

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

¹Гажва С.И., ¹Дятел А.В., ¹Надейкина О.С.

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия Министерства здравоохранения России», Нижний Новгород, Россия (603950, Нижний Новгород, ул. Минина, 10/1), e-mail: lady.dyatel@mail.ru

В статье представлен фрагмент обзора специальной отечественной и зарубежной литературы, посвящённой медикаментозным схемам лечения заболеваний красной каймы губ. Убедительно показано, что в основе принципов лечения должна быть положена этиопатогенетическая терапия. Разнообразие существующих лекарственных препаратов и их фармакокинетика не всегда приводят к желаемому положительному результату. Лечение патологических состояний красной каймы губ является трудной задачей. Недостаточно полно изучен вопрос дифференцированной системы лечения. В связи с этим дальнейший поиск лекарственных схем не теряет свою актуальность и требует дальнейших эффективных способов.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки красной каймы губ, лечение, этиопатогенетическая терапия

MODERN METHODS OF TREATMENT OF THE DISEASES OF THE VERMILION BORDER OF THE LIP

¹Gazhva S.I., ¹Dyatel A.V., ¹Nadeykina O.S.

¹Nizhniy Novgorod State Medical Academy, Nizhniy Novgorod, Russia (603950, Nizhniy Novgorod, Minin street, 10/1), e-mail: lady.dyatel@mail.ru

In this article you can see the piece of the survey of the professional domestic and foreign literature, dedicated to medicamentous treatment regimen of the diseases of vermilion border of the lip. It is convincingly shown that in the treatment should be based on the ethiopathogenetic therapy. Variety of existing pharmaceuticals and their pharmacokinetics not always produce the desired positive result. The treatment of pathosis of the vermilion border of the lip is a difficult task. The issue of the differential treatment system has not been studied completely enough. In this regard the further search of medical schemes does not lose its relevance and demands the continued efficient ways.

Keywords: the disease of the mucous membrane of the red portion, treatment, ethiopathogenetic therapy

В настоящее время лечение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ является одной из приоритетных и трудноразрешимых задач современной стоматологии (Барер Г.М., 2006). По различным данным ряда отечественных и зарубежных учёных, существующие методики лечения и диагностики этих заболеваний не достаточно эффективны (Анисимова И.В., Брусенина Н.Д., Горбатова Л.Н., Максимова О.П., Недосеко В.Б., D.E. Barmes).

Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов [16]. Ухудшение экологической обстановки, изменение климатических условий, проблемы промышленного производства, изменение образа жизни, условий труда и социально- бытовых условий, а также появление большого числа новых синтетических лекарственных препаратов, БАДов и продуктов питания, содержащих ГМО [5, 30, 34].

Не менее важен также социальный аспект проблемы. В настоящее время довольно часто встречаются отрицательные психоэмоциональные и депрессивные состояния,

иммунодепрессии, особенно на фоне недовольства внешностью, в частности среди молодёжи [31, 32]. Стандарты красоты активно навязываются через средства массовой информации, влияя на сознание людей. Использование инъекционных препаратов, особенно на основе гиалуроновой кислоты, стало «золотым стандартом» коррекции внешности, особенно моделировании губ [12, 13]. В большинстве случаев инъекции проводятся не учитывая заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (Крихели Н.И., 2012).

Всё выше перечисленное способствует росту частоты заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ, многообразию их клинических форм и проявлений, сходству и изменчивости их клинической картины [15, 29, 30].

Анализ литературы позволяет сделать выводы, что по мнению ряда авторов, лечение заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у детей и взрослых должно быть комплексным [17].

По мнению О.П. Максимовой (2000) основной задачей лечения заболеваний губ является восстановление физиологичной архитектоники губ, нормализация стереотипа их смыкания [19]. Методика заключается в нормализации носового дыхания, исправлении прикуса, восстановлении тонуса круговой мышцы рта с помощью миотерапии. Данная методика наиболее эффективна в детском и юношеском возрасте, у взрослых осложнена за счёт завершения формирования зубочелюстного аппарата и соединительной ткани [20].

