

4. Paul Engel HEALTH OBSERVATIONS BEFORE AND AFTER AMALGAM REMOVAL [www.amalgam-info.ch/engel-e.pdf](http://www.amalgam-info.ch/engel-e.pdf)
5. Richardson G.M. INHALATION OF MERCURY-CONTAMINATED PARTICULATE MATTER BY DENTISTS: AN OVERLOOKED OCCUPATIONAL RISK Hum Ecol Risk Assess 9:1519—1531 (2003).
6. SAFE MERCURY AMALGAM REMOVAL [www.totalmouthfitness.com](http://www.totalmouthfitness.com)
7. Sambataro Eugene A. HOW TO AVOID THE DANGERS OF HAVING YOUR „SILVER“ MERCURY AMALGAM FILLINGS REMOVED [www.IBDental.net](http://www.IBDental.net)
8. Stephen M. Koral SAFE REMOVAL OF AMALGAM FILLINGS IAOMT, 2002, 2005. /<http://www.iaomt.org/store.cfm/>
9. Uhanov M. АМАЛГАМА — ХРОНИЧЕСКОЕ ОТРАВЛЕНИЕ РТУТЬЮ №3(73), 2008 год: / <http://www.dentoday.ru/content/archive/2008/73/b100/>
10. Watson P, Adegbenbo A, Lugowski S. A STUDY OF THE FATE OF MERCURY FROM THE PLACEMENT AND REMOVAL OF DENTAL AMALGAM RESTORATIONS: FINAL REPORT (PART I — REMOVAL OF DENTAL AMALGAM RESTORATIONS). Toronto: Royal College of Dental Surgeons of Ontario, 2002.
11. Manhart J. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОЗИТОВ С МАЛОЙ УСАДКОЙ ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ Стоматологический журнал • №4 • декабрь • 2010
12. УДАЛЕНИЕ ПЛОМБЫ ИЗ АМАЛГАМЫ <http://www.grand-elizaveta.ru/udalenie-plombi-amalgama>

## ХРОНИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ТРЕЩИНЫ ГУБ (ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ)

### Резюме

Проведено обследование 43 больных с различными по этиологии хроническими рецидивирующими трещинами губ. Мужчин было 36, женщин — 7 человек, в возрасте от 9 до 60 лет. Длительность существования трещин была от трех месяцев до 4 лет. Признаков озлокачествления не было.

Успех лечения зависит от правильной диагностики и имеет большое значение иммобилизация поражений губы в период лечения.

### Summary

#### CHRONIC RECURRENT FISSURES OF LIPS (ETIOLOGY, CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROGNOSIS)

An examination of 43 patients with different etiology chronic relapsing fissures of lips was made. There were 36 men, 7 women, from 9 to 60 years old. The lifetime of the crack was from 3 months to 1 year. There were no signs of malignancy.

The success of treatment depends on the true test of diagnostics; also a great importance has the immobilization of the affected lip during the treatment period.

Хронические рецидивирующие трещины губ могут поражать любые участки губ (углы рта, середину, боковые) и любой возраст от 5 до 75 лет.

Этиология хронических рецидивирующих трещин губ разнообразна. Так, Савкина Г.Д. (1986) различает травматические, которые чаще бывают по середине губ, заеды (трещины углов рта), вследствие нарушения высоты прикуса, при авитаминозе В<sub>2</sub>, при железодефицитной анемии, при туберкулезе, сифилисе, кандидозе, при присоединении стрептококковой инфекции. У каждого из этих заед имеются свои особенности клинического течения, лечения и надо дифференцировать одну от другой.

### Цель и задача исследования

Целью настоящего исследования являлось изучение этиологии, клинического течения, диагностики, лечение и прогноза хронических рецидивирующих трещин губ.

Кушнир А.С.,  
Кырлиг В.А.,  
Тритиченко И.А.,  
Тритиченко В.А.,  
Кушнир И.И.,  
Ожован А.Г.

