

С.К. Зыкеева, М.О. Билисбаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ».
Кафедра стоматология и ЧЛХ
Городская стоматологическая поликлиника

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯЗЫКА И ГУБ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В статье приведены сведения об анатомо-физиологических особенностях губ и языка в разные возрастные периоды. Изложены клиническая картина, лечения болезни языка и губ у детей и подростков.

Ключевые слова: глоссит, хейлит, дети, подростки, лечение

Актуальность. Проблема заболеваемости слизистой оболочки полости рта у детей и подростков в последнее время стала наиболее актуальна.

Одни заболевания языка и губ у детей и подростков протекают остро, другие характеризуются хроническим течением или чередованием периодов благополучия и рецидивов. Различное течение и развитие процесса обусловлено общим состоянием организма, силой и характером воздействия местных и общих факторов.

Большое разнообразие причин возникновения заболеваний языка и губ накладывают отпечаток на характер клинических проявлений и течения процессов, а также на особенности их лечения и профилактики.

Цель: Охарактеризовать особенности клинического течения заболеваний языка и губ у детей и подростков с проведением адекватной терапии.

Болезни языка (глоссит).

Слизистая оболочка, покрывающая язык плотно сращена с межмышечной соединительной тканью, так как здесь нет подслизистого слоя. В межмышечной соединительной ткани расположены и слюнные железы. Смешанные (нуновые) железы находятся в кончике языка; белковые (эбнеровские) – средней части языка; слизистые железы (веберовские) – расположены в корне языка, в области желобоватых и листовидных сосочков.

Все сосочки языка образуются выступами собственной оболочки. Виды сосочков: нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые.

Нитевидные сосочки покрывают всю дорсальную поверхность языка. Основу сосочка образует подковообразный выступ собственной оболочки, от которого отходят вторичные длинные сосочки. Эпителий в области вершин сосочка ороговеет. Слушивающиеся чешуйки придают языку беловатый оттенок.

Грибовидные сосочки расположены в основном на спинке языка. Основу сосочка составляет грибообразные выпячивание собственной оболочки. Эпителий покрывающий их не ороговеет, поэтому они имеют вид красных точек, рассеянных по одиночке среди нитевидных сосочков. В эпителии сосочков имеются вкусовые луковички.

Листовидные сосочки расположены на боковой поверхности языка, в области корня. Они имеют вид 3-8 параллельных складок, разделенных узкими желобками. Эпителий, покрывающий их не ороговеет, он очень тонкий. В эпителии много вкусовых луковичек. В подслизистом слое расположены слизистые веберовские железы.

Желобоватые сосочки расположены в виде римской цифры V на границе корня и тела языка. Желобоватые сосочки, в отличие от других, не выступают, а погружены в толщу собственной оболочки языка. Каждый сосочек окружен валиком. В эпителии, покрывающем сосочки, много вкусовых луковичек.

Вкусовые луковички (почки) представляют собой концевые рецепторные аппараты вкусового анализатора. Они расположены в сосочках языка, но особенно их много в желобоватых сосочках (от 40 до 150). Нет вкусовых луковичек только в нитевидных сосочках языка.

Слизистая оболочка языка может вовлекаться в любой патологический процесс, протекающий в организме ребенка, обусловленный инфекцией, травмой и т.д. Язык реагирует на различные патологические состояния организма острым или хроническим катаральным воспалением.

Классификация заболеваний языка по Боровскому Е.В., Данилевскому Н.Ф.:

1. Десквамативный глоссит («географический» язык);
2. Хроническая гиперплазия нитевидных сосочков языка (черный «волосатый» язык);
3. Ромбовидный глоссит;
4. Складчатый (скротальный) язык.

Десквамативный глоссит – воспалительно-дистрофическое заболевание собственной слизистой оболочки языка. Заболевание проявляется преимущественно на спинке и боковых поверхностях языка в виде очаговых нарушений процессов ороговения эпителия и дистрофических изменений сосочков языка.

