

Э.А.Дмитриева

ГУ «Днепропетровская  
медицинская академия  
МЗ Украины»

**Ключевые слова:** классификация воспалительных заболеваний губ, клинко-лабораторное обследование, дифференциальная диагностика, клинический разбор.

Надійшла: 15.10.2014

Прийнята: 28.11.2014

УДК 616.31-085(075.8)

## К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ – ХЕЙЛИТЫ»

**Реферат.** В статье представлены методические рекомендации проведения практического занятия по одной из актуальных тем терапевтической стоматологии «Воспалительные заболевания губ». Внимание акцентируется на полноте, последовательности клинко-лабораторного обследования больного хейлитом с последующим анализом, обобщением выявленных симптомов заболевания и обоснованием предварительного диагноза; на логичности дифференциальной диагностики и назначении эффективного комплексного лечения.

**Morphologia.** – 2015. – Т. 9, № 1. – С. 86-91.

© Э.А.Дмитриева, 2015

✉ yvd03@yandex.ru

**Dmitrieva E.A. On the methodology of practical lessons «Inflammatory diseases of lips – cheilitis».**

**ABSTRACT.** The article presents the guidelines of the practical lessons on one of the topical issues of therapeutic stomatology – inflammatory lip diseases. The article is focused on completeness, consistency of clinical and laboratory examination of patients with cheilitis with subsequent analysis, generalization of identified symptoms and justification of the preliminary diagnosis as well as on the consistency of the differential diagnosis and administration of an effective comprehensive treatment.

**Key words:** classification of inflammatory lip diseases, clinical and laboratory examination, differential diagnosis, clinical analysis.

### Citation:

Dmitrieva EA. [On the methodology of practical lessons «Inflammatory diseases of lips – cheilitis»]. *Morphologia.* 2015;9(1):86-91. Russian.

Диагностика патологии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ представляет для студентов определенные затруднения, обусловленные как многообразием этих заболеваний, так и сходством их клинического проявления по этиологии и патогенезу.

Изменения слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ нередко являются первыми клиническими симптомами нарушения обменных процессов в организме, заболеваний кроветворной системы, кожных, венерических и других поражений.

На студента-стоматолога возложена задача научиться правильной диагностике, лечению, профилактике таких заболеваний, для чего и предназначены практические занятия по терапевтической стоматологии, организационно-методическая структура которых предусматривает этапы:

1. Организационный (актуальность темы, цель, план занятия);
2. Проверка исходного уровня знания темы;
3. Демонстрация элементов поражения (разновидности хейлитов);

4. Курация больных (клиническое обследование, анализ и синтез выявленных симптомов, предварительный диагноз заболевания, дополнительные лабораторные исследования, дифференциальная диагностика и формулировка окончательного диагноза, план лечения больного; заполнение медицинской документации);

5. Клинический разбор больного;

6. Анализ ошибок и пробелов, допущенных в процессе курации больных;

7. Задание к следующему занятию.

Каждый структурный этап практического занятия направлен на усвоение студентами системы теоретических знаний по изучаемой теме и выработку на их основе практических умений и навыков в вопросах классификации, всестороннего диагностирования заболеваний губ по этиологическим, патогенетическим, клинко-морфологическим признакам, на выбор обоснованного метода лечения и профилактики заболевания, в связи с чем содержание учебного материала необходимо наполнять широким арсеналом методико-педагогических средств, приемов, видов и форм работы.

После ознакомления слушателей с темой практического занятия, ее актуальностью и учебной целью проводится реализация основной части занятия, начиная с проверки исходного уровня знаний, которая дает возможность, во-первых, выявить знание студентами фактического материала, степень его прочности, умения применять теоретические знания в практической деятельности и, во-вторых, определить типичные ошибки студентов для разработки мер по их устранению.

