

И.М. Рабинович,
д.м.н., профессор

О.Ф. Рабинович,
д.м.н.

Е.К. Кречина,
д.м.н., профессор

Ф.К. Мустафина,
к.м.н.

М.А. Денисова,
аспирант

ЦНИИСиЧЛХ

Изучение системы микроциркуляции при хейлите методом компьютерной капилляроскопии

Резюме. Целью исследования явилось изучение клинической картины и показателей системы микроциркуляции при хейлите методом компьютерной капилляроскопии. В клинике наиболее часто встречаются две формы хейлита — это glandularia и exfoliative. Диагностическая ценность информации, полученной при компьютерной капилляроскопии, состоит в том, что она позволяет определить структурно-функциональные изменения в микрососудах и кровотоках на ранних стадиях заболевания, прогнозировать течение заболевания и оценить качество проведенной терапии.

Ключевые слова: хейлит эксфолиативный и glandularia форма, клиника, компьютерная капилляроскопия, микрогемодициркуляция

Summary. The aim of the study was to examine the clinical picture and indicators of the system of microcirculation in cheilitis using computer capillaroscopy. The are two most common forms of halite are glandularia and exfoliative in the clinic. Diagnostic position of the information which was obtained by computer capillaroscopy consist from that it helps us to define structural and functional changes in the microvasculature and blood circulation in the early stages of the disease, to predict the course of disease and to evaluate the quality of the treatment.

Key words: exfoliative and glandular cheilitis, clinic, computer capillaroscopy, microhemocirculation

Хейлит — воспалительное заболевание губ с поражением как собственно слизистой оболочки, так и красной каймы губ, который может быть самостоятельным заболеванием или симптомом различных болезней слизистой оболочки рта, кожи и некоторых нарушений обмена веществ. Попытки систематизировать заболевания губ неоднократно предпринимались отечественными и зарубежными исследователями. Однако не существует общепринятой классификации, что можно объяснить многообразием клинических проявлений хейлита, обусловленных особенностями строения губ, воздействием на них различных экзогенных и эндогенных факторов, а также недостаточно полным изучением этиологии и патогенеза.

Классификация хейлитов, предложенная Г.Д. Савкиной в 1965 г. [4]:

1. Эксфолиативный хейлит:
 - экссудативная форма болезни;
 - сухая форма болезни.
2. Гландулярный хейлит:
 - первичный обычный glandularia хейлит;
 - вторичный обычный glandularia хейлит;
 - гнойный glandularia хейлит.
3. Рецидивирующие трещины губ (хронические):

- стрептококковые трещины, локализирующиеся на средней части губ;
- заеды;
- арибофлавинозные;
- микотические;
- заеды, возникающие в результате нарушение архитектоники рта;
- стрептококковые;
- аллергические.

4. Экзематозный хейлит:

- микробный экзематозный хейлит;
- контактный экзематозный хейлит;
- поражение губ человека при общей экземе.

5. Актинический хейлит:

- ксерозная форма;
- экссудативная форма.

6. Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти.

7. Макрохейлит. Синдром Мелькерссона—Розенталя (хейлит Мишера, трофэдема Мейжа).

По международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделяют следующие болезни губ:

- K13.00. Ангулярный хейлит, ангулярный хейлоз, трещина на спайки губ (заеда).

- K13.01. Хейлит glandулярный апостематозный.
- K13.02. Хейлит эксфолиативный.
- K13.08. Другие уточненные болезни губ.
- K13.1. Прикусывание щеки и губ.

В клинике наиболее часто встречаются две формы хейлита — glandулярный и эксфолиативный.

Glandулярный хейлит — заболевание, обусловленное патологическим состоянием железистого аппарата губ по типу гиперплазии, гиперфункции и гетеротопии малых слюнных желез. Причиной первичного glandулярного хейлита является врожденная аномалия слюнных желез. Под влиянием различных экзо- или эндогенных факторов они гипертрофируются и начинают функционировать более активно. Развитие вторичного glandулярного хейлита обусловлено воздействием воспалительного инфильтрата на железистую ткань, что вызывает ее гиперплазию. Клинически расширение концевых отделов выводных протоков слюнных желез губ визуально наблюдается выделением секрета в виде «капли росы». Реже расширенные устья располагаются на небольших узелках, которые образуются вследствие гипертрофированной железистой ткани. Иногда вокруг устья возникают локальные очаги гиперкератоза. Красная кайма губ сухая, иногда начинает шелушиться (рис. 1).