Этиология и патогенез десквамативного глоссита окончательно не выяснены. Лукомский И.Г. рассматривает десквамативный глоссит как вариант нормы, не считая истинным заболеванием. А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко относят географический язык к группе острых воспалительных заболеваний языка.

Наиболее часто десквамативный глоссит встречается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и кроветворной системы. Десквамативный процесс на слизистой оболочке языка развивается при вегетативно-эндокринных нарушениях, острых инфекционных заболеваниях, коллагенозах, нарушении витаминного баланса, гиперергическом состоянии организма, глистной инвазии, вирусной инфекции.

Десквамативный глоссит встречается часто в детском возрасте.

У детей десквамативный глоссит протекает без каких-либо субъективных ощущений. Выявляется изменение на языке случайно при осмотре полости рта. Иногда могут быть жалобы на легкое покалывание, чувство жжения, парестезии языка.

Процесс начинается с появлением на каком-либо участке слизистой оболочки языка пятна, что связано с отторжением поверхностного слоя эпителия. Соединясь несколько очагов десквамации, имеют вид овала, кольца, полукольца. Вскоре эпителий полностью отторгается, обнажая подлежащую ткань ярко-красного цвета. Участок эксквамации окружен серым ободком нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия. В центральной зоне участка десквамации нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные – немного увеличены. Постепенно на периферии участка десквамации происходит дальнейшее отслоение эпителия, а центральная зона покрывается слоем регенерирующего эпителия. Вокруг зон десквамации появляется незначительный кератоз. Участки кератоза образуют узкие извитые «нити» и «полосы» белого цвета, окружающие участки десквамации.

Дезэпителизации участка сменяется быстрой, в течение 1-3 дней, эпителизацией. Чередование очагов десквамации и участков слизистой оболочки, не вовлеченный в патологический процесс, создает картину географической карты (отсюда название «географический» язык).

Дифференциальная диагностика. Десквамативный глоссит надо дифференцировать от десквамативных процессов на спинке языка, наблюдающихся при нарушении витаминного баланса, заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной систем, при длительном приеме лекарств. В этих случаях характерно появление на языке обширных участков десквамации эпителия в виде полос и пятен, не меняющих своих очертаний в течение ряда дней и недель и не имеющих по периферии типичного ободка, набухшего перед слущиванием эпителия. Восстановление эпителиального покрова происходит медленно в связи с ухудшением общего состояния организма.

Лечение. Необходимо разъяснить родителям безболезненность данного состояния. При болевых ощущениях лечение десквамативного глоссита складывается из общих и местных мероприятий.

Общее лечение включает:

- 1) Лечение соматических заболеваний.
- 2) Санация полости рта.
- 3) Седативные средства: препараты валерианы, пустырника, корвалол, валокардин.
- 4) Десенсибилизирующая терапия: супрастин, пипольфен, тавегил, диазолин, фенкарол).
- 5) Поливитамини
- 6) Пантотенат кальция (0,03-0,1 г 3 раза в день). Принимать в течение 1 месяца. При показаниях курс лечения можно повторить 2-3 раза в год.

Местное лечение:

1. При выраженной болезненности – применение местных анестетиков (2% анестезин на персиковом масле или на глицерине, 0,5%, 1%, 2% раствор пиромекаина).

2. При появлении чувства жжения – ротовые ванночки с раствором цитраля (25-30 капель 1% спиртового раствора цитраля на 0,5 стакана воды).

3. Аппликации кератопластическими средствами (кызылмай, масло шиповника, облепихи, картолин, солкосерил, витамин А в масле и т.д.).

Ромбовидный глоссит – у детей это заболевание встречается редко. На задней трети языка строго по средней линии кпереди от желобоватых сосочков располагается уплотненный на ощупь участок слизистой оболочки. Размер очага поражения от 0,5 до 2,5 см. По форме это образование чаще всего напоминает ромб, в связи с чем заболевание и получило свое название. Ромбовидный глоссит – хроническое заболевание, длится годами, обычно не прогрессирует.