Формы и методы проверки исходного уровня знаний могут быть письменными (тестирование) и устными (собеседование) с включением разноуровневых логических задач, способствующих при их решении активизации мыслительной деятельности студентов, развитию их аналитических способностей и клинического мышления.

В ходе проверки исходного уровня знаний необходимо обратить внимание студентов на знание наиболее распространенных классификаций хейлитов, предложенных различными авторами [1-5], с их положительными аспектами и недостатками.

На этапе демонстрации элементов поражения, выявленных на красной кайме и слизистой губ (цветные слайды, фрагменты учебного фильма), необходимо подчеркнуть статичность демонстрируемых элементов в отличие от клинических проявлений, где они весьма динамичны и отражают фазу их развития. В этой части практического занятия студентам с участием оппонента предлагается моделирование учебной проблемы по теме занятия, перед которыми ставится задача: глубоко и всесторонне проанализировать предложенную ситуацию, вычленив ее отдельные аспекты, определить роль и значение каждого из них, сопоставить их, обобщить.

На этапе курации больных хейлитами студенты непосредственно закрепляют теоретические знания, практические умения и навыки в вопросах распознавания и классификации воспалительных заболеваний губ, которые по этиологии и патогенезу распределяются на группы: первичные (травматические, аутоинфекционные, неинфекционные) и вторичные (при общих неинфекционных и общих инфекционных заболеваниях). При этом акцентируется внимание обучающихся на обязательном соблюдении методической последовательности проведения клинико-лабораторного обследования больного с последующим глубоким анализом, обобщением выявленных симптомов, правильной диагностикой заболевания с обоснованием плана его лечения и профилактики. В ходе курации больных студенты должны усвоить, что:

1. Травматические хейлиты вызываются механическими, химическими, термическими, лучевыми раздражителями и отмечаются жалобами

больных на покраснение или побеление слизистой губ, болезненные ссадины, язвочки, пузыри, очаговое отторжение эпителия и образование длительно незаживающих эрозий.

В анамнезе выясняется наличие хронической травмы губы острыми краями зубов, протезами (механические раздражители); появление незаживающей эрозии после случайного попадания на слизистую губы кислоты, щелочи, прижигающих лекарственных средств (химические раздражители); повреждение слизистой губы, горячей пищей, горячим паром, раскаленным воздухом, пламенем или электродом (термические раздражители); поражения слизистой губ после облучения челюстно-лицевой области по поводу опухолевидных образований (лучевые раздражители).

Объективные исследования поражения красной каймы и слизистой губ при механических раздражителях выявляет в одних случаях – гиперемия и ограниченное повреждение в виде эскориаций, в других – цианоз и легкое ороговение эпителия; при химических раздражителях – сначала очаговый некроз эпителия полигональной формы, а в развившейся фазе – пузырьки, пузыри, эрозии полигональной формы; при термических раздражителях – сначала разлитая активная гиперемия губ, затем образование пузырьков или пузырей, после вскрытия которых обнаруживаются болезненные эрозии или язвы полигональной формы; при лучевых раздражителях – выявляется легкое ороговение на фоне застойной гиперемии, помутнение слизистой оболочки, местами десквамация эпителия и образования сливных эрозий с клейким налетом на дне, а при затяжном течении – язвы полигональной формы.

Для уточнения предварительного диагноза в план лабораторного обследования больных травматическими хейлитами включается клинический анализ крови, мочи, бактериоскопия и цитоскопия из очага поражения. При отсутствии общих заболеваний в гемограмме и исследовании мочи отклонений нет. В бактериограмме обнаруживается банальная микрофлора, возможно превалирование стрепто- и стафилококка, а при наличии эрозии возможен фузоспириллярный симбиоз. При цитологическом исследовании в очагах поражения обнаруживаются разрушенные клетки эпителия лейкоциты, при эрозии – незначительное количество эритроцитов и детрита, при язве (в общем анализе крови) возможен лейкоцитоз, ускоренное СОЭ 20-25 мм/час.