Эксфолиативный хейлит — заболевание, при котором поражается только красная кайма губ. Большинство авторов склоняются в пользу нейрогенных и гормональных механизмов. Имеется предположение и о вирусной природе заболевания [5].

Различают сухую и экссудативную формы эксфолиативного хейлита. При экссудативной форме на красной кайме появляются чешуйки и корки различной окраски. Иногда они достигают значительных размеров и пластом покрывают губу. Процесс никогда не переходит ни на слизистую оболочку, ни на кожу. После снятия корок обнажается ярко-красная поверхность. Нередко на губе отмечаются проявления воспалительной реакции (рис. 2).

Сухая форма характеризуется наличием светлых чешуек, которые легко снимаются (рис. 3). Эти формы имеют тенденцию к переходу одна в другую [3].

В системе кровообращения микроциркуляторное русло является связующим звеном между артериальными и венозными сосудами и зависит от большого числа факторов, действующих

на тканевом уровне. Один из первых признаков нарушения микроциркуляции — локальный спазм приносящих артериоларных сосудов, вследствие чего снижается интенсивность кровотока в обменном звене капиллярного русла. Расстройства трансапиллярного массопереноса и обменных процессов в итоге приводят к нарастающей гипоксии и ишемии ткани [2].

Кроме того, в микроциркуляторном русле возникает ряд специфических реологических внутрисосудистых эффектов, таких как внутрисосудистая агрегация эритроцитов, временная закупорка устьевых отделов микрососудов лейкоцитами или появление плазматических капилляров. Эти процессы характерны только для микрососудов. Выявить их важно, чтобы определить состояние микроциркуляции, для чего требуются крайне чувствительные методы исследований [1].

Последние разработки в области функциональной диагностики привели к разработке метода компьютерной капилляроскопии, что дало возможность получать более широкую информацию о капиллярах слизистой оболочки рта пациента и даже преобразовывать ее в графики и диаграммы. Кроме того, компьютерная капилляроскопия может использоваться в качестве медико-аналитического метода, что делает ее особенно интересной для исследовательской медицины. Применение компьютерного капилляроскопа дает возможность на ранних стадиях увидеть происходящие изменения и оценить эффективность проведенного метода лечения.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение клинической картины и показателей системы микроциркуляции при хейлите методом компьютерной капилляроскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели в отделении заболеваний слизистой оболочки рта и отделении функциональной диагностики ЦНИИСиЧЛХ было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 20 пациентов (табл. 1). Диагноз ставился на основании клинической картины.

Таблица 1. Клиничко-лабораторное обследование пациентов

Хейлит	Возраст, лет	Пациенты	
		муж.	жен.
Эксфолиативный	21–45	2	10
Glandулярный	30–50	3	5



Рис. 1. «Капли росы» на слизистой оболочке нижней губы



Рис. 2. Экссудация с поражением красной каймы и кожи при экссудативной форме эксфолиативного хейлита



Рис. 3. Сухие корочки и чешуйки при сухой форме эксфолиативного хейлита

Состояние гемомикроциркуляции красной каймы губ изучали с помощью компьютерного капилляроскопа (КК 4-01 «ЦАВ»; Центр «Анализ веществ») с 200–400-кратным увеличением и разрешающей способностью 1,0 мкм, оценивая диаметр капилляров, скорость капиллярного кровотока (объемную и линейную), плотность капиллярной сети, которые регистрировали в двух местах: в зоне патологии и зоне нормы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным компьютерной капилляроскопии при эксфолиативном хейлите наблюдается нарушение микроциркуляции, характеризующееся значительным повышением функционирующих капилляров, увеличением их извитости, расширением микрососудов, повышением проницаемости сосудистой стенки (рис. 4).