Дифференциальная диагностика. Ромбовидный глоссит следует дифференцировать от кандидоза, папилломатоза. Наиболее важным диагностическим признаком является обнаружение гифов грибов в слое кератина. Следует исключить злокачественное перерождение и ВИЧ-инфекцию.

Лечение. Общее лечение ромбовидного глоссита включает санацию полости рта, профессиональную гигиену. Назначение фунгицидных препаратов (при обнаружении гриба рода *Candida*). Местное лечение не проводится.

Черный «волосатый» язык – эта патология обусловлена гиперплазией нитевидных сосочков, которые покрываются толстым роговым слоем и удлиняются от нескольких миллиметров до 1 см и более. У основания сосочки более плотные и толстые, по направлению к вершинам они постепенно истончаются. Боковые поверхности и передняя часть свободна от разрастаний. У верхушки нитевидные сосочки более черные, чем у основания. Окрашивание сосочков происходит под влиянием пигментных веществ различного происхождения: пигментов продуктов и микрофлоры (хромогенные грибы и др.).

У детей это заболевание встречается редко и обычно развивается после каких-либо заболеваний и приеме антибиотиков. У детей понижен аппетит, старшие дети чувствуют разрастание сосочков как инородное тело на языке.

Дифференциальная диагностика. Черный «волосатый» язык дифференцируют от изменения языка при заболеваниях пищеварительного тракта, щитовидной железы.

Лечение: протирание языка малышам марлевыми тампонами с 1-2% раствором резорцина, а детям старше 5 лет – 1-2% раствором салициловой кислоты в 70° спирте. Язык нужно чистить зубной щеткой 2 раза в день для удаления налетов и слизи.

Складчатый язык – является следствием аномалии развития и обнаруживается в раннем детском возрасте. Складчатость языка часто сопровождается увеличением всего языка – макроглоссией, причем возможно его утолщение и увеличение почти вдвое. Характерно наличие много-численных бороздок на поверхности языка. Расположение складок преимущественно симметрично в продольном и поперечном направлениях. Продольная складка обычно располагается строго по средней линии языка, беря свое начало от его кончика и нередко достигая уровня желобоватых сосочков. От продольной складки отходят поперечные, менее глубокие. Язык мягкий. Нарушение гигиены полости рта, скопление остатков пищи и клеток слущенного эпителия приводят к усилению процессов брожения и гниения в складках языка, что является причиной плохого запаха изо рта. Жалоб дети не предъявляют.

Дифференциальная диагностика. Складчатый язык дифференцируют от трещин воспалительного характера, лимфангиомы языка.

Лечение: при складчатом языке специального лечения не требуется. Рекомендуют санацию полости рта и соблюдение гигиены для профилактики осложнений. Поверхность языка можно дополнительно очищать с помощью мягкой зубной щетки.

Болезни губ (хейлиты).

Хейлит – воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. Болезни губ являются относительно распространенной патологией в детском возрасте, при диагностике и лечении которых нельзя не учитывать морфологические и функциональные особенности детской кожи и слизистой оболочки полости рта.

Покровные ткани губ представлены кожей, красной каймой и слизистой оболочкой. В состав сформированной кожи входят эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка. В состав слизистой оболочки – многослойный плоский эпителий, соединительнотканная строма и подслизистый слой. Красная кайма имеет переходное строение от кожи к слизистой оболочке. Эпидермис кожи окончательно формируется к 12 годам и состоит из пяти слоев: кератинового (рогового), элединового (блестящего), кератогиалинового (зернистого), шиповидного и базального.

Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки губ состоит из двух слоев: шиповидного и базального. По направлению к поверхности клетки шиповидного слоя постепенно уплощаются и образуют слой плоских клеток, выполняющих защитную роль; в слизистой оболочке губ отсутствуют наружные слои эпидермиса, в которых осуществляется постепенное ороговение клеток (от кератогиалина в зернистом слое к элединому блестящего и кератину рогового слоя).

