как временных, так и постоянных зубов, чему обычно предшествует образование десневых абсцессов. После прорезывания первых зубов дети начинают прикусывать язык, губы, щеки, пальцы. Об этом свидетельствуют множественные рубцы на слизистой оболочке полости рта и коже. Кровотечения, возникающие при прикусывании слизистой оболочки или красной каймы губ, языка, могут быть различной интенсивности, иногда требующие хирургического вмешательства. Другие виды кожной чувствительности, как правило, не страдают. С возрастом аналгия обычно регрессирует, часто чувствительность полностью восстанавливается к 10–12 годам.

желтоватого цвета, окружающая слизистая оболочка слабо или умеренно гиперемирована. Общее состояние ребенка не нарушено.



Рис. 11. Самостоятельно нанесенная травма нижней губы после проводниковой анестезии (М. С. Даггел и др., 2001; А. Камерон, Р. Уидмер, 2010)

Диагноз обычно основывается на данных анамнеза и клинического обследования.

ХЕЙЛИТ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ

А. Л. Машкиллейсон, С. А. Кутин (1984) наряду с эксфолиативным и glandулярным выделяют следующие формы хейлита: метеорологический, актинический, атопический, экзематозный, контактный, макрохейлит Россоломо–Мелькерссона–Розенталя, хроническая трещина губ и хейлит при гиповитаминозах.

Хейлит метеорологический — воспалительное заболевание губ, обусловленное действием метеорологических факторов (пониженная или повышенная влажность, запыленность воздуха, ветер, низкая или высокая температура).

Этиология и патогенез. Для развития заболевания имеют значение длительное пребывания в неблагоприятных климатических условиях, вредные привычки (облизывание губ), нарушение правильного смыкания губ, конституциональные особенности кожи (метеорологический хейлит чаще всего возникает у лиц с белой и нежной кожей). Заболевание может наблюдаться в любое время года. Метеорологический хейлит чаще встречается у взрослых, но может быть и у детей, которые занимаются такими видами спорта, как велосипедный, лыжный, биатлон, гребля, а также у детей, проживающих в северных регионах.

Клиническая картина. При метеорологическом хейлите поражается красная кайма чаще нижней губы на всем ее протяжении. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены. Пациенты жалуются на сухость и чувство стягивания губы, шелушение. При этом вся красная кайма гиперемирована, слегка инфильтрирована, сухая, часто покрыта мелкопластинчатыми чешуйками. Многие дети облизывают губы, что приводит к увеличению

сухости, а затем и к инфильтрации красной каймы. Заболевание имеет упорное течение независимо от времени года.

Дифференциальная диагностика. Трудности диагностики метеорологического хейлита связаны с тем, что он напоминает другие хейлиты. Дифференциальную диагностику проводят с аллергическим контактным хейлитом, актиническим и атопическим хейлитом, сухой формой эксфолиативного хейлита, хейлитом при гиповитаминозах. Для диагностики решающее значение имеет анамнез.

ХЕЙЛИТ АКТИНИЧЕСКИЙ

Хейлит актинический — хроническое воспаление губ, обусловленное повышенной чувствительностью красной каймы губ к солнечному свету. Заболевание впервые описано Ayres в 1923 г. Актинический хейлит чаще встречается у лиц в возрасте 20 лет и старше. Однако, по данным Л. И. Урбанович (1974), среди пациентов могут быть и дети в возрасте от 13 до 16 лет.

Этиология и патогенез. Заболевание вызвано длительным пребыванием на солнце, а также отражением солнечных лучей поверхностью воды или снежного покрова. Актинический хейлит чаще встречается у населения южных регионов с интенсивным солнечным излучением, но может быть у детей и подростков, занимающихся такими видами спорта, как велосипедный, парусный, лыжный и горнолыжный, а также гребля.

В основе патогенеза актинического хейлита лежит развитие аллергической реакции замедленного типа на ультрафиолетовые лучи, поэтому характерна сезонность заболевания: обострение весной, летом и полная или частичная регрессия осенью и зимой.

Клиническая картина. Различают две формы заболевания — сухую и экссудативную. Пациенты жалуются на сухость и стянутость нижней губы (при сухой форме), зуд, жжение и болезненность (при экссудативной форме). При *сухой форме* красная кайма, чаще нижней губы, ярко-красная, покрыта мелкими серебристо-белыми чешуйками. Верхняя губа и кожа поражаются редко (рис. 12). При *экссудативной форме* на отечной и гиперемированной красной кайме нижней губы появляются мелкие пузырьки, после вскрытия которых образуются мокнущие эрозии, покрытые корочками.



Рис. 12. Актинический хейлит

При длительном существовании актинического хейлита на красной кайме могут образовываться трещины, эрозии, язвы, участки ороговения. Актинический хейлит может служить фоном для развития облигатных форм предрака.

Диагностика актинического хейлита основана на данных анамнеза и клинической картины.

ХЕЙЛИТ КОНТАКТНЫЙ

Хейлит контактный — заболевание губ, которое развивается вследствие sensibilization тканей губ различными химическими веществами (компоненты зубных паст, латекс, пластмасса ортодонтических аппаратов и мундштуков духовых инструментов, карандаши и ручки, декоративная косметика и т. д.).

Клиническая картина. Пациенты жалуются на сухость, зуд и жжение губ, болезненность при еде и широком открывании рта, эстетический недостаток. Заболевание проявляется отеком красной каймы различной интенсивности, шелушением, появлением мелких трещин. Могут возникать мелкие пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии. Процесс может распространяться на кожу и слизистую оболочку губы, при этом углы рта не поражаются (рис. 13).



Рис. 13. Контактный аллергический хейлит (Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина, 2005)

ХЕЙЛИТ АТОПИЧЕСКИЙ

Хейлит атопический является одним из симптомов атопического дерматита (диффузного нейродермита).

Причинами атопического дерматита являются генетические факторы, непереносимость лекарственных препаратов, продуктов питания, бытовых химических веществ, цветочной пыльцы, бытовой пыли, косметических средств, физических и бактериальных факторов, а также нервно-психические и аутоиммунные заболевания. Атопический дерматит начинается в раннем детском возрасте (чаще в период от 6 до 12 месяцев), имеет рецидивирующее течение, сезонную зависимость (обострения в осенне-зимний период). Ведущими клиническими признаками заболевания у маленьких детей являются кожный зуд и поражение кожи лица, локтей и коленей (рис. 14). У детей старшего возраста элементы поражения появляются в подколенных областях, на внутренней поверхности локтей, боковой поверхности шеи, на запястьях, кистях рук и лице. К окончанию периода полового созревания (19–20 лет) у большинства пациентов наблюдается самоизлечение.

Клиническая картина. У каждого третьего ребенка с нейродермитом хейлит является единственным симптомом заболевания. При атопическом хейлите поражаются красная кайма губ и обязательно кожа в области углов рта. Процесс никогда не переходит на слизистую оболочку губ. Дети жалуются на зуд, сухость, стянутость губ, шелушение, боль во время приема пищи, при разговоре, нарушения сна, эстетический дискомфорт. Кожа лица пациентов с атопическим дерматитом часто бывает сухой, слегка шелушится. Красная кайма губ и кожа углов рта инфильтрированы. Вследствие инфильтрации на красной кайме и в углах рта возникают радиальные бороздки. Отмечается шелушение сухими, мелкими чешуйками. После стихания острых воспалительных явлений возникает лихенизация³ губ (рис. 15). Заболевание существенно снижает качество жизни ребенка. Дети испытывают боль при приеме пищи. Дискомфорт, вызываемый зудом, приводит к нарушению сна, раздражительности, снижению концентрации внимания. Заболевание влияет на занятия спортом, является причиной снижения успеваемости в школе, а в подростковом возрасте — причиной снижения самооценки и депрессии. У детей развиваются психоэмоциональные расстройства и невротические состояния.

