

М.Р. Власенко<sup>1</sup>, О.М. Власенко<sup>2</sup>

## Вісцero-лабіальні паралелі розвитку ексфоліативного хейліту

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна  
<sup>2</sup>Стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета дослідження:** дослідити наявність і характер зв'язків ексфоліативного хейліту із загальним станом організму.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для вирішення поставлених задач проведено стоматологічне клінічне обстеження 50 осіб віком від 17 до 71-го року, які страждали на запально-деструктивні форми хейліту. В алгоритм обстеження включені: індекс КПВ, індекс Green-Vermillion (ОНІ-S), індекс РМА, бактеріоскопічне дослідження зони ураження.

**Результати.** При клінічному обстеженні встановлено, що захворюванню губ передувала загальносоматична патологія: порушення ендокринної системи (40 %), патологія ШКТ (35 %), серцево-судинної системи (10 %), поєднана патологія (15 %). Виявлена залежність виникнення ексфоліативного хейліту від періоду розвитку людини та її статі. Підкреслюється важливість значення гормонів у регуляції різних сторін тканинного обміну.

**Висновки.** Результати досліджень є підґрунтям для розробки патогенетично спрямованих схем лікування ексфоліативного хейліту в залежності від статі, віку та виду загальної патології.

**Ключові слова:** ексфоліативний хейліт, супутня патологія, гормональні порушення, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та червоної облямівки губ вивчені недостатньо повно порівняно з іншими стоматологічними захворюваннями. За даними клініко-епідеміологічних досліджень, хейліт відмічається значною розповсюдженістю серед інших уражень СОПР, що коливається в широких межах (від 6,8 до 30 %) [4]. Серед численної групи захворювань губ у практиці лікаря-стоматолога найбільш часто зустрічаються хронічні тріщини губ (28,35±2,31 %), метеорологічний (50,65±2,56 %) та ексфоліативний хейліт (17,59±1,95 %) [6]. Незважаючи на велику кількість досліджень, ряд основних питань етіології, патогенезу, лікування та профілактики цієї патології не вирішений і дотепер.

Розуміння причин розвитку патологічного процесу пов'язане з обов'язковим урахуванням ролі організму у виникненні захворювання. Один і той же фактор може бути патогенним для одного організму й не викликати патологічних змін в іншому. У виникненні захворювання мають значення властивості як самого фактора, так і організму зокрема [2].

Сучасні методи дослідження дозволяють виявити, що СОПР має тісний анатомо-фізіологічний взаємозв'язок з різними системами організму. Рецептори СОПР мають пряму кореляцію із центральною нервовою, ендокринною, серцево-судинною, сечостатевою системами, органами травлення та ін. Імовірність розвитку захворювання детермінована високим вихідним рівнем особистісних тривожно-депресивних проявів, напружень психофізіологічних механізмів центральної нервової системи, активацією ендокринної системи та катаболізму [9]. До того ж порушення, що виникають у порожнині рота та на губах, у ряді випадків можуть погіршувати перебіг основного захворювання. Ураховуючи, що хейліт не належить до тяжких патологічних процесів, він рідко приваблює увагу дослідників. Разом з тим він має суттєвий вплив на самопочуття, соціальну активність та адаптацію хворих, може спровокувати виникнення депресивних станів.

Аналіз літературних даних висвітлює тісний взаємозв'язок ендокринної системи з усіма структурами порожнини рота на всіх етапах їх розвитку, починаючи з моменту закладки всіх тканин. За даними різних авторів, частота уражень СОПР, язика й губ при ендокринних

порушеннях коливається від 2 до 80 %. Випадіння будь-якого з компонентів гормональної регуляції із загальної системи порушує єдиний ланцюг функціональної системи організму і призводить до розвитку різних патологічних станів. Фундаментальні дослідження останніх років показали, що дефіцит статевих стероїдів, який виникає в перименопаузі, обумовлює системні зміни в естрогензалежних органах і тканинах і є джерелом потужного стресового фактора, який викликає часто неадекватні адаптивні порушення в жінок [3]. У цей же час спостерігається маніфестна вегетосудинна та психоемоційна симптоматика, різної вираженості кардіоваскулярні, обмінно-метаболічні, нейроендокринні розлади, що, у свою чергу, може створити підґрунтя для виникнення й розвитку захворювань СОПР і червоної облямівки губ.