Красная кайма губ образована четырьмя слоями эпителия: базальным, шиповидным, кератогиалиновым и элединовым, отсутствует наружный, кератиновый слой. В то же время красная кайма защищена от внешних воздействий и предохранена от высыпания выраженным слоем эледины, отсутствующим полностью в слизистой оболочке.

Окончательное строение с четкой дифференцировкой структур покровные ткани приобретают к 12 годам.

У новорожденных и грудных детей эпителий и эпидермис очень тонкий, богатый гликогеном, почти не отделены от подлежащей дермы и стромы. Легкая ранимость эпителия, но в то же время высокая способность к регенерации отличают эпителий в этом возрастном периоде.

В возрасте от 1 года до 3 лет особенностью строения покровных тканей является значительное содержание клеточных элементов, высокая проницаемость сосудистых стенок, рыхлость базальной мембраны. Преобладает острое течение воспалительных процессов. В 4-12 лет происходит утолщение эпителиального покрова, в тканях уменьшается количество кровеносных сосудов и клеточных элементов. Снижается интенсивность обменных процессов. Уплотняется базальная мембрана, более четко отграничивая покровный эпителий от подлежащих тканей.

Губы состоят из мощного слоя круговых мышц, плотно соединенных с кожей, красной каймой и слизистой оболочкой. Смыкание губ может быть полным и неполным.

Полное правильное смыкание характеризуется тем, что губы ребенка плотно спокойно сомкнуты, смыкание обеспечивается самими крайними, губными фрагментами *m. orbicularis oris* (т.е. мышцами собственно губ) за счет их равномерного тонуса.

Архитектоника губ физиологична, т.е. смыкание происходит по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку губ (зона Клейна).

При полном неправильном смыкании губы ребенка сомкнуты плотно, однако смыкание обеспечивается участием как собственно губных мышц, так и мышц околоротовой области, главным образом подбородка. Выявляется напряжение подбородка, вплоть до симптома «наперстка» - точечных втяжений кожи в участках соединения мышечных фибрилл с кожей. Смыкание губ происходит не по зоне Клейна, т.к. она отвернута наружу или ввернута внутрь.

Неполное смыкание губ – это привычно несомкнутые в покое губы, и при функции губ их смыкание обеспечивается правильно или неправильно. Если смыкание происходит правильно, то это свидетельствует о сниженном тонусе, расслаблении *m. orbicularis oris*.

Особую зону губ составляют углы рта. Нарушение их физиологии связано с ослаблением тонуса боковых фрагментов *m. orbicularis oris* и щечных мышц или с западением углов рта. И в том и в другом случае в углах рта или вследствие неполного герметизма постоянно скапливается слюна (даже пища), или вследствие ввернутых вовнутрь участков красной каймы происходит их мацерация. Нередко это вызывает формирование вредной привычки «вытирания» углов рта. Это способствует инфицированию «мокнущих» участков углов рта, развивается ангулярный микотический или инфекционный хейлит.

Признаки физиологического состояния губ:

1) В покое губы спокойно сомкнуты по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку;

2) При глотании: отсутствует сокращение мышц губ, подбородка и других мимических мышц;

3) При сосании: губы плотно охватывают сосок, обеспечивается герметизм полости рта;

4) При откусывании пищи и при артикуляции губы разомкнуты в различной степени на время откусывания и произнесения звуков;

5) При пережевывании пищи губы сомкнуты, в углах рта не собирается слюна и пища.

Причиной развития хейлитов являются травмы, метеорологические факторы, инфекции, гиповитаминоз, нарушение архитектоники губ, экзема.

Классификация заболевания губ

1. Атопический хейлит
2. Экзематозный хейлит
3. Эксфолиативный хейлит (сухая и экссудативная формы)
4. Метеорологический хейлит
5. Ангулярный хейлит
6. Гландулярный хейлит
7. Инфекционный хейлит (пиогенная микрофлора и грибкового происхождения)
8. Актинический хейлит.