*Кафедра  
терапевтической  
стоматологии ФУВ.  
Зав. кафедрой —  
профессор В.З.Бурлаку*

Задачи работы выявить и устранить ошибки в диагностике и лечении хронических рецидивирующих трещин губ.

### **Материал, методика и обсуждение**

Проведено обследование и лечение 43 больных, которые обратились на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ, на консультацию, в период с 2004 по 2011 годов. Женщин было 7, мужчин — 36 человек, в возрасте от 9 до 60 лет. Длительность существования трещин была от трех месяцев до 4 лет. Признак озлокачествления не было.

Наиболее часто в практике врача-стоматолога встречаются травматические, кандидомикотические, стрептококковые, при глистной инвазии, при железодефицитной анемии, при авитаминозе В<sub>2</sub>. Очень редко отмечаются хронические рецидивирующие трещины губ при анатомических особенностях строения верхней губы.

Травматические трещины возникают при небольшой травме у людей молодого возраста. В центре красной каймы чаще нижней губы бывает глубокая трещина, которая захватывает всю толщину губы, доходя до подслизистого и мышечного слоев, покрытая кровянистой корочкой. Края трещины незначительно приподняты над уровнем слизистой оболочки губы. Остальная слизистая оболочка красной каймы губы имеет яркую гиперлинию. Иногда имеется одна глубокая трещина в центре. Однако есть больные, у которых помимо центральной трещины встречаются более мелкие боковые. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Микотические трещины встречаются чаще всего у лиц старше 60 лет и у детей 6 — 10 лет. У взрослых, у которых сильно выражены носогубные складки, трещины не видны. В углах рта четко выделяются белая пленка, которая легко удаляется инструментом.

У детей, которые часто берут в рот карандаши, ручки и другие предметы тоже образуются заеды, которые причиняют боль при приеме пищи и препятствуют нормальному открыванию рта. Вокруг заед видны корочки желтого или медового цвета. Иногда они имеют темный цвет, так как трещины при открывании рта кровоточат. Ребенок испытывает боль, а из-за насмешек друзей и психическую травму.

Для того чтобы правильно поставить диагноз, необходимо провести микробиологические исследования пленок или корочек.

### **Клинический случай**

Больной Т., 11 лет, пришел с отцом на консультацию в апреле 2004 года. Жалобы на появление трещин в углах рта и в центре нижней губы, на боли, на затрудненное открывание рта, кровотечение из трещин. Трещины в углах рта появляются часто, а трещина посередине нижней губы появилась девять месяцев назад. Она самая глу-

бокая из всех ранее возникающих. Многократно лечил, но она только уменьшалась и через пять — шесть дней вновь увеличивалась. Углублялась и кровоточила.

Объективно: на нижней губе посередине видна глубокая (до 1,0 см) трещина, в углах также видны трещины, но более мелкие и не глубокие. Вокруг трещин имеются корочки темного и медового цвета. Открывание рта затруднено. При пальпации вокруг ткани мягкие, резко болезненные. Предложено сделать анализ крови и дать корочки из углов рта на микробиологический анализ.

Больной пришел через неделю с результатами анализа. Был поставлен диагноз: стрептококковые заеды. Назначены аппликации антибиотиков широкого спектра действия, витамин А, иммобилизация нижней губы. Через две недели больной вновь пришел на осмотр. В середине нижней губы на месте трещины остался небольшой рубец белого цвета, а в углах рта трещины зажили бесследно.

К сожалению, ни в учебнике и ни в методологических руководствах авторы не акцентируют внимание на иммобилизации губ во время лечения хронических рецидивирующих трещин. Без иммобилизации губ вылечить срединные трещины губ и заеды очень трудно, а у детей практически невозможно.