В результате обширных клинических испытаний, экспериментальных исследований Н.Д. Брусениной и Е.А. Рыбалкиной (2004) были сформулированы общие принципы и методы лечения заболеваний губ, которые нашли подтверждение в клинических испытаниях ряда отечественных учёных [4, 15]. Это комплексная методика, она включает в себя принципы местного и общего лечения заболеваний губ. Местно используются растворы протеолитических ферментов (0,1 % раствор трипсина или химотрипсина) для размягчения красной каймы губ, антисептическая обработка 1 % раствором перекиси водорода. В качестве основного компонента местной терапии заболеваний губ ряд авторов предлагает широко использовать разработанную и запатентованную формулу мази Брусениной, которая обладает хорошим противовоспалительным, противомикробным, репаративным эффектом:

Rp. Sol. Retinoli acetat oleosae – 1,0

Sol. Tocopheroli acetatis – 1,0

Thiamini bromidi – 2,0

Insulini actrapid – 3,0

Celestodermi – 30,0

Ung. Solcoseryl – 20,0

M. f. unguentum

Курс лечения составляет 7 – 10 дней, при ежедневном троекратном нанесении на 20 минут [21, 22]. По мнению С.А. Рабиновича (2000) эффективно применение блокад красной каймы губ. Используется 1 % раствор новокаина или 1 % раствор лидокаина.

Ряд авторов предлагает использование комплексной терапии глюкокортикостероидными препаратами при лечении заболеваний красной каймы губ (Алпатова Л.М., Теплова С.Н., Поздеева А.А., 2000). Методика включает в себя применение наружной терапии глюкокортикостероидными мазями 0,05 % алклометазоном, 0,1 % метилпреднизолона ацепонатом, 2 % фузидовой кислоты, кремов «Афлодерм», «Адвантан», которые наносятся тонким слоем 2 раза в сутки в течение 10 дней и применяются до полного исчезновения симптомов [1, 26, 23]. Троекратное применение мазей «Целестодерм» и «Лоринден С» в течение 7 – 10 дней устраняет хронический воспалительный процесс красной каймы губ, а также зуд. Применялась также десенсибилизирующая терапия путём назначения глюкокортикостероидных препаратов внутрь курсом 2-3 недели. Широко использовались инъекции гистаглобулина курсом 6-8 инъекций (Елизарова В.М., Репина В.В., 2013) [10, 25, 33, 35].

По данным ряда авторов можно сделать вывод, что важным является коррекция общего состояния пациентов с патологическими состояниями красной каймы губ [8, 28]. Общее лечение включает в себя коррекцию психоэмоционального состояния с помощью дневных антидепрессантов, устранение дистрофии нервных волокон и восстановление их регенерации путём внутримышечных инъекций витаминов группы В «Мильгамы», десенсибилизирующее лечение с помощью антигистаминных препаратов «Левосетирина», «Алерзина», которые помимо антигистаминного, обладают противовоспалительным эффектом, а также по сравнению с другими антигистаминными препаратами лучше проникают в кожу и слизистую оболочку красной каймы губ и накапливаются там в терапевтических концентрациях, вызывают более выраженное подавление индуцированной гистамином кожной реакции и кожного тромбоцитарноактивирующего фактора [2, 3, 11].

По мнению И.М. Корсунской, К.Н. Суворовой (2002) трудности в лечении заболеваний красной каймы губ зависят от присоединения вторичной инфекции. Поэтому ими была предложена методика лечения хейлитов с применением геля Метрогил Дента. Препарат применяли 2 раза в день в течение 5 дней, затем его применяли в сочетании с цералином 1 раз в день 2 недели [14].