Атопический хейлит – один из симптомов атопического дерматита или диффузного нейродермита. Это поражение губ ранее описывали под названиями «экзематозный», «микробный» или «себорейный» хейлит.

Атопический хейлит – хроническое заболевание аллергической природы. У большинства детей пищевая аллергия уже в первые месяцы жизни проявляется экссудативным диатезом. Красная кайма губ и кожа околоротовой области поражаются с 3-7 лет, а иногда и позднее, когда воспаление кожи на других участках тела выражено меньше или отсутствует.

Красная кайма и кожа губ отечны и инфильтрированы. Красная кайма шелушится мелкими чешуйками, имеются трещины, корочки. Поверхность ее как бы прорезана тонкими радиальными бороздками. Постепенно высыпания исчезают, однако кожа в области углов рта длительное время остается инфильтрированной. Кожа лица больных атопическим хейлитом часто бывает сухой, слегка шелушится.

Атопический хейлит возникает в осенне-зимний период, летом же наступает ремиссия. К окончанию периода полового созревания у большинства больных наступает самоизлечение, однако в дальнейшем у них могут наблюдаться незначительные периодические заболевания.

Дифференциальная диагностика атопического хейлита от эксфолиативного, актинического, аллергического контактного хейлитов, стрептококковой и кандидозной заед.

При эксфолиативном хейлите в отличие от атопического, всегда поражена только часть красной каймы губ в виде полосы от линии Клейна до середины красной каймы. Часть красной каймы, прилежащая к коже, остается нормальной. Течение заболевания отличается монотонностью и отсутствием ремиссии.

В анамнезе у больных актиническим хейлитом четко прослеживается зависимость обострений от инсоляции, нет выраженного поражения углов рта, характерного для атопического хейлита.

При аллергическом контактном хейлите отсутствует поражение угла рта, его течение зависит от непосредственного контакта с аллергеном.

При заедах локализация ограничивается лишь углами рта.

Лечение атопического хейлита направлена на борьбу с вторичной инфекцией, уменьшение интенсивности воспалительного процесса, профилактику осложнений.

В течение 2-3 недель ребенок должен находиться на строгой диете с исключением всех продуктов, которые могут вызвать аллергическую реакцию. На фоне диетотерапии назначают внутрь витамины А, В, В₂, В₆, фолиевую кислоту, пантотенат кальция, антигистаминные препараты. Местно применяют кортикостероидные мази (фторокорт, флуцинар, лоринден, синаflan, латикорт,

оксикорт), которые необходимо наносить 4-5 раз в день. Из пищевого рациона следует исключить вещества, способные вызвать сенсibilизацию организма: шоколад, кофе, клубнику и др., резко ограничить потребление углеводов.

Экзематозный хейлит – проявлением общего экзематозного процесса. При этом аллергенами могут быть различные факторы: микробы, медикаменты, пищевые вещества и т.д.

Экзематозный хейлит протекает остро, подостро или хронически. При этом поражении красной каймы губ может сочетаться с поражением кожи лица или быть изолированным. При остром экзематозном хейлите отмечается покраснение и отек губ. Если в дальнейшем процесс не прогрессирует, то вскоре на красной кайме образуются чешуйки и начинается шелушение. В других случаях на гиперемированной и отечной красной кайме образуются мелкие узелочки, частично быстро превращающиеся в пузырьки, большая часть которых вскрывается, и возникает мокнутие, сопровождающееся образованием корок. Такое состояние может развиваться очень быстро, иногда в течение нескольких часов. Больных при этом беспокоит зуд и жжение, им трудно открывать рот, разговаривать. Постепенно острые явления стихают, уменьшаются мокнутие, отечность и гиперемия, но если действие аллергена не устранено, то процесс переходит в хроническое течение.