Слід відмітити, що складний багатокомпонентний етіопатогенез запальних і деструктивних форм хейліту й дотепер залишається не повністю встановленим, що зумовлює невисоку ефективність терапевтичних засобів, методів лікування та профілактики. Серед інших проблем стоматології питання поєднаних уражень захворювань червоної облямівки губ і внутрішніх органів займають особливе місце, бо дозволяють відобразити суть генезу багатьох залежних захворювань СОПР, намітити шляхи для розробки лікувальних і профілактичних заходів патогенетичного характеру.

Указані обставини обумовили *мету* дослідження – вивчити розповсюдженість і клінічну картину запальних і деструктивних форм хейліту, дослідити наявність і характер зв'язків ексфоліативного хейліту із загальним станом обстежених.

### Матеріали та методи дослідження

Характер ураження червоної облямівки губ був вивчений у 50 осіб віком від 17 до 71 року, із них у 27 чоловіків і 23-х жінок, які страждали на запально-деструктивні форми хейліту.

Клінічне обстеження хворих проводилося за загальноприйнятною методикою і складалося з опитування та клінічного стоматологічного огляду пацієнтів, анамнезу життя й захворювання. Виявляли наявність перенесених і супутніх захворювань, шкідливих звичок. Установлювали

Таблиця 1

Поширеність клінічних форм хейліту у групі обстежених хворих

Форма хейліту	Кількість пацієнтів	Поширеність хейліту
Метеорологічний хейліт	22	44%
Ексфоліативний хейліт	20	40%
Екзематозний хейліт	2	4%
Хронічні тріщини губ	6	12%

Таблиця 2

Гендерні особливості поширення запальних і деструктивних форм хейліту

Форма хейліту	Кількість пацієнтів		
	Загальна	Жінок	Чоловіків
Метеорологічний хейліт	22	8	14
Ексфоліативний хейліт	20	13	7
Хронічні тріщини губ	6	1	5
Екзематозний хейліт	2	1	1
<b>Усього:</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>27</b>

тривалість захворювання, характер скарг, естетичні недоліки, час появи перших симптомів, питання, чи проводилось лікування, його характер та ефективність. Оцінювали стан СОПР і скронево-нижньощелепного суглоба, ортопедичний статус, наявність зубощелепних аномалій. Для аналізу стоматологічного стану використовували індексну оцінку гігієни порожнини рота, стану зубів і тканин пародонту (ОНІ-S, індекси КПП та РМА).

Усім хворим із соматичною патологією рекомендували консультацію та лікування в ендокринолога та інших спеціалістів (гастроентеролога, імунолога, невропатолога).

Діагностику захворювань червоної облямівки губ проводили за класифікацією М.Ф. Данилевського та співавторів (2001).

**Результати дослідження та їх обговорення**

У результаті первинного стоматологічного дослідження в обстежених пацієнтів було діагностовано такі клінічні форми хейліту (табл. 1): метеорологічний (44 %), ексфоліативний (40 %), екзематозний (4 %), хронічні тріщини губ (12 %). Отже, найбільш розповсюдженою нозологічною одиницею захворювань губ став метеорологічний хейліт, на другому місці ексфоліативний хейліт, на третьому – хронічні тріщини губ. Крім того, серед уражень ексфоліативним хейлітом 70 % хворих (14 осіб) склали суха форма і 30 % (6 осіб) – ексудативна.

Проаналізувавши гендерну особливість поширення запальних і деструктивних форм хейліту (табл. 2), установили, що метеорологічний хейліт і хронічні тріщини губ найчастіше діагностують у чоловіків, у той час як на ексфоліативний хейліт частіше страждають жінки. Крім того, як суха, так і ексудативна форма ексфоліативного хейліту у більшості випадків була виявлена в жінок.

У всіх хворих на ексфоліативний хейліт були виявлені шкідливі звички, які погіршували та подовжували перебіг захворювання: облизування та покусання губ (100 % обстежених хворих), а також куріння (60 %). Як відомо, СОПР і червона облямівка губ є місцем первинної дії компонентів тютюнового диму. Доведена токсична дія продуктів тютюну на нейтрофільні лейкоцити, що виконують фагоцитарну функцію [7]. Зокрема, у людей, які

курять, підвищена агрегація тромбоцитів, що обумовлено підвищеним утворенням тромбоксану у тромбоцитах. Нікотин впливає на синтез простагліцину, а також викликає мікроциркуляторні порушення. Підкреслюється імуносупресорна роль тютюну. Більшість дослідників указують на порушення Т- й В-системи імунітету в осіб, які курять. У таких людей виявлено підвищення активності супресорної субпопуляції Т-лімфоцитів [5].