³ Лихенизация — изменение кожи и красной каймы губ, связанное с инфильтрацией сосочкового слоя и акантозом. В результате становится резко выраженным кожный рисунок.

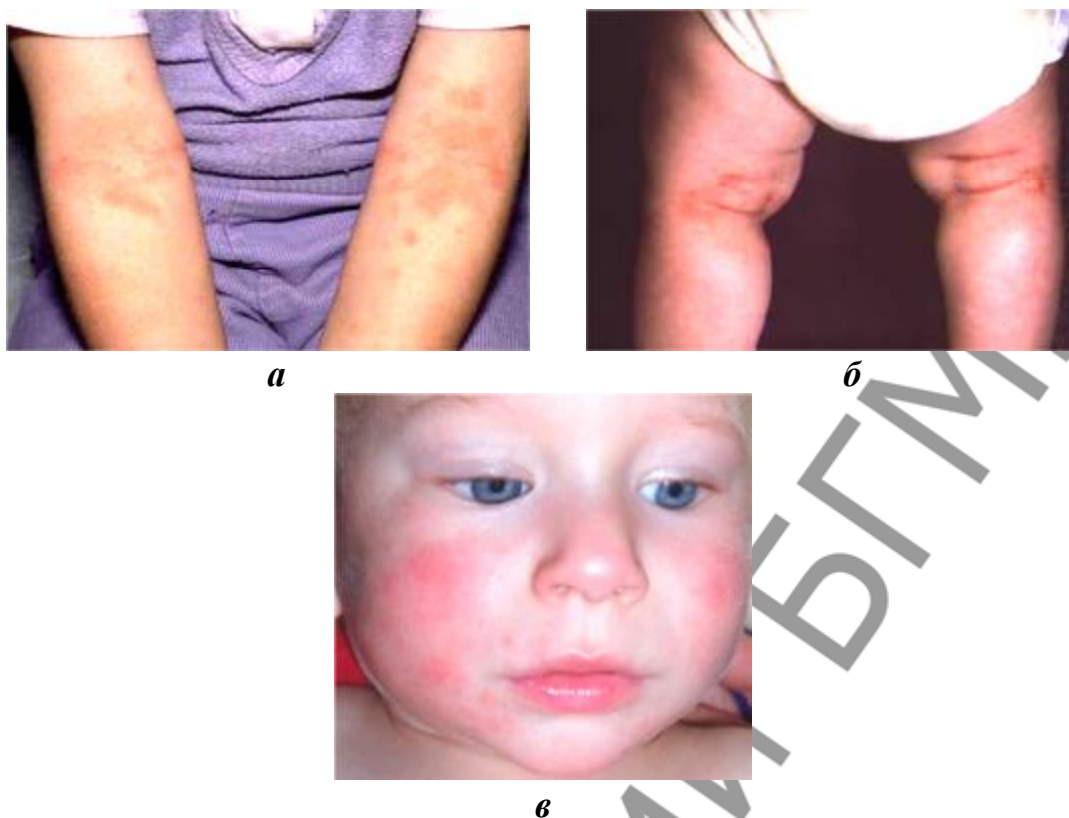


Рис. 14. Атопический дерматит: поражение кожи рук (а), ног (б), лица (в)



Рис. 15. Атопический хейлит

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать атопический хейлит необходимо с эксфолиативным, актиническим, контактным аллергическим хейлитами, со стрептококковой и кандидозной заедами.

ХЕЙЛИТ ЭКЗЕМАТОЗНЫЙ

Хейлит экзематозный — хроническое заболевание, которое является симптомом общей экземы. Общее заболевание возникает в результате действия внешних и внутренних раздражителей нервно-аллергической природы и выражается гиперемией кожных покровов, пузырьками и зудом (рис. 16). Аллергенами могут быть микробы, пищевые вещества, раз-

личные медикаменты, материалы для изготовления ортодонтических аппаратов, зубные пасты и др.



Рис. 16. Элементы поражения на коже при экземе: гиперемия, пузырьки, эрозии, корочки

Клиническая картина. Экзема губ может протекать остро и хронически. Поражение красной каймы губ может сочетаться с поражением кожи лица или быть изолированным. Экзематозный процесс затрагивает красную кайму губ и прилежащую к ней кожу (рис. 17).



а



б

Рис. 17. Экзема: поражение кожи лица (*а*) и красной каймы губ (*б*)

Процесс начинается с покраснения и отека красной каймы губ (поражаются обе губы). Если процесс не прогрессирует, то на ней образуются чешуйки и начинается шелушение (эритематозная стадия). Развитие процесса сопровождается образованием на гиперемированной и отечной красной кайме губ мелких узелков, которые частично превращаются в пузырьки с серозным содержимым. Пузырьки вскрываются с образованием точечных эрозий, так называемых «серозных колодцев», из глубины которых выделяется серозный экссудат, образуя мокнущую поверхность (мокнущая стадия). Постепенно серозная жидкость подсыхает, образуя серовато-желтые корки, под которыми наступает эпителизация (корковая

стадия). Процесс начинается чаще на коже лица и кистей, распространяясь по всему кожному покрову. Пациентов беспокоит сильный зуд, способствующий развитию невротических расстройств.

Острые явления постепенно стихают, но если действие аллергена не устранено, то процесс на губах приобретает хроническое течение.

При хроническом течении экзематозного хейлита красная кайма губ и участки прилегающей кожи уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата, возникает лихенизация губ. На инфильтрированной коже и красной кайме располагаются небольшими группами узелки, везикулы, корочки, чешуйки. Нередко образуются болезненные кровоточащие трещины. Больных беспокоит зуд.

Иногда экзематозному хейлиту предшествуют длительно существующие микробные трещины губ или микробная заеда. В этих случаях экземе губ рассматривают как микробную, т. к. процесс развивается как следствие сенсibilизации к микробным токсинам.

Микробная экзема проявляется отеком, покраснением губ, везикулярными высыпаниями, образованием желтоватых корочек. С прекращением пузырьковых высыпаний появляется шелушение.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать экзематозный хейлит необходимо с аллергическим контактным хейлитом, атопическим хейлитом, актиническим хейлитом, хейлитами при гиповитаминозах.

ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРЕЩИНА ГУБ

Хроническая рецидивирующая трещина губ (ХРТГ) — хроническое заболевание красной каймы губ, слизистой оболочки губ и углов рта, сопровождающееся линейным нарушением целостности тканей, характеризующееся длительным рецидивирующим течением (рис. 18).

Этиология и патогенез. Пусковыми факторами заболевания являются: индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы и углах рта), хроническая травма, различные метеорологические факторы, вызывающие сухость красной каймы губ, потерю эластичности. Имеют значение гиповитаминозы А и группы В, неврогенный фактор, вредные привычки (облизывание губ), сахарный диабет. Грибковая и микробная флора поддерживают существование трещин и препятствуют заживлению.



Рис. 18. Трещина нижней губы при нарушении смыкания губ (В. П. Михайловская, О. В. Минченя, 2010)

Клиническая картина. На красной кайме возникает одиночная глубокая линейная трещина, сопровождающаяся болезненностью. У 65 % больных трещина локализуется на нижней губе, причем центральные трещины встречаются в 5 раз чаще, чем боковые. В 24 % случаев трещины локализируются на верхней губе, в 11 % — в углах рта.

Трещина обычно находится в центральной части губы, иногда сбоку, в одном или обоих углах рта и может продолжаться на слизистой оболочке губы, но никогда не распространяется на кожу. При длительно существующей и глубокой трещине имеется кровянистая корочка и воспалительный болезненный инфильтрат в основании. При недолго существующей трещине пальпация ее безболезненная, основание мягкое. В ночное время неглубокая трещина может эпителизироваться, но утром при движении губ вскрывается и кровоточит. При длительном существовании трещин края ее уплотняются и могут ороговеть, приобретая серовато-белый цвет. В случае комиссуральных трещин отмечается несколько трещин на фоне гиперемии, пигментации и лихенизации. Вследствие плохой гигиены полости рта и множественного кариеса быстро присоединяется стрептококковая инфекция и появляются характерные корочки. При нерациональном лечении трещина может существовать длительно и быть причиной малигнизации.