При хроническом течении экзематозного хейлита красная кайма губ и участки пораженной кожи вокруг рта уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата. На красной кайме располагаются небольшие группы мелких узелков, везикул, корочек, образуются чешуйки, иногда при обострении процесса возникает мокнутие. Иногда такое состояние осложняется образованием болезненных, кровоточащих трещин.

Дифференциальная диагностика. Экзематозный хейлит дифференцируют от аллергического контактного хейлита, атопического хейлита, эксудативной формы актинического хейлита. Атопический хейлит возникает только в детском возрасте, при нем отсутствуют микровезикуляция, поражение губ преимущественно в углах рта, где процесс всегда переходит на кожу. При аллергическом контактном хейлите процесс имеет мономорфный характер, т.е. на всех участках красной каймы он находится в одной стадии, не переходит на кожу, быстро разрешается после прекращения действия аллергена. Эксудативная форма актинического хейлита отличается сезонностью возникновения и четкой связью заболевания с инсоляцией.

Лечение экзематозного хейлита проводится комплексное совместно с аллергологом, дерматологом. Необходимо соблюдение диеты. Применение десенсибилизирующих и седативных препаратов, поливитаминов.

Местно применяют мази, содержащие кортикостероиды, а при мокнутии – аэрозоли с кортикостероидами. При микробной экземе назначают мази и аэрозоли с кортикостероидами и противомикробные препараты («Лоринден С», «Синалар-Н», аэрозоли «Дексон», «Дексокорт» и др.). Назначается миогимнастика. На ночь рекомендуется смазывать губы мазями, содержащими календулу, солкосерил, каротолин. Хорошо зарекомендовало себя смазывание губ натуральными жирами.

Эксфолиативный хейлит – хроническое заболевание при котором поражается исключительно красная кайма губ.

Существует две формы эксфолиативного хейлита – сухая и эксудативная (Б.М. Пашков, 1963).

Большинство исследователей считают, что в основе заболевания лежат нейрогенные механизмы.

Эксудативная форма эксфолиативного хейлита характеризуется появлением на красной кайме губ чешуек, корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета, которые покрывают красную кайму от угла до угла рта, начиная от переходной зоны слизистой оболочки (линии Клейна) до середины красной каймы губ. Иногда корки достигают больших размеров и свисают с губы как бы в виде фартука. Процесс никогда не переходит на кожу, слизистую оболочку. Полоска красной каймы губы, прилегающая к коже, остается неповрежденной. После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая поверхность красной каймы. Слизистая оболочка губ в зоне Клейна часто слегка гиперемирована и отечна. Больных беспокоит жжение и болезненность губ, особенно при их смыкании.

Сухая форма эксфолиативного хейлита, как и эксудативная форма, характеризуется локализацией поражения только на красной кайме губ. Часть красной каймы, прилегающая к коже, всегда остается неповрежденной. Чешуйки серого и серовато-коричневого цвета плотно прикреплены в центре к красной кайме и несколько отстают по краям. При снятии чешуек обнажается ярко-красная поверхность красной каймы, причем на месте чешуек эрозий нет. Слизистая оболочка губ в зоне Клейна иногда гиперемирована. Больных беспокоит сухость и небольшое жжение губ.

Эксфолиативный хейлит протекает длительно, может продолжаться годами, особенно в сухой форме. Эксфолиативным хейлитом болеют чаще девушки. Возраст больных от 3 до 20 лет.

Дифференциальная диагностика. Эксфолиативный хейлит следует дифференцировать от эксудативной формы актинического хейлита, атопического и метеорологического хейлитов.

Прогноз при эксудативной форме более благоприятный, чем при сухой. Заболевание может спонтанно разрешиться.

Лечение эксфолиативного хейлита сухой и эксудативной формы включает препараты, повышающие реактивность организма: пирогенал внутримышечно по 500 МПД; седативные препараты, транквилизаторы. При местном лечении важна санация полости рта и профессиональная гигиена полости рта. Кроме того, проводят аппликации кератопластиками (3-4 раза в день) и кортикостероидными мазями (3-4 раза в день).

