

О.Ф. Рабинович,
д.м.н., зав. отделением заболеваний
слизистой оболочки рта

И.М. Рабинович,
д.м.н., профессор, зав. отделом
терапевтической стоматологии

К.В. Умарова,
к.м.н., научный сотрудник группы
заболеваний слизистой оболочки рта

М.А. Денисова,
аспирант отделения заболеваний
слизистой оболочки рта

ЦНИИСиЧЛХ

Современные возможности лечения хейлита

Резюме. В статье приведены данные исследования, проведенного с целью оценки эффективности лечения пациентов с эксфолиативным и glandулярным формами хейлита традиционным методом и в комплексе с применением фотодинамической терапии. Представлен сравнительный анализ сроков выздоровления и длительности ремиссии пациентов с хейлитом в условиях применения различных методик лечения.

Ключевые слова: эксфолиативный хейлит, glandулярный хейлит, фотодинамическая терапия

Summary. The article presents data from a study conducted to assess the effectiveness of treatment of patients with exfoliative and glandular forms of cheilitis using the traditional method and the complex method in combination with photodynamic therapy. It presents a comparative analysis of the recovery time and the duration of remission in patients with cheilitis in conditions of application of different methods of treatment.

Key words: exfoliative cheilitis, glandular cheilitis, photodynamic therapy

Хейлит (от греч. cheilos — губа) — воспалительное заболевание красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ [3, 6, 9, 10]. Несмотря на многообразие клинических проявлений и отсутствие общей единой классификации, все заболевания губ характеризуются длительным, упорным течением и трудно поддаются лечению.

Одним из перспективных и высокотехнологичных методов лечения пациентов при различных воспалительных заболеваниях является фотодинамическая терапия (ФДТ). Данный метод основан на селективной деструкции пролиферирующих клеток в результате фотохимического воздействия на них фотосенсибилизатора, активированного излучением видимого спектра определенной длины волны [11, 14]. Данные литературы свидетельствуют, что большинство клинических исследований, посвященных применению метода ФДТ, было проведено в области лечения онкологических заболеваний [8, 12, 15].

По данным ряда авторов, ФДТ также успешно используется и в области стоматологии, а именно в комплексном лечении заболеваний пародонта, при лечении кариеса и его осложнений [1, 2, 4, 5, 7, 13].

До настоящего времени не существует однозначного подхода к лечению хейлита. Проведя анализ литературы, мы не обнаружили ссылок на работы отечественных авторов по применению ФДТ в комплексном лечении воспалительных заболеваний губ.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с хроническими заболеваниями губ при применении ФДТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Лечение и динамическое наблюдение за пациентами с хейлитом (эксфолиативный хейлит сухая

и эксудативная формы и glandулярный хейлит) проводилось в отделении заболеваний слизистой оболочки рта ЦНИИСиЧЛХ в период с 2013 по 2015 г. Все обследованные пациенты были распределены на 2 группы: контрольную и основную.

Контрольную группу составили 32 пациента, из которых 12 пациентов с эксфолиативным хейлитом сухой формы, 10 — с эксфолиативным хейлитом эксудативной формы, 10 — с glandулярным хейлитом. Пациентам контрольной группы проводили традиционное комплексное лечение, включающее санацию рта, седативную терапию, витаминотерапию, местную терапию. Местное лечение пациентов с эксфолиативным хейлитом сухой формы сводилось к назначению кремов и мазей, содержащих витамины А и Е, масло Aloe Vera и ретиноиды. Пациенты с эксфолиативным хейлитом эксудативной формы в качестве местного лечения применяли мази на основе кортикостероидов (адвантан, целестодерм, триамциналон). Пациентам с glandулярным хейлитом назначались обезболивающие полоскания, антисептические аппликации в виде растворов антибиотиков и мазей — 1% левомиколовая, 1% тетрациклиновая или 1% эритромициновая мазь, а также фонофорез с вышеперечисленными мазями.

Основную группу составили 40 пациентов, из которых 14 пациентов с эксфолиативным хейлитом сухой формы, 14 — с эксфолиативным хейлитом эксудативной формы, 12 — с glandулярным хейлитом. Всем пациентам основной группы в дополнение к стандартной схеме лечения применяли ФДТ. При лечении больных основной и контрольной группы учитывались такие критерии, как давность заболевания, степень выраженности клинических проявлений, наличие или отсутствие сопутствующей патологии (неврозы, астенический синдром, заболевания эндокринной системы), вредные

привычки, а также возможность влияния таких факторов, как повышенная инсоляция, ветер, холод и т.п.

В контрольной и основной группах при выявлении изменений в нервной системе, совместно с неврологом или психотерапевтом, назначались седативные или психотропные препараты. Также пациентам рекомендовали длительное смазывание губ гигиеническими помадами или кремами для губ (Vichy, Bioderma, Uriage). Назначались препараты общеукрепляющего действия (витамины С, Е, группы В).