ХЕЙЛИТ ПРИ ГИПОВИТАМИНОЗАХ

При гиповитаминозе *A* больные жалуются на сухость и появление трещин на губах. Красная кайма губ сухая, белесоватая с явлениями гиперкератоза, пациент постоянно облизывает губы, что приводит к образованию на губах трещин.

При недостатке витамина *B₂* (рибофлавин) пациенты жалуются на появление трещин в углах рта, жжение губ, сухость. Красная кайма губ мацерируется, появляются трещины, пузырьки, корочки. Иногда губа отекает, становится гладкой, блестящей, с наслоением тонких блестящих чешуек. В углах рта образуются болезненные трещины. Одновременно развивается глоссит.

При гиповитаминозе *B₆* (пиридоксин) развивается воспалительная эритема красной каймы губ, в углах рта появляются трещины.

При недостатке никотиновой кислоты (витамин *PP*) красная кайма губ отечная, инфильтрирована, сухая, покрывается сухими корочками, чешуйками, могут образоваться трещины, покрытые кровянистыми корочками. Язык сухой, гладкий, блестящий, малиново-красного цвета.

Дифференциальная диагностика. Хейлит при гиповитаминозах необходимо дифференцировать с экзематозным, атопическим, метеорологическим, актиническим и эксфолиативным (сухая форма) хейлитом, кандидозом.

МАКРОХЕЙЛИТ РОССОЛИМО–МЕЛЬКЕРССОНА–РОЗЕНТАЛЯ

Синдром Россолимо–Мелькерссона–Розенталя — заболевание, проявляющееся триадой симптомов: паралич лицевого нерва, макрохейлит и складчатый язык.

Этиология заболевания окончательно не выяснена. Ряд авторов считают заболевание конституциональным, наследственным; есть сторонники гематогенно-инфекционной и инфекционно-аллергической природы заболевания, другие рассматривают полиэтиологический характер заболевания. Большинство авторов рассматривают его как ангионевроз.

Клиническая картина. Заболевание может начаться в любом возрасте. Как правило, первым симптомом болезни является отек кожи лица и слизистой оболочки полости рта. Чаще всего в начале заболевания появляется отек верхней губы (могут отекают обе губы), край губы выворачивается в виде хоботка и обычно отстоит от зубов («морда тапира»). Утолщение губ неравномерное, одна сторона губы более отечна, чем другая. Губы увеличиваются в 3–4 раза. Отек захватывает всю губу до носа или до подбородка, при этом нарушается речь, мимика, затруднен прием пищи. Губы отечны с цианотичным оттенком. При пальпации отмечается равномерная плотноэластическая консистенция тканей. Вдавления после пальпации не остаются. Отек держится от 3–6 дней до месяца, может сопровождаться образованием трещин. У ряда больных отеки существуют постоянно, постепенно нарастая, временами ослабевая. У некоторых больных отеки полностью разрешаются, а затем вновь появляются и становятся постоянными. Интенсивность отеков может меняться в течение дня, иногда распространяясь на щеки, нос, язык, твердое небо, десну.

Второй симптом — односторонний паралич лицевого нерва. На пораженной половине лица снижен тонус мышц, расширена глазная щель, опущен угол рта. У большинства пациентов паралич лицевого нерва постепенно проходит, но в дальнейшем рецидивирует и при длительном течении заболевания может принять стойкий характер. Очень редко развивается двусторонний паралич.

Третий симптом — складчатый язык. Язык отечен, на нем хорошо выражены борозды, в связи с чем он приобретает бугристый вид. Язык постепенно становится малоподвижным. Задняя треть и корень языка в процесс не вовлекается.

Сочетание всех трех симптомов наблюдается не всегда, иногда заболевание проявляется только макрохейлитом.

Дифференциальная диагностика. Диагностика заболевания при наличии всех трех симптомов не вызывает затруднений. При моносимптомной форме заболевание следует дифференцировать с отеком Квинке, хронической трещиной губ, кавернозной гемангиомой.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ

Лечение всех нозологических форм хейлита включает:

- 1) выявление и устранение или минимизацию факторов риска: заболеваний носоглотки, вредных привычек, аномалий прикуса;
- 2) мотивацию и обучение гигиене полости рта родителей и детей;
- 3) общее лечение, которое проводят совместно с врачами-педиатрами;
- 4) местное лечение.

Хейлит ангулярный. Лечение начинают с пп. 1–2. Симптоматическое лечение зависит от результатов бактериологического исследования. При установлении грибковой инфекции проводят аппликации противогрибковых мазей (1%-ная мазь или крем Клотримазол, 2–3 раза в день; крем Пимафуцин), а при бактериальной инфекции — аппликации теплых антисептических растворов — 0,01%-ного раствора мирамистина, фурацилина, Ротокана, Ромазолон (на марлевой салфетке) и мазей, содержащих антибиотики (эритромициновая мазь, 5–10%-ная синтомициновая эмульсия). Наряду с медикаментозным лечением проводят физиотерапию (гелий-неоновый лазер № 5 ежедневно).

Хейлит glandулярный. Лечение простого glandулярного хейлита начинают с пп. 1–3. Симптоматическое лечение включает ротовые ванночки и аппликации с антисептиками.

При лечении апостематозного (гнойного) хейлита назначают антимикробную и противовоспалительную терапию (аппликации антисептиков и мази, содержащие антибиотики, мазь Лингезин, 1 раз в сутки ежедневно в течение 3–6 дней). После снятия острых воспалительных явлений проводят лечение, предусмотренное пп. 1–2.

Хейлит эксфолиативный. Лечение начинают с пп. 1–2 и проводят совместно с эндокринологом или психоневрологом, которые назначают общее лечение. Консультацию психоневролога назначают при астении, склонности к раздражительности и нарушении сна.

При экссудативной форме для очищения эпителия красной каймы от корок используют протеолитические ферменты (мазь Ируксол). Для стимуляции регенерации тканей применяют дентальную адгезивную пасту Солкосерил, масло шиповника, облепихи и др. 3–4 раза в день.

При сухой форме могут быть использованы увлажняющие/смягчающие средства (Пантенол^{®4}, Бепантен[®]). В качестве смягчающих средств

⁴ Международное наименование — декспантенол (Dexpanthenol). Декспантенол — производное пантотеновой кислоты (провитамин В₅), в клетках кожи превращается в пантотеновую

могут быть использованы внутренний свиной, гусиный или барсучий жир. При выраженных воспалительных явлениях, наличии зуда и жжения рекомендуют кортикостероидные мази в течение 1–3 дней, 1–2 раза в сутки (мазь Гиоксизон, Оксикорт, 0,5%-ная преднизолоновая мазь).

Прикусывание губ. Начинают лечение с пп. 1–2. Если прикусывание губы вызвано вредной привычкой, стоматолог разъясняет родителям ее роль в развитии заболевания и дает рекомендации по контролю за ней. При невозможности устранения вредной привычки необходимо лечение у психоневролога.

Для предупреждения аутоотравмы необходимо выбрать вид анестезии, анестетик и его дозу. Ребенка следует предупредить, что до окончания действия анестезии нельзя кусать, жевать губу зубами. Родители также должны знать об этом и контролировать поведение ребенка.

Местное лечение состоит из антисептических полосканий, аппликаций протеолитических ферментов, стимуляции регенерации тканей (Каротелин, масло облепихи, Актовегин и др.).