Больным с сухой формой целесообразно смазывать красную кайму губ мазями, кремами, гигиенической помадой.

Метеорологический хейлит – воспалительное заболевание, основной причиной которого являются метеорологические факторы (повышенная или пониженная влажность, ветер, холод, солнечная радиация, запыленность воздуха), протекает хронически.

При метеорологическом хейлите поражается красная кайма губ, обычно нижней, на всем протяжении. Губа становится сухой, покрывается мелкими чешуйками.

Больных беспокоит сухость или чувство стягивания губы, при этом многие больные облизывают губы, что приводит к увеличению сухости, шелушения. Кожа и слизистая оболочка губы не изменена.

Дифференциальная диагностика. Метеорологический хейлит дифференцирует от аллергического контактного хейлита, сухой формы актинического хейлита, атопического хейлита, сухой формы эксфолиативного хейлита. Большое значение для дифференциальной диагностики имеет анамнез. Актинический хейлит часто развивается при кратковременном воздействии солнечных лучей на красную кайму губ и в результате сенсibilизации.

Лечение метеорологического хейлита. Устранение или ослабление действия причинного фактора. Назначение витаминов В₂, В₆, В₁₂, никотиновой кислоты. Рекомендуется миогимнастика. Смазывание красной каймы губ гигиенической помадой, фотозащитными жирными кремами, мазями. При выраженных воспалительных явлениях в течение 7-10 дней применение 0,5% преднизолоновой мази.

Актинический хейлит – хроническое заболевание, которое обусловлено повышенной чувствительностью красной каймы к солнечному свету.

Основной причиной возникновения актинического хейлита является развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам.

При сухой форме актинического хейлита красная кайма нижней губы становится ярко-красной, покрывается мелкими сухими серебристо-белыми чешуйками. Поражение захватывает всю поверхность красной каймы, верхняя губа и кожа лица поражаются редко.

При экссудативной форме актинического хейлита на фоне слегка отеочной красной каймы нижней губы возникают участки ярко-красной эритемы, появляются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются корки. Больных беспокоят зуд, жжение, болезненность губ.

Актинический хейлит обостряется в весенне-летний период и самопроизвольно проходит в осенне-зимнее время. При длительном существовании актинического хейлита появляются очаги ороговения на красной кайме, могут образовываться трещины, эрозии.

Лечение актинического хейлита. Избегать инсоляции. Принимать витамины группы В (В₂, В₆, В₁₂), никотиновую кислоту. Наружно использовать кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновая мазь, лоринден С, фторокорт, гидрокортизон, флуцинар, локакортен и др.). С целью профилактики используют фотозащитные кремы «Луч», «Щит» «Антилюкс», 10% салоловую мазь.

Инфекционный хейлит чаще проявляется в виде ангулярных поражений – заед. При заедах стрепто-стафилококковой природы эрозия угла рта покрыта корочкой желтого цвета, нередко поражена кожа. Больные жалуются на болезненность при открывании рта и приеме пищи. Процесс без лечения отличается длительным течением; эрозии и трещины эпителизируются медленно вследствие постоянной мацерации. Выражен лимфаденит под-челюстных лимфатических узлов.

При заболеваниях грибкового происхождения корочки беловатые, более тонкие и влажные, края валикообразно приподняты. Угол рта постоянно травмируется, смачивается слюной, что препятствует заживлению. Инфекционный хейлит может поражать и всю красную кайму, нередко с образованием трещин. Губы сухие, шелушатся, трещины длительно рецидивируют. Может сочетаться с другими формами кандидоза, например, стоматитом, глосситом.

Больные жалуются на чувство жжения и напряжения, боли при открывании рта. Заболевание характеризуется длительностью течения, склонностью к рецидивам; эрозии и трещины эпителизируются медленно вследствие постоянной мацерации.

