

О. В. Ашаренкова,

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри терапевтичної стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112, ol.asharenkova@gmail.com

О. В. Копчак,

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології та пародонтології, Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», вул. Антона Цедіка, 7, м. Київ, Україна, індекс 02000, dr.o.kopchak@kmu.edu.ua

Е. М. Павленко

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри терапевтичної стоматології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, індекс 04112, ella.pavlenko@ukr.net

С. Я. Черняк

асистент кафедри терапевтичної стоматології та пародонтології, Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», вул. Антона Цедіка, 7, м. Київ, Україна, індекс 02000, s.cherniak@kmu.edu.ua

O.V. Asharenkova,

PhD, Department of Therapeutic Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9 Dorohozhitska street, Kyiv, Ukraine, postal code 04112, ol.asharenkova@gmail.com

O.V. Kopchak,

MD, PhD, Profesor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, Private Higher Education Establishment "Kyiv Medical University", Kyiv, Ukraine; postal code 02000, dr.o.kopchak@kmu.edu.ua

E.M. Pavlenko,

PhD, Department of Therapeutic Dentistry, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9 Dorohozhitska street, Kyiv, Ukraine, postal code 04112, ella.pavlenko@ukr.net

S.Ya. Cherniak,

Assistant at the Department of Therapeutic Dentistry and Periodontology, Private Higher Education Establishment "Kyiv Medical University", Kyiv, Ukraine; postal code 02000, s.cherniak@kmu.edu.ua

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ І КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ХЕЙЛІТІВ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Обізнаність у питаннях етіології, клініки та симптоматики різних форм хейлітів дозволить лікареві-стоматологу провести вірну диференційну діагностику, своєчасно поставити діагноз, уникнути помилок під час вибору тактики лікування та усуне ризики розвитку подальших ускладнень.

У клінічному випадку при об'єктивному обстеженні хворої зі сухою формою ексфоліативного хейліту виявлено в ділянці від зони Клейна до середини нижньої губи тріщини, великі за розміром, напівпрозорі, жовтуваті лусочки, прикріплені в середині та децю припідняті по краях. В ділянках відриву лусочок спостерігали суху, гіперемійовану поверхню. Верхня губа уражена меншою мірою, досліджували її сухість, маленькі за розміром і незначні за кількістю лусочки. Слизова, шкіра і кути губ пошкоджені не були. При об'єктивному обстеженні хворого з метеорологічним хейлітом спостерігали на червоній облямівці нижньої губи незначні гіперемію та набряк, сухість, прикріплені до облямівки прозорі лусочки, неглибокі тріщинки. Слизова і шкіра губ були без патологічних змін.

Ключові слова: захворювання слизової рота, червоної облямівки губ, ексфоліативний, метеорологічний, хейліт, елементи ураження, локалізація, диференційна діагностика.

PECULIARITIES OF ETIOLOGY AND CLINICAL COURSE IN THE DIAGNOSIS OF CHEILITIS (CLINICAL CASE)

Awareness of the etiology, clinic and symptomatology of various forms of cheilitis will allow the dentist to carry out the correct differential diagnostics, make a timely diagnosis, avoid mistakes in the choice of treatment tactics and eliminate the risks of further complications.

In a clinical case, objective examination of a patient with a dry form of exfoliative cheilitis revealed cracks, large, translucent, yellowish scales in the area from Klein's zone to the middle of the lower lip, attached in the middle and slightly raised at the edges. A dry, hyperemic surface was observed in the areas of detachment of the scales. The upper lip is affected to a lesser extent, it was examined for dryness, scales that are small in size and insignificant in number. The mucous membrane, skin and corners of the lips were not damaged. During the objective examination of the patient with meteorologic cheilitis, slight hyperemia and swelling, dryness, transparent scales attached to the border, and shallow cracks were observed on the red border of the lower lip. The mucous membrane and skin of the lips were free of pathological changes.