Трещины (заеды), возникающие при недостатке железа в организме у детей, чаще бывают в возрасте от 6 до 14 лет. Они отличаются от микотических и стрептококковых тем, что кожа вокруг них гиперемирована и незначительно отечна. В этих случаях необходимо провести анализ крови. Однако иногда встречаются заеды, которые возникают при железодефицитной анемии и через некоторое время они инфицируются или стрептококками или грибами *Candida*. В этих случаях необходимо проводить одновременно анализ крови и микробиологические исследования корочек взятых с углов рта.

Лечение заед при железодефицитной анемии не представляет трудностей. Назначение антианемических препаратов способствует ликвидации трещин в углах рта, как у детей, так и у взрослых. Более сложно лечить трещины, когда присоединяется микрофлора полости рта.

### **Клинический случай**

Больной К., 10 лет, обратился в марте 2006 году на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ, с жалобами на трещины в углах рта, которые появились еще в первом классе (четыре года назад). Со слов матери лечили во многих поликлиниках. Применяли антибиотики, а позже — противогрибковые препараты. Наблюдалось улучшение, но заеды то исчезали, то вновь появлялись. Мальчик в первом и втором классе имел вредную привычку брать в рот ручки и карандаши. Сейчас эта привычка устранена, а заеды продолжают его бес-

покоить. Объективно: в углах рта видны трещины и корочки сохшейся крови, отдельные корочки имеют медовый цвет. Открывание рта неполное. Попытка открыть рот более широко причиняет боль и появляется кровь. Кожные и слизистые оболочки незначительно бледные. Рекомендовано провести анализ крови и микробиологическое исследование корочек.

При повторном посещении больной принес анализы. У него выявлено снижение гемоглобина и цветного показателя и выявлены из корочек стрептококки. Диагноз: стрептококковые заеды; железодефицитная анемия. Назначено лечение железодефицитной анемии. Местно: аппликации антибиотиков широкого спектра действия, витамин А и облепиховое масло, иммобилизация углов рта.

Больной пришел через две недели. Трещины зажили. В углах рта остались небольшие рубцы. Дан совет, как дальше ухаживать за полостью рта. Обратили внимание на первые признаки, которые появляются при заедах.

Необходимо дифференцировать от трещин при сифилисе и туберкулезе.

Трещины в углах рта при сифилисе имеют свои особенности. Обычно в области мягких складках кожи углов рта локализуется щелевидный шанкр, который напоминает по форме заеду, но при распрямлении складки, в которой находится твердый шанкр, определяются его овальные очертания. Обычные заеды отличаются от щелевидного шанкра тем, что при пальпации отсутствует уплотнение в основании. Необходимо провести серологические реакции на сифилис.

Хронические рецидивирующие трещины губ могут быть как следствие длительной и разнообразной глистной инвазии. Это связано, во-первых, с тем, что глисты поглощают вещества, богатые витаминами, поступающие в организм больного, во-вторых, веществом которые они выделяют, вызывают аллергическую реакцию организма хозяина. Заеды у детей и трещины у взрослых в средней части красной каймы губ по клиническому течению не отличаются от трещин при аллергии, при авитаминозе В<sub>2</sub>. Отличие состоит в том, что врачу-стоматологу надо правильно установить причину, ибо лечение только витаминами или лечение аллергии приводит к кратковременному результату. Лечение необходимо начинать с устранения глистной инвазии.

#### **Клинический случай**

Больная Д.Б 9 лет, обратилась в апреле 2007 году на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ с жалобами на трещины в углах рта, которые появились семь месяцев назад. Лечились, но они, то появлялись, то проходили. Со слов матери выяснилось, что у девочки вредной привычки грызть ручки и карандаши не отмечалось. Объективно: в углах рта заеды не глубокие, но затрудняют от-

крывание рта. Видны кровянистые корочки. Вокруг кожа незначительно гиперемированна. Мы обратили внимание на состояние языка. Были обнаружены гипертрофированные грибовидные сосочки по всей спинке языка. Незначительная гипертрофия нитевидных сосочков, увеличения языка, гиперсаливация. Для определения причины болезни проведено обследование. Взяты корочки на микробиологический анализ. Направлены на обследование к инфекционисту. Через две недели у больной обнаружены в корочках стрептококки, а в фекалии глисты. Проведено одновременно лечение стрептококковой заеды и глистной инвазии. Полное излечение наступило через три недели. Наблюдение в течение трех месяцев показало, что заеды были следствием глистной инвазии.