Перечисленные методы лечения способствовали коррекции метаболических процессов в организме, тем самым улучшая эмоциональную и поведенческую сферу жизни пациента, а препараты местного действия способствовали уменьшению воспалительной реакции и ускорению процессов заживления.

В основной группе пациентам помимо традиционного метода лечения была назначена ФДТ. В качестве фотосенсибилизатора использовали препарат Фотодитазин (регистрационное удостоверение № ФСР 2012/130043 от 03.02.2012). Препарат наносили на область поражения (красная кайма при эксфолиативном хейлите и слизистая оболочка губ при glandулярном хейлите). Предварительно было проведено флюоресцентное исследование накопления и распределения фотодитазина в красной кайме губ у пациентов с хейлитом. Количественные оценки методом локальной флюоресцентной спектроскопии и флюоресцентная визуализация зоны аппликации показали, что при аппликационном нанесении препарата Фотодитазин отмечается тенденция к максимальному значению спектрально-флюоресцентного параметра (СФП) после 20 минут экспозиции, при экспозиции в 30 минут величина СФП уменьшается, что свидетельствует о выведении препарата кровотоком.

Активация фотосенсибилизатора осуществлялась с помощью источника лазерного излучения «Латус 0.4»

с длиной волны 661–668 нм и выходной оптической мощностью 400 мВт (регистрационное удостоверение № ФС 022a2006/3307-06 от 16.05.2006). ФДТ проводилась от 2 до 5 сеансов, в зависимости от выраженной клинической картины, с интервалом 2 дня.

Эффективность комплексного лечения пациентов оценивалась по следующим критериям:

1. Положительная динамика клинической картины;
2. Частота рецидивов и удлинение сроков ремиссии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что средние сроки выздоровления пациентов контрольной группы с сухой формой эксфолиативного хейлита составили в среднем 18 дней от начала лечения. Пациенты отмечали полное исчезновение чувства стянутости и шероховатостей на губах, клинически наблюдалось исчезновение чешуек и трещин (табл. 1). Средний срок ремиссии в данной группе — 5,5 месяцев (табл. 2).

В контрольной группе пациентов с эксудативной формой эксфолиативного хейлита (см. табл. 1) полное выздоровление отмечали в среднем на 21-й день от момента начала лечения. Средний срок ремиссии — 8 месяцев (см. табл. 2).

У пациентов с glandулярным хейлитом (см. табл. 1) в контрольной группе традиционные методы лечения способствовали выздоровлению в среднем на 24-й день от момента начала лечения. Клинически отмечали нормализацию в области концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез, полное отсутствие признаков воспаления слизистой оболочки губ. Средний срок ремиссии — 6 месяцев (см. табл. 2).

В основной группе пациентов (табл. 3) с эксфолиативным хейлитом сухой формы наблюдали сокращение средних сроков выздоровления до 10 дней от начала лечения, что на 44,4% меньше сроков выздоровления

Таблица 1. Сроки выздоровления пациентов контрольной группы

Заболевание	Срок выздоровления, сутки
Эксфолиативный хейлит сухая форма	18 (13,68–22,32)
Эксфолиативный хейлит эксудативная форма	21 (17,00–25,00)
Gландулярный хейлит	24 (19,20–28,80)

Таблица 2. Сроки ремиссии заболеваний в контрольной группе

Заболевание	Средний срок ремиссии, месяцы
Эксфолиативный хейлит сухая форма	5,5 (4,16–6,84)
Эксфолиативный хейлит эксудативная форма	8 (6,66–9,34)
Gландулярный хейлит	6 (4,66–7,34)

Таблица 3. Сроки выздоровления пациентов основной группы

Заболевание	Срок выздоровления, сутки
Эксфолиативный хейлит сухая форма	10 (5,64–14,36)
Эксфолиативный хейлит эксудативная форма	12 (7,74–16,26)
Gландулярный хейлит	14 (9,84–18,16)

Таблица 4. Сроки ремиссии заболеваний в основной группе

Заболевание	Средний срок ремиссии, месяцы
Эксфолиативный хейлит сухая форма	10 (8,70–11,30)
Эксфолиативный хейлит эксудативная форма	12 (10,72–13,28)
Gландулярный хейлит	9,5 (8,20–10,80)