Найбільшу кількість випадків захворювання на ексфоліативний хейліт спостерігали взимку та навесні (65 % хворих). На основі цього можна припустити ймовірність утворення деструктивних змін в епітелії губ як унаслідок гіповітамінозу організму, що має місце в зимовий та весняний періоди, так і несприятливих погодних умов у зимово-весняний період року. Отже, слід брати до уваги ту обставину, що епітелій червоної облямівки губи постійно перебуває в несприятливих умовах, що включають високу мікробну забрудненість, подразнюючу дію слини, шкідливі звички (куріння, облизування, кусання губ), травмування зубами, несприятливі метеорологічні фактори. Указані фактори сприяють порушенню фізіологічного балансу пристосувальних механізмів епітелію червоної облямівки губ і формуванню передумов розвитку хейліту.

Хворі на ексфоліативний хейліт були розділені на групи згідно з віковою періодизацією А.А. Маркосян (С.Б. Тихвинский, С.В. Хрущев, 1991) (рис. 1): юнацького віку – 6 осіб (30 %), I періоду зрілого віку – 4 (20 %), II періоду зрілого віку – 7 (35 %), похилого віку – 3 (15 %).

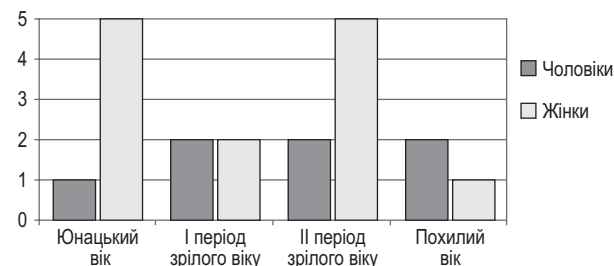


Рис. 1. Розподіл хворих на ексфоліативний хейліт згідно з віковою періодизацією А.А. Маркосян.

Поширеність загальносоматичної патології у хворих на ексфолювативний хейліт

Види патології	Поширеність патології	Діагноз	Кількість хворих
Ендокринні порушення	40 %	Порушення гормонального тла	6
		Гіпертиреоз	2
Захворювання шлунково-кишкового тракту	35 %	Хронічний холецистит	2
		Хронічний панкреатит	1
		Хронічний гастрит	4
Захворювання серцево-судинної системи	10 %	Гіпертонічна хвороба	2
Поеднана патологія	15 %	Хронічний гастрит + хронічний холецистит	2
		Порушення гормонального тла + хронічний гастрит	1

При аналізі поширеності загальносоматичної патології у хворих на ексфолювативний хейліт (табл. 3) особливу увагу привертають захворювання ендокринної системи, а саме порушення гормонального тла, які склали 35 % обстежених хворих. Цю групу, за періодизацією А.А. Маркосян, сформуливали жінки юнацького та II періоду зрілого віку, що співпадає з часом природних вікових змін гормонального балансу (завершенням статевого дозрівання та клімаксом). Як відомо, повноцінна діяльність ендокринної системи забезпечує нормальний перебіг обмінних процесів в організмі. Порушення продукції гормонів викликає розлад метаболізму й функцій тканин та органів, включаючи СОПР і червону облямівку губ.

Гормональні порушення можуть бути обумовлені раннім або пізнім статевим дозріванням. З іншого боку, посилений ріст, збільшена рухова та нервово-психічна активність призводять до значного напруження в роботі нервової системи (особливо вегетативної нервової системи), ендокринних залоз та обміну речовин [12]. Патологічні стани, пов'язані з функціональними розладами статевих залоз, знаходяться під безпосереднім впливом центральної нервової системи й функціонально пов'язані з іншими ендокринними залозами. Як правило, вони викликають ті чи інші зрушення обміну, гіповітаміноз, дисбактеріоз, нерідко є причинними або фоновими при розвитку патологічних порушень СОПР, язика й губ (рис. 2).