Хейлит метеорологический. Начинают лечение с пп. 1–2. Лечение сводится к устранению или ослаблению влияния внешних неблагоприятных метеорологических факторов. Красную кайму смазывают гигиенической помадой, фотозащитными жирными кремами и мазями. При выраженных воспалительных явлениях в течение 1–3 дней рекомендуют применение 0,5%-ной преднизолоновой мази.

Хейлит актинический. Рекомендуют по возможности избегать инсоляции и пользоваться фотозащитными кремами и мазями. Общее лечение назначает педиатр и аллерголог: витамины группы В (В₁₂, В₂, В₆), никотиновую кислоту. Местно применяют мази с кортикостероидами 1 раз в день в течение 1–3 дней и кремы с витамином А. По показаниям проводят лечение, предусмотренное пп. 1–2.

Хейлит контактный. Лечение заключается в исключении контакта с соответствующим аллергеном и назначении гипосенсибилизирующих препаратов (Тавегил, Кларетин 1–2 раза в сутки в возрастных дозировках). Местно используют антисептические препараты и кортикостероидные мази. После стихания острых симптомов проводят лечение, предусмотренное пп. 1–2.

Хейлит атопический. Начинают лечение с пп. 1–2. Лечение общего заболевания проводят аллерголог, дерматолог, психоневролог. Системная фармакотерапия включает антигистаминные препараты, препараты, нормализующие функции ЖКТ. Назначают элиминационную диету (есте-

кислоту, которая способствует регенерации ткани. Торговое название декспантенола Пантенол, Бепантен, Бепантен плюс (содержит декспантенол и хлоргексидин).

ственное вскармливание, исключение аллергенных продуктов из рациона ребенка)⁵.

Местная терапия атопического хейлита включает использование противовоспалительных местных препаратов в сочетании с увлажняюще-смягчающими средствами. *Противовоспалительные наружные средства*: топические глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты. В настоящее время *глюкокортикостероиды* являются самыми эффективными противовоспалительными препаратами. Созданы и прошли контролируемые клинические испытания в педиатрической практике наружные глюкокортикостероиды «повышенной безопасности»: Адвантан, Элоком, Афлодерм, Локоид. Разрешены к применению у детей с 6-месячного возраста Адвантан (эмульсия, крем, мазь), Афлодерм (крем и мазь) и Локоид (мазь), а с 2 лет — Элоком (лосьон, мазь, крем). Длительность терапии не должна превышать 1 месяц при ежедневном использовании препарата. Кроме этого, следует соблюдать дозу препарата (частоту нанесения), которая указана в инструкции к его применению.

Использование местных нестероидных противовоспалительных препаратов продиктовано хроническим течением атопического дерматита и необходимостью длительной наружной терапии. Одним из новых нестероидных противовоспалительных наружных препаратов является ингибитор кальцинейрина — пимекролимус (1%-ный крем Элидел), разрешенный к применению у детей с 3-месячного возраста. Продолжительность терапии кремом Элидел не ограничена. Препарат наносится 2 раза в сутки.

Наружные противовоспалительные препараты используют в сочетании с увлажняющими/смягчающими средствами (Пантенол[®], Бепантен[®]). Необходимость увлажняющего лечения связана с тем, что сухость кожи губ может провоцировать зуд и служить фактором развития обострения.

Хейлит экзематозный. Общее лечение проводит дерматолог, аллерголог. Местная терапия состоит в нормализации гигиены полости рта и назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при мокнутии — аэрозолей с кортикостероидами. При микробной экземе назначают кортикостероидные мази и аэрозоли в сочетании с антибактериальными препаратами. После стихания острых симптомов проводят (по показаниям) функциональное лечение.

Хроническая рецидивирующая трещина губ. Начинают лечение с пп. 1–4. Общее лечение назначает педиатр (витамины А и группы В (В₂, В₆, РР) в течение 1–1,5 месяцев).

⁵ Выделяют продукты с высокой сенсibilизирующей активностью (яйца, рыба, морепродукты, икра, какао, шоколад, грибы, мед, морковь, помидоры), средней (персики, абрикосы, клюква, бананы, зеленый перец, картофель, горох, рис, кукуруза, гречка) и слабой (желтые яблоки и груши, белая смородина, белая черешня, крыжовник, кабачки, патиссоны, кисломолочные продукты).

Местное лечение заключается в применении мазей, содержащих антибактериальные компоненты, кортикостероиды, а также препаратов, способствующих эпителизации (см. выше). При отсутствии эффекта необходимо хирургическое лечение (иссечение трещины в пределах здоровой ткани).

Хейлит при гиповитаминозах. Начинают лечение с пп. 1–4. По согласованию с педиатром назначают (лучше парентерально) витамины А, В₂, РР, В₆. Рекомендуют пищевые продукты, содержащие витамины. Местно на очаги поражения апплицируют мази или кремы, содержащие витамин А, кортикостероидные препараты (см. выше).

Синдром Россолимо–Мелькерсона–Розенталя. Начинают лечение с пп. 1–3. Системное лечение заболевания проводит врач-интернист. Хирургическое лечение проводят с косметической целью, иссекают часть тканей губы, однако оно не исключает рецидивов заболевания. Хороший терапевтический эффект отмечен при местном применении электрофореза гепариновой мази с димексидом. Курс лечения повторяют через 2–3 месяца. Комплексное лечение пациентов наиболее эффективно, если оно начато в ранние стадии заболевания.

БОЛЕЗНИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ

Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта выделяют группу заболеваний языка, протекающих обособленно, без поражения других отделов слизистой оболочки полости рта. Эти заболевания встречаются и в детском возрасте. Изменения языка часто наблюдаются при системных заболеваниях организма, поэтому Гиппократ, Гален и другие называли язык «барометром» здоровья. Большую группу заболеваний представляют поражения, развивающиеся только на языке.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯЗЫКА

Классификация заболеваний языка на основе МКБ–10 (ВОЗ, Женева, 1997 г.):

К14 **Болезни языка**

К14.0 ***Глоссит***

К14.00 Абсцесс языка

К14.01 Травматическое изъязвление языка

К14.08 Другие уточненные глосситы

К14.09 Глоссит неуточненный

К14.1 «Географический» язык (син. доброкачественный мигрирующий глоссит, эксфолиативный глоссит)

К14.2 Срединный ромбовидный глоссит

К14.3 Гипертрофия сосочков языка

К14.30 Обложенный язык

К14.31 «Волосатый» язык (черный «волосатый» язык, черный «ворсинчатый» язык).

К14.32 Гипертрофия листовидных сосочков

К14.38 Другая уточненная гипертрофия сосочков языка «волосатый» язык вследствие приема антибиотиков

К14.39 Гипертрофия сосочков языка неуточненная

К14.4 Атрофия сосочков языка

К14.40 Вызванная привычками очищать язык

К14.41 Вызванная системным нарушением

К14.42 Атрофический глоссит БДУ

К14.48 Другая уточненная атрофия сосочков языка

К14.49 Атрофия сосочков языка неуточненная

К14.5 Складчатый язык (син. морщинистый, бороздчатый, расщепленный)

К14.6 Глоссодиния

К14.8 Другие болезни языка

К14.80 Зубчатый язык (язык с отпечатками зубов)

К14.81 Гипертрофия языка (исключена макроглоссия врожденная)

К14.82 Атрофия языка (исключена атрофия сосочков языка)

К14.88 Другие уточненные болезни языка

К14.9 Болезнь языка неуточненная

Абсцессы языка, травматические повреждения, а также аномалии развития языка изучаются на курсе челюстно-лицевой хирургии, поэтому в данном разделе не рассматриваются.

«ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ» ЯЗЫК

«Географический» язык (син.: доброкачественный мигрирующий глоссит, эксфолиативный глоссит, десквамативный глоссит) — воспалительно-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка, сопровождающееся характерными изменениями внешнего вида его дорсальной и боковых поверхностей. Из всех заболеваний языка десквамативный глоссит наиболее часто встречается у детей как дошкольного, так и школьного возраста (0,6–5,7 %).