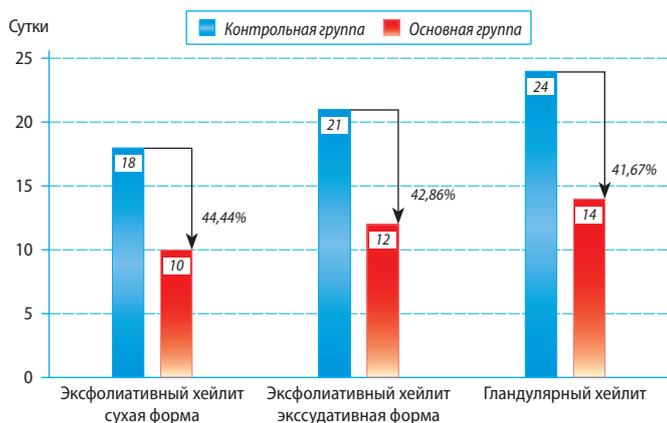


Рис. 1. Средние сроки выздоровления пациентов с хейлитом

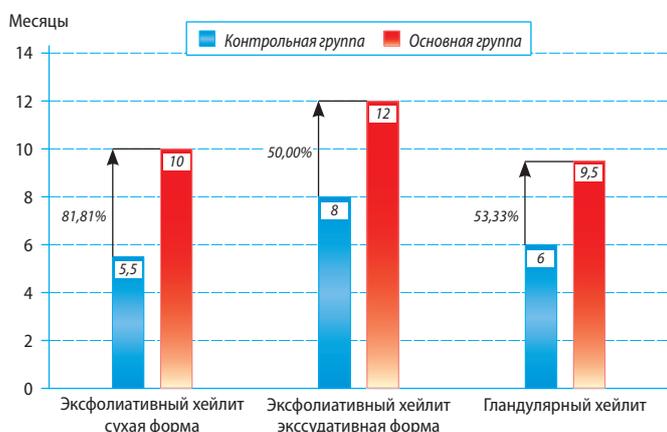


Рис. 2. Средние сроки ремиссии пациентов с хейлитом

в контрольной группе (рис. 1). Также в данной группе пациентов наблюдали увеличение сроков ремиссии на 81,81% (рис. 2), что в среднем составило 10 месяцев (табл. 4).

При экссфолиативном хейлите в экссудативной форме (см. табл. 3) пациенты основной группы отмечали выздоровление в среднем на 12-й день после начала лечения, то есть сокращение сроков по сравнению с группой контроля составило 42,86% (см. рис. 1). Средние сроки ремиссии составили 12 месяцев (см. табл. 4), что на 50% больше в сравнении с контрольной группой (см. рис. 2).

В основной группе пациентов с glandулярным хейлитом (см. табл. 3) традиционные методы лечения в сочетании с ФДТ способствовали выздоровлению на 14-й (9,84–18,16) день после начала лечения, что сократило сроки на 41,67% по сравнению с группой контроля (см. рис. 1). Средние сроки ремиссии увеличились до 9,5 (8,20–10,80) месяцев (см. табл. 4), что на 58,33% больше сроков ремиссии в контрольной группе (см. рис. 2).

ВЫВОДЫ

Таким образом, включение ФДТ в схему комплексного лечения пациентов с хейлитом является патогенетически обоснованным и позволяет значительно повысить эффективность комплексной терапии. Это выражается в сокращении сроков выздоровления пациентов и увеличении длительности ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Величко И.В. Фотодинамическая терапия при лечении кариеса зубов: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2011. — 20 с.
2. Голубева С.А. Совершенствование метода дезинфекции корневых каналов: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2014. — 20 с.
3. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — М., 2001. — С. 123.
4. Ефремова Н.В. Клинико-функциональное обоснование лечения заболеваний пародонта методом фотодинамической терапии: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2005. — 22 с.
5. Кречина Е.К. Нарушения микроциркуляции в тканях пародонта при его заболеваниях и клинико-функциональное обоснование методов их коррекции: автореф. дис. ... д.м.н. — М., 1996.
6. Машкиллейсон А.Л., Боровский Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. — М.: Медицина, 1963.
7. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. — М.: Поли Медиа Пресс, 2004. — 254 с.
8. Рехвиашвили С.А., Хашукова А.З., Отдельнова О.Б. Возможности фотодинамической терапии в лечении гинекологических заболеваний. — Вестник

российского государственного медицинского университета. — 2009; 4: 107—11.

9. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина, 1978. — С. 96—101.

10. Савкина Г.Д. Хейлиты и другие поражения губ. — М.: ПИК ВИНТИ, 2003. — 180 с.

11. Странадко Е.Ф. Механизмы действия фотодинамической терапии. — Российский онкологический журнал. — 2000; 4: 52—6.

12. Странадко Е.Ф., Волгин В.Н., Ламоткин И.А., Рябов М.В., Садовская М.В. Фотодинамическая терапия базально-клеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотодитазинном. — Российский биотерапевтический журнал. — 2008; 4 (7): 7—11.

13. De Oliveira R.R., Schwartz-Filho H.O., Novaes Jr A.B. Antimicrobial photodynamic therapy in the non-surgical treatment of aggressive periodontitis: a preliminary randomised controlled clinical study. — J. Periodontol. — 2007; 78: 965—73.

14. Dougherty T.J. An update on photodynamic therapy applications. — Journal of clinical laser medicine & surgery. — 2002; 20 (1): 3—7.

15. Huang Z. A review of progress in clinical photodynamic therapy. — Technology in cancer research & treatment. — 2005; 4 (3): 283—93.