Key words: diseases of the oral mucosa, red border of the lips, exfoliative, meteorological, cheilitis, lesion elements, localization, differential diagnosis.

На прийомі лікарі-стоматологи зазнають труднощі при постановці діагнозу та виборі методу лікування в осіб з ураженням червоної облямівки губ. Клінічна картина при різних хейлітах може бути схожою, хоча їх формування пов'язане з різними етіологічними чинниками [1 - 5]. Так, хейліти поділяються на первинні, які виникають під безпосереднім впливом патогенного зовнішнього фактора на червону облямівку, слизову оболонку чи шкіру губ: метеорологічний, актинічний, ексфоліативний, гландулярний, контактний алергічний, хронічна тріщина, хронічна лімфедема губ і вторинні (симптоматичні), що виявляються при захворюваннях інших органів і систем організму: атопічний, екзематозний і хейліт, який супроводиться макрохейлією, тощо[1, 2]. Проявами хейлітів найчастіше стають набряк, гіперемія, утворення лусочок, тріщин, різних за кольором кірочок. Основою при проведенні диференційної діагностики і постановці остаточного діагнозу вважаються ретельно зібраний загальносоматичний і стоматологічний анамнез, об'єктивна клінічна оцінка наявних елементів ураження і їх локалізації, саме розташування на червоній облямівці, слизовій оболонці чи шкірі губ; урахування тривалості перебігу та рецидування процесу [1, 2, 6]. Аналіз літературних даних висвітлює коморбідність хейлітів і загальносоматичних захворювань. Залежно від стану організму один і той же етіологічний чинник спроможний запустити або не запустити патологічний процес у ділянці губ [7]. Так, порушення психоемоційного стану, гормонального балансу при дисфункції ендокринних органів можуть спричинити патологічні зміни червоної облямівки губ за несприятливих зовнішніх умов [6 - 8].

Описання клінічного випадку № 1.

Діагноз: ексфоліативний хейліт, суха форма.

Хвора М., 52 роки, звернулася на консультацію зі скаргами на незначний набряк, сухість, лусочки та біль через наявність тріщин на губах після перенесеної гострої респіраторно-вірусної інфекції (ГРВІ) (Рис. 1).

Із анамнезу було визначено, що протягом 5-ти діб, під час захворювання на ГРВІ, температура тіла пацієнтки трималася на позначці 38,5 – 38,7 °С. У цей період червона облямівка верхньої і нижньої губи була яскраво червоного

кольору і суха. Поступово на поверхні кайми губ з'явилися лусочки. Їх поява супроводжувалась неприємним відчуттям шорсткості та стягування і ускладнювала чищення зубів, розмову, прийняття їжі, що, в свою чергу, ставало додатковим механічним травматичним фактором і сприяло прогресуванню проявів патологічного процесу, появі тріщин і болю. Напіввідірвані великі за розміром лусочки пацієнтці заважала, деякі з них вона зривала або скушувала. Зі слів пацієнтки, під ними оголювалась суха, яскраво-червоного кольору поверхня, одразу же з'являлося відчуття печіння в ділянці відриву, яке минало через декілька годин. Антибіотики не приймала. Із загальносоматичних захворювань діагностований первинний гіпотиреоз на тлі хронічного аутоімунного тиреоїдиту. Пацієнтка протягом 7-ми років відмічає тривожний стан. За останні 5-ть років присутні сухість шкірного покриву, ламкість волосся і нігтів. Алергічних реакції протягом життя не спостерігала. Скарг з боку шлунково-кишкового тракту немає.