Этиология и патогенез. Существуют различные взгляды на причины заболевания. Одним из этиологических факторов считают заболевания желудочно-кишечного тракта. Полагают также, что десквамативный глос-

сит у детей является одним из проявлений экссудативного диатеза, нейроэндокринных расстройств, глистной инвазии, коллагенозов, грибковых заболеваний. Имеются сторонники точки зрения о наследственной предрасположенности к заболеванию, т. к. часто члены семьи (родители, братья и сестры) имеют его признаки.

Клиническая картина. Десквамативный глоссит чаще всего не сопровождается какими-либо субъективными ощущениями. Пациенты обычно не подозревают о наличии у них заболевания, которое выявляется случайно при осмотре полости рта. Однако некоторые дети могут жаловаться на покалывание, чувство жжения в языке при приеме кислых соков и фруктов и при чистке зубов зубной пастой.

Зона десквамации эпителия имеет форму кольца или полукольца и располагается на спинке и боковых поверхностях языка. На участке десквамации нитевидных сосочков красного цвета грибовидные сосочки выглядят увеличенными. Вокруг очагов десквамации появляются участки кератоза, которые образуют узкие полосы беловатого цвета. Различают *фиксированную* и *мигрирующую* формы десквамативного глоссита.

Мигрирующую форму связывают с тяжелой патологией желудочно-кишечного тракта. При такой форме очаги десквамации непрерывно перемещаются, увеличиваются, сливаются между собой, захватывая значительные участки поверхности языка. На участках десквамации никогда не бывает эрозий. Через несколько дней десквамированный участок покрывается эпителием. В дальнейшем на его месте или рядом с ним снова наблюдается десквамация нитевидных сосочков, образуя новую картину поражения с разнообразными фигурами, напоминающими географическую карту, откуда и произошло название заболевания (рис. 19).

Клинически выделяют поверхностную, гиперпластическую и лихеноидную формы заболевания.

Поверхностная форма характеризуется появлением четко ограниченных полос и пятен ярко-красного цвета на дорсальной и боковой поверхностях языка. Ярко-красные пятна окружены неповрежденной слизистой оболочкой нормальной окраски. При диффузном слущивании эпителия поверхность языка становится гладкой блестящей («полированный язык»).



Рис. 19. «Географический» язык: десквамация нитевидных сосочков на дорсальной поверхности языка

Гиперпластическая форма характеризуется очаговым уплотнением нитевидных сосочков языка белого, желтого, серого или темного цвета. Субъективно больные отмечают ощущение инородного тела.

Лихеноидная форма характеризуется появлением участков десквамации эпителия языка различной формы и величины, на которых увеличены грибовидные сосочки. Больные жалуются на чувство жжения.

Дифференциальная диагностика. Диагностика заболевания не представляет трудностей и основывается на характерных клинических признаках. Десквамативный глоссит следует дифференцировать от изменений языка при гиповитаминозах В₂ и В₁₂, вторичном сифилисе, кандидозе, лейкоплакии, типичной форме красного плоского лишая.

СРЕДИННЫЙ РОМБОВИДНЫЙ ГЛОССИТ

Срединный ромбовидный глоссит, еще известный как центральная папиллярная атрофия, встречается у 0,2–3 % детей и является чаще всего клиническим проявлением локализованной хронической грибковой инфекции.

Этиология и патогенез ромбовидного глоссита полностью не известны. Срединный ромбовидный глоссит считали дефектом эмбрионального развития, который сопровождается сохранением непарного бугорка языка. Однако в настоящее время большинство авторов не поддерживают эту теорию.

Многие исследования подтверждают связь срединного ромбовидного глоссита с кандидозной инфекцией: у 80–90 % пациентов с ромбовидным глосситом обнаружены гифы грибов (рис. 20). При этом указывают, что язык является основным оральным резервуаром для грибов *Candida*. В частности, срединная часть языка подходит для интенсивного роста *Candida*, т. к. его сосочки защищают грибы от окружающей среды: воздействия зубной щетки и антибактериального действия слюны.

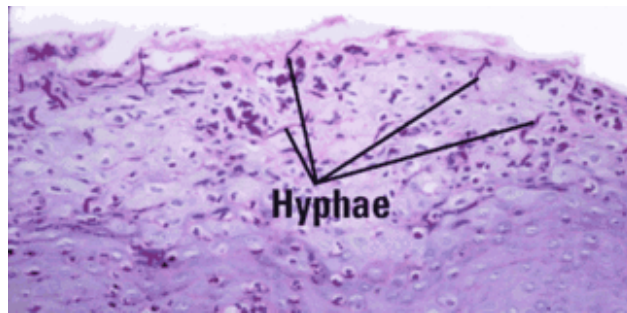


Рис. 20. Гистология срединного ромбовидного глоссита: гифы грибов *Candida* в поверхностных слоях эпителия языка (J. Wright)

Еще одна теория объясняет изменения в средней части языка чрезмерным давлением на небо при произношении некоторых звуков и при глотании (Kessler, 1996). S. B. Whitaker и B. B. Singh (1996) заметили, что поражение возникает на участке языка, который тесно контактирует со слизистой твердого неба во время глотания и в состоянии покоя. A. G. Farman (1976) полагает, что нарушения кровоснабжения в средней части дорсальной поверхности языка может predispose к развитию кандидоза с последующей потерей нитевидных сосочков.

Предрасполагающими факторами являются курение, сахарный диабет, заболевания ЖКТ, дефицит витамина С.

Клиническая картина. Часто заболевание протекает бессимптомно. Однако некоторые пациенты могут жаловаться на болезненность, чувство жжения или зуд, а также отмечают сухость во рту и шероховатость спинки языка.

Ромбовидный глоссит проявляется в виде участка красного цвета, лишенного нитевидных сосочков, на дорсальной поверхности языка, кпереди от желобоватых сосочков по средней линии в виде ромба (участок поражения может иметь форму овала или круга) размером от 0,5 до 2 см (рис. 21). Участок поражения плотный при пальпации, иногда незначительно выступает над поверхностью слизистой оболочки языка.

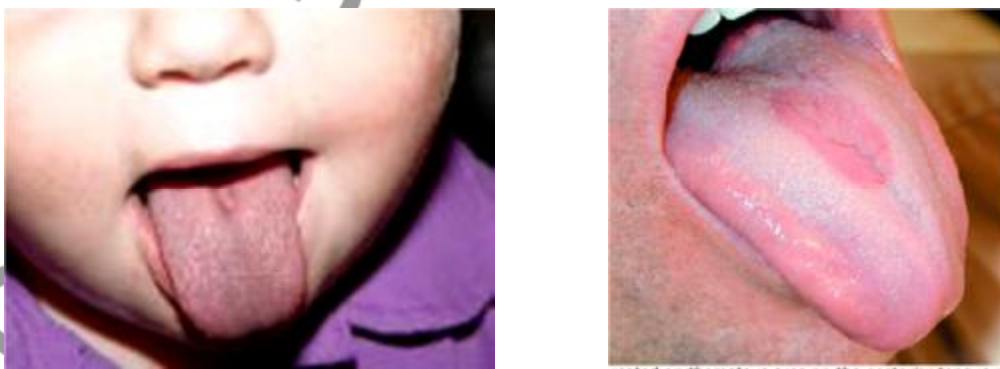


Рис. 21. Срединный ромбовидный глоссит

Различают три формы ромбовидного глоссита: плоскую (или гладкую), бугорковую (или бугристую) и папилломатозную (или гиперпластическую).

Чаще встречается *плоская форма*, при которой поверхность языка в зоне поражения гладкая, полированная, преимущественно красного цвета, не выступает над окружающей слизистой оболочкой. Участок поражения при пальпации плотный, безболезненный.