Кандидоз углов рта следует дифференцировать со стрептококковой инфекцией и другими бактериальными поражениями в этой области.

В развитии кандидоза углов рта играет роль недостаточность витаминов группы В; возможно сочетание нескольких факторов (например гиповитаминоз + другая инфекция). Диагноз подтверждается результатами лабораторных исследований.

Для лечения инфекционного хейлита пиогенного происхождения назначают антибактериальные мази (неомициновую, оксикорт, флуцинар, лоренден А, геоксезон, баноцин и др.), местно – УФ0, противовоспалительные мази.

Для лечения инфекционного хейлита грибкового происхождения – применение противогрибковых препаратов, поливитаминов, местно-противогрибковые мази (дермозолон, триамцинолон, синалар, локакортен и др.).

Гландулярный хейлит – это заболевание губы, преимущественно нижней, развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции, а иногда и гетерогонии слюнных желез в области красной каймы губ и переходной зоны (линии Клейна). Гландулярным хейлитом дети болеют редко. В области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны – симптом «капель росы». Иногда вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде колец, в некоторых случаях красная кайма губы ороговевает на большом протяжении. Гландулярный хейлит создает благоприятные условия для развития предраковых заболеваний.

Лечение glandулярного хейлита: санация полости рта; гигиена полости рта; устранение вредных привычек; аппликации ферментами (трипсин, химотрипсин, лизоцим, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза) 1 раз в день на 15 мин.; нанесение кератопластических средств. Используют противовоспалительные мази. Применяют электрокоагуляцию или иссечение гипертрофированных слюнных желез у взрослых.

Таким образом, разнообразие клинической картины заболеваний языка и губ, стертость их классического течения, требуют от врачей нового подхода к лечению этих заболеваний и разработки комплексной системы их профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 И.Л. Бабий, Е.А. Калашникова. Хейлиты у детей // В помощь педиатру. – 2007. - № 6(9). – С. 71-73.
- 2 Т.Е. Бойченко, Л.Ф. Корчак, Л.Б. Лепорская, В.К. Харченко Изменения в полости рта при общесоматических заболеваниях. Учебное пособие. - М.: 1982. – 126 с.
- 3 Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 1987. – 108 с.
- 4 Горбатова А.Н. Атопический хейлит у детей. Факторы риска и клинические аспекты // Стоматология. – М.: Медисфера, 2000. - Т.79, №3. - С. 48-50.
- 5 Казарина Л.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей. - Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 263 с.
- 6 Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. - Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2004. – 263 с.
- 7 Орлова К.А. Гистологические и физиологические особенности слизистой оболочки полости рта // Лекция для врачей курсантов. – Ленинград: 1978. - С. 3-17.
- 8 С.Ю.Страхова, Л.Н.Дроботько. Заболевания губ у детей. Клинические лекции. Consilium-medicum // Педиатрия. – 2011. - №4. - С. 91-96.

С.К. Зыкеева, М.О.Билисбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті
Стоматология және ЖБХ кафедрасы
Қалалық стоматология емханасы

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТІЛ ЖӘНЕ ЕРІН АУРУЛАРЫ

Түйін: Мақалада әртүрлі жас кезеңдеріндегі тіл және еріннің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктері туралы мәлімет көрсетілген. Аурулардың Балалар мен жасөспірімдердің тіл және ерін ауруларының клиникалық көріністері мен емдеу әдістері баяндалған.

Түйінді сөздер: тіл қабынуы, еріннің қабынуы, балалар, жасөспірімдер, емдеу.

S.K. Zykeeva, M.O.Bilisbayeva
Kazakstan Medical University «KSPH».
Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery
City Dentistry Hospital

DISEASES OF THE TONGUE AND LIPS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Resume: The article provides information on the anatomical and physiological characteristics of the lips and tongue in different age periods. The clinical picture of the treatment of the disease of the tongue and lips in children and adolescents is outlined.

Keywords: glossitis, cheilitis, children, adolescents, treatment