Під час огляду хворої визначили, що конфігурація обличчя не змінена, шкіряні покриви чисті, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. При об'єктивному клінічному обстеженні нами було виявлено сухість червоної облямівки обох губ, легкий запальний інфільтрат нижньої губи. Від зони Клейна (умовної лінії переходу слизової оболонки в червону облямівку) до середини нижньої губи візуалізували тріщини, численні великі за розміром напівпрозорі, жовтуваті лусочки, прикріплені в середині та дещо припідняті по краях (див. рис. 1). В ділянках відриву лусочок спостерігали суху, гіперемійовану поверхню. Верхня губа була уражена меншою мірою, набряк, гіперемію не відмічали. Досліджували її сухість, лусочки, що були незначні за розміром і кількістю у порівнянні з нижньою губою. Слизова, шкіра і кути губ пошкоджені не були. Проведений бактеріологічний посів на гриби рода *Candida* негативний.

За даними літератури відомо, що червона облямівка губ в поверхневих шарах має низький вміст води та високий показник трансепідермальної втрати води, ніж шкіра на щоках і інших ділянках обличчя, через що за несприятливих умов губи схильні до втрати еластичності, пересихання, тріщин і лущення [9].

У даному клінічному випадку під час тривалої гарячки організму, спричиненої ГРВІ, наявності в цей період тахіпноє (прискорене поверхнєве дихання), жару, спраги, сухого повітря у кімнаті (ГРВІ протікало взимку під час опалювального сезону) призвели до дегідратація слизової оболонки ротової порожнини і червоної облямівки губ, що стало причиною набутих патологічних змін. Передумовою до розвитку проявів на губах стали хронічний аутоімунний тиреоїдит, перебіг якого супроводжується підвищеною сухістю шкіри і, зокрема, червоної облямівки губ, тривожні розлади протягом останніх років.

Призначений нами *per os* рослинний заспокійливий препарат і місцеве використання гелю, який володіє кератопластичним і гідратувальним (за рахунок вмісту декспантенола), бактерицидним, віруліцидним, протигрибковим (за рахунок вмісту мірамістину) впливом, призвело до повної епітелізації поверхні червоної облямівки нижньої і верхньої губи протягом 9 діб з дня призначення лікування (Рис. 2). У повсякденному житті пацієнтці було рекомендовано використовувати гігієнічну помаду з метою захисту червоної облямівки губ від негативного впливу зовнішніх подразників і щоб така гігієнічна помада містила в своєму складі комплекс поживних компонентів для запобігання сухості та лущенню. Крім того, обов'язково потрібна консультація суміжних фахівців. При огляді через 2-а тижня після лікування поновлення клінічних ознак хейліту не відбулося. Червона облямівка губ була звичайного кольору, без візуалізації первинних і вторинних елементів ураження.

При огляді у віддалений термін: 1, 6 і 12 місяців на червоній облямівці нижньої губи спостерігали прозорі лусочки сірого кольору, прикріплені в центрі та припідняті по краях (Рис. 3, 4, 5). Привертало нашу увагу сухість, зниження тургору червоної облямівки губ, наявність глибоких борозен, в середині яких візуалізувалися тріщини. Пацієнтка скаржилася на коливання клінічних проявів на червоній облямівці, більшою мірою, нижньої губи. За останні роки в різні періоди часу вона відмічала лусочки маленькі або середні за розміром, сірі, прозорі, наявність яких завжди супроводжувалась відчуттям стягування, при їх відриві - печіння. Інколи появу тріщин.

Клінічна картина пацієнтки відповідає проявам сухої форми ексфолюативного хейліту (Mikulicz, Kummel, 1912), також відомому під назвою «персистуючої десквамації губ» (Stelwagou, 1900) – хронічному захворюванню виключно червоної облямівки губ, яке триває роками і навіть десятками років, не схильному до самовилікування, в основі якого лежить порушення зроговіння та нерівномірна десквамація епітелію, зазвичай пов'язана зі нейрогенним і ендокринним патологічними механізмами [1, 2, 8]. Наведена інформація враховується під час диференційної діагностики з іншими формами хейлітів.

Описання клінічного випадку № 2.

Діагноз: метеорологічний хейліт.