При *бугристой форме* участок поражения состоит из бугорков различных размеров, лишенных сосочков и отделенных друг от друга складками. Такое расположение бугорков напоминает мостовую. Участок поражения красного цвета, часто с цианотичным оттенком, нередко приобретает белую окраску вследствие ороговения эпителия.

Папилломатозная форма характеризуется папилломатозными разрастаниями, возвышающимися над спинкой языка, которые создают ощущение присутствия инородного тела во рту.

Дифференциальная диагностика. Заболевание необходимо дифференцировать с папилломатозом, десквамативным глосситом. Наиболее важным диагностическим признаком является обнаружение гифов грибов в слое кератина.

Несмотря на то, что ряд исследователей исключают связь срединного ромбовидного глоссита и рака, некоторые полагают, что при изъязвлении поверхности поражения следует исключить злокачественное перерождение, выполнив биопсию. Кроме этого, у пациентов со срединным ромбовидным глосситом необходимо исключить ВИЧ-инфекцию.

«ВОЛОСАТЫЙ» ЯЗЫК

«Волосатый» язык (син. черный «волосатый» язык, черный «ворсинчатый» язык) описан еще в 1557 г. Распространенность заболевания сильно варьирует — от 0 до 53,8 %, чаще его диагностируют у взрослых, однако встречается у 8,3 % детей и молодых людей. Описаны случаи «волосатого» языка у 2-месячного (А. К. Pouloupoulos and al., 2008) и 8-месячного ребенка (А. Körber, N. Voshege, 2012).

Этиология и патогенез. Характерным признаком заболевания является гиперплазия нитевидных сосочков языка различной степени выраженности и ороговения.

Нитевидные сосочки языка имеют сложную морфологию. В структуре нитевидных сосочков различают первичные и вторичные сосочки. На куполообразном основании нитевидных сосочков языка (первичные сосочки) располагаются от 3 до 8 удлиненных структур (вторичные сосочки) (рис. 22). Вторичные сосочки состоят из центральной колонки эпителиальных клеток, представленных кератинами волосяного типа, и внешнего слоя клеток, представленных кератинами кожного типа. Эпителий, по-

крывающий первичные сосочки и лежащий между отдельными первичными сосочками, представлен кератинами пищевого типа (рис. 23). Причиной «волосатого» языка считают нарушение десквамации поверхностного слоя эпителия языка, что приводит к накоплению кератина и чрезмерному росту и утолщению нитевидных сосочков.

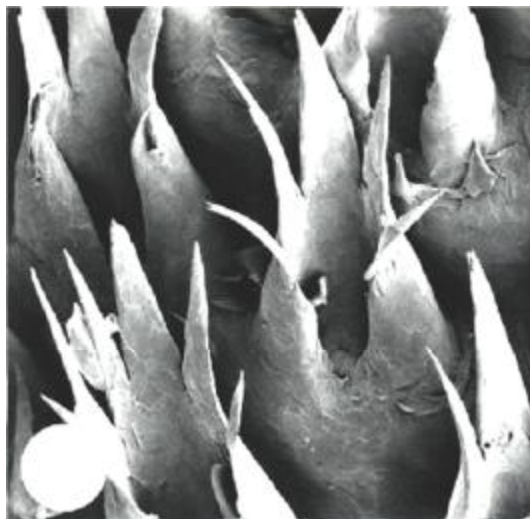


Рис. 22. Нитевидные сосочки языка. Электронная микроскопия $\times 200$ (S. Estecondo et al., 2001)

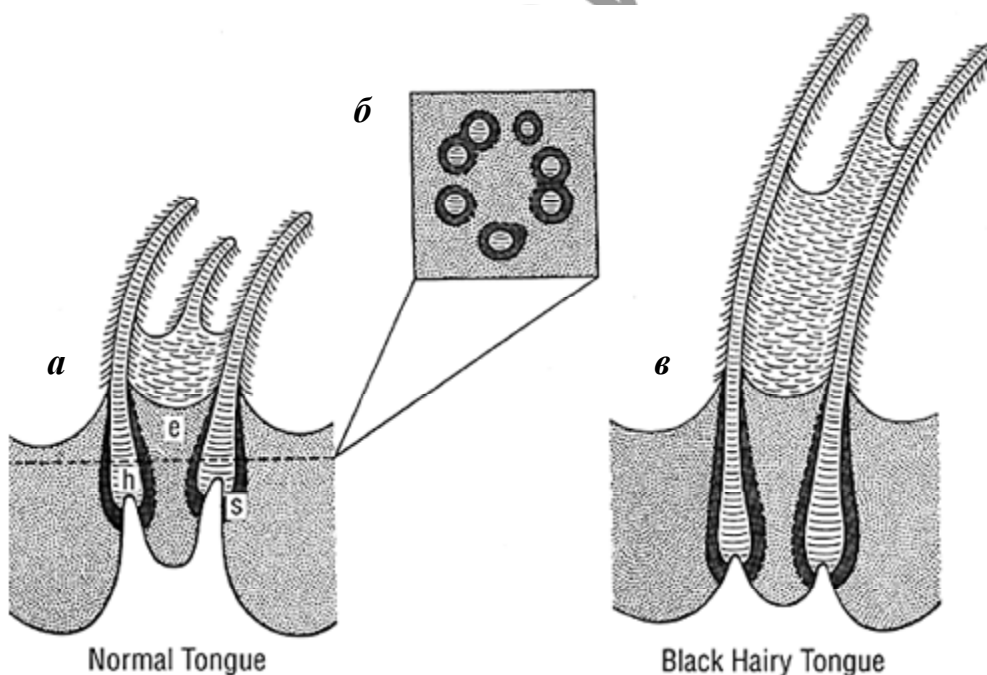


Рис. 23. Эпителиальные сосочки языка в норме и при «волосатом» языке: *a, б* — горизонтальный и продольный (А,В) срезы нормального эпителия спинки языка; *в* — продольный срез «волосатого» языка. Области, представленные волосатым (h), кожным (s) и эзофагальным (e) типами кератинизации, выглядят штриховыми, цельными и точечными участками соответственно (M. Manabe, H. W. Lim, M. Winzer, C.A. Loomis, 1999)

Увеличенные нитевидные сосочки способствуют ретенции пищевых остатков, бактерий и грибов, которые придают поверхности языка различную окраску (коричневую, белую, зеленую). Некоторые виды бактерий и грибов могут вызвать черное окрашивание поверхности языка. Причиной окрашивания дорсальной поверхности языка могут быть и пищевые красители.

Известны многие предрасполагающие факторы заболевания, но точная причина остается неясной до сих пор. Предрасполагающими факторами «волосатого» языка считают преобладание мягкой пищи в рационе и плохую гигиену полости рта, которые снижают механическое очищение языка. К предрасполагающим факторам относят курение, чрезмерное употребление чая и кофе, ксеростомию⁶, регулярное использование для полоскания рта растворов, содержащих окислители, например, перекиси водорода, а также изменение кислотности ротовой жидкости.

Клиническая картина. «Волосатый» язык может протекать бессимптомно. Иногда пациентов беспокоит необычный вид языка, ощущение инородного тела на спинке языка, раздражение слизистой неба (чувство зуда), тошнота, возможно нарушение вкусовой чувствительности, неприятный запах изо рта (из-за ретенции пищевых остатков в зоне гипертрофированных сосочков), чувство жжения (при накоплении *C. albicans*). Гиперплазированные нитевидные сосочки располагаются в основном на задней и средней трети спинки языка впереди слепого отверстия по средней линии в виде участка овальной или треугольной формы. В норме нитевидные сосочки имеют длину до 1 мм, при «волосатом» языке их длина может достигать 15 мм (рис. 24).