Для установления окончательного диагноза проводится дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний губ со всеми формами хейлитов травматической этиологии. Кроме того хейлиты, вызванные термическими раздражителями, с герпетическим, токсическим, аллергическим хейлитами, со специфическими пораже-

ниями губ при сифилисе, туберкулезе, лепре, пузырчатке; хейлиты, вызванные лучевыми раздражителями, с актиническим и специфическим хейлитами, вызванными сифилисом, туберкулезом, лепрой.

В плане лечения травматических хейлитов прежде всего должно быть устранение всех раздражителей слизистой губ, снятие налета при эрозивном поражении губы, обработка очагов поражения слабыми растворами календулы, ромашки, антисептических средств, препаратами, нейтрализующими действие кислот или щелочей в зависимости от характера ожога, при эрозиях и язвах – нанесение аппликаций с кератопластическими средствами. При ожогах 3-4 степеней больные направляются на лечение в ожоговое отделение стационара. Назначается индивидуальная терапия и рекомендуется больному тщательный уход за полостью рта, соблюдение гигиены и здорового образа жизни.

2. Аутоинфекционные хейлиты (микробные хейлиты стрепто- стафилококкового, вирусного и грибкового генеза) обращают на себя внимание сходными жалобами больных на жжение, боль в губах, усиливающуюся при разговоре и приеме пищи, на появление покраснения, пузырьков, трещин на красной кайме губ, прилегающих участках кожи, что особенно характерно для вирусного хейлита.

Из анамнеза выясняется, что указанные жалобы при стрептококковом и вирусном хейлитах возникают остро, после переохлаждения или перенесенных других заболеваний и нередко рецидивируют. В анамнезе грибковые поражения возникают постепенно, чаще на фоне тяжелых заболеваний (сахарный диабет, пневмония, дисбактериоз) и при гиповитаминозах группы В. Чаще болеют дети, беременные, пожилые люди.

При объективном исследовании у больных стрепто- стафилококковой формы хейлита обнаруживаются очаги гиперемии и отека слизистой оболочки и красной каймы губ, на фоне которых появляются отдельные или сливающиеся пузырьки, пузыри, эрозии и отдельные язвы. Регионарные лимфоузлы могут быть увеличены, болезненны, а температура – субфебрильная.

Объективно вирусный хейлит характеризуется высыпанием множественных, нередко сливающихся пузырьков, наполненных серозной жидкостью, локализующихся на красной кайме и слизистой губ, могут появляться на коже и слизистой носа, веках и СОПР. Температура тела от субфебрильной может достигать высоких цифр, в процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы, при пальпации они увеличены, резко болезненны, эластичны, не спаяны и подлежащими тканями. У больных грибковым хейлитом на красной кайме губ или только углов рта обнаруживается инфильтрат, сухость, наличие тре-

щин и беловато-серых пленок, переходящих в мелкие чешуйки.

Для уточнения предварительного диагноза в план дополнительных исследований аутоинфекционных хейлитов входит клинический анализ крови, внутрикожная алергологическая проба, бактериоскопия и цитограмма очагов поражения. В бактериограмме обнаруживается: при стрепто-стафилококковом хейлите – скопление стрептококков, диплострептококков или сочетание их со стафилококками, а при наличии язв возможны единичные спирохеты; при вирусном хейлите – вирус герпеса, иммунофлюорисцентным методом определяются антитела к вирусному антигену.

В анализе крови больных стрепто-стафилококковым хейлитом – умеренный лейкоцитоз, возможно увеличение эозинофилов, незначительное повышение СОЭ; у больных вирусным хейлитом – умеренная лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ достигает 30-50 мм/ час. Внутрикожная алергологическая проба положительная к полисахаридному антигену грибка.

В цитограмме из очагов поражения стрепто-стафилококковым хейлитом обнаруживаются скопления детрита, лейкоциты различной степени дегенерации, эритроциты, единичные лимфоциты и другие клетки, характерные для банального воспаления; а у больных вирусным хейлитом – гигантские многоядерные клетки с резким полиморфизмом по величине, форме и окраске.