Хворий Н., 25 років, в лютому 2022 року звернувся зі скаргами на лущення і неприємні відчуття стягування в ділянці нижньої губи. За даними анамнезу прояви спостерігав протягом двох тижнів. Загальносоматичний стан задовільний. При об'єктивному клінічному обстеженні на червоній облямівці нижньої губи було виявлено незначну гіперемію і набряк, сухість, прикріплені до облямівки прозорі лусочки, неглибокі тріщинки (Рис. 6). Слизова і шкіра губ були без патологічних змін. Поставлений діагноз: метеорологічний хейліт. Його розвинення пов'язане зі погодними умовами взимку. Холод, вітер, знижена вологість повітря в приміщенні в опалювальний сезон призвели до патологічних проявів в даному клінічному випадку.

Призначене місцеве лікування гелевим препаратом, діючи речовини якого направлені на загибель вторинної мікрофлори та прискорення регенерації, призвело до зникнення ознак хейліту. Пацієнту було рекомендовано у повсякденному житті використовувати гігієнічну помаду.

Таким чином, при проведенні диференційної діагностики різних форм хейлітів, незважаючи на начебто зовнішню схожість їх клінічної картини, лікарю-стоматологу достатньо легко зорієнтуватися і поставити вірний діагноз, коли він спирається на дані анамнезу, володіє певними знаннями, які дозволяють аналізувати скарги, відмічати особливості локалізації й динаміку розвитку первинних і вторинних елементів ураження, тривалість патологічного процесу, взаємозв'язок із загальносоматичними захворюваннями. При

правильній постановці діагнозу пацієнт отримує своєчасне і адекватне лікування, що призводить до швидкої реконвалесценції, знижує ризик розвитку рецидивів.

Список літератури

1. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4 Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.
2. Lugović-Mihić L. Differential diagnosis of cheilitis – how to classify cheilitis? / Liborija Lugović-Mihić, Kristina Pilipović, Iva Crnarić, Mirna Šitum, Tomislav Duvančić // Acta clinica croatica. - 2018. - V. 57. - № 2. – P. 342–351.
3. Аюбова Н. М., Нурматова І. Б., Аюпова Ш. Т., Азізов Б. С. Клініко-морфологічні та імуногістохімічні аспекти актинічного кератозу. Лікарська справа. -2022. - № 3–4. – С. 15–26.
4. Янко Н. В. Прояви вірусних інфекцій у ротовій порожнині дітей / Н. В. Янко, Л. Ф. Каськова, І. Ю. Ващенко [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – № 3. - 2020. – С. 69–74.
5. Georgakopoulou E. Isolated lip dermatitis (atopic cheilitis), successfully treated with topical tacrolimus 0.03% / Eleni Georgakopoulou, Panagiota Loumou, Aikaterini Grigoraki, Antonios Panagiotopoulos // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2021. – V. 26. - № 3 – P. 357 - 360.
6. Blage Tadeja Cheilitis: A cross-sectional study-multiple factors involved in the aetiology and clinical features / Tadeja Blagec, Ana Glavina, Bruno Špiljak, Iva Bešlić, Vedrana Bulat, Liborija Lugović-Mihić // Oral Diseases. – 2023. - V. 29. - № 8. – P. 3360-3371.
7. Власенко М. Р. Вісцеро-лабіальні паралелі розвитку ексfolіативного хейліту / М. Р. Власенко, О. М. Власенко // Сучасна стоматологія. - № 5. – 2014. - С. 37 – 41.
8. Incontri-Abraham D. Exfoliative cheilitis related to psychologic factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation / D Incontri-Abraham, I

Carrillo-Martin, W Bosch, A J Bruce, A Gonzalez-Estrada, O Sokumbi // *Dermatol Online Journal*. – 2021. – V. 27. - № 6. – P. 1 - 3.

9. Tamura E. The efficacy of a highly occlusive formulation for dry lips / E. Tamura, H. Yasumori, T. Yamamoto // *International Journal of Cosmetic Science*. - 2020. – V. 42. - № 1. – P. 46-52.