Верхняя губа имеет свои анатомические особенности. Бороздка, которая идет от носа к центру верхней губы, разделяет красную кайму на два выступа. У одних людей эти выступы (бугорки) не выражены, у других видна между ними бороздка. В некоторых случаях в области этой бороздки возникает трещина. Следует отметить, что такая форма верхней губы передается по наследству. Трещины могут появляться при незначительной механической или термической травме.

#### **Клинический случай**

Больной Н., 21 год, в июне 1989 года пришел на консультацию с жалобами на трещину на верхней губе, на боли при приеме пищи, разговоре, на кровоточивость, на затрудненное открывание рта. Объективно: на верхней губе посередине видна глубокая трещина (около 1,0 см), разделяющая губу на две части. В области трещины имеются кровянистые корочки, а сама трещина закрыта сгустком крови. Появилась первый раз в возрасте 7 лет, но быстро зажила. Два года назад появилась вновь. С тех пор трещина существует 2–3 месяца, потом заживает. В настоящее время больного она начала беспокоить, так как стала глубже, чаще кровоточит и вот уже три месяца не заживает. Из анализа выяснилось, что у его отца и младшего брата (17 лет) такие же трещины. У брата она появилась впервые, когда ему было 10 лет. При обследовании младшего брата и отца были выявлена идентичная анатомическая конфигурация верхней губы. Диагноз: хроническая срединная трещина верхней губы. Всем троим больным была предложена косметическая операция.

При аллергических реакциях, возникающих на материал съемных протезов, трещины локализируются в углах рта и возникают через 1–2 недели после протезирования. Они похожи на микробные или какидомикотические. При посеве могут быть обнаружены или грибки или микроорганизмы. Попытки лечить не дает эффекта. В связи с этим необходима консультация аллерголога. Иногда диагноз облегчается, когда такие

трещины возникают одновременно с появлением ярко-красной гиперемией протезного поля после ношения съемных протезов. В этих случаях больные испытывают жжение, боли, затрудненное открывание рта и прием пищи. Для того чтобы дифференцировать от других заед (трещин) необходимо рекомендовать больному одну-две недели не пользоваться протезами. За это время все явления проходят. Иногда больным назначают полоскания отварами лекарственных растений, аппликации противовоспалительных и керато-пластических препаратов.

Лечение трещин, возникающих в результате аллергических реакций на материал съемных протезов, состоит в изготовлении протезов из другого материала.

Трещины, возникающие вследствие нарушения архитектоники рта чаще встречаются, у лиц пожилого возраста в результате понижения высоты прикуса. У таких людей очень хорошо видны глубокие складки в углах рта. Иногда они становятся видны при появлении кровянистых или гнойно-кровянистых корочек в углах рта.

Дифференцировать необходимо от других трещин, и, особенно, от сифилитических, туберкулезных, стрептококковых.

Лечение трещин заключается в повышении прикуса путем протезирования.

В заключении, говоря о трещинах и заедах, необходимо помнить, что они относятся к факультативным предракам. Поэтому этих больных надо предупреждать о том, что длительно существующие трещины могут привести к раку губы.

#### **Литература**

1. Данилевский М.Ф., Несин О.Ф., Рахний Ж.И. Захворования слизистой оболочки полости рта. Киев. «Здоровья», 1998, стр. 186–188.
2. Рыбаков А.М., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта «Медицина». 1978, стр. 100–101.
3. Савкина Г.Д. Клиника, классификация и лечение хронических трещин губ. «Стоматология» Москва 1968, N3 стр. 28.
4. Урбанович Л.И. Воспалительные заболевания красной каймы губ. Киев. «Здоровья» 1974, стр. 144.