Рис. 24. «Волосатый» язык

Характерной является окраска языка, чаще от светло-коричневой до черной. Верхушки нитевидных сосочков более темные, чем их основания.

⁶ Причинами гипосаливации являются лучевая терапия в области головы и шеи, наркотики, лекарственные препараты, ВИЧ-инфекция.

Полагают, что окрашивание связано с пигментами пищевых продуктов (чай, кофе) и микрофлорой (хромогенные грибы и другие виды бактерий).

Дифференциальная диагностика. Диагностика черного «волосатого» языка несложна. Диагноз ставят на основании анамнеза и осмотра. Дифференцировать необходимо с ложным «черным» языком, который возникает в результате окрашивания сосочков языка или налета, образующегося при нарушении гигиены полости рта, обострении заболеваний ЖКТ, острых воспалительных процессах на слизистой оболочке полости рта, употреблении продуктов с пищевыми красителями (черника и другие ягоды и фрукты) или при окрашивании лекарственными препаратами (соли висмута). Гиперплазия нитевидных сосочков при этих состояниях отсутствует. Необходимо исключить ВИЧ-инфекцию и наркоманию.

«Волосатый» язык вследствие приема антибиотиков. Гиперплазию нитевидных сосочков языка связывают с некоторыми лекарственными препаратами, в том числе и с антибиотиками. Первые сообщения о пенициллиндуцированном «волосатом» языке относятся к 1940–1950 гг. В большей части этих сообщений причиной заболевания считают лекарственные формы пенициллина, которые в настоящее время не используются (аэрозоль и таблетки, обеспечивающие длительный контакт с тканями полости рта).

Прием антибиотиков может существенно изменить микрофлору полости рта, что наряду с другими факторами играет определенную роль в возникновении «волосатого» языка. Благоприятным фактором является удлинение сосочков языка, которые задерживают микробную флору и пищевые остатки, что приводит к дополнительному вегетированию микроорганизмов. Однако остается нерешенным вопрос: рост патогенной флоры обусловлен антибиотикотерапией или возникает вторично как результат роста колоний микроорганизмов между удлиненными сосочками? Необходимы дополнительные исследования для полного ответа на этот вопрос.

СКЛАДЧАТЫЙ ЯЗЫК

Этиология и патогенез. Причина возникновения **складчатого языка** (син. морщинистый, бороздчатый, расщепленный) — врожденная аномалия формы и размеров языка. Складчатый язык встречается у детей (0,9–29,2 %) и взрослых, но глубина складок меньше у детей. Складчатость языка сопровождается макроглоссией и в 50 % случаев — десквамативным глосситом. Складки располагаются преимущественно симметрично продольно и в поперечном направлении. В основном встречается форма в виде листа и «мозговая» форма. На дне и боковых поверхностях складок располагаются сосочки, характерные для нормальной слизистой оболочки языка (рис. 25).



Рис. 25. Складчатый язык: дорсальная поверхность

Наличие глубоких складок благоприятствует размножению микробной флоры, особенно *C. albicans*. Нередко это приводит к развитию катарального воспаления или кандидозного глоссита, который сопровождается жжением и болью от термических и химических раздражителей. Пищевые остатки, задерживающиеся в складках языка, разлагаются, что приводит к появлению неприятного запаха изо рта.

Дифференциальная диагностика. Складчатый язык следует дифференцировать со склерозирующим глосситом при третичном сифилисе.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯЗЫКА

«Географический» язык. Специфического лечения нет. Необходима консультация педиатра, гастроэнтеролога, аллерголога для выявления и лечения сопутствующих соматических заболеваний.

Кроме этого, проводят гигиеническое воспитание и обучение гигиене полости рта, выявление и контроль вредных привычек, saniруют полость рта. Для чистки зубов подбирают зубные пасты, не раздражающие слизистую оболочку полости рта. При появлении чувства жжения и боли назначают аппликации местных анестезирующих препаратов: желе Динексан А, Калгель и др.

Срединный ромбовидный глоссит. В связи с тем, что данное заболевание обычно ассоциируется с кандидозной инфекцией, лечение проводят противогрибковыми препаратами. Бугорковая и папилломатозная формы при склонности к разрастанию ткани подлежат хирургическому лечению.

«Волосатый» язык. Лечение заключается в регулярном очищении языка мягкой зубной щеткой или скребком и исключении/минимизации факторов риска заболевания, а также включении в рацион питания грубой пищи. В большинстве случаев фармакологическое лечение не требуется. Однако при подтверждении грибковой инфекции назначают антимикотики. Хирургическое удаление гиперплазированных нитевидных сосочков возможно только при длительном и тяжелом течении заболевания.

Складчатый язык. Лечение, как правило, не требуется. Необходима ежедневная чистка языка. При присоединении вторичной инфекции проводят соответствующее лечение.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задача 1

На прием к стоматологу обратился ребенок 14 лет с жалобами на сухость и жжение губ.

Из анамнеза: болен несколько месяцев. Аллергические реакции отрицает.

Внешний осмотр: кожные покровы чистые. Красная кайма губ от линии смыкания до ее середины покрыта серыми прозрачными чешуйками, которые плотно прикреплены в центре и отстают по краям. При попытке снять чешуйки обнажается сухая ярко-красная поверхность.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 2

Ребенку 14 лет. Обратился к стоматологу с жалобами на чувство стягивания губ, их покраснение.

Из анамнеза: сухость губ беспокоит более месяца. У ребенка вредная привычка: облизывает губы. Занимается велоспортом.

Внешний осмотр: красная кайма губ гиперемирована, инфильтрирована, покрыта сухими мелкими белыми ороговевшими чешуйками. На нижней губе глубокая срединная трещина с плотными краями.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 3

Ребенку 9 лет. Жалуется на зуд, жжение, «припухлость» губ, беспокойный сон.

Анамнез заболевания: болеет с раннего детского возраста. Состояние ребенка ухудшается в осенне-зимний период. Со слов мамы, у ребенка в раннем детстве диагностирован экссудативный диатез, аллергическая реакция на молочные продукты и цитрусовые.

Внешний осмотр: кожа лица сухая, шелушится. На красной кайме губ и прилегающей к ней коже имеются радиально расположенные бороздки, покрытые мелкими корочками и чешуйками, расчесы, особенно в углах рта. В полости рта слизистая оболочка без патологических изменений.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 4

Ребенку 14 лет. Жалуется на увеличение нижней губы, появление язвочек, покраснение, а также зуд и жжение.

Из анамнеза: болеет в течение 2 лет. В начале заболевания появилась сухость и шелушение нижней губы, покраснение и ее увеличение. Эти явления наблюдались только весной и летом, особенно в солнечную погоду, состояние улучшалось в осенне-зимний период.

В настоящее время состояние ухудшилось. Появились «язвочки» на нижней губе.

Внешний осмотр: нижняя губа отечна, гиперемирована, утолщена на всем протяжении. Красная кайма нижней губы покрыта пузырьками и корками.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 5

Ребенку 8 лет. Жалуется на покраснение и «припухлость» верхней и нижней губ, наличие «язвочек», из которых постоянно выделяется жидкость, зуд и жжение, болезненность при разговоре.

Из анамнеза: за неделю до обращения к врачу появилось покраснение и сухость губ. Затем на губах появились пузырьки, которые быстро вскрывались с образованием мокнущей поверхности. Мать связывает эти явления с ортодонтическим лечением (у ребенка съемный ортодонтический аппарат), которое началось 2 недели назад. Со слов мамы, у ребенка аллергия на амоксициллин.

Внешний осмотр: кожа щек гиперемирована, шелушится. Кожа, прилежащая к красной кайме губ (в том числе и в области углов рта), и красная кайма губ гиперемированы с множественными точечными эрозиями, покрытыми корочками.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 6

Ребенку 9 лет. Мать жалуется на увеличение нижней губы у ребенка, образование гнойных корок, болезненность при приеме пищи и разговоре.