При клімаксі, який супроводжується підвищенням екскреції гонадотропних гормонів, має місце зменшення екскреції АКТГ (кортикотропіну), що нерідко спричиняє зниження адаптації організму жінки до фізіологічних змін у даний період. У клімактеричний період виникають первинні зміни в центральній нервовій системі, які іноді призводять до патологічних станів, у тому числі до клімактеричного неврозу, парестезій, змін СОПР і червоної облямівки губ (рис. 3). Зміна функціонального стану гіпоталамуса, що виникає у клімактеричний період, сприяє виникненню цілої низки ендокринно-обмінних і трофічних порушень. У зв'язку з тим що роль гіпоталамуса реалізується в тісному контакті зі структурами лімбічної системи та ретикулярної формації, які є субстратом емоційної та мотиваційної поведінки, зміна їх функціонального стану слугує основою емоційно-психічних порушень: зниження пам'яті, уваги, погіршення працездатності, дратівливості, емоційної нестійкості. При естрогендефіциті, зниженні утворення β-ендорфінів у мозку порушується метаболізм серотоніну й норадреналіну, що призводить до розвитку тривожно-депресивних

та іпохондричних станів [10]. Вищезгадане, у свою чергу, може спровокувати виникнення нейроендокринних процесів в епітелії та підлеглих тканинах губ, а також утворення лусочок та ексфолюації. Можливий варіант патогенезу ексфолювативного хейліту представлений на рис. 4.

Серед хворих на ексфолювативний хейліт у 10 % обстежених був виявлений тиреотоксикоз, часті клінічні ознаки якого проявляються в порожнині рота внаслідок вегетоневротичних розладів. Гормони щитоподібної залози регулюють процеси росту, розвитку, диференціації, обміну речовин та енергії, функціональну активність мозку, серця, шлунково-кишкового тракту (ШКТ), інших органів і систем. За даними багатьох дослідників, порушення функції щитоподібної залози значно підвищує ризик розвитку хронічних захворювань [8]. Забезпечення адекватного рівня продукції тиреоїдних гормонів не тільки позитивно впливає на розміри щитоподібної залози, а й дозволяє нормалізувати функціональну активність клітин на периферії [11].

У структурі захворювань ШКТ можна виділити хронічний гастрит (57 %), хронічний холецистит (28,5 %), хронічний панкреатит (14,5 %). Як відомо, рецептори СОПР є потужним джерелом рефлексів, які мають вплив на секреторну та моторну діяльність ШКТ. У той же час порожнина рота є ефекторним полем зворотного впливу «патологічних» рефлексів внутрішніх органів. При тривалому перебігу хронічного гастриту приєднуються ознаки полігіповітамінозного, білкового дефіциту, у ряді випадків спостерігається порушення гемопоєзу. Зміни СОПР і червоної облямівки губ при хронічному панкреатиті є наслідком вторинного гіповітамінозу, а також залучення в патологічний процес інших органів травної системи [1]. Отже, поява на червоній облямівці губ білісуватих сухих лусочок, поверхневих тріщин є, вірогідно, наслідком гіповітамінозу, що виникає при захворюваннях відділів ШКТ, які пролягають нижче.

Згідно з результатами обстеження, поєднана патологія була виявлена у 15 % хворих на ексфолювативний хейліт. Більшість із них склали хворі з патологією шлунково-кишкового тракту.

### Висновки

У результаті клінічного дослідження було встановлено, що найбільш розповсюдженим є метеорологічний хейліт (44 %), на другому місці – ексфолювативний хейліт (40 %), на третьому місці – хронічні тріщини губ (12 %), на четвертому – екзематозний хейліт (4 %).



Рис. 2. Екسفоліативний хейліт, суха форма, легкий ступінь.



Рис. 3. Екسفоліативний хейліт, суха форма, важкий ступінь.