Для установления окончательного диагноза проводится дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями. Так, стрепто-стафилококковый хейлит дифференцируется со специфическими, симптоматическими поражениями губ (сибирская язва, твердый шанкр, папулезный сифилис, туберкулезный, лепрозный, гонококковый хейлит), а так же с герпетическим и грибковым хейлитами. Вирусный хейлит дифференцируется с ящуром, острым афтозным стоматитом, опоясывающим лишаем, папулезным сифилисом. Грибковый хейлит – со стрепто-стафилококковым, алергическим, герпетическим хейлитами, а так же с поражениями губ при лейкоплакии и красном плоском лишае.

В плане лечения аутоинфекционных хейлитов предусмотрены: обезболивание очагов поражения губ аппликативными растворами (2% пиромекаина, 5-10% масляной взвесью анестезина, 10% лидокаина, 3% скандонеста); гигиеническая обработка растворами фурацилина или риванола (1:10000, 1:15000); наложение повязок с аппликацией хлорфилипта на 5-10 мин.; облучение пораженных участков КУФ-лучами с начальной экспозицией 2 мин. и дальнейшим ее повышением ежедневно на 1 мин. до эпителизации очагов поражения. При вирусном хейлите применяются аппликации оксалиновой, флореналовой, бонаф-

тоновов или тебтрафеновой мази, при грибковом хейлите – аппликации 1% раствором соды, тампоны с 5-10% взвесью буры на персиковом масле или мазью, содержащей каприлат аммония, аппликации 1-2% масляной взвеси леворина или нистатина.

Кроме того, при всех видах аутоинфекционных хейлитов проводится полная санация полости рта.

3. Неинфекционные хейлиты (контактный аллергический, glandулярный простой и гнойный, эксфолиативный сухой и экссудативный, метеорологический, актинический) характеризуются общими для них жалобами больных на жжение, зуд, отечность губ, сухость, а также на появление сыпи на губах, слабость, субфебрильную температуру (при контактном аллергическом хейлите); отечность нижней губы, болезненность, выделение гнойного экссудата (при glandулярном хейлите); болезненность красной каймы губ, незначительная синюшность, образование корок с последующим отторжением (при эксфолиативном хейлите); стянутость губ, незначительная отечность и шелушение эпителия красной каймы (при метеорологическом хейлите); яркое покраснение губ с образованием пузырьков, эрозий, а в последующем – корок (при актиническом хейлите).

В анамнезе для контактного аллергического хейлита характерно острое начало заболевания после контакта с аллергенами (косметические средства, зубные пасты, лекарственные и химические вещества). Для glandулярного хейлита – постепенное малозаметное начало заболевания, проявляющееся незначительной отечностью, набуханием мелких слюнных желез нижней и верхней губы с последующим увеличением их отека, выделением гнойного экссудата, иногда образованием эрозий и гнойных корок. Для эксфолиативного хейлита характерно постепенное начало заболевания с незначительной отечностью губ, образованием листовидных корок. Метеорологический хейлит носит хронический характер, начинается постепенно, проявляется сухостью губ с образованием шелушащихся корок эпителия, обостряется чаще у мужчин, работающих в поле, огороде. Актинический хейлит возникает под влиянием избыточного содержания ультрафиолетовых лучей в весенний период, характеризуется яркой гиперемией с последующим отеком губ, наличием трещин и шелушения у лиц, не защищенных от солнечного излучения в период полевых работ.