Н.П. Тороповой, О.А. Синявской О.А. (2002) было клинически доказано, что длительному течению и хронизации патологических состояний красной каймы губ могут способствовать нарушения местного иммунитета полости рта. В результате клинически была доказана эффективность лечения хейлитов с использованием топического иммуномодулятора

Имудон. Имудон представляет собой смесь лиофилизированных лизатов бактерий, оказывает действие на секреторный иммунитет полости рта, стимулирует клетки ретикулоэндотелиальной системы и способствует заживлению слизистой оболочки полости рта. Имудон применялся в качестве монотерапии по 6-8 таблеток в день в течение 2-3 недель (Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю., 2007; Лепешкова Т.С., 2011). В результате проведённого лечения значительно увеличились показатели местного иммунитета [9, 18, 24, 27].

На основании результатов обширных клинических исследований Л.Н. Горбатовой с соавторами (1999) были сделаны выводы, что ключевым звеном в развитии патологических состояний красной каймы губ не зависимо от клинической картины являются изменения метаболического статуса организма, которые ведут к развитию эндогенной интоксикации, характеризующиеся изменением концентраций веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов. В связи с этим комплексное лечение заболеваний красной каймы губ дополнено проведением детоксикационной терапии. Для достижения данного эффекта использовались препараты водорослевого происхождения Альгинат калия и Дополан. Препараты оказывают стимулирующее действие на фагоцитарную активность моноцитов и нейтрофилов, активируют Т – клеточный иммунитет. При использовании Альгината калия и Дополана происходит улучшение клинического состояния слизистой оболочки красной каймы губ, изменения концентрации веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов, а также активация всех детоксикационных систем организма, нормализация иммунологических показателей. Дополан назначают по схеме по 3 капсулы 3 раза в день во время еды, продолжительность лечения составляет 1 месяц [6, 7].

На основании анализа источников литературы отечественных и зарубежных авторов, посвящённых исследованию патологических состояний красной каймы губ можно сделать выводы, что лечение данной патологии остаётся трудной задачей. Существующие методики лечения достаточно разнообразны, но их основу составляет проведение этиопатогенетической терапии. Всё выше изложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы и требует дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Алпатова Л.М. Метеорологические хейлиты – краевая патология северных промышленных территорий // Новое в стоматологии. - 2000. - № 2. - С. 35–36.
2. Брусенина Н.Д., Барер Г.М., Рыбалкина Е.А. Значение нейрососудистых нарушений в развитии хронических трещин губ. Обоснование лечения // Труды VII съезда

Стоматологической Ассоциации России (Москва, 9-12 сентября 2002г.). – Москва, 2002. – С. 261-263.

3. Брусенина Н.Д., Барер Г.М., Рыбалкина Е.А. Значение коррекции нейрососудистых нарушений в комплексном лечении хронических рецидивирующих трещин губ // *Cathedra*. – М.: 2002. - № 4. – С. 54-61.

4. Брусенина Н.Д., Тарасенко С.В., Рыбалкина Е.А., Конарева Н.А. Опыт комплексного лечения хронических заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ // *Стоматология для всех*. – 2007. - № 3. – С. 14-17.

5. Гажва С.И. Распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний у детей Владимирской области, и их профилактика / С.И. Гажва, С.А. Адаева // XI Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – Санкт-Петербург, 2006. – С. 33-34.

6. Горбатова Л.Н., Образцов Ю.А. Функциональная активность малых слюнных желёз губ при аллергологическом хейлите // *Стоматология*. – 1999. - № 3. – С. 15-18.

7. Горбатова Л.Н., Образцов Ю.Л., Добродеева Л.К., Бебякова Н.А. Обоснование патогенетической терапии хейлита у детей // *Институт стоматологии*. – 2003. - № 3. – С. 47-49.

8. Данилевский, Н.Ф., Леонтьев, В.К., Несин. А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М., 2001 — С. 45-46.

9. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Особенности лечения хейлита у детей // *Российский стоматологический журнал*. – 2007. – № 1. – С. 34-35.

10. Елизарова В.М., Репина В.В. Атопический хейлит при атопическом дерматите у детей // *Фарматека*. – 2013. - № 2. – С. 12-14.

11. Зайков С.В. Аллергологические заболевания губ: клиника, диагностика, лечение // *Здоровье Украины*. – 2013. - № 2. – С. 46-48.

12. Каррадерз А., Каррадерз Д. Ботокс. М: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 159 с.