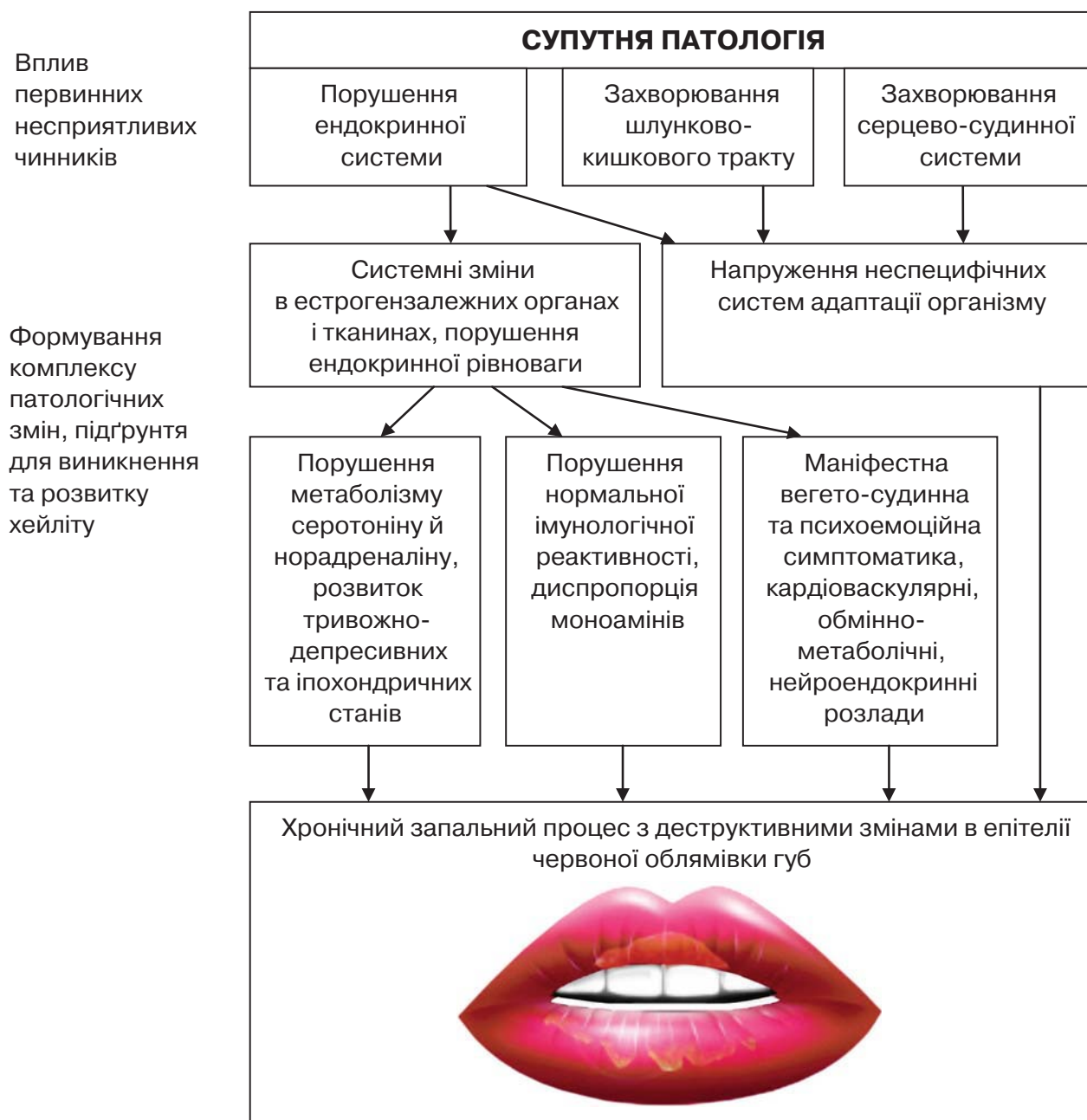


Рис. 4. Алгоритм патогенезу екسفоліативного хейліту.

На основі вивчення даних анамнезу та особливостей клінічної картини встановлено, що ексфолювативному хейліту передувала загальносоматична патологія: порушення ендокринної системи (40 %), патологія ШКТ (35 %), серцево-судинної системи (10 %) та поєднана патологія (15 %).

Виявлена залежність виникнення ексфолювативного хейліту від періоду розвитку людини та її статі.

Поліморфізм клінічних проявів поєднаних порушень ендокринної системи та червоної облямівки губ підкреслює важливе значення гормонів у регуляції різних сторін тканинного обміну.