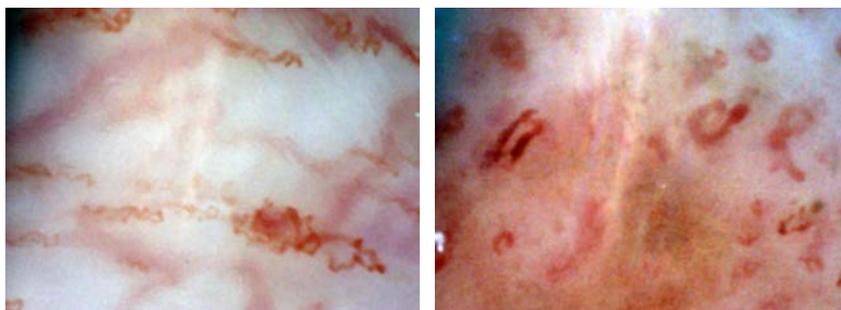


Рис. 4. Данные компьютерной капилляроскопии при эксфолиативном хейлите

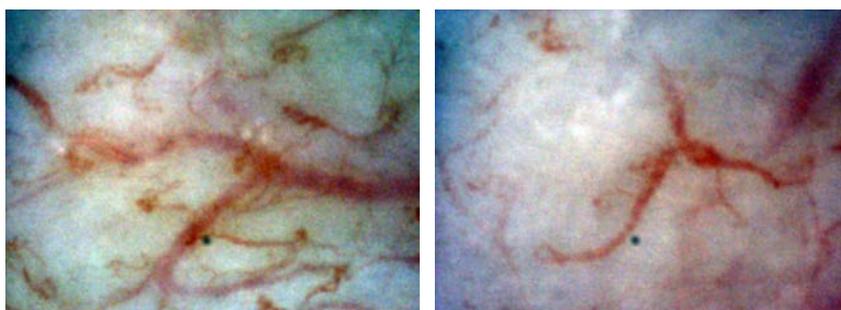


Рис. 5. Данные компьютерной капилляроскопии при glandулярном хейлите

Таблица 2. Морфометрические и гемодинамические показатели микроциркуляции у пациентов по данным компьютерной капилляроскопии при эксфолиативной и glandулярной формах хейлитов

Форма хейлита	Диаметр капилляров в отделах, мкм			Плотность капиллярной сети, %	Линейная скорость кровотока в отделах, мкм/с		Объемная скорость кровотока в отделах, мкм ³ /с	
	артериальный	венозный	переходный		артериальный	венозный	артериальный	венозный
Эксфолиативный	7,95±0,30	11,13±0,30	17,87±0,40	0,09±0,50	327,48±5,00	368,89±4,00	16255,80±108,70	35890,38±78,70
Glandулярный	10,34±0,30	11,93±0,50	8,99±0,70	0,04±0,01	412,29±3,00	513,86±11,00	34586,90±189,40	57392,56±142,30
Норма	9,54±0,30	15,90±0,30	11,16±0,40	0,13±0,10	526,81±9,40	518,09±8,30	37656,36±109,80	102869,74±100,20

При glandулярном хейлите наблюдается выраженное нарушение артериовенозных соотношений диаметров микрососудов, расширение и повышенная извитость вен. На фоне спазма сосудов прекапиллярного звена наблюдается расширение венул с признаками стойких явлений (рис. 5).

Характерны признаки реологических нарушений и расстройства барьерной функции микрососудов. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Из табл. 2 выявлено, что диаметр капилляров при эксфолиативном хейлите уменьшился в артериальном и венозном отделах и увеличился в переходном отделе. Плотность капиллярной сети уменьшилась на 0,04%. Уменьшилась линейная и объемная скорость кровотока в артериальном и венозном отделах.

При glandулярном хейлите диаметр капилляров увеличился в артериальном отделе, уменьшился в венозном переходном отделе. Плотность капиллярной сети уменьшилась на 0,09%. Уменьшилась линейная и объемная скорость кровотока в артериальном и венозном отделах.

Таким образом, диагностическая ценность информации, полученной при компьютерной капилляроскопии, состоит в том, что она позволяет определить

структурно-функциональные изменения в микрососудах и кровотоков в них на ранних стадиях заболевания, прогнозировать течение нарушений, и при адекватной терапии предотвратить дальнейшие осложнения. Анализируя полученные данные, становится понятно, что наиболее выраженные гемодинамические изменения выявляются у пациентов с эксфолиативным хейлитом, при glandулярном хейлите изменения менее выражены.

Полученные нами данные могут явиться основой для коррекции микрогемодинамических изменений при заболевании губ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кречина Е.К., Козлов В.В. Микроциркуляция в тканях десны пародонта. — М.: Гэотар-Медиа, 2007. — 75 с.
2. Кречина Е.К., Мустафина Ф.К. Метод капилляроскопии в оценке микроциркуляции в тканях десны интактного пародонта. — *Стоматология*. — 2010; 4: 36—38.
3. Крихели Н.И., Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ: этиология, патогенез, клиника, современные методы лечения. — *Вестник эстетической медицины*. — 2013; 12 (1): 76—82.
4. Савкина Г.Д. Хейлит и другие поражения губ. — М.: Калина, 2003. — 180 с.
5. Безруков В.М. (ред.) Справочник по стоматологии. — М.: Медицина, 1998. — С. 163—165.