При объективном исследовании неинфекционных хейлитов выявляется, что симптомами контактного аллергического хейлита является немедленная реакция на антиген с гиперемией, отечностью губ, наличием пузырьков и эрозий; в случае замедленной реакции развивается застойная гиперемия, сухость, незначительная стяну-

тость губ, шелушение эпителия, болезненность регионарных лимфатических узлов. При glandулярном хейлите выявляется отечность, инфильтрация губы, гиперемия с синюшным оттенком, сухость красной каймы губ, на фоне чего возвышаются мелкие красные точки с кольцеобразными отверстиями в центре, из которых проступает прозрачная капля экссудата – «симптом росы»; нередко на красной кайме губ локализуются трещины, корочки, чешуйки; при гнойной форме губа (чаще нижняя) отечна, гиперемирована, с синюшным оттенком, на фоне которого локализуются эрозии; местами обнаруживаются толстые корки желто-зеленого или бурого цвета, плотно связанные с подлежащими тканями; между эрозиями и корками возвышаются красные точки с раскрытыми устьями, из которых при надавливании выделяется гнойный экссудат. Сухая форма эксфолиативного хейлита проявляется сухостью красной каймы губ, наслоением прозрачных чешуек строго по зоне Клейна, которые одним концом прикреплены к поверхности губы, а второй конец слегка приподнят; подлежащая слизистая имеет синюшный оттенок, а прилегающая – белесоватого цвета; при экссудативной форме эксфолиативного хейлита губы ярко-красного цвета, отечны; в зоне Клейна отмечаются пласты гнойного экссудата, свисающего с губ, которые центральной частью неплотно соединены с подлежащей тканью и сравнительно легко отторгаются, оставляя ярко-красную или зернистую поверхность губ. При метеорологическом хейлите обнаруживается легкая гиперемия губ с выраженной инфильтрацией, сухостью; нередко губы покрыты мелкими чешуйками, местами отмечается легкое шелушение. При актиническом хейлите выявляется сухость красной каймы губ, яркая гиперемия и наличие мелких сухих серебристо-серых чешуек, а при экссудативной форме – на фоне отечности отмечается выраженная эритема красной каймы губ, местами мелкие пузырьки, эрозии, нередко покрыты корочками.

Для уточнения диагноза хейлитов назначаются дополнительные методы лабораторного исследования. Клинический анализ крови без отклонений от нормы при контактном аллергическом, эксфолиативном и метеорологическом хейлитах, если отсутствуют фоновые заболевания. Гнойная форма glandулярного хейлита характеризуется умеренным лейкоцитозом и повышенной СОЭ до 20 мм/час.

Бактериоскопические исследования из очагов поражения характеризуются: при контактном аллергическом хейлите – наличием банальной микрофлоры; при glandулярном хейлите – обильной кокковой (особенно при гнойной его форме) микрофлорой; при эксфолиативном сухом хейлите – незначительным количеством микрофлоры; при метеорологических хейлитах –

наличием в мазках условно патогенных стрепто- и стафилококков, иногда грибов рода *Candida*.

Гистологическое исследование позволяет установить диффузную, неравномерную гиперплазию эпителия, местами с небольшим ороговением. При актиническом хейлите все слои плоского эпителия находятся в состоянии выраженного дистрофического перерождения.

В цитogramмах очагов поражения обнаруживаются: при контактном аллергическом хейлите – клетки эпителия, лейкоциты различной степени дегенерации, возможна эозинофилия; при glandулярном хейлите – большое количество детрита, клетки разрушенного эпителия и та же картина с обилием нейтрофилов.

Аллергологические пробы *invitro* в период ремиссии и основных проявлений болезней при контактном аллергическом хейлите в 70-90% случаев положительные к лекарственным препаратам и химическим веществам. При гнойном glandулярном хейлите и экссудативной форме эксфолиативного хейлита возможна положительная реакция к антигенам стрептококка и стафилококка, а при метеорологическом хейлите аллергическая проба может быть положительна к растительной пыльце.