REFERENCES

1. Danilevskii M.F. *Terapevtichna stomatologiya: pidruchnik: U 4 t.- T. 4 Zakhvoryuvannya slizovoï obolonki porozhnini rota* / M.F. Danilevskii, A.V. Borisenko, M.Yu. Antonenko ta in.. – K.: Meditsina, 2010. – 640 s.
2. Lugović-Mihić L. Differential diagnosis of cheilitis – how to classify cheilitis? / Liborija Lugović-Mihić, Kristina Pilipović, Iva Crnarić, Mirna Šitum, Tomislav Duvančić // *Acta clinica croatica*. - 2018. - V. 57. - № 2. – S. 342–351.
3. Ayubova N. M., Nurmatova I. B., Ayupova Sh. T., Azizov B. S. Kliniko-morfologichni ta imunogistokhimichni aspekti aktinichnogo keratozu. *Likarska sprava*. - 2022. - № 3–4. – S. 15–26.
4. Yanko N. V. *Proyavi virusnikh infektsii u rotovii porozhnini ditei* / N. V. Yanko, L. F. Kaskova, I. Yu. Vashchenko [ta in.] // *Ukraïnskii stomatologichni almanakh*. – № 3. - 2020. – S. 69–74.
5. Georgakopoulou E. Isolated lip dermatitis (atopic cheilitis), successfully treated with topical tacrolimus 0.03% / Eleni Georgakopoulou, Panagiota Loumou, Aikaterini Grigoraki, Antonios Panagiotopoulos // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. – 2021. – V.26. - № 3 – R. 357 - 360.
6. Blage Tadeja Cheilitis: A cross-sectional study-multiple factors involved in the aetiology and clinical features / Tadeja Blagec, Ana Glavina , Bruno Špiljak , Iva Bešlić, Vedrana Bulat, Liborija Lugović-Mihić // *Oral Diseases*. – 2023. - V. 29. - № 8. – R. 3360-3371.
7. Vlasenko M. R. *Vistsero-labialni paraleli rozvitku yeksfoliativnogo kheilitu* / M. R. Vlasenko, O. M. Vlasenko // *Suchasna stomatologiya* . - № 5. – 2014. - S. 37 – 41.

8. Incontri-Abraham D. Exfoliative cheilitis related to psychologic factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation / D Incontri-Abraham, I Carrillo-Martin, W Bosch, A J Bruce, A Gonzalez-Estrada, O Sokumbi // Dermatol Online Journal. – 2021. – V. 27. - № 6. – R. 1 - 3.

9. Tamura E. The efficacy of a highly occlusive formulation for dry lips / E. Tamura , H. Yasumori, T. Yamamoto // International Journal of Cosmetic Science. - 2020. – V. 42. - № 1. – R. 46-52.

Рис. 1. Хвора М., 52 роки. Діагноз: ексфоліативний хейліт, суха форма. Хворіє на ГРВІ на тлі хронічного аутоімунного тиреоїдиту та психоемоційних розладів. Зима, грудень 2022 р.:

А - шостий день хвороби на ГРВІ;

Б – шостий день місцевого використання гелевого препарату, який володіє кератопластичним і гідратувальним (за рахунок вмісту декспантенола), бактерицидним, віруліцидним, протигрибковим (за рахунок вмісту мірамістину) впливом.

Рис. 2. Хвора М., 52 роки. Ексфоліативний хейліт, 9-та доба лікування.

Рис. 3. Хвора М., 52 роки. Ексфоліативний хейліт, зима, січень 2022 р.

Рис. 4. Хвора М., 52 роки. Ексфоліативний хейліт, літо, червень 2022 р.

Рис. 5. А, Б. Хвора М., 52 роки. Ексфоліативний хейліт, зима, січень 2023 р.

Рис. 6. Хворий N., 25 років. Метеорологічний хейліт, пов'язаний з погодними умовами і дефіцитом вітамінів, мікроелементів. Зима, лютий 2022 р.