Результати досліджень є підґрунтям для розробки патогенетично спрямованих схем лікування ексфолювативного хейліту в залежності від статі, віку та виду загальної патології.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М., Медицина, 1979, 190 с., ил.
2. Воложин А.И., Суботин Ю.К. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления. – М.: Медицина, 1998. – 480 с.
3. Гаспарян Н.Д. Перименопауза – критический период в жизни женщины / Н.Д. Гаспарян, А.В. Королева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 3.
4. Данилевский Н.Ф. Терапевтическая стоматология: Учебник: В 4 т. – Т. 4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко и др. – К.: «Медицина», 2013. – 632 с.
5. Еловицова Т.М. Изменение биофизических параметров ротовой жидкости при катаральном гингивите у курильщиков / Т.М. Еловицова, Г.И. Ронь, И.В. Мальчиков и др. // Современные стоматологические технологии: Сб. науч. тр. – Барнаул, 2005. – С. 111–115.
6. Кулигіна В.М. Патогенетичне обґрунтування комплексного лікування та профілактики запальних і деструктивних захворювань червоної облямівки губ: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Кулигіна Валентина Миколаївна; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – Київ, 2003. – 44 с.
7. Курицына И.Ю. Состояние слизистой оболочки полости рта и малых слюнных желез у курильщиков табака: Автореф. дис. канд. мед. наук / И.Ю. Курицына. – Тверь, 2004. – 23 с.
8. Маменко М.Е. Влияние коррекции тиреоидного статуса на функциональный статус системы пищеварения у детей с диффузным нетоксичным зобом / М.Е. Маменко, О.О. Бугаенко // Здоровье ребенка, 2013, № 8. – С. 57–61.
9. Новиков В.С., Горанчук В.В., Шустов Е.Б. Физиология экстремальных состояний. – СПб.: Наука, 1998. – 247 с.
10. Татарчук Т.Ф. Проблема климатерию у практиці сімейного лікаря / Т.Ф. Татарчук, О.А. Єфименко, К.М. Дубовка // Репродуктивна ендокринологія. – К.: ООО «Трилист», 2012, № 4. – С. 22–32.
11. Тяжка О.В. Клініко-функціональне значення мелатоніну при хронічному гастродуоденіті у дітей / Тяжка О.В., Боброва В.І., Хомінська З.Б. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 2. – С. 7–11.
12. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек подросткового возраста / Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – Т. 48. – № 5. – С. 8–9.

### Висцеро-лабиальные параллели развития эксфолювативного хейлита

*М.Р. Власенко, О.М. Власенко*

**Цель:** исследовать наличие и характер связей эксфолювативного хейлита с общим состоянием организма.

**Объект и методы исследования.** Для решения поставленных задач проведено стоматологическое клиническое обследование 50 человек в возрасте от 17 до 71-го года, страдающих воспалительно-деструктивными формами хейлита. В алгоритм обследования включены: индекс КПУ, индекс Green-Vermillion (ОHI-S), индекс РМА, бактериоскопическое исследование зоны поражения.

**Результаты.** При клиническом обследовании установлено, что заболеванию губ предшествовала общесоматическая патология: нарушение эндокринной системы (40 %), патология ЖКТ (35 %), сердечно-сосудистой системы (10 %), сочетанная патология (15 %). Обнаружена зависимость возникновения эксфолювативного хейлита от периода развития человека и его пола. Подчеркивается важность значения гормонов в регуляции различных сторон тканевого обмена.

**Выводы.** Результаты исследований являются основой для разработки патогенетически направленных схем лечения эксфолювативного хейлита в зависимости от пола, возраста и вида общей патологии.

**Ключевые слова:** эксфолювативный хейлит, сопутствующая патология, гормональные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта.

### Viscero-labial parallel in development of cheilitis exfoliative

*M. Vlasenko, O. Vlasenko*

**Aim:** to investigate the presence and character of relations between the cheilitis exfoliativa and general status of the body.

**Materials and methods.** For solving this problem the dental clinical examination of 50 persons, who have the inflammatory and destructive forms of cheilitis was conducted, in age from 17 to 71 years old. In the algorithm of examination they were also included: decayed, missing and filled (DMF) index, oral hygiene index by Green-Vermillion (OHI-S), parodontal index PMA, bacterioscopic study of lesion area.

**Results.** Clinical examination has established that the diseases of lips was preceded by such general somatic pathology: the disorders of the endocrine system (40 %), the pathology of gastrointestinal tract (35 %), cardiovascular system (10 %), multisystem pathology (15 %). The relation between the occurrence of cheilitis exfoliativa and the period of human development and its gender is revealed. The importance of hormones in the regulation of various aspects of tissue metabolism is underscored.

**Conclusions.** The results of this research are the basis for the development of pathogenetically aimed scheme of treatment of cheilitis exfoliativa depending on sex, age and type of general pathology.

**Key words:** cheilitis exfoliativa, concomitant pathology, hormone disorders, the diseases of gastrointestinal tract.

**Власенко Марина Русланівна** – лікар-стоматолог відділення кафедри терапевтичної стоматології, магістр стоматології, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: 097-696-69-99. E-mail: marina-vlasenko@mail.ru.

**Власенко Оксана Михайлівна** – лікар-стоматолог вищої категорії відділення терапевтичної стоматології, Стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця

Адреса: 03057 м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: 050-346-84-69. E-mail: oksana-vlasenko@mail.ru.