Для окончательного установления диагноза проводится дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями: контактный аллергический хейлит – с метеорологическим, актиническим, эксфолиативным хейлитами, а также с экзематозными хейлитами, вызванными различными микробными факторами; glandулярный хейлит – с гнойной формой эксфолиативного хейлита, с абсцессом губы, лимфоэдематозным и болезнью Фордайса, а также с вторичными хейлитами; эксфолиативный хейлит – с метеорологическим, актиническим хейлитами, эрозийными формами красного плоского лишая и красной волчанки, хейлитом Манганотти, пузырьчаткой губ; метеорологический и актинический хейлиты – контактными аллергическим и с сухой формой эксфолиативного хейлита, с красной волчанкой.

После установления окончательного диагноза намечается план терапевтического лечения очага поражения и общего состояния больного, проводится полная санация полости рта, ликвидируются очаги хронической инфекции, инток-

сикации и сенсбилизации; при наличии фоновых заболеваний других органов и систем проводится лечение у соответствующих специалистов. Разрабатываются соответствующие мероприятия по профилактике заболеваний хейлитами.

В процессе клинического разбора больного хейлитом акцентируется внимание студентов на многообразии причин возникновения, клинического проявления и течения заболевания. Учитывая, что клинические проявления и течение отдельных форм хейлита нередко внешне весьма сходны, по этому дифференциальная диагностика должна проводиться на основе комплексного клинико-лабораторного исследования, тщательного анализа причин возникновения, морфологии элементов поражения, бактериологических и цитологических исследований. При постановке диагноза хейлита и обоснования комплексного лечения следует также руководствоваться онкологической настороженностью.

На этапе клинического разбора больного предлагается студентам обзор новинок литературы по изучаемой теме «Воспалительные заболевания губ – хейлиты».

В процессе подведения итогов практического занятия проводится анализ пробелов и ошибок, допущенных студентами в ходе курации, клинического разбора больного хейлитом, при заполнении медицинской документации, и сообщается задание к следующему занятию.

Таким образом, практическое занятие является незаменимой формой организации обучения, предусмотренной учебными программами. Содержание практического занятия направлено на качественное усвоение студентами полученных теоретических знаний и выработку на их основе практических умений и навыков по избранной специальности. При этом внимание должно акцентироваться на полноте, последовательности клинико-лабораторного обследования больного хейлитом с последующим анализом, обобщением выявленных симптомов заболевания и обоснованием предварительного диагноза; на логичности дифференциальной диагностики и назначении эффективного комплексного лечения.

#### Литературные источники References

1. Borovsky EV, Mashkeleison AL., editors. [Diseases of the oral mucosa and lips]. Moscow: Meditsina; 1984. 248 p. Russian.
2. Borovsky EV, Barer GM [Guide to practical training in therapeutic dentistry; addition to the textbook at the rate of therapeutic dentistry]. Moscow: Meditsina; 1975. 231 p. Russian.

3. Borovsky EV, Danilevsky NF. [Atlas of diseases of the oral mucosa]. Moscow: Meditsina; 1991. 320 p. Russian.
4. Maksimenko PT, Costelli OYu, Skripnikova TP. [Diseases of the oral mucosa]. Kyiv: Khreschatyk; 1998:10-38. Russian.
5. Urbanovich LI. [Inflammatory diseases of

the vermilion border]. Kyiv: Zdorovye; 1979. 143 p. Russian.

**Дмитрієва Е.О.** До питання про методологію організації практичного заняття «Запальні захворювання губ – хейліти».

**Реферат.** У статті представлені методичні рекомендації проведення практичного заняття однієї з актуальних тем терапевтичної стоматології «Запальні захворювання губ». Увага акцентована на повноті, послідовності клініко-лабораторного обстеження хворого на хейліт з наступним аналізом, узагальненням виявлених симптомів захворювання та обґрунтуванням попереднього діагнозу; на логічності диференціальної діагностики і призначенні ефективного комплексного лікування.

**Ключові слова:** Класифікація запальних захворювань губ, клініко-лабораторне обстеження, диференціальна діагностика, клінічний розбір.