13. Каррадерз А., Каррадерз Д. Контурная и объемная пластика. М: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 224 с.

14. Корсунская И.М., Суворова К.Н. Лечение стоматитов и хейлитов у детей // *Лечащий врач*. – 2002. - № 9. – С. 64-65.

15. Крихели Н.И., Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ в эстетической стоматологии // *Российская стоматология*. – 2012. - № 4. – С. 57-64.

16. Лесков, А.С. Анализ стоматологической заболеваемости рабочих химического производства: дис.... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2012. – С. 55-57.

17. Лукиных, Л.М. Болезни полости рта. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2004. – 413

с.

18. Лепешкова Т.С. Атопический хейлит у детей. Новые подходы к терапии // Клиническая стоматология. – 2011. - № 2. – С. 28-32.
19. Максимова О.П. Секреты хейлита // Клиническая стоматология. – 2000. - № 2. – С. 45-48.
20. Максимова О.П. Лечение хейлита у детей и взрослых // Клиническая стоматология. – 2001. - № 1. – С. 18-21.
21. Недосеко В.Б., Анисимова И.В. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и губ // Клиническая стоматология. – 2003. - № 2. – С. 32-34.
22. Недосеко В.Б., Анисимова И.В. Клинические результаты комплексного лечения хронической рецидивирующей трещины губ. // Клиническая стоматология. – 2003. - № 4. – С. 70-71.
23. Спицына, В.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / В.И. Спицына, Т.И. Лемпская, Е.А. Волков. – М.: ММСИ, 1996. – 200 с.
24. Теплова С.Н., Поздеева А.А. Эффективность использования препарата Имудон у детей с атопическим хейлитом / Здоровый новорожденный. Перинатальные проблемы и прогнозирование. Тез. обл. науч.-пр. конф. Екатеринбург, 2000. С. 18.
25. Терещенко А.В. Хейлиты: этиопатогенетические аспекты, клинические особенности течения / А.В. Терещенко // Пластическая хирургия и косметология. - 2011. - №2. - С. 285-292.
26. Торопова Н.П., Лепешкова Т.С., Теплова С.Н. Распространённость и клинические особенности хейлита у детей, больных атипическим дерматитом // В помощь практическому врачу. – 2010. - № 4. – С. 60-65.
27. Шумский А.В. Имудон в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. - 2000. - № 6. - С. 53–54.
28. Щеголева Л.С., Горбатова Л.Н., Типисова Е.М., Жилина Л.П. Состояние иммунной системы у детей при хейлитах. Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии. М, 1998. – 528 с.
29. Al-Meshal, I. Catha edulis (Khat): use abuse and current status of scientific knowledge / I. Al-Meshal // Fitoterapia. – 1985. – Vol. 56. – P. 131- 152.
30. Barmes D.E. A global view of oral diseases: Today and tomorrow / D.E. Barmes // Community Dent. Oral Epidemiol. – 1999. – Vol. 27, № 1. – P. 2-7.
31. Noimark L, Cox H.E. Nutritional problems related to food allergy in childhood. *Pediatr Allergy Immunology*, 2008, № 19, pp. 88–95.

32. Quinn, M. Cancer trends in England and Wales 1950 – 1999 / M. Quinn, P. Babb, A. Brock // Studies on Medical and Population Subjects. – London: Stationary Office, 2001. – Vol. 66. – P. 45-57.
33. Stender I.M. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid in the treatment of actinic cheilitis/ I.M. Stender, H.C. Wulf // Dermatology. - 2011, Vol. 135, №3. - pp. 454-456.
34. Swango, P.A. Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: an epidemiologic overview / P.A. Swango // J. Public Health Dent. – 1996. –Vol. 56, № 6. – P. 309-318.
35. Taniguchi S., Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature / Taniguchi, S., Kono T. / Dermatology. - 2012. - Vol. 63, № 2. - pp. 253-255.

Рецензенты:

Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород;

Иванов С.Ю., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФПКВ Института непрерывного медицинского образования ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Нижний Новгород.