Из анамнеза: со слов мамы, в течение последних двух лет она наблюдала на нижней губе ребенка капельки слюны в виде росы. К врачу не обращались. В последние 3–4 дня губа «припухла», появились гнойные корки. У ребенка вредная привычка — сосет верхнюю губу.

Внешний осмотр: нижняя губа отечна, покрыта толстыми гнойными корками, из-под которых выделяется гнойный экссудат. Нижняя губа как бы вывернута наружу. Отмечается поднижнечелюстной лимфаденит.

В полости рта: слизистая оболочка полости рта без элементов поражения, хронический простой генерализованный маргинальный гингивит, мезиальный прикус, КПУЗ + кпуз = 4 + 8 (К = 4, к = 4), ОНI-S = 2,8.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 7

Ребенку 6 лет. Жалуется на зуд и жжение губ, их покраснение и «припухлость», болезненность при приеме пищи.

Из анамнеза: со слов мамы, жжение губ появилось неделю назад. Мама связывает это с началом занятий в музыкальной школе по классу валторны.

Внешний осмотр: красная кайма губ отечна, гиперемирована, сухая, с мелкими трещинами. Углы рта и прилегающая кожа чистые, без патологических изменений.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 8

Ребенку 4 года. Мать заметила на языке пятна красного цвета. На боль ребенок не жалуется.

Из анамнеза: страдает экссудативным диатезом с рождения.

При внешнем осмотре отмечаются гиперемия и шелушение кожи щек.

В полости рта: на дорсальной и боковых поверхностях языка несколько участков неправильной формы ярко-розового цвета, окруженных белым ободком.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 9

Ребенку 3 года. Направлен педиатром на профилактический осмотр.

В полости рта: слизистая оболочка полости рта без патологических изменений. Срединная складка языка глубокая, от нее в поперечном направлении симметрично отходят бороздки. Язык увеличен в размере, имеются отпечатки зубов на боковых поверхностях.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 10

Ребенку 14 лет. Жалуется на чувство зуда на небе, иногда появления рвотного рефлекса при разговоре, сухость слизистой оболочки полости рта.

Из анамнеза: ребенок несколько лет страдает заболеванием ЖКТ (гастродуоденит).

В полости рта: слизистая оболочка полости рта розовая. На задней трети спинки языка участок овальной формы с гиперплазированными нитевидными сосочками светло-коричневого цвета. У верхушек нитевидные сосочки окрашены в более темный цвет, чем у основания. Сосочки имеют длину 0,5 см.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 11

Ребенку 9 лет. Жалуется на сухость во рту, шероховатость спинки языка, иногда чувство жжения.

Из анамнеза: мать заметила изменение языка с момента рождения в виде гладкого красного участка на задней трети языка. Изменений в поведении ребенка мать не отмечала.

В полости рта: на задней трети языка по средней линии кпереди от желобоватых сосочков имеется плотный участок слизистой оболочки овальной формы, размером около 0,5 см, который состоит из бугорков разных размеров, отделенных друг от друга складками. Бугорки и складки красного цвета, лишены сосочков. Подчелюстные лимфатические узлы размером 0,5×0,5 см.

Составьте план обследования пациента. Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Стоматология* детского возраста : учеб. / А. А. Колесов [и др.] ; под ред. А. А. Колесова. 4-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1991. С. 283–287.

Дополнительная

2. *Боровский, Е. В.* Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. М. : Медицина, 1981. 288 с.

3. *Брусенина, Н. Д.* Заболевания губ : учеб. пособие / Н. Д. Брусенина, Е. А. Рыбалкина ; под ред. Г. М. Барера. М. : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. 184 с.

4. *Быков, В. Л.* Гистология и эмбриология органов полости рта человека / В. Л. Быков. СПб, 1996. 246 с.

5. *Горбатова, Л. Н.* Физиологическая оценка состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 03.00.13–14.00.21 / Л. Н. Горбатова ; Северный гос. мед. университет. Архангельск, 2006. 38 с.

6. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. М. : МЕДпресс, 2001. 320 с.

7. *Максимова, О. П.* Секреты хейлита / О. П. Максимова // Клиническая стоматология. 2000. № 2. С. 44–48.

8. *Максимова, О. П.* Лечение хейлита у детей и взрослых / О. П. Максимова // Клиническая стоматология. 2001. № 1. С. 18–21.

9. *Заболевания* слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова [и др.]. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 208 с.

10. *Терехова, Т. Н.* Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений по специальности «Стоматология» / Т. Н. Терехова, Т. В. Попруженко. Минск : Беларусь, 2004. 526 с.

11. *Юшканцева, С. И.* Гистология, цитология и эмбриология. Краткий атлас : учеб. пособие / С. И. Юшканцева, В. Л. Быков. СПб : П-2, 2006. 96 с.

12. *Körber, A.* Black hairy tongue in an infant / A. Körber, N. Voshege // CMAJ. 2012. N 184(1). P. 68.

13. *Tyldesley, W. R.* Diagnostic Picture Tests in Oral Medicine / W. R. Tyldesley. 1986. P. 128.

14. *Oncel, E. K.* Black tongue associated with *Kocuria (Micrococcus) kristinae* bacteremia in a 4-month-old infant / E. K. Oncel, M. S. Boyraz, A. Kara // J. Pediatr. 2012. N 171. P. 593.

15. *Black hairy tongue* in a 2-month-old infant / A. K. Pouloupoulos [et al.] // J. Pediatr. Child. Health. 2008. N 44. P. 377–379.

16. *Thompson, D. F.* Drug-induced black hairy tongue / D. F. Thompson, T. L. Kessler // Pharmacotherapy. 2010. N 30. P. 585–593.

17. *Thompson, D. F.* Drug-Induced Black Hairy Tongue / D. F. Thompson, T. L. Kessler // Pharmacotherapy. 2010. N 30 (6). P. 585–593.

18. *Architectural* Organization of Filiform Papillae in Normal and Black Hairy Tongue Epithelium / M. Manabe [et al.] // Arch. Dermatol. 1999. N 135. P. 177–181.

19. *Geographic* tongue treated with topical tacrolimus / M. Ishibashi [et al.] // J. Dermatol. Case Rep. 2010. N 4 (4). P. 57–59.

20. *Median rhomboid glossitis* : a clinical and microbiological study / M. Goregen [et al.] // Eur. J. Dent. 2011. N 5 (4). P. 367–72.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Возрастные особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей.....	5
Морфология губ и языка. Особенности строения губ.....	6
Роль архитектоники губ в развитии патологического процесса.....	9
Особенности строения слизистой оболочки языка.....	10
Заболевания губ у детей.....	11
Классификация заболеваний губ.....	11
Хейлит ангулярный.....	12
Хейлит glandулярный апостематозный.....	14
Хейлит эксфолиативный.....	15
Прикусывание щеки и губ.....	17
Хейлит метеорологический.....	18
Хейлит актинический.....	19
Хейлит контактный.....	20
Хейлит атопический.....	21
Хейлит экзематозный.....	23
Хроническая рецидивирующая трещина губ.....	24
Хейлит при гиповитаминозах.....	25
Макрохейлит Россолимо–Мелькерссона–Розенталя.....	26
Лечение заболеваний губ.....	27
Болезни языка у детей.....	30
Классификация заболеваний языка.....	31
«Географический» язык.....	31
Срединный ромбовидный глоссит.....	33
«Волосатый» язык.....	35
Складчатый язык.....	38
Лечение заболеваний языка.....	39
Самоконтроль усвоения темы.....	40
Литература.....	44

Учебное издание

Терехова Тамара Николаевна
Минченя Ольга Вениаминовна
Михайловская Валентина Павловна
Кармалькова Елена Алексеевна

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ И ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Терехова
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 31.05.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,35. Тираж 99 экз. Заказ 167.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.